

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

LEILA MARIANA DA SILVA

**VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO - PE**

Vitória de Santo Antão
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

LEILA MARIANA DA SILVA

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS ATENDIDAS
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LIMOEIRO - PE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao colegiado do curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição sob orientação da Professora Dra. Vanessa Sá Leal.

Vitória de Santo Antão
2018

Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4-2018

S586v Silva, Leila Mariana da.
Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças atendidas na Atenção Básica à Saúde do município de Limoeiro - PE / Leila Mariana da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2018.

40 folhas; graf.

Orientadora: Vanessa Sá Leal.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2018.

1. Vigilância Alimentar e Nutricional. 2. Atenção Básica - Limoeiro-PE. 3. Antropometria - crianças. 4. Estado Nutricional - crianças. I. Leal, Vanessa Sá (Orientadora). II. Título.

573.60833 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-230/2018

Folha de aprovação

Nome da aluna: Leila Mariana da Silva

Título: Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças atendidas na Atenção Básica à Saúde do município de Limoeiro - PE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Data: 20/12/2018

Banca Examinadora:

Profª Dra. Vanessa Sá Leal (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória

Profª Dra. Nathalia Paula de Souza

Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória

Profº Emerson Rogério Costa Santiago Doutorando - Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade e pelas graças alcançadas durante toda minha jornada de dificuldades e conquistas, e por me proporcionar conhecer tantas pessoas maravilhosas.

À minha professora e orientadora, Vanessa Sá Leal por toda paciência, dedicação, carinho, apoio e incentivo nesta última etapa. Agradeço por ter acreditado na minha capacidade e por auxiliar na minha formação profissional e pessoal, sou imensamente grata.

Aos professores que tiveram o prazer e a dedicação em ensinar o que fosse essencial à minha formação. Obrigada pelo incentivo e pela contribuição.

À nutricionista do SISVAN de Limoeiro Jussara Pessoa, por toda ajuda e colaboração. E as Nutricionistas dos NASF's de Limoeiro, Micheline Mendes e Fernanda Gabriella, por todo aprendizado, carinho, apoio e torcida nesta reta final.

Às minhas amigas pelo grande apoio e torcida, em especial as que dividi apartamento, Júlia e Aline, em particular Gesikelly que está ao meu lado desde a infância e a Yago que me acompanha desde o fundamental. Agradeço também as amigas que a graduação me deu, Ana Karolina, Taise, Evelyne, Rebeka, Renata, Luana, Cynthia, Ana Paula, Allyda e Andréa. Obrigada pelas contribuições, auxílio e por sempre estarem ao meu lado, vocês são presentes de Deus.

À minha família por todo apoio. Em especial a minha mãe e meu pai que nunca mediram esforços para me apoiar no que fosse preciso, eu amo vocês. A minha imensa gratidão a minha tia Josefa que hoje não se encontra entre nós, mas que me auxiliou desde o pré-escolar. E a meu namorado e companheiro, Wanderson, que esteve ao meu lado em todos os momentos me dando força, apoio, compreensão e amor. Você é essencial na minha vida.

Obrigada por torcerem por mim e por estarem sempre ao meu lado!

“Entregue o seu caminho ao Senhor, confie nele, e ele agir.”

Salmos
37:5

RESUMO

Introdução: Mediante ao Sistema Único de Saúde encontra-se a Atenção Básica que auxiliam na coordenação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, importante instrumento para melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população. Para tanto tem-se a Vigilância Alimentar e Nutricional como uma das estratégias para o fortalecimento das ações de intervenção, e o Sistema de Informação da Vigilância Alimentar e Nutricional para o registro e divulgação dos dados obtidos com o acompanhamento dos usuários da Atenção Básica. **Objetivo:** Descrever o perfil antropométrico e o consumo alimentar de crianças menores de 5 anos cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Município de Limoeiro, PE. **Materiais e métodos:** Estudo transversal que aborda o perfil antropométrico e do consumo alimentar de menores de cinco anos atendidos pela atenção básica e cadastradas no SISVAN-WEB do município de Limoeiro – PE. A análise dos dados foi realizada utilizando o Microsoft Excel. **Resultados:** Foi encontrado declínio de 55% no percentual de cadastrado nos anos de 2013-2017. Referente ao estado nutricional verificou-se uma média de 9,9% de déficit estatural, 21,0% para risco de excesso de peso e 20,3% para excesso de peso. Quanto ao déficit estatural, destaca-se as USF's N, J e E com 22,39%, 20,0% e 14,52%, respectivamente. No que diz respeito aquelas com maior risco de excesso de peso, incluem-se as unidades J (30,83%), Q (25,81%) e O (25,37%). E perante o excesso de peso verificou-se maiores proporções na USF O com 28,36%, seguida de J com 25,86% e D com 24,81%. Quanto ao consumo alimentar, o sistema não apresenta dados para o município. O material de divulgação intitulado: "Informe Nutricional", foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde e às Equipes de Saúde da Família. **Conclusão:** Se verificou o significativo declínio no número de cadastros nos últimos cinco anos. Houve pouca variação do estado nutricional no decorrer dos anos, embora tenha sido verificados persistência de déficit estatural e excesso de peso, além do percentual considerável de risco para excesso de peso. Foi verificado ainda, que a cada cinco crianças uma possui excesso de peso e em cada dez uma tem déficit estatural, o que configura um problema de saúde pública.

Palavras-chaves: Vigilância Alimentar e Nutricional. Atenção Básica. Crianças. Estado Nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Through the Unified Health System is found in the Basic Care that helps in the coordination of the National Policy of Food and Nutrition, an important instrument to improve the conditions of food, nutrition and health of the population. For this purpose, Food and Nutrition Surveillance is one of the strategies for strengthening intervention actions, and the Food and Nutrition Surveillance Information System for the registration and dissemination of data obtained with the follow-up of Primary Care users. **Objective:** To describe the anthropometric profile and food consumption of children under 5 enrolled in the Food and Nutrition Surveillance System of the Municipality of Limoeiro, PE. **Materials and methods:** A cross-sectional study that addresses the anthropometric profile and food consumption of children under five years old attended by SISVAN-WEB in the municipality of Limoeiro - PE. Data analysis was performed in Microsoft Excel. **Results:** there was a 55% decline in the percentage of students enrolled in the years 2013-2017. Regarding nutritional status, we observed a mean of 9.9% of stature deficit, 21.0% for overweight and 20.3% for overweight. As for the state deficit, the USF's, J and E stand out with 22.39%, 20.0% and 14.52%, respectively. As for the greater risk of weight, the units J (30,83%), Q (25,81%) and O (25,37%) are included. Weight gain was observed in greater proportions in FHU with 28.36%, followed by J with 25.86% and D with 24.81%. "The consumption of food, the system does not present data for the municipality. The material released: Nutrition Report, was sent to the Municipal Health Department and Family Health Teams. **Conclusion:** There has been a significant decline in the number of registrations in the last five years. There was little variation in nutritional status over the years, although there was a persistence of stature deficit and overweight, in addition to the considerable percentage of risk for overweight. It was also verified that every five children one is overweight and one in ten has a deficit in stature, which constitutes a public health problem.

Palavras-chaves: Food and Nutritional Surveillance. Basic Attention. Child. Nutritional Status.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica em Saúde
CDS	Coleta de Dados Simplificado
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
E/I	Estatura para Idade
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
IMC	Índice de Massa Corporal
IMC/I	Índice de Massa Corporal para Idade
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PESN	Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
P/I	Peso para Estatura
P/E	Peso para Estatura
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Informação da Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
3 JUSTIFICATIVA	12
4 REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica em Saúde no Brasil	13
4.2 Perfil Alimentar e nutricional de crianças	15
4.3 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	17
5 MATERIAIS E MÉTODOS	22
5.1 Tipo de estudo.....	22
5.2 Local e população	22
5.3 Coleta e análise dos dados	22
5.4 Aspectos éticos	23
6 RESULTADOS	24
7 DISCUSSÃO	28
8 CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	35
APÊNDICE	38

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e apesar de ser uma política pública relativamente recente, possui bons resultados à comemorar. É um sistema amplo, que cobre sem nenhuma distinção todos os brasileiros, com uma variedade de serviços desde vigilância sanitária até transplante de órgãos (MENDES, 2013). Com cerca de 140 milhões de pessoas acessando o SUS, o mesmo instituiu a maior política de inclusão social da história e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado, sendo considerada de caráter exemplar a ser seguido. O SUS é orientado pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade e, organizativos de regionalização, hierarquização, descentralização e comando único e a participação popular, sendo estruturado por serviços da Atenção Básica (AB), da Média e Alta complexidade (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica em Saúde (ABS) pode ser entendida como a porta de entrada para o SUS e é definida pela aplicação constante de um conjunto de ações que aprimorem a vida e saúde das pessoas, além de aumentar a independência dos indivíduos e das comunidades, agindo na promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. A mesma é desenvolvida com alto grau de descentralização fazendo uma comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta conversação é feita por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), que são propositalmente instaladas próximo a moradia, trabalho e estudo das pessoas, para facilitar o acesso de toda a família (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Os princípios do SUS auxiliam na coordenação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que em conjunto com suas nove diretrizes têm o objetivo de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população, a partir da prevenção de agravos nutricionais e promoção de práticas que visem mudanças na alimentação e nos hábitos de vida dos indivíduos. Dentre as diretrizes da PNAN ressalta-se a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), a qual provê dados do perfil alimentar e nutricional dos indivíduos, com a finalidade de aprimorar as estratégias de intervenção que são coordenadas pela AB (CAVALCANTE, et al., 2013; CONSEA, 2004).

A principal estratégia utilizada pela VAN para o registro e divulgação dos dados é o Sistema de Informação da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o qual fornece a consolidação de informações, propiciadas pelo acompanhamento dos usuários da AB, proporcionando um diagnóstico descritivo e analítico da alimentação e do estado nutricional. O acesso ao SISVAN foi facilitado com a implantação do SISVAN-Web, que assumiu uma plataforma via internet, onde fornece as informações de forma pública (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012; JAIME et al., 2012). Um dos objetivos principais do SISVAN é o diagnóstico nutricional precoce do público, seja ele criança, adolescente, adulto, idoso ou gestante. As informações do sistema devem ser utilizadas nas decisões, formulações e na reorientação das políticas públicas, além de direcionar os profissionais na identificação dos agravos nutricionais (BRASIL, 2004).

No Brasil, o processo de transição nutricional vem ocorrendo com a modificação do padrão alimentar e da inatividade física, com consequente manifestação na representação do estado nutricional, associada a fatores de transformações sociais e do modelo de saúde, sendo demonstrado pela redução da desnutrição e aumento do excesso de peso. Estes, tem relação direta com o desequilíbrio entre a ingestão de nutrientes e as necessidades do indivíduo. (BATISTA; RISSIN, 2003; SOARES et al, 2013). A presença de distúrbios nutricionais na população brasileira é muitas vezes avaliada com usuários da AB, principalmente em crianças e adolescentes, pois estes podem ser um bom indicador para estas enfermidades (RAMIRES et al, 2014).

Nesse sentido, considerando a elevada prevalência dos agravos nutricionais, em especial o excesso de peso e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) relacionadas, torna-se essencial a efetivação da VAN, pois servirá de assessoria para o planejamento de ações que visem à promoção da saúde e alimentação adequada e saudável, além do rastreamento de indivíduos com maior risco (BRASIL; FISBERG; MARANHÃO, 2007; BRASIL, 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever o perfil antropométrico e o consumo alimentar de crianças menores de 5 anos cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Município de Limoeiro, PE.

2.2 Específicos

- Estabelecer o percentual de crianças menores de 5 anos cadastradas na Atenção Básica que tiveram seu estado nutricional acompanhadas no SISVAN no período de 2013 a 2017;
- Avaliar o perfil antropométrico e o consumo alimentar de crianças menores de 5 anos cadastradas no SISVAN-WEB, no período de 2013 a 2017;
- Analisar as prevalências de déficit estatural, excesso de peso e risco para excesso de peso das crianças menores de cinco anos atendidas por cada Unidade de Saúde da Família no ano de 2017;
- Identificar as USF's com maior proporção de crianças com déficit estatural, excesso de peso e risco para excesso de peso no ano de 2017;
- Elaborar Informe nutricional para Secretaria Municipal de Saúde e Equipe de Saúde da Família acerca das informações das crianças acompanhadas pela Vigilância Alimentar e Nutricional.

3 JUSTIFICATIVA

Diante da magnitude do excesso de peso e das doenças crônicas adjuntas a este agravo, e ainda, considerando o elevado consumo de alimentos processados e ultraprocessados como fator associado, faz importante fomentar a prática da Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito da Atenção Básica em Saúde. Além disso, o acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar na infância, é fundamental para a melhoria e a eficácia das ações de promoção da saúde e de prevenção dos problemas nutricionais, principalmente mediante a atual conjuntura econômica do país, onde é mais viável investir na prevenção primária do que no tratamento a longo prazo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica em Saúde no Brasil

O Sistema Único de Saúde pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais alcançadas pelo povo brasileiro. Instituído em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, é formado por um conjunto de ações de saúde prestadas por órgãos e instituições. Sendo este, um sistema democrático nas ações e nos serviços de saúde, deixando de ser restrito para ser universal e descentralizado (BRASIL, 2000).

Segundo Carvalho (2013, p.11), o SUS possui por objetivo:

Identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas.

O SUS vem avançando no país em diversos aspectos, como nos sistemas de vigilância em saúde, na assistência farmacêutica, nos transplantes, no Sistema de Atendimento Móvel de Urgência, no controle do Tabagismo e do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida, tendo o Programa Nacional de Imunizações como o maior no mundo. Através do SUS o país também apresentou evolução dos sistemas de informação em saúde, por meio da melhoria do acesso e maior cobertura da ABS, uma vez que esta atende cerca de 60% da população brasileira através das equipes de Saúde da Família (PAIM, 2018).

Por outro lado, o SUS sofre diversas críticas sistemáticas e oposição da mídia, além de encarar interesses econômicos pelo sistema privativo. O acesso à saúde é um desafio, pois a insuficiente infraestrutura, a falta de planejamento antecipado, os obstáculos com a montagem de redes para regionalização e as dificuldades para as mudanças dos modelos e práticas de atenção à saúde, comprometem o acesso universal e igualitário preconizados para os seus usuários (PAIM, 2018).

A Atenção Básica em Saúde, criada com alto grau de descentralização, tornou-se a porta de entrada dos usuários e o contato com a RAS. Diante da retificação em 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisado as suas diretrizes e normas para sua melhor organização. O seu aprimoramento é essencial para a qualificação das práticas de cuidado, gestão, participação popular e para aprimorar todo o sistema. Além de ser necessário nas transformações do funcionamento dos serviços e no processo de trabalho das equipes, determinando aos participantes maior

capacidade de análise, intervenção e autonomia (BRASIL,2017). Todavia, a nova PNAB sofre diferentes críticas como a liberdade de escolha empregada aos gestores que não leva em consideração a ineficiente transferência de recursos, os mecanismos de controle social e de participação popular. Além da recomposição das equipes, a reorganização dos processos de trabalho e da renúncia de responsabilidades (MOROSINI; FONSECA; LIMA; 2018).

A AB é caracterizada por um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolve a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. A mesma é dirigida pelos princípios do SUS e pelas diretrizes de regionalização e hierarquização, territorialização e adscrição (população adscrita), cuidado centrado na pessoa e resolutividade (longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação das redes e participação popular) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Com o intuito de registrar os dados da ABS no ano de 1998 foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo este um gerenciador dos sistemas locais capaz de descrever a realidade socioeconômica, monitorar a situação das áreas geográficas e contribuir na associação das condições de saúde com a prestação de serviços. O sistema possui dados coletados em âmbito domiciliar e nas USF que podem ser gerados por profissionais da saúde que compõem as equipes de Saúde da Família, podendo assim possibilitar a definição de indicadores populacionais do local (BRASIL, 2003).

Devido a necessidade de reestruturação do SIAB, para um sistema unificado que integrasse todos os sistemas de informações, garantindo o registro individualizado e completo dos dados das equipes e programas, foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 2013 o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), fazendo uma transição do SIAB para o SISAB. O SISAB é operado pelo e-SUS e instrumentalizado pelos sistemas de Coleta de Dados Simplificado (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que por obrigatoriedade deve ter registro mensal e sistemático de todos os Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas. Essa estratégia visa um formato padronizado e qualificado da gestão da informação para ampliar a qualidade no atendimento à população, em busca de um SUS eletrônico (CAVALCANTE, et al., 2013).

No cotidiano da AB encontra-se inserida como tarefa essencial a VAN, que é integrada a vigilância em saúde e contemplada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro

de 1990. Para a organização da atenção nutricional e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na RAS, a PNAN aponta a diretriz da VAN como fundamental para o reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adstrita e para organização e implemento de práticas mais adequadas ao enfrentamento dos agravos nutricionais. Essa diretriz pode assessorar os gestores e profissionais de saúde na elaboração de estratégias de prevenção e de tratamento, com ações de promoção da saúde e de segurança alimentar e nutricional, visando a garantia do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2015).

4.2 Perfil Alimentar e Nutricional de Crianças

No indivíduo, o equilíbrio entre o consumo alimentar e gasto energético ao qual corrobora com as necessidades nutricionais, reflete no estado nutricional. Quando uma pessoa apresenta o balanço positivo entre o consumo e necessidades, esta é classificada como eutrófica, enquanto que, se demonstrar um consumo insuficiente em quantidade e/ou qualidade quando comparado as suas necessidades encontra-se em carência nutricional. Por outro lado, se o indivíduo apresentar-se com excesso e/ou desequilíbrio na ingestão quando contraposto com suas necessidades, este é diagnosticado com distúrbio nutricional, a exemplo da obesidade (BRASIL, 2004).

Na infância, o estado nutricional é visto de forma semelhante, porém é avaliado por parâmetros diferentes do indivíduo adulto. Os índices mais utilizadas nas crianças menores de cinco anos, são o Peso por Idade (P/I), o Peso/Estatura (P/E), a Estatura/Idade (E/I) e o Índice de Massa Corporal/Idade (IMC/Idade). O P/I demonstra a massa corporal para a idade cronológica, e é usado no acompanhamento do crescimento, pois mostra como está a situação global da criança. Em contrapartida o acúmulo de ocorrências adversas ao crescimento da criança é indicado pela E/I, expressando o crescimento linear da criança. Outro parâmetro relevante é o P/E, o qual não considera a idade e evidencia a relação entre as dimensões da massa corporal e a estatura, sendo muito válido na identificação da magreza e do excesso de peso na infância. Com relação ao IMC/I, o mesmo mostra a associação entre o peso e a estatura da criança, sendo bastante útil na avaliação do excesso de peso, além de ser utilizado nas demais fases do curso da vida. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

A classificação do estado nutricional para as crianças ocorre de acordo com os escores Z. Valores do índice E/I < -2 escores z revelam atraso do crescimento linear da criança e indicam desnutrição de longa duração, seja pela decorrência de deficiência

de energia ou pela deficiência de macro ou micronutrientes. Dados do IMC/I <-2 escores z demonstram acúmulo insuficiente de massa corporal ou, mais frequentemente, utilização dos tecidos corporais para produção de energia. Valores de IMC/I $>+2$ e $\leq +3$ escores z indicam sobrepeso. Já o índice $>+3$ escores z refletem o acúmulo de tecido adiposo e são comumente utilizados para diagnosticar a obesidade. (WHO, 2006; BRASIL, 2011).

Considerando os dados de Pereira et al. (2017) cerca 101 milhões de crianças menores de cinco anos foram diagnosticadas com baixo peso, e a desnutrição encontra-se relacionada a aproximadamente um terço de todas as mortes de crianças no mundo, enquanto que cerca 42 milhões de crianças no mundo (6,3%) apresentaram-se acima do peso. Analisando os dados de Meller, Araújo e Madruga (2014) 43 milhões de crianças menores de cinco anos apresentam-se com sobrepeso ou obesidade, estando estas em sua grande maioria nos países em desenvolvimento.

No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) apontou que as crianças em idade escolar demonstraram excesso de peso (30%), para tanto, 11,8% das meninas e 16,6% dos meninos estavam com obesidade, e no que se refere ao déficit estatural, releva-se o predomínio de 10,0% em meninos e 9,0% em meninas (BRASIL, 2010). Na capital pernambucana, segundo a III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN, 2006) as crianças encontram-se em um nível de desnutrição considerada aceitável (2,3%), no entanto, quando observado o excesso de peso, o mesmo se apresenta em três a quatro vezes maior que a desnutrição, isto quando avaliado pelos índices de P/E e IMC/I (8,0 e 10,0%, respectivamente).

De acordo com Carvalho, et al. (2014) mesmo com o controle da desnutrição aguda em determinadas populações, as crianças menores de cinco anos pertencentes ao nordeste brasileiro apresentam uma prevalência considerável e persistente de déficit estatural, quando levado em consideração o índice de E/I seguido do P/I. Os dados também revelam a presença de excesso de peso para altura com números de cinco a seis vezes superiores ao déficit.

Em face disto, é válido mencionar que as situações de desnutrição encontradas nas crianças estão muitas vezes atreladas às condições socioeconômicas as quais estão inseridas. Em contrapartida, as distribuições entre sobrepeso e obesidade demonstram caráter bem mais complexo, apresentando prevalências heterogêneas em virtude dos mais distintos grupos populacionais encontrados na população brasileira (PEREIRA, et al. 2017).

No que diz respeito ao consumo alimentar da população brasileira, a POF demonstrou que apesar da manutenção da dieta tradicional como arroz e feijão, ganhou-se destaque o elevado consumo de alimentos industrializados com alto teor de sódio, açúcares e gordura saturada. A POF ratifica ainda, o baixo consumo de legumes, frutas e verduras o que caracteriza uma ingestão inadequada de fibras e de micronutrientes (BRASIL, 2010).

As crianças em idade escolar demonstram atualmente aumento na ingestão produtos industrializados e de açúcares, como demonstrou Azevedo, et al. (2017) com prevalência de 58% de ingestão diária para este último. O estudo refere-se ainda que o comportamento alimentar está associado a vários fatores como a relação familiar, atitudes dos pais e familiares mediante a criança, preferências alimentares, características psicológicas e questões sociais e culturais, estando estes influenciando de certa forma no consumo alimentar do público infantil.

4.3. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Após a conformação do SUS e a reestruturação da AB, surgiu a necessidade de tornar a informação um dos princípios para conduzir as ações e os serviços de saúde. O uso e disseminação da informação sobre as condições de vida da população é de grande importância para o planejamento, execução e avaliação das atividades essenciais ao setor da saúde e das políticas públicas, principalmente quando relacionada a alimentação e nutrição. Tais ações são planejadas baseadas nas informações adquiridas e disponibilizadas pelo Sistema de Informação em Saúde (SIS) (CAVALCANTE, et al., 2013). Para tanto, o SIS é definido pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de pessoas e facilidades tecnológicas ligadas a coleta, armazenamento, processamento de dados divulgação de informações, a fim de manter processos operacionais, administrativos e de tomada de decisão para um determinado território e população” (CAVALCANTE, et al., 2013).

O sistema destaca-se no sentido da desagregação municipal da informação, pois possibilita localização rápida e exata, inclusive a para as USF's com maior prevalência de agravos, como desnutrição e/ou excesso de peso. Todo processo é oferecido com baixo custo, possibilitado avaliação antes e depois de intervenções. O maior volume de informações registradas é relativo as crianças, como resultado da maior organização do serviço para essa faixa etária. Porém há também suas limitações, onde se destaca o não-registro periódico das informações (BRASIL, 2009).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é um exemplo de SIS, apto em obter informações pertinentes relacionadas ao estado nutricional e a situação alimentar da população, embasado na determinação do estado nutricional, consumo alimentar e da intersetorialidade. Sendo “um sistema de coleta, processamento e análise contínua de dados de uma população, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais e também dos fatores de sua determinação” (BRASIL, 2013). A sua iniciação e normalização no âmbito do SUS foi dada pela a importância da Lei nº 8.080, que serviu de grande auxílio (CAVALCANTE, et al., 2013).

Além do acompanhamento do estado nutricional e alimentar, o SISVAN monitora o registro das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família, garantindo o acesso desse público às ações de saúde. Em relação as crianças menores de sete anos, o setor se centraliza no acompanhamento do crescimento e cumprimento do calendário de vacinação. As informações coletadas localmente são consolidadas pelo próprio sistema informatizado e ficam disponíveis publicamente por meio de relatórios na internet. Há também o acompanhamento de forma individualizada realizado a partir de visitas que identificam de forma precoce o risco nutricional. Portanto a VAN acontece de forma individualizada e coletiva, sendo ambas primordial para a decisão das ações, com demanda de tempo menor para as individualizadas e maior quando de forma coletiva, sendo muitas vezes por conta do tempo necessário para seleção, análise e interpretação dos dados (BRASIL, 2009).

Todavia até a implantação do SISVAN diversos marcos ocorreram, tanto mundiais quanto nacionais. Em uma reunião realizada em 1975 organizada pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância que tinha objetivo de desenvolver um relatório, sistematizando e estratégias para a criação, estruturação e operacionalização do SISVAN, foi determinado um documento que recomendava a vigilância nutricional para todos os países, em especial os em desenvolvimento. No ano seguinte, os países em desenvolvimento começaram a estabelecer o SISVAN, empenhando-se em melhorar o estado nutricional de suas populações conforme sua realidade (CAVALCANTE, et al., 2013).

Com o comprometimento dos países a alcançar a saúde para todos, em 1990 foram destacadas as metas na área de nutrição que incluíam a redução da desnutrição energético-proteica nas crianças menores de 5 anos, a redução do nascimento de crianças com baixo peso, a redução da anemia ferropriva nas mulheres em idade fértil,

a eliminação de doenças causadas pela falta de iodo e a eliminação da carência de vitamina A e suas consequências. Posteriormente com a Conferência Internacional de Nutrição que ocorreu em 1992, foi assumido o compromisso de buscar a eliminação da fome e mortes por fome até o ano 2000. Nela também foi exposto que o acesso a alimentação nutricionalmente adequada e saudável é um direito de todos e que há alimentos suficientes para todos (CAVALCANTE, et al., 2013).

Em âmbito nacional, houve a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) que foi relevante na estruturação e implantação do SISVAN, pois incluiu-se no papel da formulação e efetivação de uma política na área de alimentação e nutrição. O instituto tentou a implantação em 1976, no entanto sem sucesso, em virtude da precariedade e falta de disponibilidade das estruturas de saúde, bem como a complexidade de participação multisetorial, a dependência de recursos e a ausência da conexão com o SIS (CAVALCANTE, et al., 2013). Deste ponto, a implementação começa em 1980 com experiências em Pernambuco e na Paraíba, que colaborou na avaliação da sua potencialidade e levou a debates sobre a sua capacidade, resultando em melhorias posteriormente implementadas. Apesar disso, o sistema foi estabelecido devido a outros fatores como o amadurecimento político-técnico das gestões e o apoio do INAN (CAVALCANTE, et al., 2013).

O SISVAN se tornou um critério para adesão de um programa de suplementação alimentar, e embora o governo tenha assumido essa estratégia o acesso aos benefícios do programa englobou apenas crianças, gestantes e lactantes em risco nutricional. Portanto o INAN identificou a necessidade de investir em uma rede para melhorar o fluxo de informações e que englobasse as unidades locais de saúde e as coordenações municipais, estaduais e nacionais. Como conseguinte deu prioridade ao acompanhamento de todas as crianças menores de 5 anos e gestantes dos municípios, ganhando respaldo político. Com a posterior extinção do INAN, o sistema foi vinculado ao Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde, e só depois de um ano o MS constatou que o SISVAN não era apenas um sistema de coleta e produção de dados rotineiro e o incorporou, criando um comitê temático e interdisciplinar que compôs propostas para impulsioná-lo (CAVALCANTE, et al., 2013).

O SISVAN é um sistema que tem como principais objetivos a reorganização da rotina de atenção nutricional, identificação de grupos/áreas de risco nutricional, facilitando a demonstração aos gestores das necessidades da população e, ainda, ser

subsídio para elaboração de políticas públicas e ações direcionadas a melhoria das condições nutricionais e de saúde. Atualmente oferece uma fonte de dados que traz informações de indicadores nutricionais coletados na AB, local onde as ações acontecem. Para a coleta e registro dos dados utilizam-se formulários específicos disponíveis nas USF, o mapa mensal e o resumo mensal que são enviados a Secretaria Municipal de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde (CAVALCANTE, et al., 2013).

A VAN deve ser feita em todas as fases da vida, com dados antropométricos e de consumo alimentar, desde o nascimento até a senectude. No que se refere aos dados antropométricos, deve ser preconizado a coleta de peso, altura e circunferência da cintura (adultos), circunferência da panturrilha (idosos), para crianças menores de dois anos é necessário o peso ao nascer e em mulheres grávidas a data da última menstruação. Quanto aos marcadores do consumo alimentar, são obtidos dados por meio de questionário pré estabelecido de questões segundo faixa etária (BRASIL, 2017a).

Para a vigilância se tratando de estado nutricional é recomendado o método antropométrico, por ser o método de investigação baseado nas medidas físicas e na composição corporal do indivíduo e ser capaz de avaliar todas as fases da vida. Além disso, tem como vantagens ser barato, simples, de fácil manuseio e padronização, além de ser pouco invasivo e universalmente aceito. Representa um importante recurso que oferece dados para o diagnóstico, acompanhamento, crescimento e desenvolvimento de crianças e permitindo conhecer o perfil nutricional de um determinado grupo (BRASIL, 2011).

A estruturação do sistema em questão carrega atribuições conferidas ao nível municipal (gerenciamento e gestão), estadual e federal (gestão pelo acompanhamento e avaliação) para todas as ações do SUS, incluindo os sistemas de vigilância à saúde. Estando o SISVAN responsável pela seleção, processamento, análise e interpretação dos dados. Com tudo, possui a responsabilidade da organização e do fluxo de dados e informações adequadas e autênticas. Assim, as ações de intervenção se tornaram eficazes e estratégicas por possuírem dados confiáveis, por isso a implementação do aplicativo informatizado se tornou efetiva, com a capacitação dos profissionais e as ações dos técnicos, da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e permitiu a difusão das informações para toda a sociedade (CAVALCANTE, et al., 2013).

Com o acesso ao SISVAN-Web facilitado em 2008, o monitoramento dos usuários da AB se tornou uma plataforma disponível via internet que fornece os dados registrados pelas UBS do acompanhamento nutricional e marcadores do consumo alimentar em forma de relatório público. A plataforma possui dois tipos de acesso, o público e o restrito, sendo os relatórios consistentes de acesso públicos podendo ser acessado por qualquer pessoa, e o acesso restrito ocorre apenas se o usuário possuir a senha do município e cada município possui sua senha e um responsável pelo SISVAN cadastrado. Esse acesso deve ser feito para o acréscimo de dados do acompanhamento nutricional (BRASIL, 2012; JAIME et al., 2012).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

O presente trabalho é do tipo transversal que aborda o perfil antropométrico e do consumo alimentar de crianças menores de cinco anos cadastradas no SISVAN-WEB do município de Limoeiro – PE.

5.2 Local e População

Limoeiro está localizado no Agreste de Pernambuco e na microrregião do médio Capibaribe o qual se distancia em aproximadamente 80Km da capital, Recife. Apresenta uma população estimada de 55.439 mil habitantes, sendo 3.562 mil crianças menores de cinco anos de acordo com o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dentre estas estão cadastradas na atenção básica 1.641 crianças, segundo dados do Marques Consult, uma assessoria do e-SUS (2018). Atualmente o município conta com 18 Unidades de Saúde da Família e 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

5.3 Coleta e Análise dos dados

Os dados antropométricos e de consumo alimentar das crianças menores de 5 anos usuárias da ABS referente aos últimos cinco anos (2013-2017), foram obtidos a partir do SISVAN-Web (módulo gerador de relatórios), com auxílio do profissional nutricionista responsável por esse sistema no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde.

No que diz respeito ao detalhamento dos dados por USF, considerou-se como referência o ano de 2017. As unidades foram organizadas em ordem alfabética, e foi estabelecido para cada unidade uma letra do alfabeto, de forma crescente (A-R). Sendo assim, a unidade Adejardo Francisco Pimentel (A), Emereciana Wanderley do Rego (B), Francisco Azevedo Lins (C), Helena Laurentino da Cunha (D), Jacy Estelita Correia Guerra (E), Jenésio de Queiroz (F), José Alves de Amorim (G), José Geraldo Medeiros Duarte (H), José Nicolau Teixeira (I), José Otávio Maciel (J), Juá (K), Luiz Cabral Pimentel (L), Luiz Távora (M), Manoel Aquino de Albuquerque (N), Nelson Aquino (O), Nilton Pessoa Pimentel (P), Teófilo de Melo (Q) e Virgílio Lapenda (R).

Dentre as unidades de saúde, foi selecionado três das que mais se destacaram por distúrbios nutricionais (déficit estatural, risco para excesso de peso e excesso de peso). O perfil antropométrico foi traçado através dos dados de peso e altura, que são

classificados pelo Índice Estatura para Idade, considerando os escores: $z < -2$ = baixa estatura; escore $z > +2$ = estatura adequada; e Índice de Massa corporal para Idade, sendo escore $z > +1$ e $\leq +2$ = risco de sobrepeso; $>+2$ e $\leq +3$ = Sobrepeso e escore $z >+3$ = obesidade (WHO, 2006). Os dados de consumo alimentar foram investigados de acordo com a frequência de registro alimentar do dia anterior a entrevista para as diferentes fases do curso da vida: <6 meses; 6 a 23 meses e 2 anos ou mais (ANEXO A).

Os dados antropométricos e de consumo alimentar foram obtidos na rotina das USF's através de formulário específico do SISVAN (ANEXO A, B e C) e posteriormente lançados no SISVAN Web. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva mediante apresentação de frequência simples e respectivo valor percentual, utilizando-se o Microsoft Excel.

Com base nos resultados e informações encontradas foi elaborado um Informe Nutricional direcionado aos gestores da Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família.

5.4 Aspectos éticos

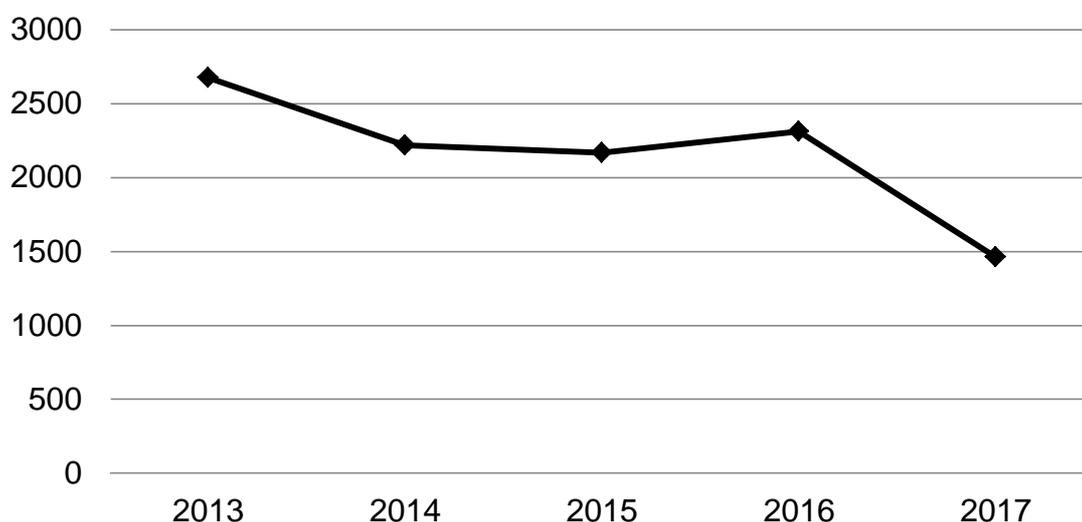
Previamente ao início do estudo, a proposta foi apresentada a Secretaria de Saúde do Município, por meio de uma carta de anuência de modo que o acesso ao SISVAN-WEB e às demais informações foram autorizadas pela gestão municipal.

Por se tratar de um banco de dados público e referentes a um sistema oficial de informação do Ministério da Saúde, não se fez necessária aprovação em comitês reconhecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

6 RESULTADOS

A variação do número de crianças menores de cinco anos cadastradas no SISVAN de Limoeiro nos últimos cinco anos, está descrita no gráfico 1. No decorrer do período, percebe-se a redução do registro dos dados entre os anos de 2013 e 2014, seguido por leve acréscimo em 2016. Porém na comparação de todo o período avaliado, enquanto no ano de 2013 foram cadastradas 2.676 crianças, em 2017 apenas 1.463 crianças estiveram registradas no Sistema, o que representa um declínio de 55% no percentual cadastrado anteriormente (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Cadastro de crianças menores de cinco anos do município de Limoeiro-PE, segundo dados do SISVAN, 2013 a 2017.

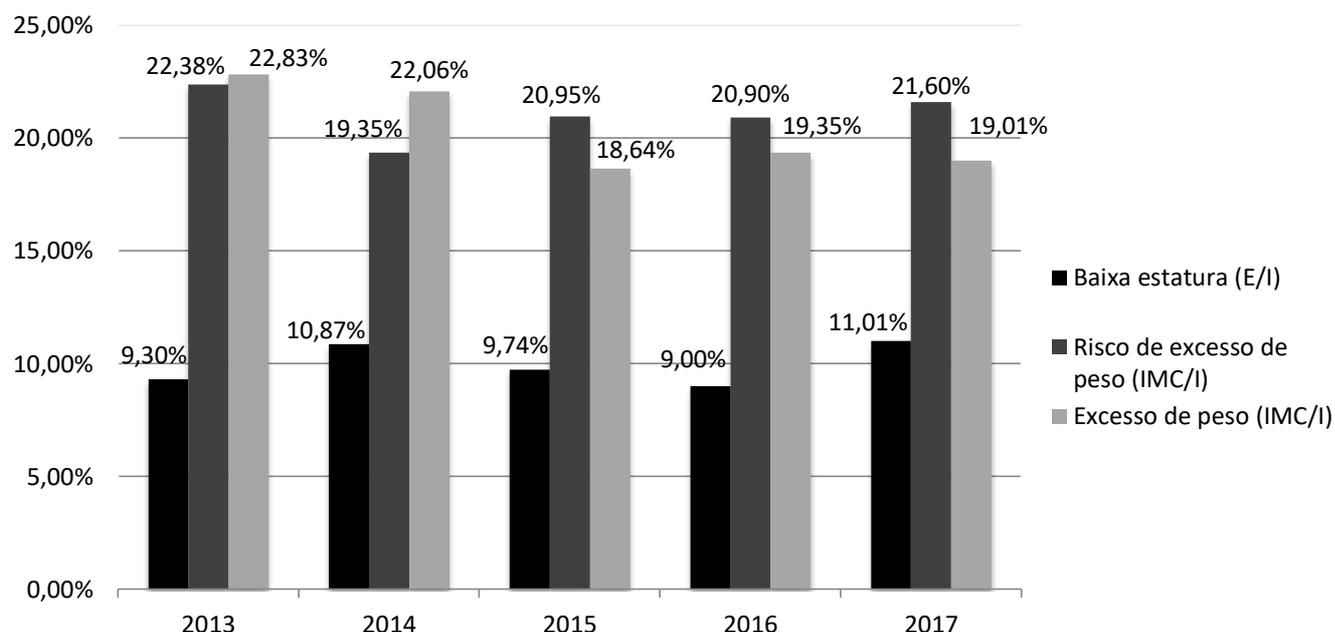


Fonte: SILVA, M. L., 2018.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos no SISVAN-web.

No que concerne ao estado nutricional das crianças, observou-se pequenas variações entre os anos avaliados, sendo possível verificar um declínio do excesso de peso, ao realizar uma média do percentual anual foi constatado valores de 9,9% para déficit estatural, 21,0% para risco de excesso de peso e 20,3% para excesso de peso (Gráfico2).

Gráfico 2 - Estado nutricional de crianças menores de cinco anos do município de Limoeiro-PE, segundo dados do SISVAN, 2013 a 2017.



Fonte: SILVA, M. L., 2018.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos no SISVAN-web.

Referente a situação nutricional das crianças no ano de 2017, é possível analisar o estado nutricional a qual correspondem por USF (Tabela 1). Quanto ao déficit estatual, destaca-se as USF's N, J e E com 22,39%, 20,0% e 14,52%, respectivamente. No que diz respeito aquelas com maior risco de excesso de peso, incluem-se as unidades J (30,83%), Q (25,81%) e O (25,37%). E perante o excesso de peso verificou-se maiores proporções na USF O com 28,36%, seguida de J com 25,86% e D com 24,81%.

Para tanto, ao realizar uma média entre as unidades de saúde, é possível encontrar um percentual de 10,8% para baixa estatura para idade, 20,6% para risco de sobrepeso/obesidade e 18,8% para excesso de peso, no ano de 2017.

Quanto ao consumo alimentar, o sistema de vigilância não apresenta dados do município para as crianças menores de cinco anos no que se refere aos anos de 2013 a 2017, tampouco para as USF isoladas, mesmo este estando incluso no acompanhamento do e-SUS, os dados não foram digitalizados no SISVAN-web, impossibilitando sua coleta e análise.

Tabela 1 - Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças menores de cinco anos, segundo índices Estatura/Idade e IMC/Idade nas USF do município de Limoeiro-PE, 2017.

Unidade de Saúde da Família	SISVAN n	Baixa estatura (E/I) n (%)	Risco de excesso de peso (IMC/I) n (%)	Excesso de Peso (IMC/I) n (%)
A	46	6 (13,04)	10 (21,74)	4 (8,7)
B	109	11 (10,09)	23 (21,1)	17 (15,9)
C	77	3 (3,9)	11 (14,29)	12 (15,58)
D	62	8 (12,9)	15 (24,19)	16 (25,81)
E	62	9 (14,52)	12 (19,35)	13 (20,96)
F	59	4 (6,77)	26 (23,42)	25 (22,52)
G	94	3 (3,19)	6 (10,17)	14 (23,72)
H	85	10 (11,76)	21 (24,71)	16 (18,82)
I	101	7 (6,93)	23 (24,47)	16 (17,02)
J	120	24 (20,0)	37 (30,83)	29 (24,17)
K	135	11 (8,14)	32 (23,7)	26 (19,26)
L	56	6 (10,72)	12 (21,43)	11 (19,65)
M	39	4 (10,25)	4 (10,26)	7 (17,95)
N	67	15 (22,39)	17 (16,83)	16 (15,84)
O	83	8 (9,63)	17 (25,37)	19 (28,36)
P	40	2 (5,0)	4 (10,0)	8 (20,0)
Q	93	13 (13,98)	24 (25,81)	13 (13,98)
R	111	13 (11,72)	20 (24,1)	9 (10,84)

Fonte: SILVA, M. L., 2018.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados obtidos no SISVAN-web.

Adejardo Francisco Pimentel (A), Emereciana Wanderley do Rego (B), Francisco Azevedo Lins (C), Helena Laurentino da Cunha (D), Jacy Estelita Correia Guerra (E), Jenésio de Queiroz (F), José Alves de Amorim (G), José Geraldo Medeiros Duarte (H), José Nicolau Teixeira (I), José Otávio Maciel (J), Juá (K), Luiz Cabral Pimentel (L), Luiz Távora (M), Manoel Aquino de Albuquerque (N), Nelson Aquino (O), Nilton Pessoa Pimentel (P), Teófilo de Melo (Q), Virgílio Lapenda (R).

A partir da realidade observada nas USF do presente estudo, foi elaborado um material de divulgação intitulado: “Informe Nutricional”, e encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde e às Equipes de Saúde da Família de modo a sensibilizar os profissionais de saúde e a gestão local (APENDICE A).

7 DISCUSSÃO

Na gestão do SISVAN encontra-se em sua maioria profissionais da área da saúde, onde se sobressai nutricionistas e enfermeiros, estes profissionais tendem a partilhar de outras tarefas associadas as atividades desenvolvidas neste âmbito. Assim sendo, dados do estudo realizado por Rolim e colaboradores (2015) revelam que 44,7% dos profissionais responsáveis pelo sistema não digita os dados no SISVAN-Web e que 52,8% não analisa os dados coletados. Ainda neste estudo foi revelado que 71,0% não realiza ações diante das informações adquiridas, além de 68,1% não divulgar os resultados obtidos.

Segundo Pedraza (2017) em seu estudo na Paraíba, apenas 6,5% e 10,1% de crianças na faixa etária de 0-4 anos são acompanhadas pelo sistema nos dois municípios estudados. As mesmas investigações corroboram com o presente estudo, visto que foi possível observar um declínio no número de registro de dados entre os anos de 2013 a 2017, o que pode estar associado a internet lenta, sobrecarga de trabalho e falta de profissionais capacitados para coleta, análise e digitação dos dados. Tudo isso configura em pouco ou nenhum registro de dados, o que leva a má avaliação da situação nutricional do território e a falta de intervenções específicas e adequadas.

No que se refere ao estado nutricional das crianças atendidas na ABS no período avaliado (2013-2017), ficou evidenciado que não houve tendência para aumento ou diminuição considerável dos valores ao longo dos anos. No entanto os valores encontrados para os aspectos analisados (déficit estatural- 9,9%, risco de excesso de peso - 21,0% e excesso de peso - 20,3%) foram de grande relevância, estando em acordo com os resultados encontrados por Lira, et al. (2017) que também avaliou este perfil pelo SISVAN-Web nos municípios de Alagoas, tendo déficit estatural de 8,8% a 15,0%, risco de excesso de peso de 16,0% a 20,0% e excesso de peso de 7,6% a 12,8% (valor inferior ao presente estudo), o que configura um risco para o surgimento de outras doenças e suas complicações nesta fase da vida.

De acordo com a pesquisa feita por Torquato, et al. (2018) que avaliaram menores de cinco anos assistidos em creches municipais, encontraram valores superiores ao do presente estudo, onde 23,4% das crianças apresentaram atraso no crescimento e 24,1% tinha peso aumentado para a idade, tendo este último assimilação com as unidades que apresentaram valores igual ou superiores a 20% (J e N). Isto posto, torna-se explicito a necessidade de atenção para os valores

encontrados, uma vez que além da importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, o percentual de retardo estatural que antes encontrava-se em declínio parece ter estacionado, e, em determinadas populações mostra-se em ascensão. Segundo a POF, 10,0% dos meninos e 9,0% das meninas menores de cinco anos encontram-se com baixa estatura.

Dentre os achados por USF do município de Limoeiro no ano de 2017, o estudo permitiu encontrar valores de déficit estatural que variou de 3,19% à 22,39%, risco de excesso de peso de 10,0% à 30,83 e excesso de peso de 8,7% à 28,36%. Além disso, verificou-se que uma a cada cinco crianças possui excesso de peso e uma em cada dez tem déficit estatural, o que configura um problema de saúde pública. É pertinente ressaltar a unidade J que apresenta elevadas prevalências de déficit estatural/Risco de excesso de peso e excesso de peso e O que aparece em risco e excesso de peso. Fica evidente a marca tendenciosa para agravos nutricionais nestas unidades podendo estar relacionada a sua regionalização e urbanização, ambas se encontram na zona urbana. Segundo Pedraza (2017) crianças menores de cinco anos atendidas nas unidades de saúde da Paraíba demonstraram valores inferiores aos obtidos neste estudo, com 7,16% de baixa estatura e 14,0% de excesso de peso. Não obstante, Lira, et al. (2017) deparou-se com valores de déficit estatural de 13,7% e 18,5% para excesso de peso no nordeste brasileiro.

Ganha-se destaque também no presente estudo, o significativo percentual de crianças com risco de excesso de peso, que teve média de 21,0% nos últimos cinco anos. Contrapondo valores achados por Lira, et al. (2017) que obtiveram média de 18,0%. Por isso, torna-se importante advertir sobre o destaque que esses elevados valores vem ganhando nas pesquisas, pois muitas vezes tais resultados são inexplorados, todavia deve ser recordado que não está distante alcançar o sobrepeso/obesidade. Por isso, se faz essencial o rastreamento desse risco de agravos por meio do SISVAN, para o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção neste público.

Mediante os dados obtidos o atraso no crescimento pode ser relacionado a insuficiência alimentar e as frequentes doenças acometidas em crianças menores de cinco anos que persistem por longa data, além das condições de vida e acesso à saúde. No que se conecta ao excesso de peso, pode ser salientado a tendência atual brasileira da inatividade física, aumento do consumo de industrializados e produtos não saudáveis, associado ao processo de urbanização e industrialização. Tudo isso pode

trazer inúmeras complicações para o público infantil, tais como problemas respiratórios, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (COELHO et al., 2015).

No que se refere ao consumo alimentar não foi possível avaliar o padrão alimentar do público, visto que não havia dados no sistema relativo aos últimos anos. O que dificulta a análise do padrão alimentar do público infantil, por isso se faz essencial a efetivação do registro de dados no SISVAN-Web, para possibilitar a consulta, análise e desenvolvimento das estratégias alimentares visando a melhoria da saúde dos indivíduos.

Para tal, estudos mostram que o consumo alimentar das crianças enfoca na ingestão de alimentos industrializados e açucarados, além de baixa ingestão de frutas e hortaliças. Em uma avaliação feita por Bertuol, Navarro (2015) em uma escola pública, comprovaram que o consumo alimentar das crianças envolve alta ingestão de açúcar, onde o consumo deste em adição teve prevalência de 16,92% (2 ou mais vezes ao dia) e em 20,0% (1 vez ao dia). Já os produtos avaliados obtiveram 16,92% e 20,0% para achocolatado (2 ou mais e 1 vez ao dia), bolo 4,62% e 24,62% (1 vez ao dia e 1 vez por semana), chocolate 4,62% e 46,15 % (1 vez ao dia e 1 vez por semana) e salgadinho 4,63% e 26,15% (1 vez ao dia e 1 vez por semana).

O Brasil já possui metas para 2019 acordadas entre a Organização Pan-Americana de Saúde e OMS para reverter o crescimento da obesidade e aumentar o consumo de frutas e hortaliças, além da meta para 2025 divulgada pela OMS, para redução (40%) do número de crianças com atraso no crescimento, é essencial desenvolver formas para reduzir o número e gravidade dos problemas nutricionais que acometem as crianças menores de cinco anos. Por tanto, a detecção dos agravos nutricionais ainda na infância permite intervenções precoces que podem favorecer a incorporação de novos hábitos, fazendo ser essencial a atuação da VAN e do SISVAN para tornar mais satisfatório a condição de vida e de saúde das crianças.

A divulgação das informações é essencial, pois possibilita a realização das intervenções nutricionais. Visto que, muitos profissionais não divulgam ou realizam ações a partir do SISVAN. Assim, a elaboração e divulgação do Informe Nutricional parece ser uma boa estratégia de monitoramento e divulgação da VAN, tornando possível a sensibilização de gestores e profissionais sobre a importância da atitude da vigilância e de um SISVAN de melhor qualidade.

8 CONCLUSÕES

Os achados no presente estudo permitem concluir que houve significativo declínio no número de cadastros de crianças menores de cinco anos nos anos avaliados. Pode-se afirmar que houve pouca variação do estado nutricional no decorrer dos anos, embora tenha sido verificado persistência de déficit estatural e excesso de peso, além do percentual considerável de risco para excesso de peso. Foi possível verificar ainda, que uma a cada cinco crianças possui excesso de peso e uma em cada dez tem déficit estatural, o que configura um problema de saúde pública.

É válido ressaltar o importante papel do registro e divulgação das informações obtidas na AB pelo SISVAN e também para o desenvolvimento de ações que envolvam os menores de cinco anos. Para isso, deve ser incentivada a coleta, análise, digitação e divulgação das informações referentes ao estado nutricional e consumo alimentar no SISVAN para o público infantil e demais fases da vida.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M.O. et al. Avaliação do consumo de alimentos açucarados por crianças menores de 5 anos. **Braspen Journal**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 149-154, 2017.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, sup.1, s181-191, 2003.

BERTUOL, C. D.; NAVARRO, A. C. Consumo alimentar e prevalência de sobrepeso/obesidade em pré-escolares de uma escola infantil pública. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 9, n. 52, p.127-134, 2015.

BRASIL, L. M. P.; FISBERG, M.; MARANHÃO, H. S. Excesso de peso de escolares em região do Nordeste Brasileiro: contraste entre as redes de ensino pública e privada. **Revista brasileira de saúde materno infantil**. Recife, v.7, n.4, p.405-412, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação da atenção básica - SIAB: indicadores 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN: Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: normas técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

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

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

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria Nº 2.436**, de 21 de Setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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: Ministério da Saúde, 2017a.

CARVALHO, A. T. et al. Situação nutricional de crianças menores de cinco anos em municípios do Nordeste Brasileiro. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 221-227, 2014.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**. São Paulo, v.27, n.78, 2013.

CAVALCANTE, D. B. et al. **Alimentação e nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 288 p.

COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 20, n.3, p.727-738, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: CONSEA, 2004.

FANZO, J.; HAWKES, C.; ROSETTIE, K. Como assumir compromissos SMART de ação em prol da nutrição: nota de orientação. In: **Global Nutrition Report**, [s.l.], 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JAIME, P. C., et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2012.

LIRA, M. C. S. et al. Estado nutricional de crianças segundo critérios do SISVAN em municípios do estado de Alagoas. **Revista mundo saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 68-76, 2017.

MELLER, F. O.; ARAÚJO, C. L. P.; MADRUGA, S. W.; Fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de cinco anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 943-955, 2014.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios.

Instituto de Estudos Avançados, São Paulo, v. 27, n. 78, 2013.

MOROSINI, M. V.G.; FONSECA, A. F.; LIMA, L.D. Política nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p.11-24, 2018.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1723-1728, 2018.

PEDRAZA, D. F. Food and nutrition surveillance system in municipalities of paraíba: data reliability, coverage and management's perception. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 35, n. 3, p. 313-321, 2017.

PEREIRA, et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p. 3341-3352, 2017.

PESN. **III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição – Pernambuco**, 2006
DN/UFPE IMIP SES/PE. 2006. Disponível em:
<http://pesnpe2006.blogspot.com/>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

RAMIRES, E. K. N. M., et al. Estado nutricional de crianças e adolescentes de um município do semiárido do Nordeste brasileiro. Alagoas. **Revista paulista de pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, pp. 200-207. Elsevier, São Paulo, 2014.

ROLIM, M. D., et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, 2015.

SOARES, L. R., et al; A transição da desnutrição para a obesidade. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 5, n.1, pp.64-68, 2013.

TORQUATO, Isolda Maria Barros et al. Vigilância em saúde em creches: análise do estado nutricional em menores de dois anos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 19, p. 3338, 2018.

WHO. 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.

ANEXOS

ANEXO A – MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHAM:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

Nº CARTÃO SUS: _____					
Nome do Cidadão:*					
Data de Nascimento:*		/	/	Sexo:*	<input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino
		Local de Atendimento:*			

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula Infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liqueificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beirão, bertalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem você consumiu:	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo

09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

ANEXO B – FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN

	FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:	CBO:	CÓD. CNES UNIDADE*	CÓD. EQUIPE (INE):	MICROÁREA:
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:			LÓCAL DE ATENDIMENTO**	DATA:*

CADASTRO DO INDIVÍDUO		
Nº CARTÃO SUS*	NIS (Nº Identificação Social):	
Data de Nascimento:*		
Nome completo:*		
Nome completo da mãe:*		
<input type="checkbox"/> Desconhecido		
Sexo:*	Raça / Cor:*	
<input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Feminino	<input type="radio"/> 1. Branca <input type="radio"/> 2. Preta <input type="radio"/> 3. Parda <input type="radio"/> 4. Amarela <input type="radio"/> 5. Indígena	
Povo / Comunidade tradicional**		
Nacionalidade:	País de nascimento:	
<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Estrangeira	UF Nascimento:*	
Município Nascimento:*		
Frequenta ou frequentou escola ou creche?*		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?		
<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA)	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries Iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	<input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª)	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Notas, etc)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)	<input type="radio"/> Nenhum
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial	<input type="radio"/> Sem informação
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo		

PROGRAMAS VINCULADOS
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família
<input type="checkbox"/> SISVAN
<input type="checkbox"/> PSE

CADASTRO DE DOMICÍLIO			
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento):			
Bairro:	CEP:	DDD:	Telefone:

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL			
Criança < 10 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso ao nascer (em gramas):	
Adolescente > 10 e < 20 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*		
Adulto > 20 e < 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da cintura (em cm):	
Idoso > 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da pantufra (em cm):	
Gestante (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso pré-gestacional (em kg):	DUM* / /
Doenças*		Deficiências e/ou intercorrências*	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva	<input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda)
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Outras doenças	<input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)	<input type="checkbox"/> Hipovitaminose A
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistólica		<input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais	<input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências
Tipo de Acompanhamento*		Grupos	
<input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica	<input type="radio"/> _____	<input type="checkbox"/> Hipertensos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="radio"/> Chamada Nutricional	<input type="radio"/> _____	<input type="checkbox"/> Diabéticos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="radio"/> Saúde na Escola			

*Campo Obrigatório.

**Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Legendas:

Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

(1) Local de atendimento:

1. UBS
2. Unidade Móvel
3. Rua
4. Domicílio
5. Escola/Creche
6. Outros
7. Polo (Academia de Saúde)
8. Instituição / Abrigo
9. Unidade prisional ou congêneres
10. Unidade socioeducativa

(2) Povo / Comunidade tradicional:

1. Povos quilombolas
2. Agroextrativistas
3. Caatingueiros
4. Caçaras
5. Comunidades de fundo e fecho de pasto
6. Comunidades do cerrado
7. Extrativistas
8. Faxinalenses
9. Garzeiros
10. Marisqueiros
11. Pantaneiros
12. Pescadores artesanais
13. Pomeranos
14. Povos ciganos
15. Povos de terreiro
16. Quebradeiras de coco-de-babaçu
17. Retireiros
18. Ribeirinhos
19. Seringueiros
20. Vazanteiros
21. Outros

APÊNDICE

APÊNDICE A – INFORME NUTRICIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

INFORME NUTRICIONAL

ASSUNTO: Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças atendidas na Atenção Básica à Saúde do município de Limoeiro – PE.

AUTOR: Leila Mariana da Silva, Vanessa Sá Leal (orientadora).

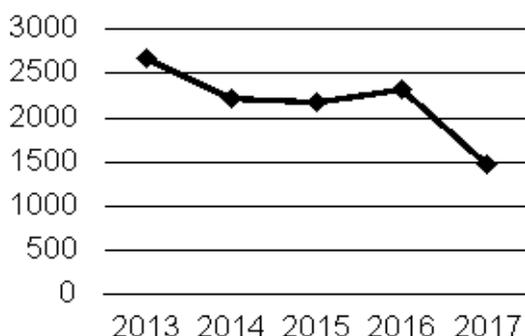
INTRODUÇÃO: Perante ao Sistema Único de Saúde encontra-se a Atenção Básica que auxiliam na coordenação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), importante instrumento para melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população. Para tanto tem-se a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) como uma das estratégias para aprimorar as ações de intervenção, e o Sistema de Informação da Vigilância Alimentar e Nutricional para o registro e divulgação dos dados obtidos com o acompanhamento dos usuários da Atenção Básica.

OBJETIVO: Descrever o perfil antropométrico e o consumo alimentar de crianças menores de 5 anos cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Município de Limoeiro, PE.

MÉTODOS E PROCESSOS DE TRABALHO: Estudo transversal que aborda o perfil antropométrico e do consumo alimentar menores de cinco anos atendidas pela atenção básica e cadastradas no SISVAN-WEB do município de Limoeiro – PE. A análise dos dados foi realizada utilizando Microsoft Excel.

RESULTADOS: Foi encontrado declínio de 55% no percentual de cadastrado nos anos de 2013-2017 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Cadastro de crianças menores de cinco anos do município de Limoeiro-PE, segundo dados do SISVAN, 2013 a 2017.



Fonte: SILVA, M. L., 2018

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos pelo SISVAN-web.

O QUE É O SISVAN? É um modelo de sistema de informação propiciadas do acompanhamento dos usuários da AB, que fornece a sua consolidação com um diagnóstico descritivo e analítico da alimentação e do estado nutricional.

QUAL A IMPORTÂNCIA DO SISVAN? É essencial na assessoria do planejamento de ações que visem à promoção da saúde e alimentação adequada e saudável.

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE SE DESTACARAM:

DEFICITE ESTATORAL

- Manoel Aquino Albuquerque (22,39%),
- José Otávio Maciel (20,0%),
- Jacy Estelita Correia Guerra com e (14,52%).

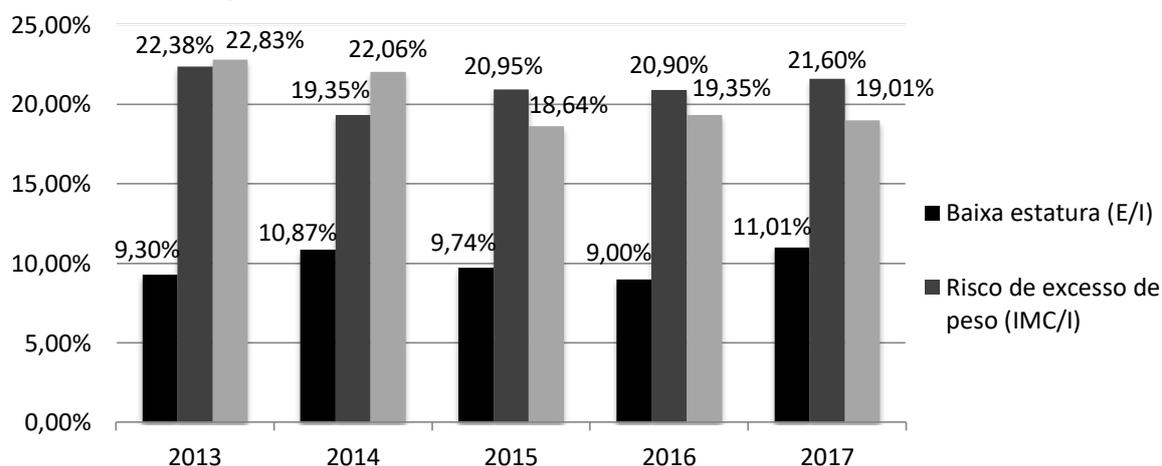
RISCO DE EXCESSO DE PESO

- José Otávio Maciel (30,83%),
- Teófilo de Melo (25,81%),
- Nelson Aquino (25,37%).

EXCESSO DE PESO

- Nelson Aquino (28,36%),
- Helena Laurentino (24,17%),
- José Otávio (24,81%).

Gráfico 2 - Estado nutricional de crianças menores de cinco anos do município de Limoeiro-PE, segundo dados do SISVAN, 2013 a 2017.



Fonte: SILVA, M. L., 2018.

Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos dados obtidos pelo SISVAN-web.

Tabela 1-Vigilância Alimentar e Nutricional em crianças menores de cinco anos, segundo índices Estatura/Idade e IMC/Idade nas USF do município de Limoeiro-PE, 2017.

(continua)

Unidade de Saúde da Família	SISVAN n	Baixa estatura (E/I) n (%)	Risco de excesso de peso (IMC/I) n (%)	Excesso de Peso (IMC/I) n (%)
Adejardo Francisco Pimentel	46	6 (13,04)	10 (21,74)	4 (8,7)
Emereciana Wanderley do Rego	109	11 (10,09)	23 (21,1)	17 (15,9)
Francisco Azevedo Lins	77	3 (3,9)	11 (14,29)	12 (15,58)
Helena Laurentino da Cunha	62	8 (12,9)	15 (24,19)	16 (25,81)
Jacy Estelita Correia Guerra	62	9 (14,52)	12 (19,35)	13 (20,96)
Jenesio de Queiroz	59	4 (6,77)	26 (23,42)	25 (22,52)
José Alves de Amorim	94	3 (3,19)	6 (10,17)	14 (23,72)

Tabela 1- Vigilância Alimentar e Nutricional em crianças menores de cinco anos, segundo índices Estatura/Idade e IMC/Idade nas USF do município de Limoeiro-PE, 2017.

(conclusão)

Unidade de Saúde da Família	SISVAN n	Baixa estatura (E/I) n (%)	Risco de excesso de peso (IMC/I) n (%)	Excesso de Peso (IMC/I) n (%)
José Geraldo Medeiros Duarte	85	10 (11,76)	21 (24,71)	16 (18,82)
José Nicolau Teixeira	101	7 (6,93)	23 (24,47)	16 (17,02)
José Otávio Maciel	120	24 (20,0)	37 (30,83)	29 (24,17)
Juá	135	11 (8,14)	32 (23,7)	26 (19,26)
Luiz Cabral Pimentel	56	6 (10,72)	12 (21,43)	11 (19,65)
Luiz Távora	39	4 (10,72)	4 (10,26)	7 (17,95)
Manoel Aquino Albuquerque	67	15 (22,39)	17 (16,83)	16 (15,84)
Nelson Aquino	83	8 (9,63)	17 (25,37)	19 (28,36)
Nilton Pessoa Pimentel	40	2 (5,0)	4 (10,0)	8 (20,0)
Teofilo de Melo	93	13 (13,98)	24 (25,81)	13 (13,98)
Virgílio Lapenda	111	13 (11,72)	20 (24,1)	9 (10,84)

Fonte: SILVA, M. L., 2018.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos dados obtidos pelo SISVAN-web.

CONCLUSÃO: Se verifica significativo declínio no número de cadastros de crianças menores de cinco anos nos anos avaliados. Houve pouca variação do estado nutricional no decorrer dos anos, embora tenha sido verificados persistência de déficit estatural e excesso de peso, além do percentual considerável de risco para excesso de peso. Foi possível verificar ainda que, uma a cada cinco crianças possui excesso de peso e uma em cada dez tem déficit estatural, o que configura um problema de saúde pública. É válido ressaltar o importante papel do registro e divulgação das informações obtidas na AB pelo SISVAN e também o desenvolvimento de ações que envolvam os menores de cinco anos

AGRADECIMENTOS: Agradeço a gestão da secretaria de saúde do município de Limoeiro-PE, a nutricionista responsável pelo SISVAN, Jussara Pessoa, e as nutricionistas dos NASF's pela colaboração e apoio para realização do presente trabalho.