

## Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro

### *Food and nutrition actions in primary healthcare: the experience of the Brazilian government*

Patrícia Constante JAIME<sup>1</sup>  
Ana Carolina Feldenheimer da SILVA<sup>1</sup>  
Ana Maria Cavalcante de LIMA<sup>1</sup>  
Gisele Ane BORTOLINI<sup>1</sup>

#### RESUMO

---

O artigo descreve a experiência do governo brasileiro na organização das ações de Alimentação e Nutrição ao que cabe à Atenção Básica. As ações são desenvolvidas por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional, com o uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como principal ferramenta; Ações de Promoção à Saúde e da Alimentação Saudável, com a implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira, da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável, do Programa Saúde na Escola e Ações de controle e prevenção da Obesidade, Doenças Crônicas e deficiências de micronutrientes, com foco na anemia ferropriva e hipovitaminose A. As ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica foram fortalecidas com a inserção do nutricionista nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - equipes multidisciplinares que garantem o matriciamento das ações de Alimentação e Nutrição às equipes de Atenção Básica. A intersetorialidade é uma das vertentes das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, tanto com atendimento as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família como com a integração das ações dos diferentes setores (Saúde, Educação, Assistência Social e Trabalho) no território. Configura-se como desafio a consolidação, expansão e universalização das ações propostas para a atenção básica no Brasil.

**Termos de indexação:** Atenção primária à saúde. Obesidade. Programas de nutrição. Promoção da saúde. Vigilância nutricional.

#### ABSTRACT

---

*The article describes the experience of the Brazilian government in the organization of food and nutrition actions in primary healthcare. The actions are developed by food and nutrition surveillance personnel having*

<sup>1</sup> Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica. SAF Sul, Quadra 2, Lote 5/6, Edifício Premium, Torre II, Auditório, Sala 8. Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: P.C. JAIME. E-mails: <constant@usp.br>, <patricia.jaime@saude.gov.br>.

*the Food and Nutrition Surveillance System as its main tool; Actions of Health and Healthy Food Habits Promotion, with the implementation of the Brazilian Food Guide; National Strategy for Healthy Complementary Feeding; Health at School Program; and actions for the prevention and control of obesity, non-communicable chronic diseases and micronutrient deficiencies, with special focus on iron-deficiency anemia and vitamin A deficiency. The actions related to food and nutrition in primary healthcare were strengthened by the inclusion of a dietician in the Family Health Support Teams - multidisciplinary teams that guarantee that primary healthcare teams have access to primary, secondary and tertiary food and nutrition actions. Intersectoral cooperation is one of the components of food and nutrition actions in primary healthcare, providing care to the families that receive financial aid (Bolsa Família) and combining the actions of the different sectors (health, education, social assistance and labor) in the territory. The challenge is the consolidation, expansion and universalization of the actions proposed for primary care in Brazil.*

**Indexing terms:** Primary health care. Obesity. Nutrition programs. Health promotion. Nutrition surveillance.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), assim expressa na Declaração de Alma-Ata já era apontada como a "chave" para o cumprimento de uma das principais metas dos governos dos países, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial para o ano 2000 - o alcance, por parte de todos os povos do mundo, de um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Conforme anuncia a declaração, os "cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social"<sup>1</sup>.

Os cuidados primários com a saúde, conforme Declaração de Alma-Ata são "cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias, da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade"<sup>1</sup>.

Entre os cuidados primários previstos na Declaração de Alma-Ata estão a promoção da nutrição apropriada, a previsão adequada de água de boa qualidade e os cuidados de saúde materno-infantil. Além da área de saúde, tais

cuidados envolvem todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, sobretudo a agricultura, a pecuária, a aquicultura, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores<sup>1</sup>. Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria do cuidado integral à saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade, reforçando o papel das ações de saúde na perspectiva da equidade.

A alimentação e a nutrição, enquanto requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania<sup>2</sup>. Além disso, contribuem sobremaneira para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do país, representada pela tripla carga de doenças, que envolve: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas<sup>3</sup>. Por esses motivos, as ações de alimentação e nutrição representam papel fundamental no contexto da Atenção Básica em Saúde e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família.

Nesse sentido, o objetivo do artigo é descrever a experiência do governo brasileiro na organização das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde, nas redes de atenção integral à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

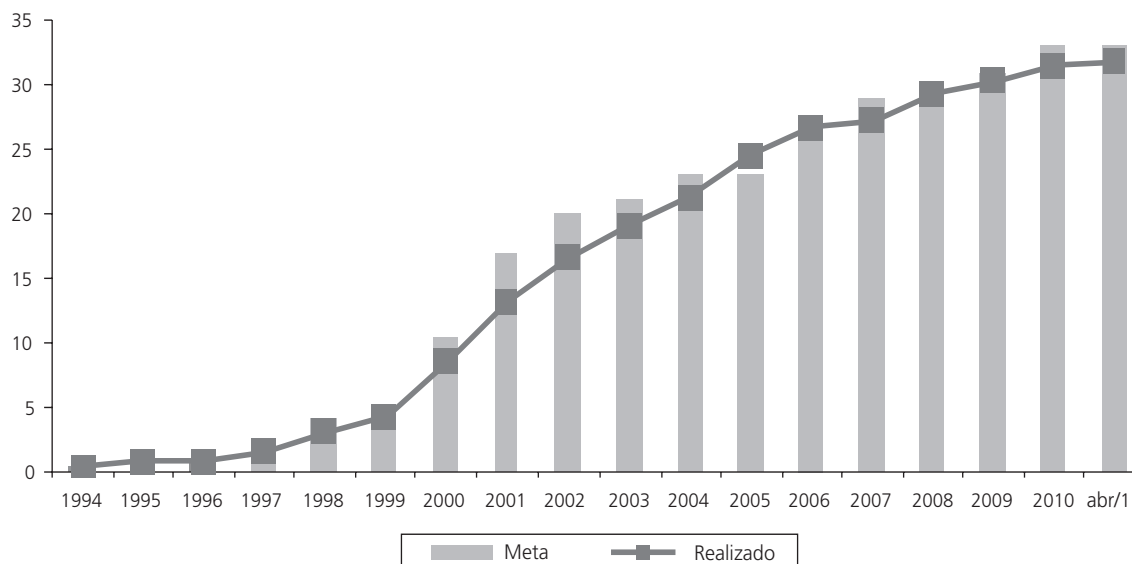
## A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

No Brasil, adotou-se a terminologia Atenção Básica (AB) para definir a APS<sup>4</sup>. O texto tratará a APS como Atenção Básica, por discorrer sobre a experiência brasileira. Os grandes marcos da Atenção Básica, no Brasil, ao longo dos anos foram a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, e o Programa de Saúde da Família, agora nomeado Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, os quais se constituíram nas principais estratégias para organização das ações de atenção básica e para a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006.

Nesse ano, foi publicada a Portaria nº 648, que aprovou a PNAB e consolidou a Estratégia de Saúde da Família como prioritária para a reorganização da Atenção Básica. A partir de então, a Atenção Básica passou a se caracterizar por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem deli-

mitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, integralidade e inserção sociocultural, buscando a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, bem como a redução de danos e sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável<sup>4</sup>.

Em abril de 2011, o Ministério da Saúde contabilizou a implantação de 31 900 equipes de saúde da família em 5 279 municípios, o que representa uma cobertura populacional de 52,8%. A Figura 1 apresenta a evolução da meta e o número de equipes de Saúde da Família implantadas no Brasil de 1994 a 2011 (dados parciais).



**Figura 1.** Meta e evolução do número de Equipes de Saúde da Família, implantadas no Brasil de 1994 a abril/2011.

Fonte: <[http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos\\_abnumeros/dab\\_graph\\_sf\\_meta\\_evolucao.jpg](http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/dab_graph_sf_meta_evolucao.jpg)> (acesso em: 2011 set. 18).

Com o intuito de apoiar o trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Básica e potencializar o escopo das ações em nível de resolutividade, territorialização e regionalização, criou-se em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>5</sup>. O NASF é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre elas Nutrição, que atuam em parceria com as Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade destas, e atuando diretamente no apoio a elas e na unidade na qual o NASF estará cadastrado. O NASF não constitui porta de entrada do Sistema, e deve atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família.

A responsabilização compartilhada entre as equipes de Saúde da Família e a equipe do NASF na comunidade, prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica à Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado, dentro do SUS. Ademais, os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS, por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família<sup>5</sup>.

Com relação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, contabilizou-se em abril de 2011, a implantação de 1 371 NASF em 894 municípios. A Figura 2 apresenta a evolução do número de NASF implantados de abril/2008 a abril/2011.

Acerca das evidências dos benefícios da APS sobre os sistemas de saúde, Mendes<sup>3</sup>, em revisão bibliográfica, apontou que os sistemas de atenção à saúde baseados na APS são: mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos, porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e porque impactam significativamente

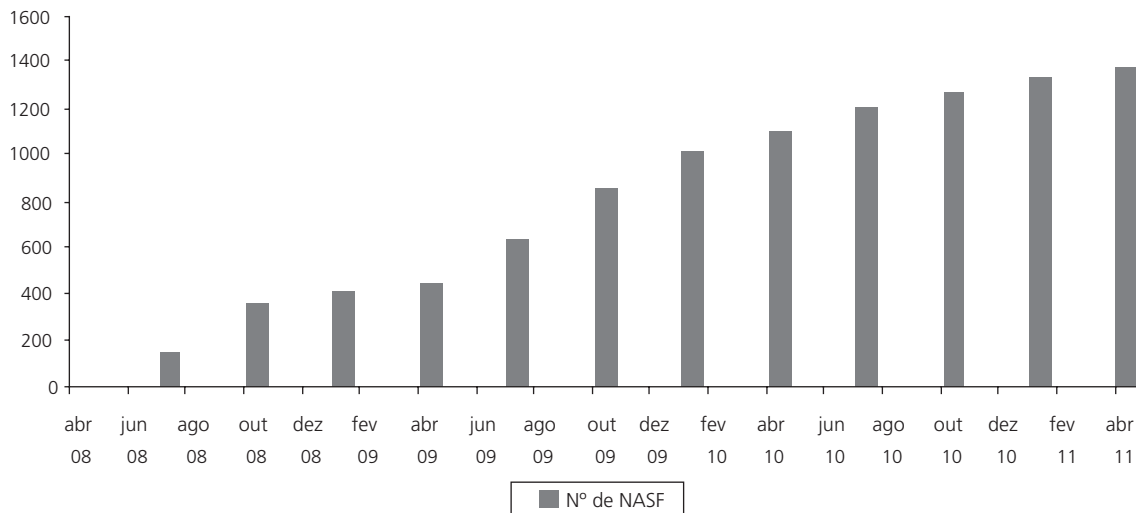
os níveis de saúde da população; mais eficientes, porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos, porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto das pessoas e famílias; e de maior qualidade, porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das condições de saúde e também porque ofertam tecnologias mais seguras<sup>3</sup>.

Para a população brasileira, as evidências também apontam inúmeros benefícios da atenção básica na saúde, valendo-se destacar o estudo que mostrou diminuição de 4,6% na mortalidade infantil, decorrente do aumento de 10,0% na cobertura do Programa de Saúde da Família<sup>6</sup>.

Atualmente, os grandes desafios enfrentados pela Atenção Básica são a expansão da Estratégia de Saúde da Família, a harmonização com o modelo tradicional de Atenção Básica, a qualificação das ações para garantia da equidade às populações em vulnerabilidade social, a qualificação dos profissionais, a organização do sistema de saúde em redes de atenção, e o financiamento<sup>7</sup>.

### **Ações de alimentação e nutrição na atenção básica no Brasil**

Ações de Alimentação e Nutrição no Brasil foram iniciadas no ano de 1954, com a criação do Programa da Merenda Escolar. Em 1970, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia pública vinculada ao Ministério da Saúde, que lançou o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN), no período de 1973-74. Os primeiros programas abrangiam "grupos biologicamente vulneráveis", como gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos de idade. Em 1976, foi instituído o II PRONAN e, em 1980, o III PRONAN. Os Programas foram diversificando seus públicos de abrangência, com a criação e incorporação de programas que atuavam em diferentes setores: saúde (Programa de Nutrição e Saúde - PNS), assistência social (Programa de Complementação Alimentar - PCA), educação (Programa Nacional de



**Figura 2.** Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, implantados no Brasil de abril/2008 a abril/2011.

Fonte: <[http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos\\_abnumeros/numero\\_nasf.jpg](http://dab.saude.gov.br/imgs/graficos_abnumeros/numero_nasf.jpg)> (acesso em: 2011 set. 18).

Alimentação Escolar - PNAE), trabalho (Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT) e abastecimento (Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos)<sup>8</sup>.

Atualmente, na rede de atenção à saúde, as ações de alimentação e nutrição têm sido contempladas no período pós-Constituinte, a partir da publicação da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei 8.080/90)<sup>9</sup>, em 1990, quando a vigilância nutricional e a orientação alimentar foram incluídas no campo de atuação desse órgão. Foi criada a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN), no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, e atribuída à direção nacional do SUS a responsabilidade pela formulação, avaliação e apoio às políticas de alimentação e nutrição no País.

A referência a essas ações na Lei Orgânica do SUS possibilitou, em 1999, a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição<sup>2</sup> (PNAN), que se constitui no compromisso do Ministério da Saúde com a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle dos agravos nutricionais relacionados à insegurança alimentar e nutricional. Dessa forma, compõe o conjunto das ações que contribuem para a concretização do direito humano à alimentação e à saúde. Seus princípios e diretrizes contribuem

para a formulação, implementação e avaliação das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica à Saúde do SUS.

Para o alcance do propósito da PNAN, foram definidas as seguintes diretrizes: estímulo às ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e qualidade dos alimentos, bem como da prestação de serviços nesse sentido; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A seguir, serão descritas as experiências do governo brasileiro na organização das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica à Saúde.

## A VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) constitui atividade fundamental no âmbito do SUS e no contexto intra- e intersetorial da Segurança

Alimentar e Nutricional. A VAN é composta por um conjunto de estratégias da vigilância epidemiológica, que fornece dados sobre o perfil alimentar e nutricional da população com o intuito de subsidiar decisões políticas voltadas para a melhoria da situação de saúde<sup>10</sup>. Na Atenção Básica, a VAN concretiza-se em uma série de ações que subsidiam os diversos Sistemas de Informação disponíveis no SUS, dentre os quais o principal é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. As informações oriundas do SISVAN devem apoiar o planejamento, o acompanhamento e a avaliação de políticas e programas relacionados à alimentação e nutrição, no âmbito da Atenção Básica à Saúde<sup>11</sup>.

Desde janeiro de 2008, o SISVAN está alojado numa plataforma informatizada denominada SISVAN-Web, um sistema disponível via *internet* para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Saúde da Família, para registro dos dados de acompanhamento do estado nutricional e marcadores do consumo alimentar dos usuários da Atenção Básica do SUS. Tais usuários procuram as UBS por demanda espontânea ou não encaminhamento, podendo o registro ser feito para todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes<sup>11</sup>.

O SISVAN fornece informações que compõem dois indicadores de monitoramento para avaliação do Pacto pela Saúde, firmado na esfera federal, estadual e municipal. Os indicadores oriundos do SISVAN estão elencados na prioridade VI (fortalecimento da atenção básica), dentro do objetivo V (reduzir e monitorar a prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos). Os indicadores são o percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para a idade (SISVAN-Web) e o percentual de famílias com perfil de saúde, beneficiárias do Programa Bolsa Família (SISVAN: Módulo de gestão das Condições da Saúde do Programa Bolsa Família). Atualmente, cerca de 70% das 10 milhões de famílias com perfil de saúde têm seus dados antropométricos registrados no SISVAN<sup>12</sup>.

Diversas fontes de dados estão disponíveis para traçar o perfil epidemiológico da população brasileira<sup>13</sup>. De acordo com Coitinho *et al.*<sup>14</sup>, "Os objetivos da VAN devem ser avaliar e monitorar o estado nutricional dos diferentes grupos populacionais; as morbidades associadas aos principais desvios nutricionais; as carências nutricionais específicas, como aquelas relacionadas à vitamina A, ao ferro, ao iodo e à tiamina; a prática de aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares; a qualidade da alimentação quanto ao consumo de energia, de macro e micro-nutrientes (principalmente de vitamina A, ferro e iodo), e de grupos alimentares, como frutas, verduras e legumes, gorduras, com destaque para as do tipo *trans* e saturadas, sódio e açúcares livres".

Além do acompanhamento cotidiano das condições de saúde, a VAN, na Atenção Básica, pode ser potencializada por estratégias como as Chamadas Nutricionais comumente realizadas em crianças menores de cinco anos, no mesmo dia da Campanha Nacional de Imunização. Essa ação permite traçar de maneira rápida e ágil o perfil nutricional de grupos específicos<sup>15</sup> e monitorar resultados de ações para grupos etários específicos, como na Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Além disso, permite contar com informações advindas de pesquisas locais e inquéritos populacionais, para subsidiar a tomada de decisão tanto no âmbito local como nacional.

## **A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

---

No âmbito do SUS, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição<sup>2</sup> e a Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>16</sup> preveem ações específicas para a promoção da alimentação saudável. A organização das ações de promoção da alimentação saudável na Atenção Básica deve considerar os determinantes sociais da saúde, com a definição de ações técnicas e políticas, de caráter amplo e intersetorial, que respondam às necessidades



de cada território, a partir de estratégias de articulação transversal entre os diversos equipamentos públicos, sociais e a comunidade. As ações devem priorizar o desenvolvimento de habilidades e competências que gerem empoderamento e autonomia dos indivíduos, famílias e comunidades<sup>17-19</sup>.

Conceitos mais atuais de promoção da saúde enfatizam a necessidade de considerar os determinantes gerais sobre as condições de saúde. Estes se sustentam no entendimento de que a "saúde é um produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e indivíduos, estilos de vida responsáveis e um espectro adequado de cuidados de saúde"<sup>17,19</sup>. No Quadro 1 estão listados exemplos de ações que são desenvolvidas e podem ser intensificadas com a inserção das ações da Alimentação e Nutrição na Atenção Básica.

Para subsidiar as ações de promoção da alimentação saudável na Atenção Básica, os profissionais de saúde podem fazer uso dos Guias Alimentares. O Guia Alimentar para a População Brasileira apresenta as diretrizes de uma alimentação saudável, com mensagens específicas direcionadas para a população, os profissionais de saúde, a família, o governo e o setor produtivo<sup>20</sup>. Ainda em 2011 será iniciado um processo de revisão do Guia, incorporando uma nova proposta de categorização dos alimentos, baseada no nível de processamento<sup>21</sup>. O Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos foi recentemente revisado e sumarizado nos "Dez passos para alimentação de crianças brasileiras menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde"<sup>22</sup>. O material traz mensagens claras de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar. Na página eletrônica da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), encontram-se disponíveis outros materiais sobre promoção da alimentação saudável para idosos, escolares, adolescentes e gestantes.

**Quadro 1.** Ações de promoção da alimentação saudável na atenção básica.

- 
- a. Realizar ações de promoção da alimentação saudável na rotina do serviço de saúde, considerando o ciclo de vida.
  - b. Ampliar ações de promoção da alimentação saudável na infância, com foco nos primeiros dois anos de vida, com a promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses, e continuado até dois anos de idade ou mais, considerando a correta introdução dos alimentos complementares.
  - c. Promover atividades de orientação alimentar e nutricional que valorizem os alimentos regionais e os aspectos culturais da alimentação dos brasileiros.
  - d. Desenvolver ações de orientação alimentar com foco na redução do consumo de alimentos ultraprocessados e com alto teor de sódio, açúcar, gordura saturada e gordura *trans*.
  - e. Realizar parcerias intersetoriais, no território, para promover o aumento da oferta de frutas, legumes e verduras e de outros alimentos básicos e/ou minimamente processados.
  - f. Articular ações de promoção da alimentação saudável direcionadas às famílias do Programa Bolsa Família, em conjunto com os setores do desenvolvimento social e desenvolvimento agrário, com vistas a estimular a maior oferta e distribuição a essas famílias dos alimentos saudáveis, com prioridade para a agricultura familiar.
  - g. Apoiar ações intersetoriais para aumento da disponibilidade de equipamentos de comercialização de frutas, legumes e verduras e outros alimentos saudáveis, tais como as feiras livres e mercados móveis de venda e entrega.
  - h. Promover a educação sanitária dos pequenos comerciantes de frutas e hortaliças e merendeiros para oferta segura dos alimentos e preparações.
  - i. Estimular e apoiar professores e diretores na inclusão da promoção da alimentação saudável e da prática da atividade física, como parte do projeto político-pedagógico das escolas no território.
  - j. Promover, incentivar e implantar hortas escolares e comunitárias.
  - k. Incentivar a realização de oficinas culinárias nas escolas.
  - l. Estimular o desenvolvimento de atividade de promoção da alimentação saudável em ambiente de trabalho.
-

Também foi elaborada uma série de “Dez Passos de Alimentação Saudável” por ciclo de vida, que trazem orientação sobre o consumo de frutas, verduras e legumes, gorduras, sal, água, açúcar, álcool e também sobre atividade física.

Para potencializar as ações de promoção da alimentação saudável para crianças menores de dois anos, foi elaborada a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável, que tem como finalidade a formação de profissionais de saúde da Atenção Básica, para fomentar a orientação alimentar como atividade de rotina nos serviços de saúde. A oficina tem carga horária de 24 horas e utiliza metodologia crítico-reflexiva, com enfoque problematizador. Os tutores são preparados para realizar oficinas de trabalhos nas UBS, envolvendo todos os profissionais, sobre alimentação de crianças de até dois anos de idade<sup>23</sup>. No período de outubro de 2009 a junho de 2011, foram realizadas 80 oficinas de formação de tutores no País, sendo formados aproximadamente 2 mil tutores em alimentação complementar e 10 mil profissionais da Atenção Básica.

Os hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros anos de vida repercutem não só no estado nutricional momentâneo das crianças, mas também em outros ciclos vitais. Assim, potencializar o consumo alimentar adequado nos primeiros anos de vida favorece a formação de hábitos alimentares saudáveis, o que contribui para a prevenção da epidemia de excesso de peso, hoje observada no país<sup>24-27</sup>.

Com o lançamento do Programa Saúde na Escola (PSE), novas perspectivas se delinearam para o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no ambiente escolar<sup>28</sup>. A escola é reconhecida como local privilegiado para a promoção da saúde. Efeitos positivos na mudança de padrão de consumo e atividade física dos escolares são observados quando as intervenções estão relacionadas à formação de hábitos de vida saudáveis e também a alterações no ambiente escolar, tornando-o favorável em relação às práticas alimentares e à atividade física, como, por

exemplo: a oferta de preparações mais saudáveis, frutas e hortaliças nas cantinas escolares, bem como a restrição da promoção comercial de alimentos ricos em açúcares, gorduras e sódio<sup>29-33</sup>.

Outro espaço importante para a inserção das ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica são os Polos de Academias da Saúde, programa elaborado com base em experiências exitosas de municípios brasileiros<sup>35-39</sup>. O Programa Academia da Saúde lançado pelo Ministério da Saúde em abril de 2011, tem por objetivo contribuir para a promoção da saúde, com a ampliação de equipamentos públicos de saúde e lazer nos municípios, com a construção de 1 mil academias por ano até 2014<sup>34</sup>. O programa prevê a inserção de profissionais dos NASF, que realizarão ações de promoção da saúde, atendendo às demandas do seu território. Este pode se tornar um excelente espaço para a realização da vigilância alimentar e nutricional, além de proporcionar ações de promoção da alimentação saudável.

## **AÇÕES DE PREVENÇÃO DE AGRAVOS EM SAÚDE RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

---

Os agravos em saúde relacionados à alimentação e nutrição passíveis de ações de prevenção envolvem deficiências nutricionais específicas, alterações do estado nutricional (desnutrição e excesso de peso) e comorbidades associadas à obesidade. A educação alimentar nutricional, como estratégia para auxiliar na prevenção de agravos, é essencial para aumentar o conhecimento da população sobre o assunto e evitar o consumo alimentar monótono. Os hábitos alimentares têm grande importância na determinação das deficiências nutricionais e na ocorrência das doenças crônicas.

### **Ações de prevenção das deficiências de micronutrientes**

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde mostrou que aproximadamente



20,9% das crianças apresentavam anemia, e 17,4%, hipovitaminose A, esta com maior prevalência nas Regiões Sudeste (21,6%) e Nordeste (19,0%). Já em mulheres, a prevalência de hipovitaminose A foi de aproximadamente 10,0% em todas as regiões, e a de anemia, de 29,4% (39,1% no Nordeste)<sup>40</sup>.

A ocorrência de anemia em crianças tem sido muito explorada por diversos estudos no país, que mostraram prevalência da doença, em crianças nessa mesma faixa etária, da ordem de 53,0%<sup>41</sup>, sendo 52,0% em crianças que frequentavam creches/escolas, 60,2% em serviços de saúde, e 66,5% em populações em iniquidades<sup>42</sup>. Apesar de todos os investimentos feitos na nutrição e saúde das gestantes e crianças brasileiras, a prevalência de anemia ainda é um grave problema de saúde pública no país.

Diversas ações que preveem a suplementação com micronutrientes têm sido implementadas no país desde a década de 1970<sup>43</sup>. No entanto, apenas no ano de 2005 é que foi instituído o Programa Nacional de Suplementação de Ferro<sup>44</sup>, que prevê a suplementação de gestantes e crianças de até 18 meses, bem como o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A<sup>45</sup>, que prevê a suplementação de vitamina A para crianças de até cinco anos e para mulheres no pós-parto, residentes na Região Nordeste. Ainda se configura como desafio a efetiva implementação desses dois Programas no âmbito da Atenção Básica. Em função das altas prevalências dessas deficiências no país, almeja-se que os profissionais da Atenção Básica potencializem essa ação, distribuindo os suplementos para todas as crianças nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e para todas gestantes nas consultas de pré-natal.

No entanto, a distribuição de suplementos deve ser vinculada às ações de prevenção e promoção da saúde. São reconhecidas três estratégias para prevenção das carências nutricionais: a educação alimentar e nutricional, a fortificação de alimentos e a suplementação com micronutrientes<sup>46</sup>. Estima-se que 200 milhões de crianças

menores de cinco anos, residentes em países em desenvolvimento, não atingem seu potencial de desenvolvimento<sup>47</sup>. Também foram identificados quatro fatores de riscos prioritários de intervenção: baixa estatura, estimulação cognitiva inadequada, deficiência de iodo e anemia por deficiência de ferro, que ocorrem isoladamente, ou, na maioria das vezes, concomitantemente, agravando a situação.

Além da suplementação com micronutrientes, a fortificação do sal com iodo e as farinhas com ferro e ácido fólico são ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o controle das deficiências nutricionais. Na década de 1950, aproximadamente 20% da população apresentava Distúrbio por Deficiência de Iodo (DDI). Assim, com o propósito de diminuir essas altas prevalências, adotou-se a iodação universal do sal, e, após cerca de seis décadas de intervenção, observa-se redução na prevalência de DDI no Brasil (20,7% em 1955; 14,1% em 1974; 1,3% em 1994; e 1,4% em 2000)<sup>48</sup>. Outra ação mais recente do governo brasileiro foi a determinação de que todas as farinhas de trigo e milho comercializadas no território nacional fossem adicionadas de 4,2mg de ferro e 150µg de ácido fólico<sup>49</sup>. A fortificação das farinhas com ferro é uma ação internacionalmente reconhecida como efetiva para a prevenção e controle da anemia no longo prazo<sup>46,50,51</sup>.

Os profissionais da Atenção Básica possuem papel primordial nessas ações, uma vez que, por meio da educação alimentar e nutricional, podem estimular o consumo das farinhas fortificadas e do sal iodado. A recomendação para o consumo de sal iodado deve ser aliada à educação para a redução do consumo de sal total, pois o consumo médio de sal pela população brasileira com mais de 10 anos de idade foi de 8,2g/pessoa/dia, contra a recomendação de ingestão diária de 5mg<sup>52</sup>.

A histórica participação do Brasil na formulação de intervenções em saúde pública deve ser potencializada por meio de ações de avaliação e reformulação das estratégias já implantadas, bem como pela proposição de novas formas de

intervenção. Nessa perspectiva e de acordo com a última recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>53</sup>, faz parte da agenda atual das ações de prevenção e controle das deficiências nutricionais específicas no país, o fomento a um estudo multicêntrico de avaliação da efetividade e viabilidade da implementação da estratégia de fortificação caseira, com múltiplos micronutrientes em pó (MNP), na Atenção Básica, no SUS, para o controle da anemia em crianças<sup>54,55</sup>.

### **Obesidade e ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica**

No Brasil, de acordo com a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), 50,1% dos homens e 48,0% das mulheres adultas apresentam excesso de peso. A pesquisa aponta que aproximadamente 30% das crianças em idade escolar apresentam excesso de peso e que 16,6% dos meninos e 11,8% das meninas apresentam obesidade<sup>56</sup>. A POF também investigou o consumo alimentar e mostrou que a dieta da população brasileira ainda é baseada em alimentos tradicionais, como o arroz e o feijão. No entanto, também incorpora grande número de alimentos com baixo teor de nutrientes e elevada densidade energética, em que o crescente consumo de sucos, refrigerantes e refrescos alia-se ao baixo consumo de frutas, verduras e legumes. Observou-se elevado consumo de açúcares e gorduras saturadas, bem como baixa ingestão de fibras e inadequação na ingestão de vários micronutrientes<sup>51</sup>. O consumo evidenciado contribui para o aumento nas prevalências de doenças crônicas e, mais particularmente, do excesso de peso e obesidade no País.

A obesidade é uma doença crônica, associada ao desenvolvimento de outras doenças crônicas. O enfrentamento das Doenças Crônicas não-Transmissíveis (DCNT) é prioridade na saúde; em 2007, 72% das mortes ocorridas foram atribuídas a elas. Também é conhecido que a morbimortalidade causada pelas DCNT é mais frequente na população mais pobre<sup>57</sup>. No ano de 2011, foi

lançado pelo Ministério da Saúde o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022)<sup>58</sup>. As ações do Plano estão agrupadas nos eixos de vigilância, informação, avaliação e monitoramento, e promoção da saúde e do cuidado integral. Também está em fase de construção o Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, objetivando modos de vida e alimentação adequados e saudáveis para a população brasileira, com previsão de lançamento em 2012. O Plano envolve um esforço integrado e intersetorial do governo brasileiro para controlar a crescente epidemia de sobrepeso e obesidade, que possuem múltipla determinação. Diversas ações de alimentação e nutrição fazem parte dos dois planos; configura-se como desafio para o SUS a implementação de uma linha de cuidado integral ao paciente com excesso de peso.

A Atenção Básica é espaço preferencial para o desenvolvimento de ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e prevenção da obesidade, além de ser potencialmente apta a fornecer atenção integral ao usuário com excesso de peso e suas comorbidades. Deve focar suas prioridades em medidas simples, de baixo custo e sem potenciais efeitos adversos, como o aconselhamento nutricional em todos os ciclos da vida para a prevenção e o tratamento da obesidade.

A prevenção e acompanhamento da obesidade na Atenção Básica perpassam a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional; as ações de promoção da saúde, como alimentação saudável e atividade física ou práticas corporais; o acompanhamento interdisciplinar, respeitando-se as competências específicas; o estabelecimento de metas individuais para os pacientes, de acordo com seu estado de motivação para mudança de comportamento; e o acompanhamento regular, tanto individual quanto em grupos. A organização da atenção ao paciente com excesso de peso na Atenção Básica foi recentemente revisada e apresentada no Caderno de Atenção Básica nº 12<sup>59</sup>.

## Núcleos de apoio à saúde da família

Os NASF, criados pela Portaria nº 154, de janeiro/2008, visam a aumentar a resolutividade das ações de Atenção Básica, com a incorporação de novos saberes, além de qualificar o olhar e a escuta das equipes de Atenção Básica. O atual perfil nutricional da população brasileira, com aumento da obesidade e das doenças carenciais, justifica a inserção do profissional de Nutrição nas equipes dos NASF. Estas podem ser compostas por diferentes profissionais, segundo as suas áreas estratégicas: Saúde da Criança (pediatra), Saúde da Mulher (ginecologista), Saúde Mental (psicólogo e psiquiatra), Reabilitação (fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional), Serviço Social (assistente social), Alimentação e Nutrição (nutricionista), Atividade Física (professor de Educação Física), Assistência Farmacêutica (farmacêutico) e Práticas Integrativas (homeopata e acupunturista)<sup>5</sup>.

O NASF tem como objetivos: qualificar a Atenção Básica, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, ampliando a resolubilidade e integralidade das ações; ampliar e apoiar o acesso às ações em áreas estratégicas; apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da Atenção Básica. Os objetivos do NASF, por sua vez, estão em consonância com as seguintes diretrizes do SUS: integralidade, territorialidade, educação popular e participação social, interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente em saúde<sup>5</sup>. O processo de trabalho no NASF adota a clínica ampliada como a principal ferramenta para atingir os seus objetivos, com três componentes tecnológicos: apoio matricial, projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva<sup>60</sup>.

O apoio matricial é uma tecnologia de gestão, complementar à definição de equipes de referência. É um tipo de arranjo contratual que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações, a partir de duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, destinadas a um sujeito individual e coletivo, resultantes da discussão de uma equipe multidisciplinar, com apoio matricial, se necessário. O PTS atua em quatro momentos: diagnóstico; definição de metas terapêuticas; divisão de responsabilidades entre os profissionais de saúde envolvidos; reavaliação.

Já o Projeto de Saúde Coletiva (PSC) é uma estratégia que busca articular as complexidades individuais e coletivas de intervenção, tendo como ponto de partida os determinantes sociais da saúde. Pretende ser uma estratégia para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em determinado território, as quais tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades<sup>61</sup>.

A inserção de os profissionais de Nutrição nos NASF tem um importante papel, pois qualifica a atividade da equipe: desde o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional do território, com identificação das fontes de alimentação saudável ou não em sua área de abrangência, até o atendimento individualizado dos casos que assim necessitem, entre os usuários da Atenção Básica.

Para orientar as ações dos profissionais de Nutrição nas atividades dos NASF, alguns materiais são de extrema utilidade: o Caderno da Atenção Básica 27: diretrizes do NASF<sup>62</sup>; a Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde<sup>63</sup>; o Guia Alimentar para População Brasileira<sup>20</sup> e o Protocolo do SISVAN<sup>11</sup>. Os quatro materiais possuem uma abordagem multifocal, com recomendações e ações voltadas aos três sujeitos de abordagem: indivíduos, famílias e comunidades.

A organização e a priorização das ações de nutrição desenvolvidas pela equipe multiprofissional devem ser alinhadas não só com as áreas estratégicas das ações de alimentação e nutrição no NASF, mas também com as ferramentas de gestão, sugeridas para cada ação (Quadro 2).

**Quadro 2.** Áreas estratégicas das ações de alimentação e nutrição no NASF e ferramentas para ação.

Área estratégica	Ferramentas disponíveis para ação
Realizar diagnóstico, planejamento, programação e implementação de ações de alimentação e nutrição, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, inserindo-as ao planejamento local de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas de informação em saúde.</li> <li>- Ferramentas de gestão (Plano/Programação/Relatório).</li> <li>- Indicadores da pactuação 2010/11.</li> <li>- Desenvolvimento de metodologias de diagnóstico.</li> </ul>
Elaborar, revisar, adaptar, padronizar e definir os protocolos de atenção nutricional, considerando os protocolos ou outra norma técnica estabelecida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiais da CGAN - Matriz, Guia Alimentar, Protocolos do SISVAN, Materiais operacionais dos Programas de Suplementação com micronutrientes.</li> </ul>
Desenvolver estratégias junto aos demais profissionais do NASF e das Equipes de Saúde da Família para: <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificar oportunamente problemas relacionados à alimentação e nutrição e referenciar, quando necessário.</li> <li>- desenvolver ações de promoção da alimentação saudável e de prevenção de agravos relacionados à alimentação e nutrição.</li> <li>- desenvolver ações de alimentação e nutrição voltadas às famílias do Programa Bolsa Família ou similares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiais e protocolos desenvolvidos e executados nos estados e municípios.</li> <li>- Cadernos de Atenção Básica.</li> <li>- Protocolos do HIPERDIA.</li> <li>- Ações programáticas: saúde da criança; saúde da mulher; saúde do homem; saúde do idoso.</li> </ul>
Promover a Segurança Alimentar e Nutricional, a alimentação saudável e a vigilância dos alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas de informação em saúde</li> <li>- Materiais CGAN / DAB.</li> </ul>
Promover articulação intersetorial, articular os serviços de saúde com instituições e entidades locais, escolas e ONGs para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição, na área de abrangência; apoiar a secretaria municipal de saúde na organização do fluxo de referência para programas de assistência alimentar e proteção social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Materiais e protocolos desenvolvidos e executados nos estados e municípios.</li> <li>- Articulação intersetorial.</li> <li>- Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional.</li> </ul>
Realizar acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> <li>- estimular e organizar a coleta de dados para os sistemas de informação em saúde, em especial o SISVAN, e utilizar os dados epidemiológicos no delineamento das ações voltadas aos grupos mais vulneráveis.</li> <li>- avaliar os resultados das ações da alimentação e nutrição na área de abrangência, readequando-as sempre que necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Política Nacional de Alimentação e Nutrição.</li> <li>- Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.</li> <li>- Política Estadual de Alimentação e Nutrição.</li> <li>- Política Municipal de Alimentação e Nutrição.</li> <li>- Ações da vigilância sanitária.</li> <li>- Levantamento de todas as entidades no território.</li> <li>- Levantamento de todos os "programas" municipais e estaduais que tenham interface com as ações de alimentação e nutrição.</li> <li>- Conselhos municipais e estaduais de políticas públicas.</li> <li>- Conselhos de saúde.</li> <li>- Sistemas de informação/indicadores.</li> <li>- Programação periódica das ações.</li> <li>- Relatório periódico das ações.</li> </ul>

Adaptado do Caderno de Atenção Básica 27: Diretrizes do NASF<sup>62</sup>.

**Quadro 3.** Agenda programática da atenção básica com relação às ações de alimentação e nutrição.

1. Incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável.
2. Realização de a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), com vistas ao monitoramento do estado alimentar e nutricional da população atendida no território, com identificação de risco nutricional precoce e pronto atendimento.
3. Desenvolvimento de programas de suplementação preventiva com micronutrientes (ferro, ácido fólico e vitamina A).
4. Cuidado nutricional para grupos populacionais portadores de agravos específicos (desnutrição, risco nutricional, hipertensão, diabetes, obesidade, HIV/AIDS, necessidades alimentares específicas, entre outros).
5. Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, no âmbito municipal.

Adaptado do Caderno de Atenção Básica 27: Diretrizes do NASF<sup>62</sup>.

A atenção nutricional na Atenção Básica pode ocorrer para além das ações das equipes do NASF. A Portaria nº 2.029, de 24/08/2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, definindo ações para o cuidado domiciliar na Atenção Básica, ambulatorial e hospitalar. As ações do nutricionista na Atenção Domiciliar são desenvolvidas no âmbito das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) em conjunto com outras áreas do saber, e devem tanto potencializar as ações de nutrição dirigidas aos usuários em internação domiciliar, quanto expandir e divulgar os programas e protocolos relacionados à área, para outros profissionais e usuários do Sistema<sup>64</sup>.

Um avanço para as ações de nutrição da Atenção Básica seria a possibilidade de expansão das equipes multidisciplinares nos moldes do NASF, para todas as equipes de Atenção Básica do SUS, além da formação de nutricionistas com perfil para atuar em equipes multidisciplinares, no âmbito do SUS (Quadro 3).

## **INTERSETORIALIDADE**

O campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Pública requer uma ampla articulação intra- e intersetorial, pois a melhoria das condições de alimentação e nutrição da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares saudáveis e do estado nutricional adequado, requer o envolvimento de outros setores necessários ao desenvolvimento nacional e comunitário, como a agricultura, o desenvolvimento agrário, o desenvolvimento social e o combate à fome, a pecuária, a indústria, a educação, entre outros.

Vários são os esforços do governo brasileiro para lidar com a complexidade de problemas sociais de caráter intersetorial, como é o caso da pobreza, por exemplo. Nesse sentido, o Programa Bolsa Família figura como ponto central na agenda intersetorial, na medida em que, ao articular os diversos setores (Saúde, Educação e Assistência Social), busca assegurar o direito humano à alimentação, promovendo a segurança alimentar e nutricional e contribuindo para a conquista da

cidadania pela parcela da população mais vulnerável, em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Na saúde, a responsabilidade para com o Programa Bolsa Família pressupõe a organização da Atenção Básica para garantir a oferta de serviços às famílias beneficiárias do programa - famílias constituídas de mulheres e crianças de até sete anos, visando ao acompanhamento das condicionalidades: seguimento de consultas de pré-natal e assistência pós-parto, cumprimento do calendário de vacinação, vigilância nutricional de crianças menores de sete anos.

A Atenção Básica tem papel central nessa ação, uma vez que estudos demonstram que o acesso aos serviços básicos de saúde, mais especificamente à Estratégia de Saúde da Família, contribui para a diminuição das iniquidades<sup>65</sup>. Nesse sentido, a Atenção Básica constitui uma excepcional oportunidade para a qualificação da agenda de saúde às famílias em situação de vulnerabilidade social, sobretudo para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde e para a vinculação das equipes junto aos indivíduos, famílias e comunidades em situação de pobreza.

## **Perspectivas e desafios**

Diversas são as ações propostas pelo governo brasileiro para organizar as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. No entanto, ainda permanecem muitos desafios para que essas ações sejam consolidadas de forma universal.

Dentre esses desafios, pode-se citar a necessidade de expansão e consolidação da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, como garantia de avaliação periódica do estado nutricional e consumo alimentar, com inserção dos dados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Também difícil é a tarefa de acompanhar as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, principalmente nos grandes centros.



Outro desafio colocado é o enfrentamento efetivo das deficiências de micronutrientes, que deve ser encampado por toda a equipe de saúde, com ações de prevenção e promoção da alimentação saudável. Soma-se a esse desafio a prevenção e controle das doenças crônicas, com especial atenção para a obesidade. Faz-se necessária a definição e implantação de uma linha de cuidado integral para o paciente com excesso de peso no âmbito do Sistema Único de Saúde. A promoção à saúde coloca-se como um desafio no sentido de avançar na consolidação de um modelo inter-setorial, com ações para além do espaço físico das Unidades Básicas de Saúde.

O avanço na implementação de ações de Alimentação e Nutrição tende a crescer à medida que o próprio modelo de Atenção Básica se consolida no país, agregando a racionalidade da organização do cuidado integral em saúde nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde. A expansão no número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com incorporação do nutricionista, tende a potencializar as ações aqui descritas. No entanto, também se configura como um desafio a apropriação das ações de alimentação e nutrição por outros profissionais de saúde, respeitando-se competências e atribuições específicas. Assim, destaca-se a necessidade da formação de profissionais aptos a colocar em prática as ações propostas para a Atenção Básica e para os demais níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Mendes EV. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. 2009. [acesso 2011 set. 11]. Disponível em: <<http://new.paho.org/bra/apsredes>>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Comm Health*. 2006; 60(1):13-9.
7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2011.
8. Castro CM, Coimbra M. O problema alimentar no Brasil. São Paulo: Unicamp; 1985.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 8080/90, de 9 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
10. Manson JB, Habitch JP, Tabataba H, Valverde V. Vigilância nutricional. Genebra: WHO; 1984.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos do sistema de vigilância alimentar e nutricional na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
13. Leal MC, Bittencourt SA. Informações nutricionais: o que se tem no país? *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(3):551-5.
14. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC, *et al.* A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4):688-99.
15. Santos LMP, Paes-Sousa R, Silva Junior JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Organ*. 2008; 86(6):474-9.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet*. 2000; 5(1):163-77.
18. Campos GW, Barros RBB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):745-9.
19. Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(7):1674-81.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR, Cannon G. A new classification of foods based on



- the extent and purpose of the processing. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(11):2039-49.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos. um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
  23. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia nacional para alimentação complementar saudável: caderno do tutor. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
  24. Garden FL, Marks GB, Almqvist C, Simpson JM, Webb KL. Infant and early childhood dietary predictors of overweight at age 8 years in the CAPS population. *Eur J Clin Nutr*. 2011; 65(4):454-62.
  25. Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Maillot M, Bellisle F. Early adiposity rebound: causes and consequences for obesity in children and adults. *Int J Obes (London)*. 2006; 30(Suppl 4):S11-7.
  26. Fall CH, Borja JB, Osmond C, Richter L, Bhargava SK, Martorell R, *et al*. Infant-feeding patterns and cardiovascular risk factors in young adulthood: data from five cohorts in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol*. 2011; 40(1):47-62.
  27. Birch LL, Ventura AK. Preventing childhood obesity: what works? *Int J Obes (London)*. 2009; 33:S74-S81.
  28. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa. 2007 5 dez.
  29. Brown T, Kelly S, Summerbell C. Prevention of obesity: a review of interventions. *Obes Rev*. 2007; 8(Suppl. 1):127-30.
  30. Katz DI, O'Connell M, Njike VY, Yeh MC, Nawaz H. Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (London)*. 2008; 32(12): 1780-89.
  31. Jaime PC, Lock K. Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? *Prev Med*. 2009; 48(1):45-53.
  32. Gonzalez-Suarez C, Worley A, Grimmer-Somers K, Dones V. School-based interventions on childhood obesity: a meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2009; 37(5):418-27.
  33. Pérez-Morales ME, Bacardí-Gascón A, Jiménez-Cruz A, Armendáriz-Anguiano A. Intervenciones aleatorias controladas basadas en las escuelas para prevenir la obesidad infantil: revisión sistemática de 2006 a 2009. *Arch Latinoam Nutr*. 2009; 59(3): 253-9.
  34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
  35. Mahecha MS, Rodrigues MV, Leandro AT, Roque AD, Luiz AE, Oliveira LC. El programa Agita São Paulo como modelo para el uso de la actividad física en la promoción de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2003; 14(4):265-72.
  36. Simoes E, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, *et al*. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):68-75.
  37. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, *et al*. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):70-8
  38. Parra DC, Mckenzie TL, Ribeiro IC, Ferreira AA, Dreisinger M, Coniglio K, *et al*. Assessing physical activity in public parks in Brazil using systematic observation. *Am J Public Health*. 2010; 100(8): 1420-6.
  39. Reis R, Hallal PC, Parra DC, Ribeiro IC, Brownson RC, Pratt M, *et al*. Promoting physical activity through community-wide policies and planning: findings from Curitiba, Brazil. *J Phys Act Health*. 2010; 7(Suppl 2):S137-S45.
  40. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
  41. Jordão RE, Bernardi JLD, Barros Filho A. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27(1):90-8.
  42. Vieira RCS, Ferreira HS. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. *Rev Nutr*. 2010; 23(3):433-444. doi: 10.159/S1415-52732010000300011.
  43. Szafrarc SC. Histórico das políticas públicas para o controle da deficiência de ferro no Brasil. In: O ferro e a saúde das populações. São Paulo: Roca; 2006.
  44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 730 MS/GM, de 13 de maio de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
  45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 729 MS/GM, de 13 de maio de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
  46. World Health Organization. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. Geneva: WHO; 2001.
  47. Grantham-McGregor S, Cheung Y, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007; 9555(369):60-70.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico e operacional programa nacional para a prevenção e controle dos distúrbios por deficiência de iodo pró-iodo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
49. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002. Regulamento técnico para a fortificação das farinhas de trigo e das farinhas de milho com ferro e ácido fólico. Brasília: Anvisa; 2002.
50. Baltussen R, Knai C, Sharan M. Iron fortification and iron supplementation are cost-effective interventions to reduce iron deficiency in four subregions of the world. *J Nutr.* 2004; 134(10): 2678-84.
51. Horton S. The economics of food fortification. *J Nutr.* 2006; 136(4):1068-71.
52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
53. World Health Organization. Guideline: use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age. Geneva: WHO; 2011.
54. Dewey KG, Yang Z, Boy E. Systematic review and meta-analysis of home fortification of complementary foods. *Matern Child Nutr.* 2009; 5(4):283-321.
55. De-Regil LM, Suchdev PS, Vist GE, Walleser S, Peña-Rosas JP. Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (9). doi: 10.1002/14651858.CD008.959/pub2.
56. 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.
57. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo ESG, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade: caderno de atenção básica número 12. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
60. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 2006; 23(2):399-407.
61. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: caderno de atenção básica número 27. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS, que define ações de cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, vinculados à Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
65. Sousa MF. O Programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2008; 61(2):153-8.

Recebido em: 28/9/2011  
Versão final reapresentada em: 4/11/2011  
Aprovado em: 10/11/2011