

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



Guia para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde

Brasília – DF
2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Guia para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde



Brasília - DF
2022

2022 Ministério da Saúde.



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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvms.saude.gov.br

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Anexo, ala B, 4º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Site: <https://aps.saude.gov.br>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Sergipe
Cidade Universitária Prof. José Aloísio de Campos
Avenida Marechal Rondon, s/n.º
Bairro: Jardim Rosa Elze. São Cristóvão/SE
CEP: 49.100-000

Organização:

Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Sergipe
Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Editor-geral:

Raphael Câmara Medeiros Parente

Supervisão-geral:

Gisele Ane Bortolini
Juliana Rezende Melo da Silva

Elaboração técnica geral:

Andhressa Araújo Fagundes

Elaboração de texto:

Ana Maria Cavalcante de Lima
Ana Maria Spaniol
Ariene Silva do Carmo
Beatriz Gouveia Moura
Clara Cecília Ribeiro de Sá
Eduardo Augusto Fernandes Nilson
Gisele Ane Bortolini
Jéssica Pedrosa da Silva
Jucelir dos Santos
Karla Ramos Lisboa
Milena Serenini
Paula dos Santos Leffa
Rafaella da Costa Santin de Andrade
Raísa Conceição Ferreira

Sara Araújo da Silva
Sílvia Eugênia Oliveira Valença

Revisão técnica:

Juliana Michelotti Fleck
Ludmyla dos Santos Victor Rodrigues
Paulo Henrique Gomes da Silva

Colaboração:

Amanda Gisele Caetano dos Santos
Andréa Jacqueline Fortes Ferreira
Antônio Augusto Ferreira Carioca
Bárbara Hatzlhofer Lourenço
Carolina Cunha de Oliveira
Daniela Lopes Gomes
Danielle Góes da Silva
Denise Oliveira e Silva
Élida Amorim Valente
Ester Mourão Corrêa
Gabrielle Regine Passos de Almeida
Gilberto Kac
Helen Altoé Duar
Inês Rugani Ribeiro de Castro
Iris Emanueli Segura
Joanna Manzano Strabeli Ricci
Larissa Loures Mendes
Luana de Azevedo Aquino
Mariá Gonçalves Pereira da Silva
Natanael de Jesus Silva
Raquel Simões Mendes Netto
Renata Rebello Mendes
Rita de Cássia Ribeiro Silva
Santuzza Arreguy Silva Vitorino
Thaís Rangel Bousquet Carrilho
Vanessa Ramos Kirsten
Wanessa Monteiro Passos
Winne Correia Fontes

Projeto gráfico e diagramação:

All type Art & Design

Normalização:

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Universidade Federal de Sergipe. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

51 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf

ISBN 978-65-5993-350-1

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Política Nutricional. 3. Vigilância Alimentar e Nutricional. I. Título.

CDU 614.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0484

Título para indexação:

Guide for the Organization of Food and Nutrition Surveillance in Primary Health Care



Sumário

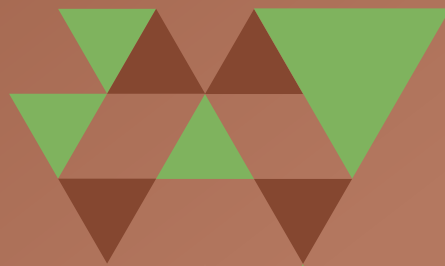
Apresentação	4
O que é a Vigilância Alimentar e Nutricional?	5
Dez objetivos da VAN.....	6
Etapas para fazer a VAN	7
Como estruturar a Vigilância Alimentar e Nutricional?	8
Recursos físicos e materiais	8
Recursos humanos	10
Recursos financeiros	12
Fluxo de informações da VAN	13
Como realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional?	14
Como pesar e medir: equipamentos recomendados e procedimentos.....	14
Diagnóstico Nutricional.....	20
Gestantes e nutrizes	20
Crianças (do nascimento a <10 anos)	24
Adolescentes (≥10 anos e <20 anos)	29
Adultos (≥20 anos e <60 anos).....	31
Idosos (≥60 anos)	33
Consumo Alimentar	36
Como registrar as informações e gerar relatórios?.....	40
Como agir a partir dos programas, estratégias e linhas de cuidado?	44
Como exercer uma atitude de vigilância?	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
ANEXO – Ganho de Peso Gestacional (GPG) cumulativo (em quilos) de acordo com IMC pré-gestacional	50

Apresentação

Seja bem-vindo(a) ao *Guia para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde*. O objetivo desse material é orientar profissionais e gestores de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) na realização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional VAN. O Guia sintetiza os principais conceitos sobre a VAN e as recomendações para estruturá-la, além de apresentar objetivamente os parâmetros para avaliação antropométrica e de consumo alimentar que devem ser realizados continuamente em cada fase ou evento do curso da vida, e como exercer uma atitude de vigilância a partir do diagnóstico alimentar e nutricional encontrados.

O Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, apresentado na publicação *Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica*, orienta a organização do presente documento. Este Guia foi idealizado para apoiar profissionais e gestores na organização da VAN em nível local e ser consultado na rotina do profissional de saúde da APS, auxiliando-o no momento dos atendimentos para melhorar os indicadores de alimentação e nutrição da população e de saúde do território. A publicação *Bases Metodológicas para Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde* trará as orientações de forma mais detalhada.

Esperamos que seja útil. Boa leitura!



O que é a Vigilância Alimentar e Nutricional?

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste na descrição contínua e predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como seus fatores determinantes. Deve ser construída não somente pelas ações de vigilância em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), mas também por informações derivadas de outros sistemas de informação em saúde, dados de inquéritos populacionais, de chamadas nutricionais e da produção científica em geral (BRASIL, 2013).

A VAN é uma potente ferramenta para apoiar todos os profissionais da APS na avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar da população e para o planejamento de intervenções a partir do observado de forma individual e coletiva. Deve orientar a organização do cuidado e da atenção nutricional e políticas relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável em todas as esferas de gestão do SUS. Além disso, contribui com a participação social e com o diagnóstico da Segurança Alimentar e Nutricional nos territórios (BRASIL, 2013).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) é o sistema eletrônico utilizado para a gestão das informações de VAN. Os dados coletados no território são registrados no e-SUS APS (dados antropométricos e marcadores de consumo alimentar), oriundos de atendimento e/ou atividade realizada nas Unidade Básica de Saúde (UBS), nos domicílios e em atividades desenvolvidas nos equipamentos sociais, e integram os relatórios do Sisvan possibilitando o monitoramento e a avaliação da situação nutricional e alimentar da população brasileira.

Dez objetivos da VAN¹

- 1 Detectar e prever situações de risco alimentar e nutricional, bem como suas tendências temporais.
- 2 Conhecer agravos alimentares e nutricionais de forma precoce.
- 3 Intervir, de forma imediata, nos agravos e nos distúrbios de alimentação e nutrição da população.
- 4 Orientar adequadamente tanto os profissionais quanto a população para a implementação e participação nas linhas de cuidado e na Rede de Atenção à Saúde.
- 5 Conhecer a evolução e o prognóstico dos agravos nutricionais, estimando a gravidade, a periodicidade de reincidências e os melhores caminhos para superação destes.
- 6 Fornecer informações para o planejamento e a formulação de ações, programas e políticas governamentais correlatos à alimentação e à nutrição.
- 7 Monitorar e avaliar os programas e as políticas sociais relacionados à alimentação e à nutrição.
- 8 Avaliar eficácia, efetividade e eficiência de procedimentos e medidas de controle no tratamento de pessoas acometidas por agravos nutricionais.
- 9 Produzir informações que inferem sobre a disponibilidade, a qualidade e quantidade de alimentos.
- 10 Gerar conhecimento sobre os determinantes dos principais agravos nutricionais.

A VAN pressupõe a padronização de rotinas de monitoramento e avaliação da situação alimentar e nutricional da população acompanhada na APS. Com base nas características de saúde observadas, é possível organizar linhas de cuidado que visam orientar a oferta de ações e serviços de saúde centrado no cuidado de cada pessoa e em suas necessidades, sendo fundamental compreender a magnitude de cada problema de saúde identificado.

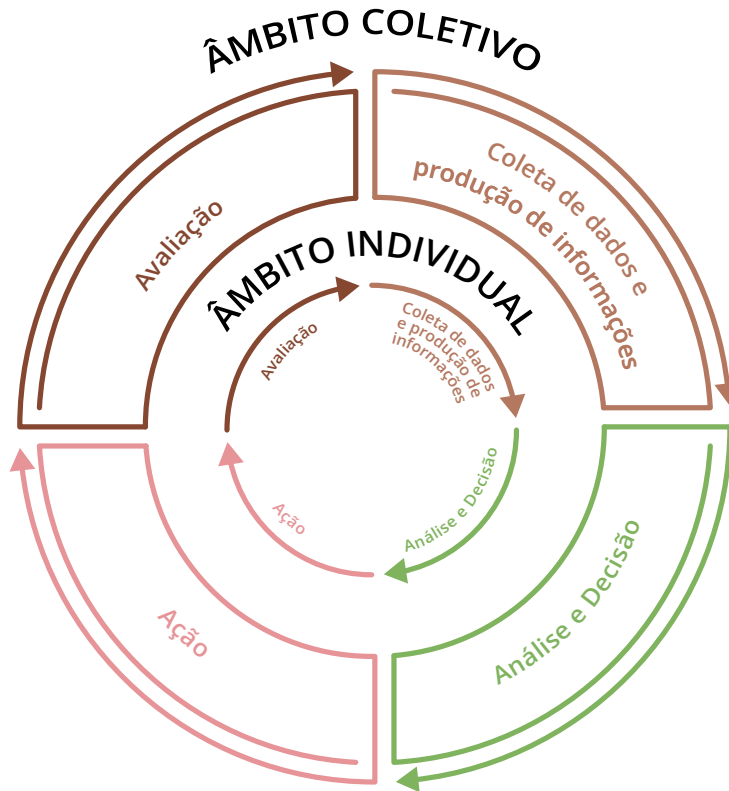


¹ adaptado de Morais *et al.*, 2014; Engstron, 2002; Silva; Engstron; Zaborowisk, 2002.

Etapas para fazer a VAN

As etapas que compõem a VAN estão descritas no *Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado* (Figura 1).

Figura 1 – Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado



Fonte: Brasil, 2015a.

O ponto de partida da VAN, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, é a avaliação do estado nutricional a partir da coleta de dados antropométricos (principalmente peso e altura) e de consumo alimentar. A avaliação dos dados individuais registrados nos sistemas de informação da APS gera um diagnóstico coletivo, seja da UBS, do município, do estado ou do país, com outras possibilidades de estratificação.

A etapa seguinte é a análise das informações para a tomada de decisão, com base no reconhecimento dos problemas mais comuns e prioritários do território, com definição dos recursos humanos, dos materiais físicos e do prazo para realização da etapa subsequente: a ação, que visa intervir a partir dos resultados encontrados. Após a ação, é importante que haja a etapa de avaliação, fundamental para conhecer os efeitos do que foi realizado e que fornecerá subsídios para o planejamento dos próximos passos (BRASIL, 2015a). É fundamental visualizar o Ciclo de Gestão e Produção de Cuidado como um eixo contínuo para a realização da VAN, independentemente dos resultados que encontramos. Por meio deste encadeamento constante, que só ocorre quando o Ciclo está integrado na rotina da APS, será possível (re)conhecer a situação alimentar e nutricional de cada território e prever tendências no âmbito coletivo.

Como estruturar a Vigilância Alimentar e Nutricional?

Recursos físicos e materiais

Antes de começar a realizar as ações de VAN, é preciso checar se todos os recursos necessários estão disponíveis. Vamos conhecê-los?

Quadro 1 - Recursos físicos e materiais para estruturar a VAN

Espaço de trabalho	O local deve acomodar as pessoas e os equipamentos de antropometria confortavelmente.
	Deve ter um piso plano e uma parede lisa, sem rodapé, para que consiga apoiar adequadamente os equipamentos e outros materiais de trabalho.
	O ambiente deve ter luminosidade suficiente e temperatura agradável, evitando correntes de ar que possam afetar, especialmente, os bebês e os idosos.

Continua

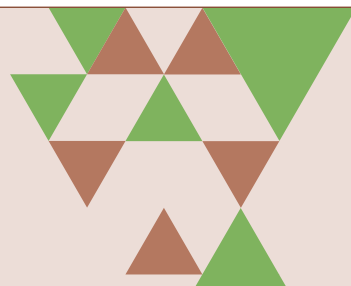
Equipamentos antropométricos	Equipamentos para avaliação antropométrica disponíveis e em funcionamento.
	Devem ser fixos quando as ações acontecem na própria unidade de saúde ou móveis, quando acontecem em local externo. A equipe também deve dispor de acessórios portáteis para funcionamento dos equipamentos, como fonte de energia, pilhas, baterias, adaptadores de tomadas e extensões.
	Para a avaliação de pessoas menores de 2 anos é exigido: <ul style="list-style-type: none"> • Estadiômetro infantil ou antropômetro horizontal. • Balança pediátrica, com capacidade mínima de 15 kg. • Fita antropométrica.
	Para a avaliação de pessoas maiores de 2 anos é exigido: <ul style="list-style-type: none"> • Estadiômetro ou antropômetro vertical. • Balança adulta, de plataforma, com capacidade de 200 kg e dimensões de 74 cm de largura por 90 cm de comprimento, no mínimo. • Fita antropométrica.
Materiais de apoio para o diagnóstico nutricional*	Computador ou tablets com acesso à internet para Unidade Básica de Saúde (UBS) informatizada.
	O documento <i>Bases Metodológicas para Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde</i> .
	Calculadora, discos de IMC, tabela com valores de estatura/altura ao quadrado.
	Curvas de crescimento (criança ou adolescente) e de ganho de peso gestacional (gestante).
Documentos e/ou plataformas para registros dos dados	O usuário deverá levar em todo atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS). • Caderneta de Saúde (se gestante, criança, adolescente, idoso, etc.).
	Os profissionais de saúde deverão ter em mãos: <ul style="list-style-type: none"> • Tablet e/ou computador com os prontuários eletrônicos do e-SUS ou sistema local (para UBS informatizadas). • Fichas: Atendimento Individual, Atividade Coletiva, Visita Domiciliar e Territorial, Procedimentos e Marcadores do Consumo Alimentar (para UBS não informatizadas). • TRIA – Triagem para a Insegurança Alimentar.

Fonte: elaboração própria.

*Consulte as curvas necessárias para a avaliação nutricional da fase ou evento do curso da vida no formato para impressão.

FIQUE ATENTO(A)

Considerando o contexto epidemiológico e seus fatores determinantes, a utilização da TRIA é recomendada para avaliar o risco de insegurança alimentar dos indivíduos e suas respectivas famílias.



Recursos humanos

Conheça, agora, os atores da VAN! Cada um deles tem um papel fundamental para o andamento das ações.

Quadro 2 – Recursos humanos para estruturar a VAN

<p>Carlos</p> 	<p>Todos os profissionais de saúde da APS (agentes comunitários, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas etc.) são responsáveis por realizar a VAN e devem ser capacitados para coletar os dados de antropometria e o consumo alimentar durante os atendimentos e as atividades de rotina. Nesse material, esses profissionais estão representados pelo Carlos.</p>
<p>Ana Lúcia</p> 	<p>O(A) gestor(a) da APS é responsável por gerenciar a VAN no nível local, devendo garantir infraestrutura e equipamentos adequados, capacitação e motivação dos profissionais de saúde para realizar as ações. Também é responsável por estabelecer um fluxo de informações, planejando como será o trabalho das equipes desde a identificação dos usuários, avaliação e registros dos dados nos sistemas da APS até o compartilhamento dos resultados. Ana Lúcia representa uma gestora da VAN.</p>
<p>Fernanda</p> 	<p>A nutricionista vinculada à secretaria de saúde como Responsável Técnica (RT) das políticas e programas de alimentação e nutrição na região trabalha diretamente analisando os indicadores de VAN e pode dar apoio técnico-científico aos gestores e profissionais de saúde para estruturar e implementar as ações de vigilância na APS. Fernanda representa uma Responsável Técnica.</p>
<p>Joana</p> 	<p>A VAN não poderia acontecer sem envolver o seu público: os usuários do SUS. Profissionais e gestores precisam garantir que a VAN seja realizada na rotina das equipes de saúde, além de mobilizar os usuários para participar de ações de vigilância, que permitirão às equipes direcionar a intervenção de acordo com a realidade e prover intervenções para toda comunidade com base na informação do coletivo. A Joana, usuária, nos acompanhará nesse material.</p>


Fonte: elaboração própria.

A VAN não é uma atividade exclusiva do nutricionista, e nem sempre esse profissional integra as equipes na APS. Mesmo na ausência do nutricionista, a VAN é uma ferramenta de apoio que pode e deve ser utilizada por diferentes profissionais de saúde para obterem, de maneira simples e objetiva, o diagnóstico alimentar e nutricional dos usuários com segurança e autonomia.

Apesar disso, a presença de profissionais da nutrição na coordenação e na organização do fluxo da VAN, assim como nas atividades de capacitação, pode potencializar as ações. Ao considerar a rotina

dos profissionais, as possíveis mudanças na equipe e a constante atualização das evidências que norteiam os serviços de saúde, é importante realizar capacitações de forma contínua. O quadro abaixo fornece algumas orientações gerais para a organização desses momentos.

Quadro 3 – Capacitação dos profissionais para a coleta de dados da VAN

<p>Por que fazer e quem deve fazer?</p>	<p>A VAN deve ser realizada por qualquer profissional com conhecimento da técnica antropométrica e conhecimento sobre a avaliação dos marcadores de consumo alimentar. Na antropometria, erros na execução dos métodos antropométricos podem ser evitados com treinamento periódico, revisão constante dos conceitos e técnicas, e manutenção dos equipamentos. Erros nos procedimentos, na leitura ou na anotação das medidas são comuns, mesmo quando o profissional já está familiarizado com a ação. Descuidos ou procedimentos inadequados trazem informações superestimadas ou subestimadas e podem prejudicar a interpretação do estado nutricional.</p>
<p>Quais as etapas para a organização de uma capacitação?</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar entre as equipes da APS os profissionais que possuem conhecimento técnico e experiência em antropometria e com os instrumentos de avaliação de marcadores de consumo alimentar para contribuir com a capacitação. • Na ausência de especialistas ou técnicos com essas habilidades, o gestor deve buscar parcerias: localizar profissionais capacitados que atuam em outros serviços da rede de saúde ou universidades com cursos na área da saúde, como nutrição, enfermagem ou medicina, que possam fornecer capacitações, apoiar as ações e favorecer o processo de integração ensino-serviço. • Contactar a Coordenação/Área Técnica Municipal, Regional ou Estadual de Alimentação e Nutrição para apoiar a ação. • Organizar horários viáveis para os profissionais de saúde que farão a capacitação.
<p>Quais os conteúdos devem compor uma capacitação em VAN?</p>	<p>É preciso incluir a parte teórica e as atividades práticas que abordem os seguintes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização: a importância da VAN no cuidado ao usuário do SUS e no uso das informações para a gestão em saúde. • Antropometria por fase ou evento do curso da vida. • Coleta e avaliação dos marcadores de consumo alimentar. • Registro de dados nos sistemas de informação em saúde, em prontuários, formulários e cadernetas de acompanhamento de saúde. • Avaliação do estado nutricional individual e coletivo (incluindo a análise de indicadores nutricionais a partir dos relatórios do Sisvan). • Tomada de decisão para ações individuais ou coletivas em alimentação e nutrição.
<p>Com que frequência as capacitações devem ser realizadas?</p>	<p>A frequência das capacitações deve obedecer a demanda de atualização e de rotatividade dos profissionais. Os gestores devem ficar atentos sempre que houver mudança na equipe de profissionais que atuam na VAN, para fazer uma nova capacitação. Os profissionais de saúde podem solicitar atividades de educação permanente, reconhecendo que o exercício da VAN exige uma contínua revisão para a prática profissional. Além disso, é interessante implementar atividades de educação permanente com temas específicos (por exemplo, revisão das técnicas antropométricas), sempre que houver reunião de equipe, sem sobrecarregar a rotina dos profissionais.</p>

Fonte: elaboração própria.

Recursos financeiros

Os recursos financeiros para a execução das ações de VAN na APS estão no escopo dos valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde na modalidade fundo a fundo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde do SUS, e desde 2018, passaram a ser organizados e transferidos na forma dos blocos de: 1 – Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e 2 – Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Os equipamentos antropométricos constam na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis pelo SUS (Renem), e, portanto, são comumente inseridos em editais ou atas de registro de preço do Ministério da Saúde, o que facilita a adesão por gestores municipais. Recomenda-se, ainda, que os gestores fiquem atentos aos incentivos financeiros disponibilizados pelo governo federal e outras possibilidades, a exemplo das emendas parlamentares que abrangem recursos solicitados via Poder Legislativo para a compra de equipamentos antropométricos listados na Renem. Mais informações sobre a Renem, acesse, disponível em <https://portalfns.saude.gov.br/renem>.

Para a implementação das ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), há o Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN), instituído em 2006, comumente destinado pela gestão municipal para o desenvolvimento de ações referentes à VAN e à promoção da alimentação adequada e saudável. Além disso, desde o ano de 2011, por meio da Portaria n.º 2.975/2011, foi instituído o apoio financeiro para a estruturação da VAN por meio da aquisição de equipamentos antropométricos para os municípios e o Distrito Federal, que atualmente está vigente e o repasse é realizado mediante disponibilidade financeira e orçamento do Ministério da Saúde.

Quadro 4 – Exemplos de ações para estruturação e apoio da VAN

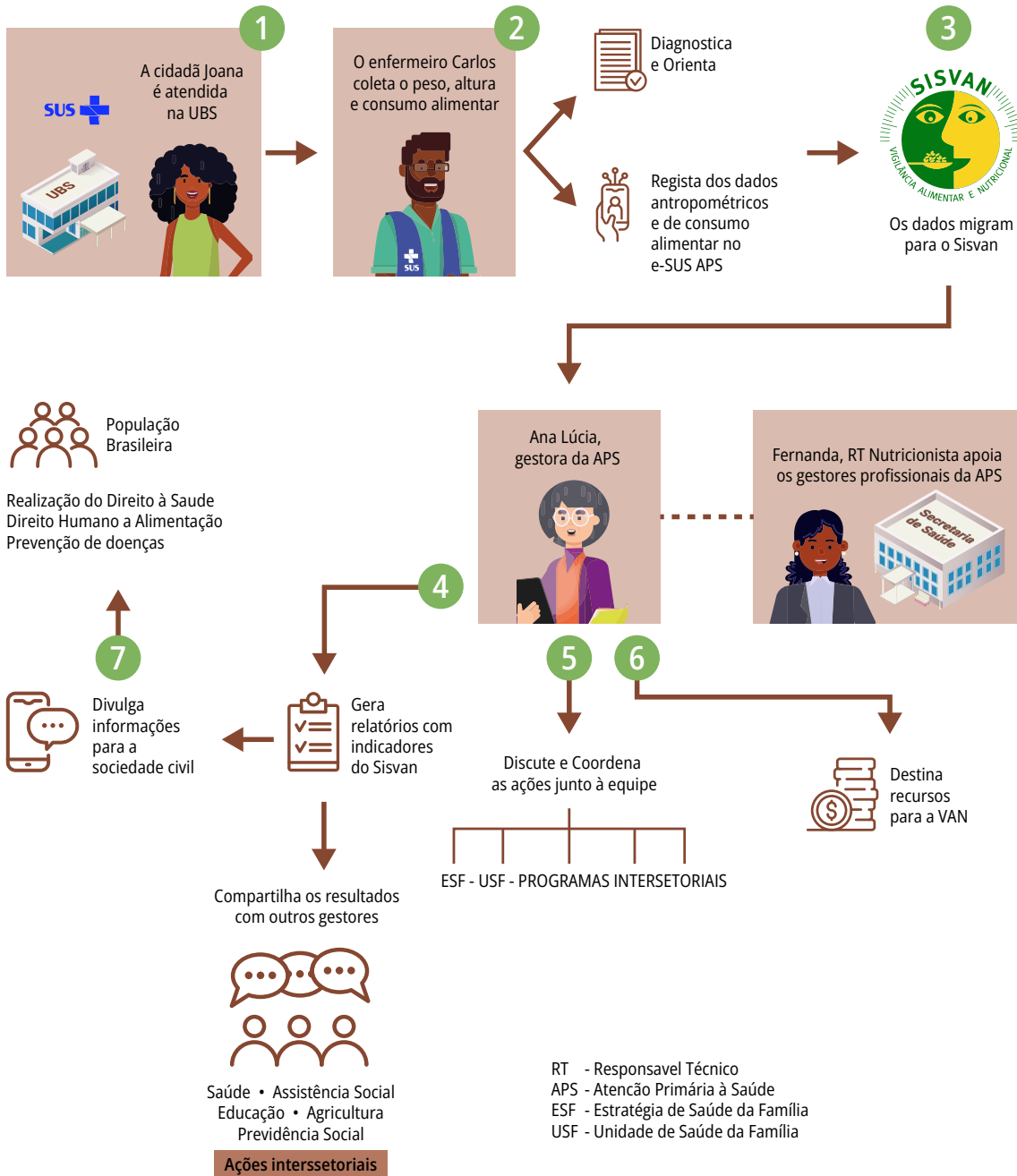
Custeio
<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de equipamentos: balanças, estadiômetros, computadores. • Impressão de material: gráfico, materiais técnicos elaborados pelo Ministério da Saúde, compra de acessórios de tecnologia da informação, como cabos e adaptadores. <p>São exemplos de ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento dos programas: ações de VAN para acompanhamento e monitoramento dos indicadores nutricionais relacionados a programas de alimentação e nutrição previstos em instrumentos de gestão do SUS, publicações de boletins periódicos com cobertura e indicadores do estado nutricional e do consumo alimentar da população. • Educação permanente e continuada: formação em VAN e em alimentação e nutrição para trabalhadores de saúde com recursos de custeio, como a realização de capacitações sobre VAN, sobre sistemas de informação da APS. Essas atividades podem ser utilizadas para potencializar a implementação e o monitoramento dos programas e das ações federais.
Estruturação
<p>Pequenas reformas estruturais nos espaços dos serviços de saúde em que acontecem as ações de VAN; Aquisição de equipamentos antropométricos via portaria de estruturação da VAN ou indicação de emenda parlamentar.</p>

Fonte: elaboração própria.

Fluxo de informações da VAN

Vamos ver o percurso a ser percorrido para que os dados da VAN obtidos na APS se tornem informações sistematizadas e úteis para o território. O *Fluxo de Informações da VAN* é uma ilustração detalhada das etapas do *Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado*.

Figura 2 – Fluxo de Informações da VAN



Fonte: elaboração própria.

Como realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional?

Veremos agora as orientações sobre o *Diagnóstico Alimentar e Nutricional*, iniciando com informações sobre *Como pesar e medir: equipamentos recomendados e procedimentos* para realizar a avaliação antropométrica dos usuários da APS de forma adequada para cada público. Em seguida, serão apresentados os *indicadores nutricionais para cada fase/evento do curso da vida*. Após o diagnóstico nutricional, veremos as orientações sobre como avaliar o *Consumo Alimentar*, a fim de conhecer a situação alimentar dos usuários e do território. Neste tópico do Guia você poderá consultar também as orientações gerais para o atendimento a cada fase do curso da vida e as orientações integradas para alimentação e nutrição.

Como pesar e medir: equipamentos recomendados e procedimentos

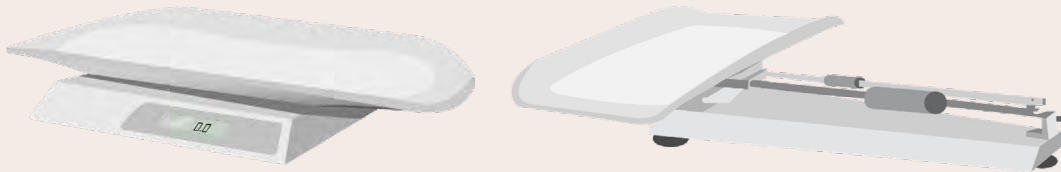
Para a avaliação antropométrica, inicialmente escolha um local adequado para sua realização, promovendo conforto, acolhimento e respeito à privacidade da pessoa que será avaliada. Para realizar a antropometria, conheça cada equipamento e verifique o passo a passo para realização das medidas.

Equipamentos

Balanças

Utilizada para medir a massa corporal total (peso corporal), devendo ter precisão necessária para informar o peso de um indivíduo da forma mais exata possível.

Balanças para pesar crianças menores de 2 anos



Como usar e posicionar?

1. A criança deve ser pesada e medida sem roupas e sem fralda, sempre que possível. Peça ao responsável para retirar as roupas da criança e colaborar na aferição da medida. Explique os procedimentos ao mesmo tempo em que os realiza.
2. Certifique-se de que a balança está apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme. Cubra o prato com uma proteção (papel descartável) antes de calibrar a balança para evitar erros na pesagem.
3. Destrave a balança e verifique se está calibrada. Realize a calibração, girando lentamente o calibrador até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
4. Trave a balança e coloque a criança sentada ou deitada no centro do prato, com a ajuda do responsável.
5. Destrave a balança e mova o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos e o menor para marcar os gramas, até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados. Trave a balança para evitar que a sua mola desgaste.
6. Fique em frente à balança, com os olhos nivelados e realize a leitura da medida. Retire a criança da balança e retorne os cursores ao zero da escala numérica.

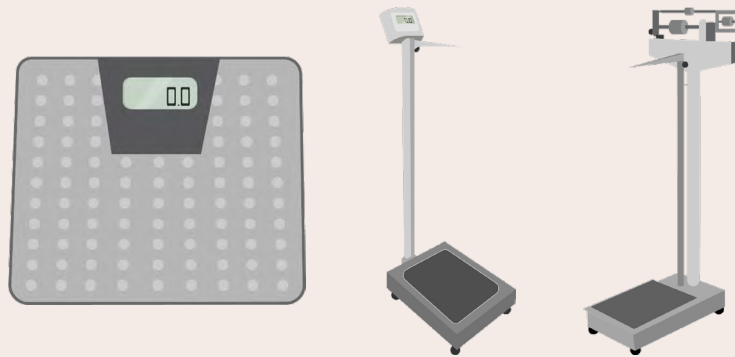
📌 FIQUE ATENTO(A)

Na ausência desse equipamento na unidade de atendimento e/ou em situações em que a criança fica inquieta ou possui mais de 15 kg, use a medida do peso por diferença, que consiste na pesagem do responsável com a criança no colo em uma balança para indivíduos maiores de 2 anos e depois pese separadamente somente o responsável. Posteriormente, subtraia do peso dos dois indivíduos o peso do responsável sozinho. O resultado será o peso da criança. Ou seja, calcule:
Peso da criança = (peso dos dois juntos) menos (o peso individual do adulto).



continua

Balanças para indivíduos maiores de 2 anos



Como usar e posicionar?

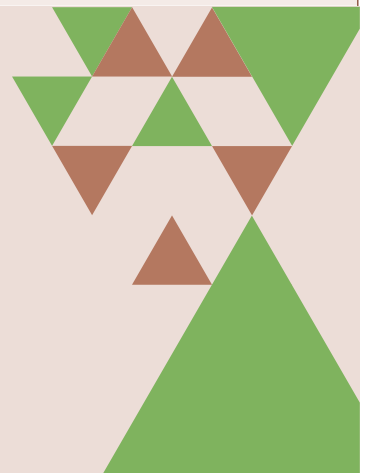
Balanças mecânicas:

1. Destrave a balança e verifique se está calibrada: a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso contrário, realize a calibração, girando lentamente o calibrador, até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados. Após calibrar, trave a balança. Só então o usuário deve subir na plataforma para ser pesado.
2. Posicione o usuário de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro da plataforma. Mantenha-o parado, ereto, com os pés juntos e com os braços estendidos ao longo do corpo.
3. Destrave a balança e mova o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos e o menor para marcar os gramas, até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados. Trave a balança.
4. Fique em frente à balança e realize a leitura da medida.
5. Retire o usuário da balança. Retorne aos cursores ao zero na escala numérica.

Para balança portátil digital ou plataforma digital: posicione-a em superfície lisa e afastada da parede. Com a balança ligada, tarada e com o numerador em zero, solicite que o usuário suba, fique ereto, imóvel e olhando fixamente para frente. Faça a leitura do peso e depois solicite que o usuário desça do equipamento.

📌 FIQUE ATENTO(A)

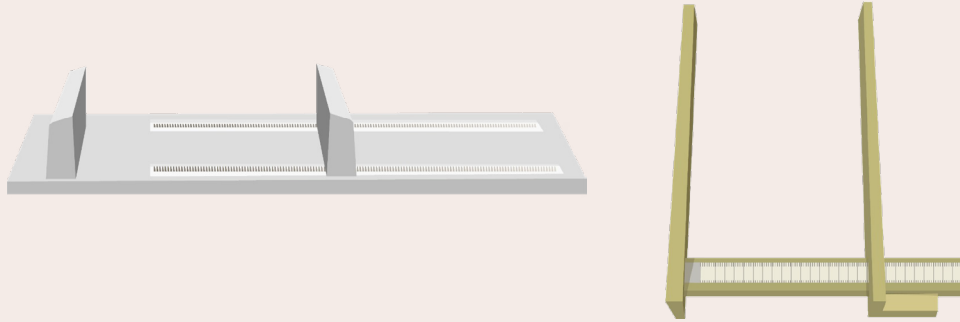
Crianças maiores de 2 anos devem ser pesadas apenas com short, calcinha ou cueca, na presença do responsável familiar em um ambiente privativo. Já os adultos e os adolescentes devem ser pesados descalços e usando roupas leves. Você deverá orientá-los a retirarem objetos dos bolsos, tais como chaves, cintos, óculos, telefone celular, carteira, entre outros. Ressalta-se que deve ser dada preferência para o uso de balança mecânica pela maior precisão.



Antropômetros

Antropômetro horizontal – para crianças menores de 2 anos

Também denominado infantômetro, é utilizado para medir comprimento/estatura de crianças menores de 2 anos na posição deitada.

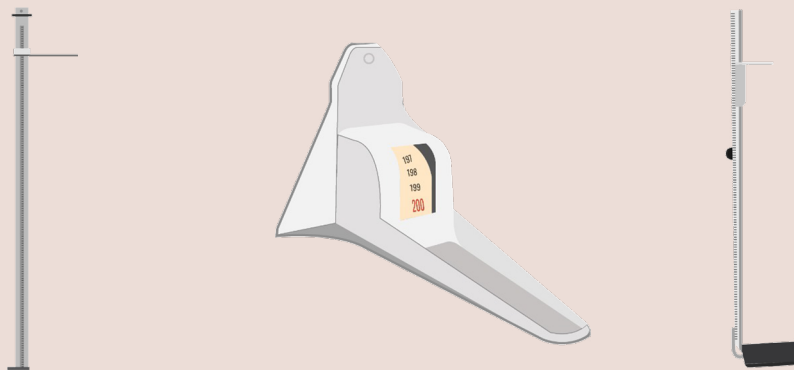


Como usar e posicionar?

1. Deite a criança no centro do antropômetro, descalça e sem adereços. Certifique-se de que o equipamento esteja apoiado sobre uma superfície plana, lisa e firme, a fim de evitar erros na aferição e acidentes. Mantenha a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito. Os ombros da criança devem estar totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro, os braços estendidos ao longo do corpo, e as nádegas e os calcanhares em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.
2. Pressione cuidadosamente os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem bem estendidos; junte os pés, fazendo um ângulo reto (90°) com as pernas.
3. Leve a parte móvel do equipamento até a planta dos pés, com cuidado para que não se movimente, com a criança parada, faça a leitura do comprimento.
4. Após realizar a leitura, retire a criança com a ajuda do familiar.

Antropômetro vertical – para indivíduos maiores de 2 anos

Também denominado estadiômetro, serve para realizar a medida da altura na posição em pé. Pode ser utilizado para crianças a partir dos 2 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.



continua

Como usar e posicionar?

1. Posicione o usuário descalço, sem adereços na cabeça, no centro do equipamento. Mantenha-o de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, e a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos em linha horizontal (posição que chamamos de “plano de Frankfurt”). A parte posterior da cabeça, ombros, nádegas, panturrilhas e calcanhares devem ficar encostados no equipamento. As pernas devem estar paralelas em um ângulo reto com os pés.
2. Abaixee a parte móvel do equipamento, segurando pela haste traseira (não pela frente). Fixe o cursor cuidadosamente contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo do usuário.
3. Realize a leitura da altura, sem soltar a parte móvel do equipamento. Atente-se para os números da escala que aumentam de baixo para cima.

FIQUE ATENTO(A)

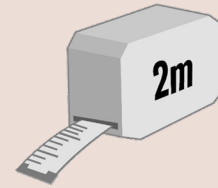
Em casos de penteados que não podem ser desfeitos para a aferição da altura, como *rastafáris*, *tranças* e *dreadlocks*, afira a altura com o antropômetro e, com uma fita métrica, afira a distância entre o topo da cabeça e o volume final do cabelo para descontar o tamanho do penteado da altura total do indivíduo. Isso deve ser feito para acessórios de cabeça que não podem ser removidos (turbantes, por exemplo). É interessante anotar esta observação na ficha de registro do indivíduo para que o próximo avaliador possa repetir a medida (NHS, 2014).



continua

Fita Métrica

Nas ações de VAN, a fita métrica deve ser inelástica, resistente e flexível. O seu uso é indicado para aferir o perímetro cefálico (em crianças <2 anos), o perímetro da cintura (em adultos) e o perímetro da panturrilha (em idosos).



Como usar?

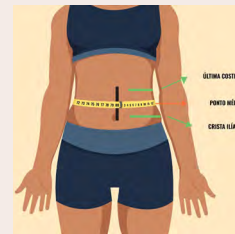
Perímetro cefálico:

1. Posicione a fita sobre a parte mais larga da testa, acima do arco das sobrancelhas (osso frontal sulco supraorbital) e das orelhas, envolvendo pela parte mais proeminente do lado de trás da cabeça (osso occipital).
2. Certifique-se de que a fita métrica está no mesmo nível de cada lado.



Circunferência da cintura:

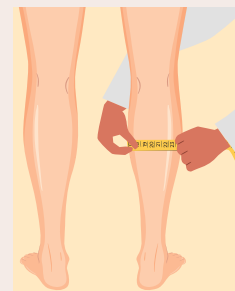
1. O usuário deve estar de pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo, e as pernas paralelas, ligeiramente separadas. A roupa deve ser afastada de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser realizada sobre a roupa ou cinto.
2. Realize uma marcação pequena com uma caneta no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca), visualizado na frente da pessoa, do lado direito ou esquerdo.
3. Segure o ponto zero da fita métrica com uma mão e, com a outra, passe a fita ao redor da cintura sobre a marcação realizada.
4. Verifique se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura. Não deve ficar larga, nem apertada, e solicite ao usuário que inspire e, em seguida, que expire totalmente.
5. Realize a leitura antes que a pessoa inspire novamente.



Observação: quando não for possível encontrar o ponto médio para a circunferência da cintura, mede-se a menor circunferência.

Perímetro da panturrilha:

1. O usuário deve estar em pé, posição ereta, com os pés afastados naturalmente.
2. Posicione a fita métrica ao redor da panturrilha esquerda na maior circunferência, sem fazer compressão e realize a leitura.

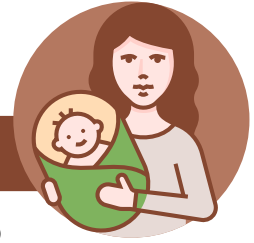


Passos comuns a todas as medidas e equipamentos

1. Após a leitura da medida antropométrica avaliada, registre o valor obtido no formulário de atendimento do e-SUS APS, na Caderneta de Saúde (da gestante, da criança, do adolescente ou do idoso).
2. Classifique o estado antropométrico do usuário e siga as outras etapas da VAN.

Fonte: elaboração própria.

Diagnóstico Nutricional



GESTANTES E NUTRIZES

Olá! Nesta seção vamos trazer os pontos mais importantes para a avaliação e o diagnóstico nutricional de gestantes. As nutrizes terão procedimentos iguais aos adultos de forma geral, por isso para a coleta e o diagnóstico destas mulheres, veja a seção de referência.

O primeiro passo é se atentar ao calendário de consultas para este evento do curso da vida:

Calendário de consultas durante o pré-natal

- Mensalmente, até a 28ª semana.
- Quinzenalmente, da 28ª semana até a 36ª semana.
- Semanalmente, da 36ª semana até a 41ª semana.

Quadro 6 – Realizando a avaliação antropométrica

<p>Como calcular a Idade Gestacional (IG)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a gestante conhece a Data da Última Menstruação (DUM): Use o calendário e some o intervalo de dias entre a DUM e a data da consulta. Por fim, divida o resultado por sete, tendo o resultado em semanas. • Quando a gestante recorda o período do mês da sua última menstruação: Caso a gestante lembre apenas do período aproximado da sua DUM, o mesmo cálculo pode ser feito. Caso a lembrança da DUM seja no início do mês, considere o dia 5. Para o meio do mês, considere dia 15 e o dia 30 para o final do mês. Após definir o dia, o cálculo será feito como no tópico anterior. • Quando a gestante não recorda o seu último período menstrual: Nessa situação, a IG será determinada por meio da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal por profissional especializado. Também pode ser estabelecido por meio de relato sobre o início dos movimentos fetais que geralmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Se não for possível utilizar nenhuma destas alternativas, recomenda-se solicitar uma ultrassonografia obstétrica.
<p>Como calcular a Data Provável do Parto (DPP)?</p>	<p>Passo 1: Saiba a Data da Última Menstruação da gestante.</p> <p>Passo 2: A partir dessa informação, é necessário fazer a seguinte conta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a DUM estiver entre os meses de <i>janeiro e março</i>, você irá somar o valor que corresponde aos dias por 7, e somar o valor que corresponde ao mês por 9. • Se a DUM estiver entre os meses de <i>abril a dezembro</i>, você somará o valor que corresponde aos dias por 7, e subtrairá o valor que corresponde ao mês por 3. <p>Passo 3: Se o número de dias encontrados for maior do que a quantidade possível num mês, você considerará o mês seguinte.</p>

Fonte: elaboração própria.

Realizando o diagnóstico nutricional de gestantes

Para realizar o diagnóstico nutricional das gestantes e acompanhamento do seu estado nutricional, serão utilizados:

- IMC pré-gestacional: esta medida será calculada a partir do peso autorreferido da mulher ou a partir do peso extraído da prontuários, sendo ambos referentes ao período anterior à gestação. O cálculo do IMC será feito de acordo com a fórmula indicada em “Como pesar e Medir”. Este IMC deverá ser classificado de acordo com o quadro abaixo e o gráfico de monitoramento para o Ganho de Peso Gestacional (GPG) será escolhida a partir deste diagnóstico.

Quadro 7 – Classificação do estado nutricional pré-gestacional e monitoramento do ganho de peso gestacional

IMC (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Gráfico de acompanhamento
<18,5	Baixo Peso	Gráfico na cor roxa
≥18,5 e <25	Eutrófico	Gráfico na cor verde
≥25 e <30	Sobrepeso	Gráfico na cor rosa
≥30	Obesidade	Gráfico na cor laranja

Fonte: Adaptado de WHO, 1995; Kac *et al.*, 2021 *apud* Caderneta da Gestante, disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf.

- Ganho de Peso Gestacional (GPG): após ter calculado o IMC pré-gestacional e da IG será realizado o acompanhamento do GPG a partir dos gráficos de monitoramento. Para saber o GPG da mulher no momento da consulta, você deve realizar o seguinte cálculo:

$$\text{GPG} = \text{Peso medido na consulta} - \text{Peso ANTES da gestação}$$

- Recomendações de GPG de acordo com a classificação do IMC pré-gestacional: as recomendações do GPG serão realizadas a partir da classificação do IMC pré-gestacional. Veja o quadro abaixo para conhecer as recomendações para o GPG até a 40ª semana de gestação.

Quadro 8 – Recomendações de ganho de peso gestacional de acordo com a classificação do estado nutricional pré-gestacional

IMC (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Recomendações de GPG (kg)
<18,5	Baixo Peso	9,7 - 12,2
≥18,5 e <25	Eutrofia	8,0 - 12,0
≥25 e <30	Sobrepeso	7,0 - 9,0
≥30	Obesidade	5,0 - 7,2

Fonte: Adaptado de WHO, 1995; Kac *et al.*, 2021 *apud* Caderneta da Gestante, disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf.

O GPG também pode ser acompanhado por trimestre. Note que estamos falando do ganho de peso acumulado em cada trimestre e não do ganho de peso em cada um dos trimestres. Veja o quadro a seguir para saber como:

Quadro 9 – Faixas de recomendações Ganho de Peso Gestacional segundo IMC pré-gestacional

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Faixa de adequação no gráfico (percentis)	Ganho de peso cumulativo (kg) por trimestre		
			Até 13 semanas (1º trimestre)	Até 27 semanas (2º trimestre)	Até 40 semanas (3º trimestre)
<18,5	Baixo peso	P18 – P34	0,2 a 1,2	5,6 a 7,2	9,7 a 12,2
≥18,5 e <25	Eutrofia	P10 – P34	-1,8 a 0,7	3,1 a 6,3	8,0 a 12,0
≥25 e <30	Sobrepeso	P18 – P27	-1,6 a -0,05	2,3 a 3,7	7,0 a 9,0
≥30	Obesidade	P27 – P38	-1,6 a -0,05	1,1 a 2,7	5,0 a 7,2

Nota: Até 13 semanas de gestação é esperado um pequeno ganho de peso para mulheres com baixo peso (até 1,2 kg) e eutrofia (0,7 kg). Nenhum ganho de peso é esperado para mulheres com sobrepeso ou obesidade. Para mulheres com eutrofia, sobrepeso e obesidade, pode ocorrer pequena perda de peso (máximo 1,5 kg) devido a náuseas e vômitos, comuns nesse período.

Fonte: Adaptado de WHO, 1995; Kac *et al.*, 2021 *apud* Caderneta da Gestante, disponível em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_versao_eletronica_2022.pdf.

Conhecer o GPG esperado em cada semana gestacional é fundamental para o profissional que fará as recomendações para o ganho de peso e para o nutricionista responsável por realizar o cálculo do Valor Energético Total (VET), considerando a taxa de ganho por semana que a gestante precisa apresentar (veja em anexo o quadro “Ganho de Peso Gestacional Cumulativo”). O profissional precisa ficar atento para subtrair o ganho que a gestante já teve do ganho de peso cumulativo esperado até cada semana.

Por exemplo, se na 20ª semana gestacional é identificado que a mulher, em eutrofia, ganhou 2 kg, ao subtrair 6,3 kg (P34 para mulheres em eutrofia na 27ª semana) por 2 kg (peso já obtido), será encontrado o valor 4,3 kg. Logo, a gestante poderá ganhar mais 4,3 kg até a 27ª semana.

O que fazer em situações em que a gestante alcançar o valor máximo de ganho de peso dentro da faixa adequada antes de 40 semanas de gestação?

Nessa situação, as recomendações serão diferenciadas para o ganho de peso nas semanas restantes da gestação. Lembre-se que, durante a gestação, a perda de peso é contraindicada. Veja o quadro abaixo para conhecer as orientações para esta particularidade:



Quadro 10 – Recomendações de taxa de ganho gestacional semanal segundo o IMC pré-gestacional para mulheres que já atingiram o seu ganho de peso máximo

IMC pré-gestacional (kg/m ²)	Classificação do IMC pré-gestacional	Taxa de ganho de peso por semana* (g)
< 18,5	Baixo peso	242
≥ 18,5 e < 25	Eutrofia	200
≥ 25 e < 30	Sobrepeso	175
≥ 30	Obesidade	125

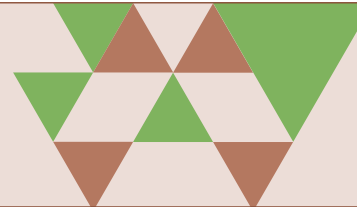
Fonte: Adaptado de WHO, 1995; Kac *et al.*, 2021 *apud* Caderneta da Gestante, disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante-versao_eletronica_2022.pdf.

*Deve ser considerada a taxa de ganho de peso por semana nos limites inferiores das faixas ótimas. Esses valores foram calculados considerando o valor recomendando de GPG para o limite inferior dividido por 40 semanas.

- Acompanhamento do GPG a partir dos gráficos: este monitoramento será realizado a partir de quatro gráficos de acompanhamento diferentes, cada um deles referente a uma classificação do estado nutricional pré-gestacional (KAC *et al.*, 2021). A classificação do GPG será feita a partir dos percentis. Após ter em mãos o diagnóstico nutricional da gestante e o GPG, basta utilizar o gráfico específico e conferir em qual percentil o ganho de peso se encontra.

FIQUE ATENTO(A)

Forneça orientações e continue acompanhando a gestante, seguindo o calendário de consultas.



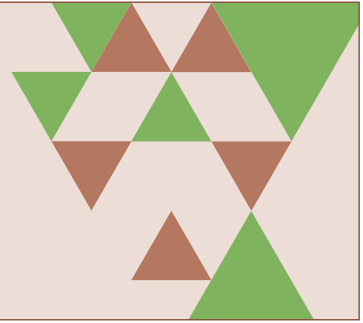
Quadro 11 – Orientações gerais para gestantes e nutrizes

- Incentive e apoie, desde as primeiras consultas, a amamentação até os 2 anos ou mais, oferecendo exclusivamente o leite materno até os 6 meses de vida do bebê.
- Explique sobre o GPG adequado, sendo este um processo natural do período em questão e que ele deve ser acompanhado para identificar possíveis inadequações.
- Recomende que a gestante e seu parceiro (a) participe de grupos de apoios, que podem ocorrer na própria UBS;
- Utilize a Triagem de Insegurança Alimentar (Tria) disponível no documento ***Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: Manual de Identificação dos domicílios e Organização da Rede*** e em situações de IAN utilize o ***Guia Rápido para o Acompanhamento de Gestantes e Crianças com Desnutrição na Atenção Primária à Saúde***.
- Acompanhe a mulher no puerpério e todo o processo de amamentação, fornecendo informações sobre os sentimentos que podem ocorrer neste período e auxiliando nas dúvidas sobre o aleitamento materno. Aproveite para destacar a importância do acompanhamento da criança de acordo com o calendário para essa fase da vida.
- A retenção do GPG após o parto deve ser monitorada e avaliada durante o acompanhamento da nutriz. Algumas estratégias podem ser recomendadas como, por exemplo, a promoção de uma alimentação adequada e saudável e de ambientes saudáveis em associação com uma atividade física.

Fonte: elaboração própria.

💡 SAIBA MAIS

Para fornecer orientações alimentares adequadas confira a *Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde* e o fascículo de gestantes da série *Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira*.



CRIANÇAS (DO NASCIMENTO A <10 ANOS)



Realizando a coleta de dados em crianças

Siga o calendário de consulta e atente-se aos pontos importantes:

Quadro 12 – Calendário de consultas da Caderneta de Saúde da Criança

Primeira semana de vida	1ª consulta de rotina
1 – 4 meses	1 vez ao mês
6 – 12 meses	A cada três meses (no 6º, 9º e no 12º mês)
12 – 24 meses	A cada seis meses (no 18º e no 24º mês)
A partir dos 2 anos	Consultas anuais (1 vez ao ano)

Fonte: Brasil, 2020a.

Quadro 13 – Dados necessários para a coleta de dados em crianças

O que é necessário?
<ul style="list-style-type: none"> • Para menores de 2 anos: Data de nascimento + Idade gestacional + Perímetro Cefálico + Peso e Altura. • Para maiores de 2 anos: Data de nascimento + Idade gestacional + Peso e Altura. • Calcular o IMC. • Registrar no formulário do e-SUS APS, prontuário ou outro formulário de acompanhamento.

Fonte: elaboração própria.

É a “primeira consulta” ou “consulta de rotina”?

A partir daí, vamos seguir algumas etapas para a avaliação:

Quadro 14 – Idade do nascimento a partir da Idade Gestacional

A termo	≥37 semanas
Pré-termo	<37 semanas <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> $\left\{ \begin{array}{l} \text{Prematuro moderado ou tardio: 32 a 36 semanas} \\ \text{Muito prematuro: 28 a 32 semanas} \\ \text{Extremamente prematuro: <28 semanas} \end{array} \right.$ </div>
Pós-termo	≥42 semanas

Fonte: Arriera; Barros; Portelina, 2021; Barros; Silva; Gulgelmin, 2008.

Para crianças **pré-termo**, realize o cálculo da idade corrigida:

Quadro 15 – Cálculo da idade corrigida para crianças pré-termo

Para crianças pré-termo: Idade corrigida	
<p>Como calcular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Passo: calcular quantas semanas ainda faltavam para uma gestação a termo por meio da diferença entre 40 semanas e a IG do nascimento em semanas, o resultado será o tempo que faltou para a IG ser a termo. • 2º Passo: converter o resultado obtido no 1º passo, de semanas para meses (dividindo o resultado por 4, considerando que um mês tem cerca de 4 semanas). • 3º Passo: calcular a idade corrigida descontando o resultado do 2º passo da idade cronológica. 	<p>Exemplo: Ana é uma criança prematura, pois nasceu com 32 semanas, hoje ela tem 5 meses de idade.</p> <p>Qual a sua idade corrigida?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º passo: 40 semanas – 32 semanas = 8 semanas • 2º passo: 8 semanas / 4 semanas = 2 meses • 3º passo: 5 meses (Idade cronológica) – 2 meses (desconto) = 3 meses de idade corrigida

Fonte: adaptado de Barros; Silva; Gulgelmin, 2008.

Quadro 16 – Cálculo para precisão da idade

Regra de aproximação para idades não exatas	
<p>Fração de idade até 15 dias: Aproxima-se a idade para baixo, isto é, o mês já completo. Exemplo: Ana tem 1 mês e 13 dias de vida = 1 mês.</p>	<p>Fração de idade igual ou superior a 16 dias: Aproxima-se a idade para cima, isto é, para o próximo mês a ser completado. Exemplo: Tiago tem 3 meses e 19 dias de vida = 4 meses.</p>

Fonte: adaptado de Barros; Silva; Gulgelmin, 2008.

Realizando o diagnóstico nutricional em crianças

Quadro 17 – Primeiro diagnóstico nutricional: Peso ao nascer

Peso da Criança(g)	Classificação	Fonte
<1.500	Muito baixo peso ao nascer	OMS, 1993.
≥1.500 a <2.500	Baixo peso ao nascer (BPN)	
≥2.500 a ≤4.500	Peso adequado	
>4.500	Macrossomia**	BARROS; SILVA; GULGELMIN, 2008.

Fonte: elaboração própria.

Com base nos índices antropométricos a seguir, podemos identificar o estado nutricional da criança e monitorar a sua evolução ao longo do tempo:

Quadro 18 – Classificação dos pontos de corte para o índice Perímetro Cefálico para Idade (PC/I) de crianças de 0 a 2 anos

Escore-z	Diagnóstico
>+2	Acima do esperado para a idade
≥+ 2 e ≤-2	Adequado para idade
<-2	Abaixo do esperado para a idade

Fonte: adaptado de WHO, 2006.

Quadro 19 – Classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos pelos pontos de corte aplicados aos índices antropométricos

Percentil	Escore-z	Índices antropométricos para crianças menores de 5 anos			
		Peso para Idade	Peso para Estatura	IMC para Idade	Estatura para Idade
<0,1	<-3	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade
≥0,1 e <3	≥-3 e <-2	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para idade

Continua

Percentil	Escore-z	Índices antropométricos para crianças menores de 5 anos			
		Peso para Idade	Peso para Estatura	IMC para Idade	Estatura para Idade
≥3 e <15	≥ -2 e < -1	Peso adequado para idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para idade
≥15 e ≤85	≥ -1 e ≤ +1		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	
>85 e ≤97	> +1 e ≤ +2		Sobrepeso	Sobrepeso	
>97 e ≤99,9	> +2 e ≤ +3	Peso elevado para idade	Sobrepeso	Sobrepeso	
>99,9	> +3		Obesidade	Obesidade	

Fonte: adaptado de WHO, 2006.

Quadro 20 – Classificação do estado nutricional de crianças de 5 a 9 anos pelos pontos de corte aplicados aos índices antropométricos

Percentil	Escore-z	Índices antropométricos para crianças de 5 a 9 anos		
		Peso para Idade	Estatura para Idade	IMC para Idade
<0,1	<-3	Muito baixo peso para a idade	Muito baixa estatura para idade	Magreza acentuada
≥0,1 e <3	≥-3 e <-2	Baixo peso para a idade	Baixa estatura para a idade	Magreza
≥3 e <15	≥-2 e <-1	Peso adequado para idade	Estatura adequada para idade	Eutrofia
>15 e <85	≥-1 e ≤+1			Sobrepeso
≥85 e ≤97	>+1 e ≤+2			Obesidade
>97 e ≤99,9	>+2 e ≤+3	Peso elevado para idade		Obesidade grave
> 99,9	> 3			

Fonte: adaptado de WHO, 2006.

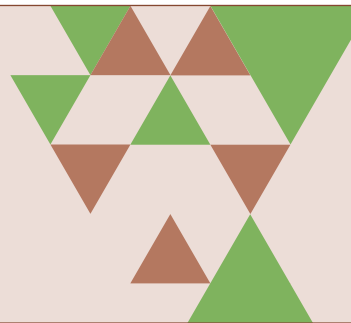
Quadro 21 – Orientações gerais para atendimento de crianças

Segundo o diagnóstico nutricional	
<p>Magreza ou Baixo peso para idade ou Baixa altura para idade</p>	<p>Identifique os fatores de risco e os determinantes. Confirmando o diagnóstico com os outros parâmetros, converse com o(a) responsável/cuidador(a)/mãe da criança e com a equipe de saúde para atender da forma mais resolutiva e integral possível. Oriente conforme o fluxo na APS, confira o <i>Guia Rápido para o Acompanhamento de Gestantes e Crianças com Desnutrição na Atenção Primária à Saúde</i> e, em paralelo, identifique o contexto de insegurança alimentar e nutricional e oriente conforme o material <i>Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: Manual de Identificação dos domicílios e Organização da Rede</i> ambos materiais do Ministério da Saúde.</p>
<p>Peso adequado para idade, Eutrofia ou Altura adequada para idade</p>	<p>Associe aos demais dados avaliados, como o consumo alimentar. Confirmando a adequação, realize orientações para uma alimentação adequada e saudável, conforme as recomendações do <i>Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos</i> e do <i>Guia Alimentar para a população brasileira</i> e segundo às orientações de consumo alimentar específicas para os marcadores de consumo alimentar.</p>
<p>Peso elevado para idade, Sobrepeso ou Obesidade</p>	<p>Verifique os fatores associados, como o consumo alimentar e os possíveis determinantes do diagnóstico, busque orientar de acordo com a necessidade da criança e acesse as orientações do <i>Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde</i>, do Ministério da Saúde.</p>

Fonte: elaboração própria.

💡 SAIBA MAIS

Para fornecer orientações alimentares adequadas confira a *Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde* e o *Fascículo de crianças de 2 a 10 anos da série Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira*.



ADOLESCENTES (≥10 ANOS E <20 ANOS)



Realizando a coleta de dados em adolescentes:

Quadro 22 – Dados necessários para a coleta de dados em adolescentes

O que é necessário?

- Data de nascimento.
- Pesar e medir a cada consulta.
- Fazer a avaliação da maturação sexual.
- Calcular o IMC e classificar o estado nutricional a cada consulta.
- Registrar no formulário do e-SUS APS, prontuário ou outro formulário de acompanhamento.

Periodicidade

A avaliação e o registro dos dados antropométricos de adolescentes devem ser realizados, no mínimo, uma vez por ano.

Fonte: elaboração própria.

Para o diagnóstico nutricional dos adolescentes, atente-se aos pontos importantes:

Quadro 23 – Avaliação da maturação sexual

Para avaliação dos estágios de maturação sexual segundo os Estágios de Tanner, siga os seguintes passos:

1. Explique ao adolescente as justificativas para a realização dessa avaliação. Esse primeiro passo é fundamental para reduzir possíveis constrangimentos por parte dos adolescentes.
2. Solicite que o próprio adolescente se autoavalie.
3. A partir da autoavaliação do adolescente, verifique o grau do Estágio de Tanner. Os meninos serão classificados conforme o estágio de desenvolvimento da genitália e dos pelos pubianos e as meninas em relação às mamas e aos pelos pubianos.
4. Deve-se considerar que o estágio 1 corresponderá à fase infantil, impúbere; os estágios 2, 3 ou 4, serão os estágios puberais; e o estágio 5, será o pós-puberal.
5. Em casos em que o adolescente tenha assinalado estágios diferentes para cada caractere sexual secundário, considere o menor estágio.

Fonte: BRASIL, 2017a.

Realizando o diagnóstico nutricional em adolescentes

Quadro 24 – Classificação do estado nutricional de adolescentes pelos pontos de corte aplicados aos índices antropométricos

Percentil	Escore-z	Índices antropométricos para adolescentes	
		IMC para Idade	Estatura para Idade
<0,1	<-3	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥0,1 e <3	≥-3 e <-2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥3 e <15	≥-2 e <-1	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥15 e ≤85	≥-1 e ≤+1		
>85 e ≤97	>+1 e ≤+2	Sobrepeso	
>97 e ≤99,9	>+2 e ≤+3	Obesidade	
>99,9	>+3	Obesidade grave	

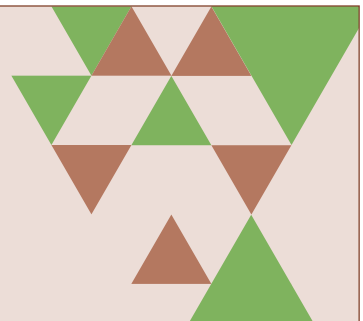
Fonte: adaptado de WHO, 2006.

Orientações gerais para atendimento para adolescentes

- Em conjunto com o adolescente, planeje estratégias e metas que irão guiar as mudanças que precisarão ser realizadas e, se necessário, envolva a família neste planejamento.
- Observe também a possibilidade de associação entre os casos de risco e/ou desvio nutricional identificados com a existência de algum transtorno alimentar como bulimia, anorexia nervosa, entre outros, assim como problemas familiares que estejam influenciando o consumo alimentar. Relacionar o estado nutricional com a análise dos marcadores de consumo alimentar será essencial.

💡 SAIBA MAIS

Para fornecer orientações alimentares adequadas confira a *Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde* e o *Fascículo de adolescentes da série Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira*.



ADULTOS (≥20 ANOS E <60 ANOS)



Realizando a coleta de dados em adultos

Quadro 25 – Dados necessários para a coleta de dados em adultos:

O que é necessário?

- Pesar a cada consulta.
- Medir a altura na primeira consulta.
- Aferir e classificar a circunferência da cintura a cada consulta.
- Calcular o IMC e classificar o estado nutricional a cada consulta.
- Registrar no formulário do e-SUS APS, prontuário ou outro formulário de acompanhamento.

Periodicidade

A avaliação e o registro dos dados antropométricos de adultos devem ser realizados, no mínimo, uma vez por ano.

Fonte: elaboração própria.

Realizando o diagnóstico nutricional em adultos

O diagnóstico nutricional de adultos para a VAN é realizado a partir do cálculo e classificação do IMC, segundo a recomendação da OMS (WHO, 2000).

Quadro 26 – Classificação do Estado Nutricional segundo o IMC

Classificação do Estado Nutricional	Pontos de Corte (kg/m ²)
Abaixo do Peso	<18,5
Adequado ou Eutrófico	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidade Grau 1	30,0 – 34,9
Obesidade Grau 2	35,0 – 39,9
Obesidade Grau 3	≥40,0

Fonte: adaptado de WHO, 2000.

Classifique também a Circunferência da Cintura para complementar o diagnóstico nutricional de adultos.

Quadro 27 – Classificação da Circunferência da Cintura para adultos quanto ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, segundo o sexo

Sexo	Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade	
	Aumentado	Substancialmente Aumentado
Homem	≥94cm	≥102cm
Mulher	≥80cm	≥88cm

Fonte: WHO, 2000.

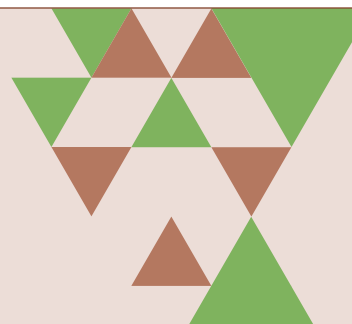
Quadro 28 – Orientações gerais para o atendimento de adultos

- Apresente o diagnóstico nutricional ao adulto, explicando o que ele representa e adequando as orientações, de forma a promover um atendimento humanizado e efetivo.
- Para os casos de obesidade identificados, é importante que o profissional tenha conhecimento sobre a doença e reconheça sua complexidade e seus impactos na saúde, de forma a contribuir para um cuidado respeitoso e sem estigmatização e, conseqüentemente, maior resolutividade no controle dos casos (BRASIL, 2015a; ABESO, 2021).
- Valorize todos os resultados positivos conquistados ao longo do tratamento. Para adultos com sobrepeso e obesidade a perda de peso é importante (de 5% a 10% do peso inicial), mas o cuidado não se restringe a ela. É preciso estar atento também à melhoria das comorbidades e riscos à saúde associados ao excesso de peso e o estímulo à adoção de hábitos de vida que promovam saúde, acesso à alimentação saudável e bem-estar para esses indivíduos (BRASIL, 2020b, 2021).
- Identifique casos de Insegurança Alimentar a partir da Triagem de Insegurança Alimentar (Tria) disponível no documento **“Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: Manual de Identificação dos domicílios e Organização da Rede”**.

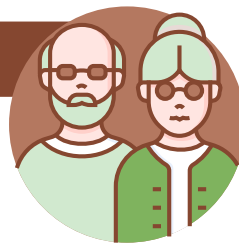
Fonte: elaboração própria.

 **SAIBA MAIS**

Para fornecer orientações alimentares adequadas confira a **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde** e o **Fascículo de adultos da série Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira**.



IDOSOS (≥60 ANOS)



Realizando a coleta de dados em idosos

Quadro 29 – Dados necessários para a coleta de dados em idosos

O que é necessário?

- Pesar a cada consulta.
- Medir a estatura na primeira consulta e repetir a medida anualmente.
- Aferir e classificar o Perímetro da Panturrilha (PP) a cada consulta.
- Calcular o IMC e classificar o estado nutricional a cada consulta.
- Registrar no formulário do e-SUS APS, na Caderneta de Saúde Pessoa Idosa e nos demais formulários de acompanhamento utilizados na rotina.

Periodicidade

A avaliação e o registro dos dados antropométricos de idosos devem ser realizados, no mínimo, uma vez por ano.

Fonte: elaboração própria.

Realizando o diagnóstico nutricional em idosos

Após a aferição do peso e da altura, o IMC deve ser calculado e classificado de acordo com os pontos de corte.

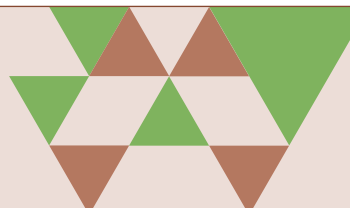
Quadro 30 – Pontos de corte estabelecidos para idosos

IMC (kg/m ²)	Diagnóstico Nutricional
≤22 kg/m ²	Baixo Peso
>22 e <27 kg/m ²	Adequado ou Eutrófico
≥27 kg/m ²	Sobrepeso

Fonte: Wellman, 1994.

FIQUE ATENTO

Os pontos de corte para classificar o IMC do idoso são diferentes do que os de adultos.



Classifique também o Perímetro da Panturrilha (PP) para complementar o diagnóstico nutricional de idosos. Valores reduzidos do PP estão relacionados à diminuição da massa muscular, que por sua vez, está relacionada ao maior risco de quedas, dependência funcional, complicações clínicas e hospitalizações entre pessoas idosas. Atente-se à conduta a ser tomada a partir da classificação do PP conforme o Quadro 31.

Quadro 31 – Classificação e conduta quanto ao Perímetro da Panturrilha de idosos

Perímetro da Panturrilha	Conduta de Acompanhamento	
<31 cm	Ação	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar plano de cuidado para recuperação do estado nutricional. • Revisar o esquema de medicamentos e possível risco de polifarmácia. • Indicar suplementação, se necessária. • Avaliar grau de IAN tendo a Tria como ponto de partida. • Avaliar a rede de apoio do idoso na compra, preparo e consumo dos alimentos.
31 – 34 cm	Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar e/ou encaminhar para um profissional que aplique os outros instrumentos de avaliação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para investigar a saúde de forma multidimensional. • Aumentar a frequência de consultas presenciais ou domiciliares, se necessário.
>35 cm	Acompanhamento de rotina	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar alterações de peso corporal e redução no apetite e consumo alimentar. • Comparecer ao calendário mínimo de consultas médicas/enfermagem. • Atendimento domiciliar, se necessário.

Fonte: Brasil, 2018.

Depois de consolidar o diagnóstico nutricional a partir do IMC e PP, forneça algumas orientações gerais para manter ou recuperar a saúde e o estado nutricional da pessoa idosa.

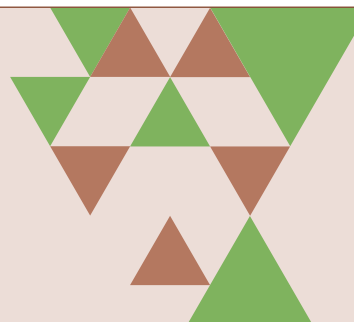
Quadro 32 – Orientações gerais para o atendimento de idosos

- No caso de idosos com baixo peso: investigue possíveis causas da perda de peso com atenção especial para o consumo alimentar insuficiente e situações em que pode estar ocorrendo intensa degradação da massa muscular: doenças infecciosas; sintomas de febre, anemia, vômitos e diarreia; lesões bucais, perda dentária; cirurgia em local que afeta a mastigação, deglutição ou absorção do alimento; má absorção pelo uso de medicamentos; depressão, perda de apetite por condições psicológicas (luto, distúrbio de ansiedade, depressão).
- Fique atento(a) à perda de peso expressiva em curto período, assim como ao ganho de peso progressivo, e tome medidas para estabilizar e/ou recuperar o peso do idoso, por meio da promoção de uma alimentação saudável e da prática de exercícios físicos sob orientação.
- Sempre investigue se a pessoa idosa possui comorbidades como hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doença renal crônica ou necessidades alimentares que a faz restringir determinados grupos de alimentos.
- Observe se há possíveis interações entre fármacos utilizados para tratamento de comorbidades que podem diminuir a absorção de nutrientes e acentuar a perda de peso.
- Promova atividades de saberes culinários e de lazer, envolvendo alimentar-se em grupo. Essa estratégia é importante para a criação de vínculos sociais e afetivos.
- Verifique se há disfunções fisiológicas e dependência funcional para as tarefas que envolvem a alimentação, como planejamento, compras e preparo e, caso seja necessário o suporte de familiares e cuidadores, inclua-os no momento do aconselhamento.
- Se a pessoa idosa apresentar uma limitação funcional maior, as recomendações devem ser feitas aos familiares e cuidadores responsáveis.

Fonte: elaboração própria.

SAIBA MAIS

Para fornecer orientações alimentares adequadas confira a **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde** e o **Fascículo de idosos da série Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira**.



Consumo Alimentar



A avaliação do consumo alimentar é realizada a partir de marcadores de consumo alimentar e possibilita traçar o perfil alimentar e associar ao perfil nutricional da população, demonstrando o impacto das ações ocorridas nas comunidades (COUTINHO *et al.*, 2009). Neste tópico, abordaremos os principais pontos referentes à avaliação, ao registro e à interpretação dos marcadores de consumo alimentar.

Caso você não conheça o formulário dos marcadores de consumo alimentar, recomendamos que **veja aqui** e leia com atenção as perguntas antes da sua utilização na rotina do atendimento. A leitura deste tópico no material *Bases Metodológicas para Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde* também será importante, caso sinta a necessidade de aprofundar o conhecimento.

Compreendendo os marcadores de consumo saudável e não saudável

Para entender como as respostas serão interpretadas no âmbito individual, você precisa saber o que são os marcadores saudáveis e não saudáveis. O quadro abaixo relaciona as informações contidas com as perguntas disponíveis no formulário:

Quadro 33 – Marcadores de alimentação saudável e não saudável

<p>Marcadores de alimentação saudável</p>	<p>Consumo de feijão, frutas frescas, verduras e/ou legumes.</p>	
<p>Marcadores de alimentação não saudável</p>	<p>Consumo de hambúrgueres e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote e/ou biscoitos salgados, biscoitos recheados, doces e/ou guloseimas.</p>	

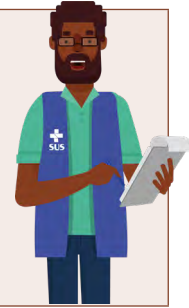
Fonte: Brasil, 2015b.

Avaliando o consumo alimentar e fornecendo orientações

Após compreender o formulário e os marcadores, é preciso utilizá-lo nos atendimentos e realizar o registro da informação. Este momento pode ser durante o atendimento, nas escolas, feiras ou outros espaços públicos. Veja abaixo as orientações para a coleta destes dados:

Quadro 34 – Orientações gerais durante a coleta de dados de consumo alimentar

- Todas as questões precisam ser respondidas, quando o usuário não lembrar a resposta deve ser “Não sabe”.
- Sempre leia as informações contidas em parênteses para o usuário.
- Tenha sempre uma postura humanizada, sem julgamentos e respeitosa. Isso contribui para uma maior disposição do indivíduo atendido.
- Além da avaliação dos marcadores, busque investigar questões referentes ao acesso e à disponibilidade de alimentos da pessoa atendida.



Fonte: elaboração própria.

As orientações devem ser realizadas ao final da avaliação e a partir de um diálogo com o usuário. A observação de fatores sociais, biológicos, econômicos, regionais e culturais é importante neste momento. Para fornecer orientações qualificadas, utilize os Protocolos do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, de acordo com a fase ou evento do curso da vida da pessoa atendida, e também consulte a *Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na APS* (BRASIL, 2022). O tópico seguinte trará com mais detalhes como integrar as orientações após coletar os dados de consumo alimentar e do estado nutricional!

Recomendamos a utilização dos Protocolos de Uso do Guia Alimentar:



Fascículo 1: Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar: Bases Teóricas e Metodológicas e Protocolo para a População Adulta.



Fascículo 1: Protocolos de uso do Guia alimentar na Orientação de Pessoas Adultas com Obesidade, Hipertensão e Diabetes Mellitus: bases teóricas e metodológicas.



Fascículo 2: Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar de Pessoas Adultas com Obesidade.



Fascículo 2: Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Pessoa Idosa.



Fascículo 3: Protocolo de Uso do *Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Gestante*.



Fascículo 4: Protocolo de Uso do *Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar de Crianças de 2 a 10 anos*.



Fascículo 5: Protocolo de Uso do *Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar de Adolescentes*.

No diagnóstico coletivo, os marcadores de consumo alimentar são transformados em indicadores de consumo alimentar que, quando coletados de forma regular, são considerados ótimas ferramentas para a gestão em todos os níveis: municipal, estadual, regional, distrital e federal. Essas informações irão contribuir para o planejamento de ações, programas e políticas no território baseadas na realidade das pessoas que vivem nesse espaço (BRASIL, 2015b).



💡 SAIBA MAIS

Para saber como realizar essa etapa, indispensável para a VAN, sugerimos que consulte o documento *Bases Metodológicas para Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde* e o documento *Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica*.

Orientações integradas para a alimentação e nutrição

Após avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional dos indivíduos, é necessário um olhar sistêmico do resultado encontrado, considerando o contexto econômico, social e cultural em que eles estão inseridos, para que possam ser realizadas orientações integradas e pertinentes à realidade de cada um. Sempre que possível, realize as orientações logo após a avaliação. Essa etapa deve ser conduzida de forma clara e dialogada, com respeito, acolhimento e escuta, a fim de identificar e esclarecer possíveis dúvidas.

Quadro 35 – Recomendações que se aplicam a todas as fases e evento do curso da vida

- Em casos de eutrofia (estado nutricional adequado), reforce as recomendações dos guias alimentares a partir dos fascículos de breve aconselhamento. A orientação terá o objetivo de manter o estado nutricional adequado e promover uma alimentação adequada e saudável, considerando as particularidades de cada indivíduo.
- O estímulo à prática de atividade física deve ocorrer sob orientação profissional, seguindo as recomendações do **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**, do Ministério da Saúde (2021).
- Identifique e acompanhe a situação domiciliar de Segurança Alimentar dos usuários atendidos na APS por meio da Tria, disponível no **Manual de Identificação dos Domicílios e Organização da Rede**.
- Ao identificar desvio nutricional, de *deficit* (magreza e baixo peso) ou de excesso (sobrepeso e obesidade), busque por outros determinantes que possam estar conectados a esse resultado. Compare com a análise dos marcadores de consumo alimentar. Analise os determinantes dessas alterações e o ambiente no qual o indivíduo está inserido, as oportunidades e dificuldades de acesso a uma alimentação adequada e saudável e, com isso, proponha, em conjunto com o indivíduo, soluções integradas para o acompanhamento na APS e para a adoção de novos hábitos. Observe as condições de renda, disponibilidade, acesso e variedade de alimentos na família. Quando necessário, busque articulações com outras instâncias e setores do território como, por exemplo, os Cras, para que possam melhor contribuir com a SAN desses indivíduos.
- No caso de sobrepeso e obesidade, é necessário articular estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável e estimular a prática de atividade física. As atividades a serem desenvolvidas podem ocorrer na UBS ou em outros espaços do território, como as Academias da Saúde, associações e praças.
- Em conjunto com o usuário atendido, planeje estratégias e metas que irão guiar as mudanças que precisarão ser realizadas. Envolver a família nesse planejamento. Quando pertinente, encaminhe o usuário para participar das ações existentes no território.
- Caso identifique usuários com diagnóstico de DCNT, como dislipidemias, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, encaminhe para o atendimento nutricional e para grupos de educação em saúde existentes na UBS.
- Caso o usuário seja referenciado para outros serviços especializados, informe que o acompanhamento na APS ainda será necessário e deve continuar de acordo com o calendário proposto para cada fase do curso da vida.

Fonte: elaboração própria.

FIQUE ATENTO

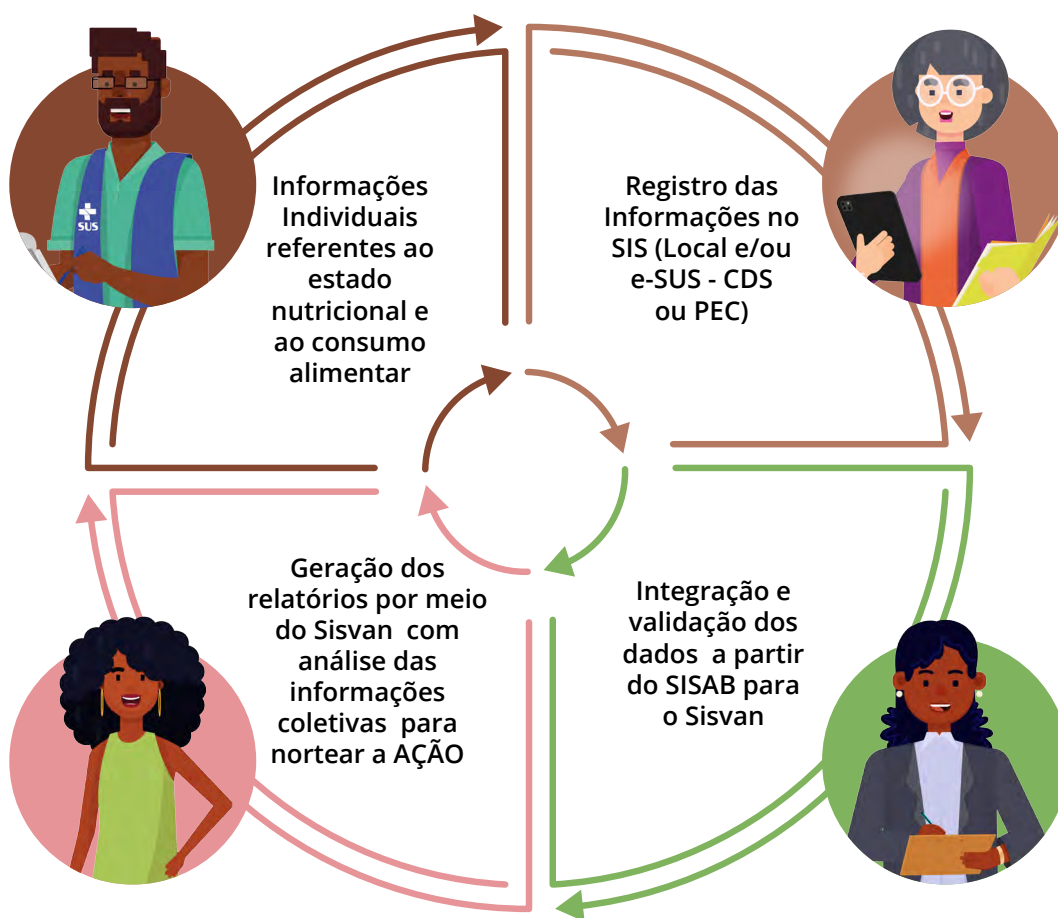
Quando conhecemos o nosso território, fica mais fácil incentivarmos o consumo de alimentos in natura, como frutas produzidas na região, legumes e verduras, batata, mandioca/macaxeira. Dessa forma, estamos estimulando a agricultura familiar e favorecendo a economia local, além de contribuir para formas de produção mais solidárias que respeitem o meio ambiente, seus trabalhadores e consumidores (BRASIL, 2014). Assim, valorizamos o sistema alimentar saudável – desde a produção, o processamento e a distribuição do alimento, até sua preparação e consumo –, socialmente mais justo e menos agressivo ao meio ambiente, aos animais e à biodiversidade de forma geral.



Como registrar as informações e gerar relatórios?

O registro das informações no Sistema de Informação à Saúde (SIS) é uma etapa fundamental para a continuidade do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, sendo por meio dessa etapa que os dados de cada usuário serão transformados em dados coletivos.

Figura 3 - Utilização das informações individuais para compor os dados do coletivo



Fonte: elaboração própria.

Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab)

O Sisab foi instituído pela Portaria n.º 1.412, de 10 de julho de 2013, partindo do pressuposto que deve ser operacionalizado por meio da Estratégia e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) com o objetivo de reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional.

Na rotina da APS é comum tratar das nomenclaturas CDS e PEC que representam Coleta de Dados Simplificada e Prontuário Eletrônico do Cidadão, respectivamente. O CDS e o PEC são os softwares utilizados pelos profissionais da APS para registro dos atendimentos e o seu uso depende da infraestrutura de computadores e de internet, mas de modo geral, ambos necessitam, em maior ou menor escala, de algum nível de conectividade.

Além de todas as características relativas ao sistema de informação (SI) adotado na APS, é importante reconhecer que os relatórios disponíveis no Sisab e que são incorporados em outros SI, a exemplo do Sisvan, são disponibilizados a partir dos dados obrigatórios identificados a partir das fichas adotadas no CDS.

- Mais informações sobre o Sisab e a Estratégia e-SUS APS, acesse: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>.
- Para suporte técnico aos sistemas CDS, PEC e dúvidas sobre o *Thrift*, acesse <http://esusaps.bridge.ufsc.br/>.

A partir do olhar coletivo – observado por meio da geração dos relatórios – será possível planejar, monitorar e avaliar programas, políticas e iniciativas do nível local ao nível nacional. Veja abaixo como isso pode ser feito no nível territorial.

Quadro 36 – Registro de informações e geração de relatórios

Registro de informações e geração de relatórios	
	O sistema está organizado em dois módulos: o restrito e o público, e pode ser acessado pelo site do e-Gestor (https://egestorab.saude.gov.br/), por meio de qualquer dispositivo eletrônico que tenha acesso à internet (BRASIL, 2017b).
Onde as informações referentes ao Estado Nutricional e ao Consumo Alimentar devem ser registradas?	O e-SUS APS é o sistema prioritário para o registro das informações e, a depender do nível de informatização – como a presença de computadores, tablets e de conexão com a internet – de cada UBS, esse registro será feito por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou da Coleta de Dados Simplificada (CDS). Para o estado nutricional de gestantes e crianças menores de 7 anos participantes do Programa de Transferência de Renda, o registro dos dados também deve ser realizado no Sistema do Programa em duas vigências por ano: a primeira, de janeiro a junho, e a segunda, de julho a dezembro.

Continua

Registro de informações e geração de relatórios

<p>Quais pontos são importantes no momento do registro?</p>	<p>É importante estar atento às informações cruciais que permitam a integração completa dos dados. Por isso, a correta identificação do Cartão Nacional de Saúde (CNS), da Carteira de Pessoa Física (CPF) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é crucial. Além disso, é fundamental registrar todas as informações que possuem asterisco (*) e evitar erros de digitação. Em caso de usuárias gestantes, por exemplo, é obrigatório registrar a Data da Última Menstruação (DUM).</p>
<p>E quando existem Sistemas Locais?</p>	<p>Os dados podem ser registrados nesses Sistemas, porém, é importante ter atenção com a migração das informações para o Sisab. Nessas situações, os municípios devem utilizar a tecnologia <i>Thrift</i>, a partir da qual dados cadastrais e clínicos serão transmitidos para o PEC ou centralizador municipal, de onde serão enviados para a base nacional, seguindo o fluxo de integração (BRASIL, 2022b).</p>
<p>Como ocorre a integração dos dados?</p>	<p>A integração e a validação dos dados irá acontecer por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) com periodicidade estabelecida a partir de uma portaria normativa divulgada anualmente. Os dados serão transferidos para o Sisvan, que será utilizado para gerar e analisar os relatórios. Por isso, não é necessário registrar novamente os dados no Sisvan.</p>
<p>Qual a finalidade do Sisvan?</p>	<p>É o sistema eletrônico utilizado na gestão das informações da VAN na APS e tem por finalidade consolidar informações registradas no e-SUS ou no Sistemas Locais para o monitoramento da situação nutricional e alimentar da população brasileira. Ele está dividido em dois módulos: o restrito e o público, e pode ser acessado pelo e-Gestor.</p>
<p>Quais os relatórios gerados a partir do Sisvan?</p>	<p>No Sisvan será possível ter acesso a três tipos de relatórios: Relatório de produção, relatórios consolidados e relatórios individualizados. No módulo público, disponível para toda a população, é possível encontrar dois tipos: de produção e consolidados. No módulo restrito, disponível para técnicos e gestores do Sisvan, todos os tipos de relatórios poderão ser encontrados.</p>
<p>Para que servem os relatórios?</p>	<p>A partir dos relatórios será possível conhecer a situação alimentar e nutricional em diversos níveis e, por meio do Sisvan, é possível filtrar as informações com base na necessidade de cada local. A utilização dos relatórios é fundamental para pensar em políticas, programas e iniciativas que consideram as particularidades de cada local, além de possibilitar o monitoramento da situação e de demais estratégias que são implementadas no território. São ferramentas que promovem o DHAA e a SAN, além de nortear a decisão da gestão e orientar o trabalho dos profissionais, indicando os contextos que precisam ser trabalhados e priorizados.</p>
<p>Como potencializar a utilização dos relatórios?</p>	<p>A divulgação dos relatórios de forma acessível para gestores de diversas instâncias e níveis, rompendo barreiras com o campo da saúde, e também a Sociedade Civil é uma estratégia essencial que fortalece os dados e contribui na qualificação da VAN. Além disso, recomenda-se também analisar as informações do Sisvan em conjunto com demais inquéritos e pesquisas populacionais existentes.</p>

Fonte: adaptado de Brasil, 2017b; Brasil, 2017c; Brasil, 2022b.

Quer saber sobre os tipos de relatórios? O quadro abaixo pode facilitar a compreensão.

Quadro 37 – Tipos de relatórios disponíveis no Sisvan

Aspectos de Comparação	Tipos de Relatório		
	Relatório de Produção	Relatórios Individualizados	Relatórios Consolidados
Conceito	Relatórios com número de indivíduos que são acompanhados em relação ao consumo alimentar.	Relatórios emitidos individualmente, de estado nutricional e consumo alimentar. Também fornecem informações coletivas.	Relatórios com dados de estado nutricional ou consumo alimentar.
Público	Dados da coletividade.	Dados individuais e coletivos.	Dados da coletividade.
Acesso	Módulo público e módulo restrito.	Módulo restrito.	Módulo público e módulo restrito.
Nível de estratificação/desagregação	O município é o menor nível de estratificação.	Gera dados referentes apenas ao município de atuação do profissional vinculado ao sistema, estratificados por unidades básicas de saúde, grupos de atendimentos, microáreas, programas vinculados e tipos de acompanhamento.	O município é o menor nível de estratificação.

Fonte: elaboração própria.

FIQUE ATENTO

Para informações mais detalhadas, recomendamos a leitura do material *Bases metodológicas para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde*, o *Manual do e-SUS* e o *Manual Operacional para Uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN – Versão 3.0 (Versão Preliminar)*.



Como agir a partir dos programas, estratégias e linhas de cuidado?

O SUS é constituído por diversos programas, estratégias e linhas de cuidado que orientam formas de atuação e que contribuem para potencializar as ações de promoção da saúde e alimentação adequada e saudável ofertadas pelos profissionais e gestores.

Assim, podemos visualizar o SUS de forma articulada. O profissional e gestor da VAN devem se posicionar no centro dessa articulação e visualizar as possibilidades e desafios que existem ao seu redor, dentro do setor saúde, para o enfrentamento dos principais agravos do território. Pensando desta maneira, é importante refletir sobre as formas de garantir a execução de uma atenção à saúde de qualidade e resolutiva aos usuários do SUS, por meio de programas, políticas, ações, sejam elas setoriais ou multissetoriais, e linhas de cuidados que contemplem a necessidade da população.

Vejamos algumas possibilidades de reflexões quanto à ação do profissional para alguns públicos:

Quadro 38 – Reflexões quanto à ação do profissional para diferentes públicos

Para todas as pessoas atendidas pela APS do SUS:
<ul style="list-style-type: none"> • Os usuários do SUS podem ser atendidos e contemplados pela VAN a partir de que estratégia ou programa? • De que forma a promoção de saúde, a alimentação adequada e saudável, a atividade física, a prevenção e o controle dos agravos nutricionais podem ser colocados em prática para estes usuários a partir da minha atuação profissional? • Como eu posso me articular com a minha equipe de trabalho para garantir a integralidade do cuidado aos usuários atendidos nesse território? • Quais as linhas de cuidado podem auxiliar como estratégias para estes usuários? • Como implementar uma linha de cuidado e/ou protocolos de aconselhamento para o cuidado nutricional desses usuários?
Para grupos em situação de vulnerabilidade social:
<ul style="list-style-type: none"> • Quais os tipos de vulnerabilidade social que estes usuários estão expostos? • São pessoas titulares de programas de transferência de renda? • São usuários atendidos por equipes de saúde responsáveis por esse tipo de vulnerabilidade? (São exemplos: pessoa em situação de rua, população ribeirinha ou fluvial, pessoas privadas de liberdade, entre outros.)
Para o público materno-infantil:
<ul style="list-style-type: none"> • Como organizar ações de promoção ao Aleitamento Materno e à Alimentação Complementar adequada e saudável para este público? • Como implementar linhas de cuidado de atenção à saúde de crianças e de gestantes com desnutrição e/ou obesidade? • Como estão sendo executadas as ações de prevenção e atenção à obesidade infantil? • Como implementar os protocolos de breve aconselhamento para este público na APS? • A suplementação de micronutrientes apropriada para esta fase ou evento do curso da vida está sendo executada e aderida pelos usuários e responsáveis? • As ações de promoção, prevenção e avaliação das crianças estão sendo realizadas nos espaços ocupados por este público, como escolas e creches?

Fonte: elaboração própria.

As iniciativas de promoção e apoio à adoção de hábitos e práticas de vida saudáveis entre a população podem ser feitas por profissionais de saúde e gestores que conhecem o território mediante parcerias multissetoriais. Estas podem ser estabelecidas entre instituições públicas, privadas, entidades da sociedade civil e outros setores como agricultura, economia, assistência social e educação, que se potencializam o trabalho da APS. Veja alguns exemplos de ações multissetoriais:

Quadro 39 – Exemplos de ações multissetoriais

Ações	Finalidades	Atores envolvidos
Promoção e incentivo às práticas corporais em escolas	Colaborar com as melhorias na saúde dos estudantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários de programas intersetoriais, a exemplos dos programas de transferência condicionada de renda e/ou programa de articulação da saúde, educação e assistência social.
Hortas comunitárias	Valorizar a produção e o consumo de alimentos regionais.	<ul style="list-style-type: none"> • Agricultores familiares, Secretaria de Agricultura. • Secretarias de Educação. • Moradores do bairro atuantes ou não em associações ou conselhos locais.
Oficinas culinárias	Valorizar a produção de alimentos e preparações saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> • Participantes do ambiente escolar (professores, diretores, estudantes, conselheiros, responsáveis familiares), Secretarias de Educação e Assistência Social.
Atividades de educação alimentar e nutricional	Promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis, coletar informações do estado nutricional e consumo alimentar.	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de Saúde. • Secretarias de Educação. • Profissionais de <i>marketing</i> digital, população em geral.
Grupos de promoção à saúde e à alimentação adequada e saudável	Assistir às demandas nutricionais a partir do diagnóstico e colaborar para a melhoria em saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários do SUS. • Profissionais da Assistência Social, equipe multiprofissional da APS.
Doação de Alimentos	Promover a coleta de informações em saúde dos usuários, e elaborar materiais informativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Usuários de programas de doações de alimentos. • Secretarias de Assistência Social, da Saúde e de Educação.

Fonte: elaboração própria.

Pronto! Agora você já sabe como exercer uma atitude de vigilância para promover mais saúde e alimentação adequada e saudável no seu território!

Como exercer uma atitude de vigilância?

Veja os 10 passos para a atitude de vigilância²:

- 1 Envolver os diversos atores na VAN: Gestores, profissionais e usuários.
- 2 Considere os diversos níveis de ações (local, municipal, estadual, distrital e federal) e suas particularidades.
- 3 Compreenda a execução do trabalho a partir de uma perspectiva de promoção de saúde, com integralidade e igualdade, baseada na valorização da necessidade local.
- 4 Registre os dados nos Sistemas de Informação à Saúde (SIS). A informação precisa ser consolidada pelo sistema. Só assim será possível gerar relatórios e monitorar as condições da população.
- 5 Visualize como a ação pode ser realizada a partir dos dados e vá além da alimentação dos sistemas. Tenha um olhar atento aos resultados e busque agir de forma precoce e oportuna para o cuidado de agravos, principalmente os decorrentes de má alimentação e para a promoção da saúde.
- 6 Utilize as informações obtidas para subsidiar, qualificar e priorizar programas e ações. Esta atitude pode possibilitar transformações na prática profissional e no atendimento à população.
- 7 Tenha um olhar diferenciado para cada indivíduo, grupo e fase da vida. Respeite as suas culturas, corpos, gostos e modos de ser e viver.
- 8 Entenda as especificidades de cada pessoa para identificar aquelas que estão em risco alimentar e nutricional e que necessitam ser monitoradas mais de perto.
- 9 Reconheça a nutrição como uma parte essencial na construção das ações de intervenção em saúde.
- 10 Divulgue os resultados entre profissionais da APS, gestores e população. Saber dos resultados obtidos com as ações de VAN motiva todos os atores a continuarem exercendo seus papéis.

² Adaptado de Silva; Barros, 2007; Brasil, 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A VAN é contínua e precisa ser fortalecida e inserida na rotina da APS, com a participação dos profissionais, gestores(as) – de todas os níveis de gestão – e usuárias(os). A sua implementação de forma ampliada permite visibilizar os diversos territórios existentes no País e fornece instrumentos para promover, prover e defender o Direito à Alimentação Adequada e Saudável, fundamental para a existência equitativa da Segurança Alimentar e Nutricional. Esperamos que esse material contribua para o campo da Alimentação e Nutrição e na sustentação da VAN.



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Manifesto Obesidade**: Cuidar de Todas as Formas. São Paulo: ABESO, 2021.

ARRIEIRA, R. O.; BARROS, F. C.; PORTELINHA, M. K. Utilização das Curvas de Crescimento Intergrowth-21st para Recém-Nascidos Pré-Termo em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no sul do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021.

BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. A. (org.). **Vigilância Alimentar e Nutricional para a saúde Indígena**. Editora Fiocruz, 2008. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 2**: Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta. Brasília, DF: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a População Brasileira**. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações Técnicas para linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta da criança**: Passaporte da cidadania. Brasília, DF: MS, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. **Marco de Referência de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 6. ed. Brasília, DF: MS, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília, DF: MS, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Situação alimentar e nutricional no Brasil**: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional – Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde**: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2. Brasília, DF: MS, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Operacional para uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Versão 3.0**. Brasília, DF: MS, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica N.º 51-SEI/2017**. Brasília, DF: MS, 2017c.

COUTINHO, J. G. et al. Organization of Food and Nutritional Surveillance within the Brazilian National Health System: History and current challenges. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 4, p. 688–699, 2009.

ENGSTROM, E. M. **SISVAN**: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde. O diagnóstico nutricional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

KAC, G. et al. Gestational weight gain charts: results from the Brazilian Maternal and Child Nutrition Consortium. **The American journal of clinical nutrition**, v. 113, n. 5, p. 1351–1360, 2021.

MORAIS, D. C. et al. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1475-1488, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH RESEARCH (NHS). **Procedure-for-adult-height**. [S. l.]: NHS, 2014. Disponível em: <https://www.uhs.nhs.uk/Media/Southampton-Clinical-Research/Procedures/BRCProcedures/Procedure-for-adult-height.pdf>. Acesso em: 30 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Revisão II-5: definições, regulamentações, regras, normas para mortalidade e morbidade. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional das Doenças**. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1993.

SILVA, D. O.; BARROS, D. C. O. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. In: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â. (org.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. v. 1.

SILVA, D. O.; ENGSTROM, E. M.; ZABOROWSKI, E. L. **SISVAN**: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: o diagnóstico coletivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

WELLMAN, N. S. The Nutrition Screening Initiative. **Nutrition Reviews**, n. 11, p. 1-4, 1994.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: WHO, 2000.

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. Geneva: WHO, 2006.

ANEXO – Ganho de Peso Gestacional (GPG) cumulativo (em quilos) de acordo com IMC pré-gestacional

O ganho de peso cumulativo está ADEQUADO se estiver entre as faixas dos percentis para cada categoria de IMC pré-gestacional:								
Idade gestacional (semanas)	Classificação do índice de massa corporal pré-gestacional (kg/m ²)							
	Baixo peso (<18,5)		Eutrofia (≥18,5 e <25)		Sobrepeso (≥25 e <30)		Obesidade (≥30)	
	Ganho de peso cumulativo (kg)							
	P18	P34	P10	P34	P18	P27	P27	P38
10	-0,7	0,3	-2,4	0,0	-2,3	-1,3	-1,8	-0,8
11	-0,4	0,6	-2,2	0,2	-2,1	-1,0	-1,7	-0,7
12	-0,1	0,9	-2,0	0,4	-1,8	-0,8	-1,7	-0,6
13	0,2	1,2	-1,8	0,7	-1,6	-0,5	-1,7	-0,5
14	0,5	1,6	-1,6	0,9	-1,4	-0,2	-1,6	-0,4
15	0,8	1,9	-1,3	1,2	-1,1	0,0	-1,5	-0,2
16	1,2	2,3	-1,1	1,5	-0,9	0,3	-1,4	-0,1
17	1,5	2,7	-0,8	1,8	-0,6	0,6	-1,3	0,1
18	1,9	3,1	-0,4	2,2	-0,3	0,9	-1,2	0,3
19	2,3	3,6	0,0	2,7	-0,1	1,2	-1,0	0,5
20	2,7	4,0	0,4	3,1	0,2	1,5	-0,8	0,7
21	3,1	4,5	0,8	3,6	0,5	1,8	-0,6	0,9
22	3,5	4,9	1,2	4,1	0,8	2,1	-0,4	1,2
23	4,0	5,4	1,6	4,5	1,1	2,4	-0,1	1,4
24	4,4	5,9	2,0	5,0	1,4	2,7	0,2	1,7
25	4,8	6,3	2,4	5,4	1,7	3,1	0,5	2,0
26	5,2	6,8	2,7	5,9	2,0	3,4	0,8	2,4
27	5,6	7,2	3,1	6,3	2,3	3,7	1,1	2,7
28	6,0	7,7	3,4	6,7	2,6	4,1	1,4	3,0
29	6,3	8,1	3,8	7,1	3,0	4,4	1,7	3,4
30	6,7	8,5	4,1	7,5	3,3	4,8	2,0	3,7
31	7,1	8,9	4,5	7,9	3,7	5,2	2,3	4,0
32	7,4	9,3	4,8	8,3	4,0	5,6	2,7	4,4
33	7,7	9,7	5,2	8,8	4,4	6,0	3,0	4,7
34	8,1	10,1	5,5	9,2	4,8	6,4	3,3	5,1
35	8,4	10,4	5,9	9,7	5,2	6,8	3,6	5,4
36	8,6	10,8	6,3	10,1	5,5	7,2	4,0	5,7
37	8,9	11,1	6,7	10,6	5,9	7,6	4,3	6,1
38	9,2	11,5	7,0	11,0	6,4	8,0	4,6	6,4
39	9,5	11,8	7,4	11,5	6,8	8,5	4,9	6,8
40	9,7	12,2	8,0	12,0	7,0	9,0	5,0	7,2

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

