

MINISTÉRIO DA SAÚDE



**Manual Instrutivo
para Implementação da Agenda para
Intensificação da Atenção Nutricional
à Desnutrição Infantil**

Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012

Brasília – DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Manual Instrutivo
para Implementação da Agenda para
Intensificação da Atenção Nutricional
à Desnutrição Infantil**

Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012

Brasília – DF
2013

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

Manual Instrutivo para Implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil

Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012



Brasília – DF
2013

© 2013 Ministério da Saúde.

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

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
SAF SUL, Quadra 2, lotes 5/6
Bloco II, sala 8, auditório, Edifício Premium
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9004
Site: www.saude.gov.br/dab
E-mail: cgan@saude.gov.br

Coordenação Técnica Geral:

Patrícia Constante Jaime
Paulo Vicente Bonilha Almeida

Autores:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição – Departamento de Atenção Básica
Ana Carolina Lucena Pires
Ana Maria Cavalcante de Lima
Élida Amorim Valentim
Gisele Bortolini
Kelly Poliany de Souza Alves
Kimielle Cristina Silva
Maria da Penha Ferrer de Francesco Campos
Mayara Kelly Pereira Ramos
Sara Araújo da Silva
Simone Costa Guadagnin
Vanessa Thomaz Franco da Gama Rosa dos Reis

Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Carolina de Vasconcelos
Gilvani Pereira
Ivana Drummond

Coordenação Editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva
Sheila de Castro Silva

Diagramação:

Sávio Marques

Normalização:

Amanda Soares (CGDI/Editora MS)

Revisão:

Eveline de Assis (CGDI/Editora MS)
Silene Lopes Gil (CGDI/Editora MS)

Supervisão editorial:

Débora Flaeschen (CGDI/Editora MS)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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

Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

76 p. : il.

ISBN 978-85-334-2085-4

1. Transtornos da nutrição infantil. 2. Desnutrição infantil. 3. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). 4. Promoção da saúde. I. Título.

CDU 613.22

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0230

Títulos para indexação:

Em inglês: Instructive manual for implementation of the Agenda for intensification of Nutritional Care to the Child Malnutrition: Ordinance nº 2,387 of October 18th, 2012

Em espanhol: Manual instructivo para implementación de la Agenda para intensificación de la Atención Nutricional a la Desnutrición Infantil: Ordenanza nº 2.387, de 18 de octubre de 2012

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AB | Atenção básica |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| Andi | Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil |
| ATSCAM | Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CadÚnico | Cadastro Único |
| CGAN | Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| Consea | Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional |
| Cras | Centro de Referência em Assistência Social |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DAPES | Departamento de Ações Programáticas Estratégicas |
| DNPM | Desenvolvimento neuropsicomotor |
| DVA | Deficiência de vitamina A |
| EAN | Educação Alimentar e Nutricional |
| Enpacs | Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável |
| EPF | Exame parasitológico de fezes |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GM | Gabinete do Ministro |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| MS | Ministério da Saúde |
| Nasf | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |

| | |
|--------|---|
| NIS | Número de Identificação Social |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PAAS | Promoção da alimentação adequada e saudável |
| PBF | Programa Bolsa Família |
| Peti | Programa de Erradicação do Trabalho Infantil |
| Pnan | Política Nacional de Alimentação e Nutrição |
| PNDS | Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde |
| PNSF | Programa Nacional de Suplementação de Ferro |
| PNSN | Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição |
| PST | Projeto de Saúde do Território |
| PTS | Projeto Terapêutico Singular |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SAN | Segurança Alimentar e Nutricional |
| Siab | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| Sinan | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| Sisvan | Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| Unicef | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| VAN | Vigilância Alimentar e Nutricional |
| WEB | Rede |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1– Materiais recomendados para avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de crianças menores de 5 anos | 17 |
| Quadro 2 – Periodicidade recomendada de registro no Sisvan <i>Web</i> | 18 |
| Quadro 3 – Passo a passo para execução do Projeto de Saúde do Território para crianças com desnutrição | 36 |
| Quadro 4 – Recomendação sobre a textura e a quantidade de alimentos recomendadas de acordo com a idade | 49 |
| Quadro 5 – Esquema alimentar para crianças amamentadas. | 50 |
| Quadro 6 – Grupos de alimentos que devem compor a refeição. | 51 |
| Quadro 7 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas | 53 |
| Quadro 8 – Conduta de administração dos suplementos de vitamina A. | 59 |
| Quadro 9 – Conduta de administração dos suplementos de sulfato ferroso. | 61 |
| Quadro 10 – Planejamento municipal para Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil. | 68 |
| Quadro 11 – Monitoramento da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil | 69 |

FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Linha de cuidado: atenção à criança de baixo peso e muito baixo peso | 34 |
| Figura 2 – Principais determinantes de saúde da criança que devem ser investigados | 40 |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| | APRESENTAÇÃO..... | 11 |
| 1 | VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL..... | 15 |
| 1.1 | Como realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional..... | 16 |
| 2 | ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA..... | 21 |
| 2.1 | Como realizar o acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família..... | 22 |
| 3 | INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE DESNUTRIÇÃO E ATRASO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL..... | 25 |
| 3.1 | Como realizar a investigação dos casos de desnutrição..... | 27 |
| 3.1.1 | <i>Anamnese.....</i> | <i>27</i> |
| 3.1.2 | <i>Exame físico.....</i> | <i>27</i> |
| 3.1.3 | <i>Dados antropométricos.....</i> | <i>28</i> |
| 3.1.4 | <i>Avaliação dos marcadores de consumo alimentar.....</i> | <i>28</i> |
| 3.1.5 | <i>Exames complementares.....</i> | <i>29</i> |
| 3.1.6 | <i>Avaliação de vulnerabilidade social.....</i> | <i>30</i> |
| 4 | ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA DESNUTRIDA..... | 33 |
| 4.1 | Cuidados básicos para crianças com baixo peso ou muito baixo peso para a idade..... | 33 |
| 4.2 | Projeto de Saúde do Território..... | 35 |
| 4.3 | Projeto Terapêutico Singular..... | 37 |
| 5 | PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL..... | 43 |
| 5.1 | Como organizar as ações de promoção da alimentação adequada e saudável..... | 44 |
| 5.2 | Recomendações de alimentação saudável para crianças menores de 2 anos..... | 47 |
| 5.2.1 | <i>Aleitamento materno.....</i> | <i>47</i> |
| 5.2.2 | <i>Alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos.....</i> | <i>47</i> |
| 5.2.3 | <i>Crianças não amamentadas.....</i> | <i>52</i> |

| | | |
|-----|--|----|
| 5.3 | Promoção da alimentação saudável para crianças maiores de 2 anos..... | 54 |
| 6 | PREVENÇÃO E CONTROLE DAS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS | 57 |
| 6.1 | Prevenção e controle da deficiência de vitamina A..... | 58 |
| 6.2 | Como deve ser realizada a suplementação de vitamina A..... | 59 |
| 6.3 | Prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro..... | 60 |
| 6.4 | Como deve ser realizada a suplementação com sulfato ferroso..... | 61 |
| 7 | PLANEJAMENTO MUNICIPAL PARA A AGENDA DE INTENSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL À DESNUTRIÇÃO INFANTIL..... | 63 |
| 7.1 | Passos para o planejamento municipal..... | 64 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 71 |
| | REFERÊNCIAS..... | 73 |

APRESENTAÇÃO

Historicamente, a desnutrição em crianças menores de 5 anos tem se constituído em um grande desafio dos países em desenvolvimento devido à magnitude e às consequências desastrosas para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência infantil (MONTE, 2000). Essa condição aumenta o risco de uma série de doenças, entre as quais se destacam o acometimento por doenças respiratórias e diarreicas. Pode afetar o crescimento e desenvolvimento cognitivo, destacando-se a ocorrência de baixa estatura, menor aproveitamento escolar e redução da capacidade de produtividade na vida adulta, podendo ser responsável por danos irreversíveis.

No tocante à saúde de crianças brasileiras menores de 5 anos, observa-se que, entre 1989 e 2006, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), respectivamente, a desnutrição (déficit de peso para idade) reduziu significativamente, passando de 7,1% para 1,7%. Entretanto, a tendência de redução não ocorreu de maneira uniforme em todos os grupos populacionais, visto que, em crianças menores de 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família, a desnutrição é igual a 16,4%; em indígenas, chega a 26% (I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição de Populações Indígenas (INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1990); em quilombolas, 14,8% (BRASIL, 2007).

A desnutrição consiste em uma doença com forte determinação social, multifatorial, que tem grande correlação com a pobreza. Do ponto de vista clínico, pode ser definida como um estado de emagrecimento ou crescimento ponderal insuficiente. De modo geral, a desnutrição começa a se desenvolver quando a dieta do indivíduo não é capaz de atender às necessidades energéticas e/ou proteicas, e sua gravidade vai variar de acordo com o grau de deficiência, a idade ou a presença de outras doenças nutricionais ou infecciosas (SHILS et al., 2009).

Entre esses fatores considerados fundamentais, devem ser ressaltadas as características do nascimento (principalmente o peso), a alimentação em qualidade e quantidade suficientes, os cuidados de saúde e vacinação adequados que eliminam ou reduzem a ocorrência de doenças, a moradia, o saneamento básico, a estimulação psicomotora e as relações afetivas, que refletem as condições gerais de vida às quais a criança está submetida (BRASIL, 2002).

Os principais fatores atribuíveis à redução da desnutrição no Brasil como um todo se devem ao aumento da escolaridade materna, ao crescimento do poder aquisitivo das famílias, à ampliação dos programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, à expansão da assistência à saúde e à melhoria das condições de saneamento. Assim, o enfrentamento da desnutrição infantil deve ser realizado a partir do enfrentamento dos seus determinantes sociais e de suas políticas públicas promotoras da equidade.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem buscado ampliar sua capacidade de atendimento à população por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, desenvolvida na descentralização e na capilaridade no território, sendo a porta preferencial de entrada do usuário no SUS. Nesse contexto, destaca-se a prioridade de ações voltadas para a saúde da mulher e da criança por meio da estruturação da Rede Cegonha e das ações do SUS na Ação Brasil Carinhoso. A primeira constitui-se uma estratégia com foco na saúde da criança e da mulher, no que tange ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantindo o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável da criança. Já a Ação Brasil Carinhoso, lançada em maio de 2012 como parte do Plano Brasil sem Miséria, objetiva combater a pobreza absoluta na primeira infância por meio de três eixos de atuação: Assistência Social, Saúde e Educação (BRASIL, 2012).

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 2.387, de 18 de outubro de 2012, instituiu a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (Andi), com vistas a impulsionar o enfrentamento da desnutrição em municípios brasileiros com maior prevalência desse agravo em crianças menores de 5 anos de idade, por meio da estruturação e da qualificação de ações de atenção à saúde da criança e de organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial no âmbito da Atenção Básica e em consonância com as agendas da Ação Brasil Carinhoso e da Rede Cegonha. Nesse sentido, a instituição desta Agenda contribuirá para a concretização do propósito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan) de melhoria das condições de alimentação, de nutrição e de saúde da população brasileira.

A Andi tem como foco os municípios brasileiros com menos de 150 mil habitantes que apresentam índices de desnutrição infantil (baixo peso e muito baixo peso/idade) em crianças menores de 5 anos de idade, iguais ou superiores a 10%, de acordo com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) de 2011. A participação dos municípios nesta Agenda foi condicionada à adesão com pactuação de metas relacionadas à organização da atenção nutricional à criança desnutrida que serão avaliadas anualmente durante a vigência (24 meses) da Andi.

A atenção nutricional à criança desnutrida consiste nos cuidados relativos à alimentação e à nutrição voltados à promoção e à proteção da saúde, ao diagnóstico e ao tratamento da desnutrição e aos outros agravos nutricionais que possam existir associados às demais ações de atenção à saúde da criança menor de 5 anos de idade. A desnutrição pode causar impactos negativos ao desenvolvimento infantil, por isso, no escopo desta agenda, devem também ser fortalecidas as ações de estímulo ao desenvolvimento infantil como parte dos investimentos para a redução das desigualdades e a promoção de oportunidades para uma geração de brasileiros.

Este Manual Instrutivo objetiva apoiar os gestores e profissionais de Saúde dos municípios que aderiram à Andi para estruturação e qualificação da atenção nutricional às crianças com desnutrição, abordando os seguintes aspectos: Vigilância Alimentar e Nutricional; acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família; investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento infantil; organização do cuidado à criança desnutrida (elaboração do Projeto Terapêutico Singular e do Projeto de Saúde do Território); promoção da alimentação saudável; prevenção de carências de micronutrientes e planejamento municipal para implementação da Andi.

O Ministério da Saúde espera contribuir, por meio da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, para o processo de superação dessa grave manifestação de insegurança alimentar e nutricional ainda presente entre populações vulneráveis em nosso País.

Departamento de Atenção Básica
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

1 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e de nutrição da população e de seus fatores determinantes. Assim, tem o papel fundamental de apoiar profissionais e gestores de Saúde no processo de organização e de avaliação da atenção nutricional, permitindo que sejam observadas prioridades a partir do levantamento de indicadores de alimentação e de nutrição da população assistida. A VAN é o primeiro passo para o reconhecimento da situação nutricional da população do território e para a identificação de casos de crianças com desnutrição, bem como para avaliar seu grau de severidade.

A VAN, como componente da atenção nutricional nos serviços de Saúde, conta com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), que permite o registro de medidas antropométricas e de marcadores do consumo alimentar de indivíduos de todas as fases do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes). A prática da VAN nos serviços de Saúde e na utilização do Sisvan contribui para que os municípios mantenham atualizado o diagnóstico da situação de saúde de sua população, permitindo identificar indivíduos, grupos populacionais e territórios sob risco, detectar problemas nutricionais e avaliar suas tendências temporais de evolução, reunir e organizar dados que possibilitem identificar os fatores mais relevantes na origem desses problemas. Dessa forma, a VAN pode oferecer ferramentas para o planejamento e a execução de medidas para a melhoria da situação alimentar e nutricional de indivíduos e coletividades e para o monitoramento das ações realizadas no âmbito de programas e/ou estratégias.

É necessário reforçar que a VAN deve integrar a atenção à saúde no âmbito da Atenção Básica e assumir arranjos organizacionais que se adaptem a cada local e garantam o efetivo acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar em diferentes fases do curso da vida. Para tanto, as equipes de Atenção Básica devem estar organizadas para realizar a avaliação nutricional da população de sua responsabilidade sanitária e reconhecer instrumentos que viabilizem essa prática, entre os quais, o Sisvan.

1.1 Como realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional

Para colocar em prática as ações de VAN, é necessário estabelecer com a equipe o fluxo de atividades que serão incorporadas como rotina na UBS, contemplando o acolhimento dos indivíduos, o encaminhamento para a realização da antropometria, a realização da avaliação do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar e seu registro em formulários adequados. No caso da atenção individual, esse fluxo contribuirá para que os profissionais tomem a melhor decisão quanto ao cuidado a ser ofertado ao indivíduo. Mas, a partir da inserção dessas informações individuais no Sisvan (o que requer, por vezes, o armazenamento adequado dos formulários preenchidos para posterior digitação no sistema informatizado), é possível criar relatórios consolidados que permitirão interpretar a situação alimentar e nutricional em diferentes níveis de agregação, como, por exemplo, da população adstrita da UBS, da regional de saúde e do município como um todo.

Para realizar as ações de VAN na UBS, é necessário ter equipamentos antropométricos de qualidade; formulários do Sisvan impressos para registro das informações; acesso à internet para a digitação dos dados no sistema on-line (Sisvan *Web*); e profissionais capacitados tanto para realizar as avaliações antropométricas e do consumo alimentar quanto para inserção das informações coletadas no sistema. Assim, na elaboração do plano de implementação da Andi em seu município, atente-se às necessidades de equipamentos, conexão à internet e recursos humanos para realização de VAN.

O Quadro 1 apresenta os materiais recomendados para a realização de avaliações antropométricas e de consumo alimentar nas UBS.

Quadro 1 – Materiais recomendados para avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de crianças menores de 5 anos

| EQUIPAMENTOS | MATERIAIS DE APOIO | DOCUMENTOS |
|--|---|--|
| <p>Balança pediátrica e de plataforma; antropômetro horizontal (estadiômetro infantil ou horizontal) e vertical.</p> | <p>Calculadora; planilha para a identificação do escore -z de acordo com o índice antropométrico adotado (peso para idade; estatura para idade, índice de massa corporal para idade).</p> | <p>Declaração de nascido vivo e/ou documento de identificação da criança, como certidão de nascimento; Caderneta de Saúde da Criança; mapa de acompanhamento do Sisvan para a criança e formulário de marcadores de consumo alimentar do Sisvan.</p> |

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

Também é preciso que o município disponha de computadores com acesso à internet e digitadores de referência para as UBS, de forma que as equipes de Saúde enviem mensalmente para eles os formulários do Sisvan preenchidos, possibilitando que os dados sejam inseridos regularmente no sistema.

Um ponto importante que deve ser organizado nas rotinas da VAN é a frequência do registro de dados para a assistência e para a criação dos indicadores nutricionais pelo Sisvan. Lembrando que, para a realização efetiva do monitoramento nutricional integrado aos cuidados da Atenção Básica, é preciso associar o diagnóstico nutricional ao conjunto das demais condições de saúde de cada indivíduo. O Quadro 2 apresenta a periodicidade recomendada de registro de dados da avaliação nutricional no Sisvan.

Quadro 2 – Periodicidade recomendada de registro no Sisvan *Web*

| FASE DO CURSO DA VIDA | PERIODICIDADE DO MONITORAMENTO |
|-------------------------------|---|
| Crianças de zero a 2 anos | Aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses |
| Indivíduos a partir de 3 anos | No mínimo, um registro por ano |

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

Entretanto, as crianças com desnutrição apresentam elevado risco de internação hospitalar, como, por exemplo, em decorrência de diarreias e infecções respiratórias. Logo, deverão ser acompanhadas sistematicamente. Para isso a equipe de Saúde deverá avaliar a evolução clínica e nutricional da criança e definir o calendário de consultas e visitas domiciliares, reduzindo ou aumentando o intervalo entre elas, conforme cada caso. No capítulo que trata da investigação dos casos de desnutrição infantil é sugerida a periodicidade do acompanhamento e composição da equipe de profissionais que devem assistir as crianças desnutridas.

O crescimento infantil é reconhecido como um importante indicador em saúde pública para monitorar o estado de saúde e nutrição de populações (ONIS; BLÖSNER, 2003), em razão de sua estreita dependência com fatores ambientais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação, de saneamento básico e de acesso aos serviços de saúde. É indispensável que a população (especialmente as crianças menores de 5 anos) seja acolhida nos serviços de saúde, independentemente do motivo de procura pelo atendimento, como, por exemplo, para a consulta programada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ou em decorrência de um acometimento por diarreia ou outra intercorrência.

Um instrumento importante para auxiliar no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança é a Caderneta de Saúde da Criança, que deverá cumprir o papel de comunicar o estado de saúde da criança tanto para o profissional como para mãe/

pai/cuidador(a)/responsável, destacando-se o registro das vacinas, aferições de medidas corporais (como peso, estatura e perímetro cefálico), eventos de saúde e doença e marcos do desenvolvimento infantil.

As equipes de Saúde devem se organizar para o acolhimento dos usuários e qualificar o conjunto de ofertas/serviços que atendam às necessidades de saúde da população, definindo como/quem deverá receber o usuário que chega à UBS; como/quem deverá avaliar risco(s) e vulnerabilidade(s) e realizar/acionar intervenções. Para identificar a criança com desnutrição, é imprescindível realizar a avaliação antropométrica para classificação do estado nutricional, como estabelecido no Sisvan, e proceder à anamnese geral para melhor detalhamento e acompanhamento do caso. Mais informações sobre isso no item “Investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento infantil”, deste manual.

A VAN é parte do cuidado integral à saúde da criança, que deve incluir a avaliação do seu estado clínico geral, a história nutricional pregressa e atual, os antecedentes clínicos e familiares, a situação de imunização, o crescimento e o desenvolvimento da criança, o vínculo mãe-filho, bem como identificar, tratar e adotar medidas para prevenir infecções e outros estados patológicos, estimular o desenvolvimento e a reabilitação nutricional, e corrigir deficiências de micronutrientes.

A partir da organização e definição do fluxo dos processos de trabalho para a VAN na UBS, o conjunto de informações criadas e registradas no Sisvan poderá ser utilizado para planejamento e monitoramento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos relacionados à alimentação e à nutrição, alcançando, de fato, o objetivo desse sistema de informação. As medidas antropométricas adotadas no Sisvan para crianças menores de 5 anos são: peso e comprimento/altura, destacando-se que pesar e medir são atividades de rotina nos serviços de saúde, mas, por serem atividades relativamente simples, a maioria das pessoas julga-se apta a realizá-las. No entanto, erros nos procedimentos, na leitura ou na anotação da medida são frequentes. Essas situações podem ser evitadas com um bom treinamento das equipes, uma revisão constante de conceitos e de procedimentos e uma manutenção frequente dos equipamentos a serem realizados periodicamente.

Um ponto extremamente importante ao se realizar avaliação antropométrica é avaliar o(s) equipamento(s) a ser(em) utilizado(s), visto que uma balança descalibrada ou uma régua antropométrica imprecisa desqualificam profundamente qualquer método antropométrico e se tratando de populações específicas, como crianças, por exemplo, podem subestimar ou superestimar um agravo nutricional. É importante avaliar, ainda, o local para dispor os equipamentos de modo que seja um local reservado, com espaço suficiente para adequada movimentação de pessoas, piso plano, parede lisa, com temperatura agradável e sem corrente de ar.

Consulte os materiais de referência para Vigilância Alimentar e Nutricional: *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional* (BRASIL, 2008); *Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional* (Sisvan) (BRASIL, 2011a); e *Manual Orientador para Aquisição de Equipamentos Antropométricos*, disponíveis, respectivamente, em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/protocolo_sisvan>; <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos>; e <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_equipamentos>.

2 ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal para superação da pobreza que alia a transferência direta de renda ao apoio às famílias no acesso aos serviços de Saúde, Educação e Assistência Social. Criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, o programa apresenta, entre seus objetivos, a promoção do acesso à rede de serviços públicos e o combate à fome e a promoção da segurança alimentar e nutricional.

Nesse sentido, com vistas a possibilitar o alcance de seus objetivos, o PBF atua em três eixos estruturantes, a saber: i) transferência direta de renda às famílias em situação de extrema pobreza (renda mensal de até R\$ 70,00 por pessoa) e pobreza (renda mensal de R\$ 70,01 até R\$ 140,00 por pessoa); ii) ampliação do acesso aos serviços públicos de Saúde, Educação e Assistência Social, por meio das condicionalidades; e iii) coordenação com programas e/ou ações complementares nas esferas federal, estadual e municipal.

A agenda de Saúde do Programa Bolsa Família no contexto do SUS compreende as ações relacionadas às condicionalidades, ou seja, a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e as ações de imunização. Segundo a Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004, que dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de Saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF, as famílias beneficiárias com gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de Saúde da Família, por agentes comunitários de Saúde ou em Unidades Básicas de Saúde tradicionais, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das condicionalidades.

No contexto da Andi, os municípios assumiram, no processo de pactuação das metas, o compromisso de aumentar o acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família. Assim, é preciso identificar quais estratégias podem potencializar o acompanhamento da agenda de Saúde do PBF conforme a realidade de cada município.

2.1 Como realizar o acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família

Para que seja possível realizar o acompanhamento das condicionalidades de Saúde, o município deve acessar o ambiente restrito do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde em <<http://bolsafamilia.datasus.gov.br>>. A relação das famílias beneficiárias para acompanhamento na vigência é disponibilizada no “Mapa de Acompanhamento”, que contém o nome dos beneficiários, endereço, os respectivos números de identificação social (NIS) e os campos para preenchimento com as informações acerca das condições de Saúde de cada integrante da família.

O Sistema de Gestão do PBF na Saúde fica disponível para inserção dessas informações de fevereiro a junho (primeira vigência) e de agosto a dezembro (segunda vigência). Os municípios, portanto, dispõem desse período para coleta e digitação das informações no Sistema. Para o registro do acompanhamento realizado, basta clicar na opção “Acompanhamento”, digitar o NIS do beneficiário e, em seguida, clicar no item “Pesquisar”. O sistema então disponibilizará o “Formulário de Inclusão e Alteração de Acompanhamento”, que permitirá a inserção das informações de acompanhamento da família selecionada.

Diversas ações na rotina da Atenção Básica podem impulsionar o acompanhamento das condicionalidades do PBF. Destaca-se que as informações relativas às condicionalidades de Saúde – vigilância nutricional e vacinação infantil, pré-natal das gestantes – já estão em poder do serviço de Saúde. Dessa forma, o exercício da integralidade entre as ações de Saúde facilita os processos de trabalho dos profissionais e possibilita que os beneficiários do PBF tenham garantido seu direito de acesso ao serviço de Saúde.

Tendo em vista o diálogo existente entre a agenda de Saúde do PBF e as ações de atenção à saúde da mulher e da criança, o acompanhamento das condicionalidades pode ser potencializado por ações rotineiras de atenção, como, por exemplo, nas reuniões de gestantes, nas consultas de pré-natal e de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, na rotina de suplementação com micronutrientes para crianças e gestantes e nas campanhas de vacinação ou na rotina de imunizações. Nesses momentos, deve-se questionar às famílias se participam do PBF e, caso positivo, o momento torna-se oportuno para a coleta das informações das condicionalidades.

A localização das famílias, para acompanhamento das condicionalidades de Saúde, constitui-se um importante desafio para os municípios, tendo em vista que as famílias em situação de vulnerabilidade social apresentam, como característica, a grande mobilidade de sua residência. Nesse sentido, o serviço de Saúde apresenta importante papel na busca ativa às famílias e na identificação das que alteram de endereço, devendo comunicar ao setor de Cadastro Único municipal para que proceda à atualização cadastral dessas famílias.

Os agentes comunitários de Saúde são importantes atores na busca ativa para o acompanhamento das condicionalidades de Saúde, por exemplo, na rotina das visitas domiciliares é importante verificar se a família é beneficiária do programa e também orientá-la quanto à forma adotada na UBS para o acompanhamento das condicionalidades.

Se em seu município a estratégia de mutirão “Dia da Pesagem” é adotada, esta deve garantir a complementação com a busca ativa dos faltosos ou não participantes. Além disso, deve-se realizar a cuidadosa avaliação dos dados coletados com o objetivo de identificar as necessidades de cuidados especiais, como por exemplo: a verificação do calendário vacinal e a ocorrência de alterações do estado nutricional (desnutrição ou obesidade) em algum membro da família.

ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

A gestão intersetorial do PBF é imprescindível para o alcance de seus objetivos. A articulação entre os setores de Saúde, Educação e Assistência Social, consolidada por reuniões intersetoriais, programadas ou demandadas, possibilita um espaço de discussão acerca das debilidades e das potencialidades de apoio em cada área.

Como estratégia intersetorial para localização das famílias, destaca-se o importante papel da Educação na sua mobilização e divulgação de informações acerca das condicionalidades do PBF. Assim, a escola constitui-se um local que possibilita a veiculação de cartazes, o envio de circulares às famílias ou, até mesmo, a realização de avisos nas reuniões de pais ou responsáveis.

Para mais informações, consulte o *Manual de Orientações sobre o Programa Bolsa Família na Saúde*, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_orientacoes_bfa2010>.

3 INVESTIGAÇÃO DOS CASOS DE DESNUTRIÇÃO E ATRASO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A desnutrição constitui-se um dos principais fatores de risco para um bom desenvolvimento da criança no período da primeira infância. A intensidade com que ocorrem as mudanças no crescimento e no desenvolvimento das crianças com idades entre zero e 6 anos torna esse período especialmente vulnerável à carência de cuidados – a ocorrência da desnutrição nos primeiros anos de vida, por exemplo, provoca danos irreversíveis na saúde física e intelectual das crianças. A associação entre desnutrição e extrema pobreza resulta em desenvolvimento infantil deficitário, com desdobramentos negativos na fase adulta, como o fracasso escolar e a dificuldade para disputar uma colocação de qualidade no mercado de trabalho, resultando na manutenção das vulnerabilidades sociais do País.

Portanto, na atenção aos casos de desnutrição na primeira infância, cabe identificar os possíveis atrasos no desenvolvimento físico e intelectual das crianças e investir na promoção e no acompanhamento de seu desenvolvimento integral, articulando ações intra e intersetoriais para apoiar e complementar o cuidado ofertado pela família, considerando os marcos de desenvolvimento na infância.

Fatores de risco como baixo peso, estimulação cognitiva inadequada, deficiência de iodo e anemia foram associados ao atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) em crianças de zero a 5 anos de idade. Normalmente, os fatores de risco estão associados entre si, principalmente em países em desenvolvimento, onde expressivo contingente das crianças se encontra em situação de pobreza.

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na Atenção Básica deve buscar sua promoção e proteção, além da detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre, principalmente, por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança.

A identificação de problemas (tais como atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado, agressividade, entre outros) é fundamental para o prognóstico dessas crianças e intervenção precoce visando promover o seu desenvolvimento. Portanto, são de relevância o diagnóstico e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, sendo que os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva nas consultas de rotina do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Um instrumento importante para avaliação e vigilância do desenvolvimento da criança é a Caderneta de Saúde da Criança. Por registrar os dados e os eventos mais significativos para a saúde infantil, possibilita o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a criança. A Caderneta de Saúde da Criança pertence à criança e à família e com elas transita pelos diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde, constituindo-se em um importante documento que deve ser garantido a todas as crianças. Os profissionais de Saúde devem aproveitar as consultas de rotina para observar os marcos do desenvolvimento infantil e verificar a maneira como a mãe/cuidador e familiares em geral se relacionam com a criança: se respondem as suas manifestações e se lhe proporcionam situações variadas que apresentem estímulos e desafios a serem vencidos.

O olhar atento dos profissionais de Saúde, da família e de todos os que acompanham a criança para o processo de seu desenvolvimento é fundamental para a promoção de maior qualidade de vida, seja no curso esperado do desenvolvimento, seja quando existam agravos já instalados.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no segundo ano de vida (no 18º mês e no 24º mês) e, a partir do segundo ano de vida, consultas anuais próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque apresentam momentos de oferta de imunizações e orientações de promoção de saúde e de prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência.

3.1 Como realizar a investigação dos casos de desnutrição

3.1.1 Anamnese

A partir da anamnese, procura-se avaliar principalmente as condições do nascimento da criança (tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e nos tratamentos realizados) e os antecedentes familiares (as condições de saúde dos pais e dos irmãos, o número de gestações anteriores, o número de irmãos), muitas vezes já conhecidos pelas equipes de Atenção Básica.

É fundamental que o profissional de Saúde, a família e a criança estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento da criança. A atitude de estabelecer canais de comunicação que permitam a construção de parcerias entre eles é importante e facilita as relações, a divisão de tarefas e as responsabilidades.

O procedimento de aprimorar as habilidades de comunicação tem sido considerado uma ação fundamental. Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta, além de permitirem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. Exemplos: “O que você gostaria de me contar hoje?” ou “Ocorreu alguma mudança importante na família desde a nossa última consulta?” ou, ainda, “Existe algo no comportamento do fulano que os preocupa?”. É importante, ainda, evitar abordagens intrusivas ou interpretativas que não propiciem a descrição natural dos fatos: “Ele está dormindo mal?” ou “Por que você não o trouxe antes?”. Além disso, vale lembrar habilidades que facilitam a comunicação: saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido e resumir o que foi combinado até a próxima consulta.

3.1.2 Exame físico

Um exame físico completo deve ser realizado na primeira consulta de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento por um médico ou enfermeiro. A repetição do exame completo em todas as consultas não está justificada.

O *Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento* – traz as orientações quanto à realização adequada do exame físico e está disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33>>.

3.1.3 Dados antropométricos

O monitoramento do crescimento de forma rotineira é amplamente aceito por profissionais de Saúde e é um componente da consulta para a criança no mundo inteiro. Os registros do peso, do comprimento ou da estatura, bem como do perímetro cefálico da criança nos gráficos de crescimento, são recomendáveis para todas as consultas, para crianças de risco ou não, até os 2 anos de idade.

Entre os 2 e os 10 anos de idade, deve-se aferir o peso e a altura e registrá-los no gráfico de crescimento a cada consulta realizada. A altura para a idade é o indicador mais sensível para avaliar o crescimento da criança, no entanto, para uma avaliação completa, devem ser utilizados, também, os índices de peso para idade, estatura para idade e índice de massa corporal (IMC) por idade.

A avaliação antropométrica é um dos passos da Vigilância Alimentar e Nutricional, que se constitui em uma importante ferramenta para conhecer a situação nutricional de indivíduos e de coletividades e apoiar a decisão de profissionais e gestores quanto aos cuidados de Saúde que devem ser ofertados.

3.1.4 Avaliação dos marcadores de consumo alimentar

Por meio da avaliação do consumo alimentar, é possível identificar se há alguma prática alimentar inadequada que possa estar relacionada ao baixo peso da criança. As informações poderão subsidiar os profissionais na tomada de decisão quanto às melhores orientações para promoção da alimentação adequada e saudável da criança.

Os formulários de marcadores de consumo alimentar para crianças menores de 5 anos de idade indicados nos protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) são ferramentas para essa avaliação. Você pode encontrar os protocolos do Sisvan em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/protocolo_sisvan>.

3.1.5 Exames complementares

Os exames complementares são, como o próprio nome diz, complementares à consulta, visando ao estabelecimento de diagnósticos cujos anamnese e exame físico não são capazes de estabelecer isoladamente. Durante o acompanhamento de saúde da criança, podem surgir intercorrências que demandem a solicitação de exames complementares. Entretanto, entre as muitas incertezas frequentes dos profissionais de Saúde que fazem o acompanhamento de crianças, duas dúvidas são as mais comuns: quando e quais exames complementares devem ser solicitados para crianças assintomáticas.

HEMOGRAMA: avaliar anemia ou processo infeccioso

O grupo etário de maior prevalência (e, portanto, de maior risco) de anemia é aquele composto por crianças entre 6 e 24 meses de idade, pelo rápido crescimento e consequente elevada necessidade de ferro associada à ingestão, frequentemente, inadequada de ferro na faixa etária referida. Por tal razão, não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação de ferro para a prevenção. Recomenda-se o rastreamento sistemático para anemia apenas para crianças de risco, como aquelas classificadas com baixo peso e muito baixo peso.

No capítulo sobre prevenção de carências nutricionais poderão ser encontradas informações sobre o Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

EXAME PARASITOLÓGICO: verificar existências de parasitoses

As enteroparasitoses podem se manifestar de várias formas, desde casos assintomáticos até os casos com sintomas como: diarreia, perda intestinal de proteínas, desnutrição, anemias, dores abdominais etc. As infecções helmínticas contribuem para a desnutrição infantil por meio de uma redução aguda da digestão e absorção dos nutrientes, inflamação crônica e perda de nutrientes (RAMOS, 2006).

O diagnóstico laboratorial das enteroparasitoses geralmente é feito a partir do exame parasitológico de fezes (EPF) para detectar a presença dos parasitos. Não há documentação científica que comprove que a realização rotineira em crianças assintomáticas tenha impacto

em sua saúde. No entanto, o exame poderá complementar a investigação das causas da desnutrição e a investigação de anemias.

3.1.6 Avaliação de vulnerabilidade social

Como apontado anteriormente, a desnutrição pode ter múltiplas causas, não estando necessariamente associada apenas a questões biológicas. Por isso, a investigação dos casos de desnutrição deve também incluir a avaliação das condições sociais das crianças e suas famílias de modo a identificar a presença de situações de vulnerabilidade social que podem ser determinantes para o desenvolvimento da desnutrição infantil.

A vulnerabilidade social refere-se a uma diversidade de “situações de risco” determinadas por fatores de ordem física, pelo ciclo de vida, pela etnia, por opção pessoal etc., que favorecem a exclusão e/ou que inabilita e invalida, de maneira imediata ou no futuro, os grupos afetados (indivíduos, famílias), na satisfação de seu bem-estar – tanto de subsistência quanto de qualidade de vida.

A pobreza, por exemplo, é uma vulnerabilidade efetiva, no entanto, a vulnerabilidade social tem uma dimensão muito além da carência econômica. Outras condições colocam indivíduos e famílias em vulnerabilidade social, tais como:

- O próprio ciclo de vida – crianças de zero a 6 anos e idosos, por exemplo, apresentam maior vulnerabilidade;
- Deficiência (auditiva, física, mental, visual, múltiplas);
- Discriminação por etnia, gênero, orientação sexual/opção pessoal, faixa etária;
- Violência (física e/ou psicológica), abuso sexual, maus-tratos, negligência;
- Abandono;
- Exploração sexual;
- Uso de estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social – famílias e pessoas em situação de rua/sem domicílio fixo/população de rua;
- Conflito com a lei;
- Perda total ou parcial dos bens – vítima de sinistros (desabamento/enchente/incêndio);
- Problemas de subsistência, situação de mendicância, ausência de acessibilidade às demais políticas sociais;

- Inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal, entre outras.

Cabe ressaltar que a exposição da criança a qualquer forma de violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como a negligência e o abandono, principalmente na fase inicial da sua vida, podem comprometer seu crescimento e seu desenvolvimento físico e mental, além de criar problemas de ordem social, emocional, psicológica e cognitiva ao longo de sua existência (BRASIL, 2012).

Saiba mais sobre proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência no *Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento*, disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33>>.

Nesse contexto, os profissionais de Saúde devem investigar se a criança e/ou sua família encontram-se em alguma dessas situações de vulnerabilidade (ou outras) e se estão sendo assistidas por serviços adequados para apoiá-las na sua superação – como centros de Referência em Assistência Social (Cras), Conselho Tutelar, entre outros –; se possuem número de identificação social (NIS), ou seja, se estão no Cadastro Único (CadÚnico) para fins de inclusão em programas de Assistência Social e de redistribuição de renda e se já são beneficiárias de algum programa social, como o Programa Bolsa Família ou outro.

É necessário que os profissionais conheçam as situações de vulnerabilidade social mais frequentes em seu território, assim como os equipamentos sociais disponíveis para acesso da população. Pois, nos casos em que há vulnerabilidade social, a parceria intersetorial é fundamental para o cuidado à criança desnutrida.

4 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA DESNUTRIDA

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve ser organizada de modo a garantir o cuidado integral à criança desnutrida. A Atenção Básica, por suas características organizacionais e por sua crescente cobertura nos municípios brasileiros, tem papel fundamental na identificação, investigação e acompanhamento dos casos de crianças desnutridas. Para tanto, é preciso garantir condições adequadas (infraestrutura, apoio diagnóstico e terapêutico) para que as equipes de Atenção Básica consigam desenvolver suas atividades. Além disso, os serviços de Atenção Especializada, sejam do mesmo município ou de outros municípios da região de Saúde, também precisam estar organizados para acolher os casos mais graves encaminhados pela Atenção Básica.

Dessa forma, o planejamento municipal para a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil deve prever a organização da linha de cuidado da criança desnutrida na RAS, incluindo todos os pontos de atenção necessários.

Neste Manual Instrutivo abordaremos alguns pontos para organização do cuidado à criança desnutrida na Atenção Básica como demonstrado na Figura 1.

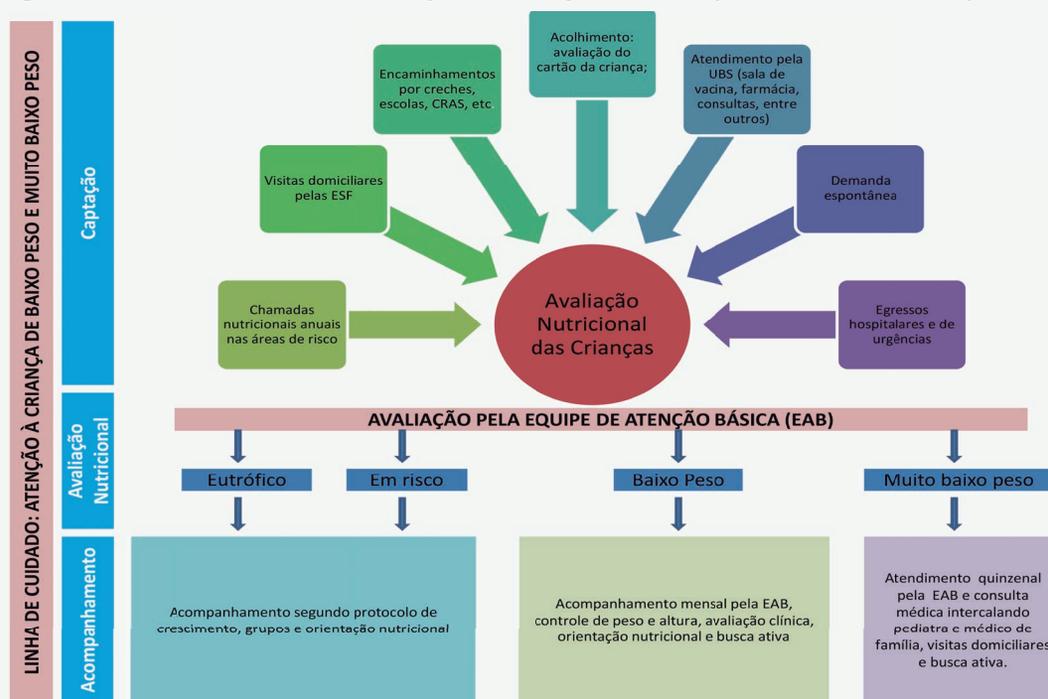
4.1 Cuidados básicos para crianças com baixo peso ou muito baixo peso para a idade

Após a identificação dos casos por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional, as equipes de Atenção Básica devem ofertar os seguintes cuidados básicos às crianças com baixo peso e muito baixo peso para a idade:

- Realizar investigação sobre as possíveis causas, com atenção especial para o desmame inadequado, a alimentação não saudável, as intercorrências infecciosas e outros agravos clínicos, cuidados gerais de higiene, aspectos psicossociais da família, vínculo e afeto (utilizar orientações do item 3 deste manual);
- Se houver identificação de determinantes sociais que afetem a saúde da criança, buscar articulação intersetorial, especialmente com os serviços de Assistência Social e de redes de apoio existentes no território. Caso a criança já frequente a creche ou a pré-escola, também se deve buscar a articulação com a rede de Educação;
- Se necessário, apoiar a mãe e/ou responsável pela criança a identificar, em sua rede social, possíveis parceiros (familiares e amigos) para ajudar no cuidado à criança;

- Orientar e apoiar a mãe e/ou responsável quanto à alimentação adequada e saudável para a idade da criança (aleitamento materno e alimentação complementar para menores de 2 anos e alimentação saudável para maiores de 2 anos), desenvolvimento infantil, principais agravos à saúde, cuidados de higiene, saúde bucal e suplementação de micronutrientes;
- Tratar as intercorrências clínicas, se houver;
- Orientar o retorno da criança ao serviço de Saúde no intervalo estipulado de acordo com a Figura 1, organizando a equipe de Saúde para realizar o acolhimento adequado do caso;
- De acordo com a gravidade do caso e se a equipe de referência da Atenção Básica julgar necessário e for possível, deve ser organizada uma avaliação multiprofissional, com participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou outros profissionais da Rede de Atenção à Saúde que possam desenvolver o apoio matricial à equipe de referência para construção compartilhada do cuidado visando à melhor resolutividade no âmbito da Atenção Básica;
- Esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, encaminhar o caso para os serviços de Atenção Especializada, mantendo a coordenação do cuidado e acompanhamento na Atenção Básica.

Figura 1 – Linha de cuidado: atenção à criança de baixo peso e muito baixo peso



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

A seguir abordaremos duas ferramentas que podem contribuir para a melhor resolutividade da Atenção Básica no cuidado às crianças desnutridas: o Projeto de Saúde do Território (PST) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

4.2 Projeto de Saúde do Território

Como mencionado anteriormente, a desnutrição infantil é determinada por um conjunto de aspectos sociais, ambientais e biológicos que se expressam no território. Dessa forma, a elaboração de um Projeto de Saúde do Território (PST) com foco na desnutrição infantil pode ser uma potente ferramenta no plano de implementação da Andi em seu município.

Configura-se como uma estratégia das equipes de referência (equipes de Atenção Básica) e de apoio (como os núcleos de Apoio à Saúde da Família) desenvolver ações para a produção da saúde no território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010).

O PST deve ser construído considerando-se aspectos da promoção da saúde, da participação social e da intersetorialidade e, para seu desenvolvimento, devem ser estabelecidos espaços coletivos e permanentes de discussão, onde sejam analisadas as necessidades de saúde da população adstrita, bem como seus determinantes e, por fim, estabelecer as estratégias de abordagem e enfrentamento dos problemas.

É no espaço coletivo que sujeitos estratégicos (lideranças locais, representantes de associações e grupos religiosos, por exemplo) e representantes de outras políticas e serviços públicos presentes no território – como escolas e centros de Referência em Assistência Social (Cras) – poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de Saúde para a comunidade. Também será o local para avaliar o processo de implementação.

O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades e, para isso, deve-se buscar estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos

atores sociais do território. Quando voltado à Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, pode se iniciar pela identificação das áreas em que estejam concentradas as maiores prevalências de desnutrição ponderal, bem como o conjunto de crianças menores de 5 anos de idade com o agravo, como preconizado pela Vigilância Alimentar e Nutricional. Tal identificação também pode acontecer a partir de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe como, por exemplo, uma criança de 4 anos de idade com quadro de desnutrição e que apresente atraso no seu desenvolvimento psicomotor. Você pode utilizar até mesmo o Projeto Terapêutico Singular construído com a equipe para subsidiar a análise dos fatores ambientais pertinentes para a construção do Projeto de Saúde do Território.

Quadro 3 – Passo a passo para execução do Projeto de Saúde do Território para crianças com desnutrição

1. Justificativa da priorização de certa área e/ou população vulnerável à desnutrição;
2. Compreensão do processo histórico e social singular daquele território no qual se identificou a desnutrição infantil;
3. Definição dos objetivos das equipes de Saúde com relação à área e/ou população – desejos, limites, possibilidades;
4. Estabelecimento das ações que seriam efetivas para alcançar os objetivos das equipes de Saúde;
5. Identificação de outros atores sociais e/ou instituições que seriam importantes para o projeto e poderiam com ele estar comprometidos;
6. Criação de espaço coletivo ampliado (intersectorialidade e gestão participativa);
7. Sinergia com outras políticas e/ou equipamentos públicos (processos de cooperação intersectorial);
8. Construção compartilhada do PST (consenso, reformulação, pactuação, corresponsabilização);
9. Implementação do plano de ação;
10. Reflexão sobre o processo de implementação e os resultados em relação aos objetivos pactuados no início.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2010.

4.3 Projeto Terapêutico Singular

Como se sabe, historicamente, a redução da desnutrição infantil no cenário nacional foi alcançada por meio do investimento em políticas públicas promotoras da equidade, como o aumento da escolaridade materna, o crescimento do poder aquisitivo das famílias, a expansão da assistência à saúde e a melhoria das condições de saneamento.

Em relação aos índices nacionais, o perfil dos municípios que fazem parte da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil ainda demonstra vulnerabilidades sociais e econômicas, na medida em que estes possuem um menor PIB *per capita* e menores índices de escolaridade, bem como insuficientes coberturas de esgotamento, abastecimento de água e coleta de lixo, segundo dados de sistemas nacionais.

Com vistas ao enfrentamento da desnutrição infantil, de maneira que seja contemplada a singularidade do sujeito e do território em que está inserido, recomendamos a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este se configura como um conjunto de ações terapêuticas, resultantes de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2010) e parceiros intersetoriais, podendo se constituir em um forte aliado para a identificação de estratégias que possam convergir para a redução das iniquidades relacionadas ao ciclo da desnutrição.

É um instrumento que ultrapassa o paradigma médico, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico, devendo considerar suas necessidades e o contexto social em que estão inseridos (BOCCARDO et al., 2011).

Quanto à periodicidade em que se deve adotar o Projeto Terapêutico Singular, deve-se considerar que para sua realização é necessária a articulação de vários profissionais da equipe de referência da Atenção Básica, bem como outros profissionais que desenvolvam apoio matricial às equipes de AB, como os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou, nos municípios em que este ainda não tenha sido implantado, outros profissionais da RAS que possam realizar apoio matricial. Além dos profissionais de Saúde, profissionais de outros setores como Assistência Social e Educação podem participar da construção do PTS.

Dessa forma, considera-se mais pertinente a escolha de casos que abordem uma maior complexidade, na medida em que sejam exequíveis, ou seja, contemplem estratégias que estejam dentro da governabilidade dos atores (equipe de referência, equipe de apoio matricial, parceiros intersetoriais e gestores) que estão participando. Portanto, podem ser priorizados cerca de dois a três casos que se mostrem mais urgentes e possuam um maior número de condicionantes para a realização do Projeto Terapêutico Singular e partir das estratégias elencadas para a suas resoluções, estruturando um conjunto de ações para a organização da atenção nutricional às demais crianças com desnutrição.

Deve-se atentar para que esta ferramenta permita contemplar a dimensão e as características singulares da criança identificada com desnutrição, possibilitando a eleição das ações terapêuticas necessárias a ela (CADORE; PALMA; DASSOLER, 2010).

Para a construção do Projeto Terapêutico Singular faz-se necessária a presença de uma equipe multiprofissional. É importante envolver, além dos profissionais da equipe de referência da Atenção Básica, outros profissionais de Saúde que possam prestar apoio matricial e, caso seja necessário, profissionais de outros setores (como Assistência Social e Educação) visando contemplar as diferentes abordagens na construção do cuidado às crianças identificadas com o agravo.

Para a elaboração do PTS é importante escolher um caso que possa contemplar a perspectiva de vários saberes profissionais e que permita uma abordagem intersetorial. Deve-se atentar quanto à comunicação prévia com a família à qual a criança pertence, para consultá-la sobre o interesse em participar do processo, pois a sua presença é fundamental para a eleição das estratégias que considerar mais relevantes para implementação, diante do que for proposto pela equipe. O diálogo é a ferramenta mais importante nessa construção. É preciso pactuar com o sujeito as práticas terapêuticas que orientarão o seu cuidado. Para isso, sugere-se o cumprimento dos seguintes passos:

1. Convocação – Após a escolha do caso, é necessário reunir a família envolvida, a equipe de referência da Atenção Básica que a acompanha e, possivelmente, a equipe de apoio multiprofissional, contemplando profissionais de outras áreas para além da equipe mínima, para realizarem o diagnóstico da criança com desnutrição a partir de uma visão ampliada.

2. Diagnóstico – Nesta fase, será realizada, por todos que compõem o grupo, uma avaliação orgânica, psicológica e social, a qual possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade sofridos pela criança que apresenta desnutrição. Deve-se tentar captar o que torna essa criança singular, diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, bem como o trabalho, a cultura e a rede social. Para facilitar a visualização por todos, pode-se construir um quadro em cartaz e preenchê-lo com as características da criança que forem elencadas. Deve haver interrogação sobre os espaços em que essa criança se encontra inserida (moradia, pré-escola ou programas sociais) e em que condições estas se encontram. Como exemplo, podemos nos questionar: Na rua em que a criança mora, há água tratada? Se essa criança frequenta creche ou pré-escola, que alimentos estão sendo ofertados para ela? E igualmente, qual a qualidade da água ofertada lá? Caso esta não seja tratada, como devo proceder? As ofertas de cuidado relacionadas ao consumo alimentar e à utilização biológica podem estar comprometidas caso esses problemas não sejam solucionados logo, a equipe deverá estar preparada para identificar tais situações e mobilizar os parceiros intersetoriais para sua resolução. Uma estratégia interessante é levar essa pauta para os conselhos locais de Saúde, onde há participação organizada da população no acompanhamento, controle e fiscalização das ações e serviços de Saúde desenvolvidos no território. A Figura 2 destaca os principais determinantes de saúde da criança a serem investigados.

Figura 2 – Principais determinantes de saúde da criança que devem ser investigados



Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

* Carências nutricionais, verminoses, histórico de infecção respiratória aguda, diarreia, alergias, entre outros, podem ser citados.

** Abastecimento de água potável, manejo de água pluvial, coleta e tratamento de esgoto, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos e controle de pragas.

Estabelecer uma visão clínica ampliada tem como pressuposto o reconhecimento dos limites de conhecimento dos profissionais de Saúde e das tecnologias empregadas por eles. É preciso buscar outros profissionais, com outros saberes, para começar a enxergar novas possibilidades de intervir sobre as causas dos agravos sofridos pelo usuário.

3. Definição de Metas – Uma vez que a equipe fez o diagnóstico, ela faz propostas de curto, médio e longo prazos, que deverão ser negociadas com a família. Essa negociação deve ser mediada pelo membro da equipe que tiver um melhor vínculo com a família e que possa ficar responsável por monitorar o cumprimento das ofertas de cuidado propostas. As ações deverão ser separadas em dois blocos, a saber:

- a. As condutas terapêuticas necessárias e que estão ao alcance da equipe, as quais deverão ser adotadas de imediato;
- b. Ações que dependerão de outros parceiros, como lideranças comunitárias integrantes de conselhos locais de Saúde para a formulação de projetos em prol da comunidade, representantes de planejamento participativo das secretarias municipais de Saúde ou outros setores como Assistência Social e secretaria de Infraestrutura do município ou do estado para a pactuação das atividades de médio e longo prazos.

4. Divisão de Responsabilidades – É importante definir as tarefas de cada um com clareza, por exemplo, se for necessário o monitoramento do desenvolvimento infantil do indivíduo e ficar decidido que o fisioterapeuta que trabalha para o município realizará essa tarefa, este deverá se responsabilizar pelo cumprimento dessa ação, já que foi considerada importante para o restabelecimento da criança, no ato da construção do PTS. Estabelecer uma visão ou clínica ampliada tem como pressuposto o reconhecimento dos limites de conhecimento dos profissionais de Saúde e das tecnologias empregadas por eles. É preciso buscar outros profissionais, com outros saberes, para começar a enxergar novas possibilidades de intervir sobre as causas dos agravos sofridos pelo usuário.

5. Reavaliação – Momento de discussão sobre a evolução do PTS e sobre a necessidade de correções da trajetória do cuidado. Esse momento é definido na construção do PTS.

5 PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

Os primeiros anos de vida de uma criança, especialmente os dois primeiros, são caracterizados por crescimento acelerado e enormes conquistas no processo de desenvolvimento, mudanças físicas, psicomotoras, neurológicas e afetivas. Nessa idade, a alimentação saudável é fundamental para o adequado estado de saúde e nutrição, portanto, práticas alimentares inadequadas repercutem negativamente no estado nutricional das crianças. Assim, a promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) é de suma importância para evitar tanto prejuízos imediatos à saúde da criança, que aumentam o risco de morbimortalidade infantil, como também para evitar sequelas futuras como, por exemplo, o retardo no crescimento e no desenvolvimento, e o aparecimento de doenças crônicas.

Na primeira infância, a desnutrição pode estar associada à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução da alimentação complementar de forma inadequada. Por isso, as práticas promotoras do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável devem fazer parte do trabalho dos profissionais de Saúde desde o acompanhamento pré-natal, estendendo-se durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

As práticas alimentares no primeiro ano de vida constituem-se em marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança. Esse período pode ser dividido em duas fases: antes dos 6 meses e após os 6 meses. No primeiro semestre de vida, objetiva-se que a criança mame exclusivamente ou que, pelo menos, retarde pelo maior tempo possível a introdução de outros alimentos. A partir de 6 meses a criança deve receber outros alimentos, além do leite materno, a chamada alimentação complementar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva (sem água e/ou chás) nos primeiros 6 meses de vida e complementada com alimentos de qualidade e em tempo oportuno até 2 anos de idade ou mais. Segundo a Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, a nutrição adequada e o acesso a alimentos seguros e nutritivos são componentes de direito da criança para atingir os padrões de saúde estabelecidos na Convenção sobre os Direitos da Criança. Assim como as crianças, as mulheres têm o direito à nutrição plena, à informação completa, a decidirem como alimentar seus filhos e, principalmente, às condições apropriadas que as permitam pôr em prática as suas decisões.

É essencial que os profissionais de Saúde orientem e apoiem as famílias sobre questões relacionadas à alimentação e nutrição, como os cuidados com saúde da dupla mãe-bebê, as técnicas de amamentação, as formas adequadas da alimentação complementar e a alimentação saudável para as crianças maiores de 2 anos.

Uma alimentação adequada e saudável deve ser apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. No caso das crianças menores de 5 anos, ela deve estar de acordo com suas necessidades para um bom crescimento e desenvolvimento e, também, para prevenir ou tratar algum agravo à saúde mais prevalente na infância, como a desnutrição, a anemia ferropriva, entre outros. Ademais, precisa estar de acordo com a cultura alimentar de sua família além de ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade.

5.1 Como organizar as ações de promoção da alimentação adequada e saudável

As ações de promoção da alimentação adequada e saudável para crianças menores de 5 anos devem envolver familiares e cuidadores das crianças, podendo ocorrer tanto em momentos de acompanhamento individual, como as consultas de pré-natal e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, quanto em atividades coletivas, como o grupo de gestantes e/ou de puérperas ou atividades em creches e pré-escolas.

Nas práticas de promoção da alimentação adequada e saudável, é fundamental que os profissionais de Saúde se apropriem de metodologias ativas que visem à construção compartilhada

do conhecimento, considerando as experiências de cada indivíduo/família e a sabedoria formal ou informal. Os profissionais devem aliar o conhecimento técnico a habilidades e atitudes para acolher as dúvidas, preocupações e dificuldades da mãe, da criança e da família, por meio da escuta e olhar atentos que propiciem a percepção dos reais fatores que podem dificultar a prática da alimentação saudável na infância. Essa percepção subsidia o profissional de Saúde para propor ações viáveis e adequadas ao contexto de cada família, criando empatia e confiança.

Nesse sentido, as equipes de Atenção Básica precisam conhecer os hábitos e a cultura alimentar locais, obter informações que as ajudem a identificar as potencialidades e dificuldades para a promoção da alimentação adequada e saudável. Para isso, podem aproveitar o momento da territorialização e da realização de visitas e atendimentos domiciliares ou, até mesmo, as atividades coletivas para identificar e conhecer os hábitos alimentares mais comuns e populares, os pontos de venda, a produção e distribuição de alimentos do seu território, como é o acesso à água potável, os alimentos disponíveis, como é o acesso a esses alimentos, quais os mais consumidos, entre outros aspectos.

Uma boa comunicação significa que existe respeito pelos pensamentos, pelas crenças e pela cultura das pessoas. Ou seja, você não deve dizer a uma pessoa o que acha que deve ser feito ou forçá-la a agir de determinada forma. Os profissionais de Saúde devem ser capazes de fazer mais do que fornecer informações. Faz parte de seu trabalho ajudar as pessoas a analisar a causa de qualquer dificuldade que tenham e sugerir meios que possam ajudá-las a resolver os problemas (BRASIL, 2010).

Os profissionais podem integrar esse conhecimento às ações de promoção da alimentação adequada e saudável que oferecem durante as atividades realizadas na Unidade Básica de Saúde ou outros espaços do território (grupos operativos, visitas domiciliares, consultas, oficinas, entre outros).

Muitas vezes, a formação básica dos profissionais de Saúde foi insuficiente para desenvolver esse conhecimento técnico, habilidades e atitudes, dificultando a prestação do apoio necessário e adequado ao cuidador e aos familiares da criança quanto a uma alimentação saudável nos primeiros anos de vida.

Para apoiar a qualificação das práticas dos profissionais de Saúde atuantes na Atenção Básica para promoção do aleitamento e alimentação complementar saudável, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Essa estratégia é uma grande janela de oportunidade para que os municípios participantes da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (Andi) invistam na qualificação dos seus profissionais da Atenção Básica. Para isso, é preciso que a gestão municipal de Saúde articule com a gestão estadual de Saúde a organização de oficinas com participação dos tutores já formados no seu estado. A gestão municipal deve fornecer as condições necessárias para a implementação da estratégia, como: local com infraestrutura adequada para a realização das oficinas, alimentação dos participantes, cópias de materiais, organização da escala de funcionamento das UBS de modo a permitir a participação dos profissionais nas oficinas. Todas essas questões podem e devem ser previstas no planejamento municipal para a implementação da Andi.

A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil foi lançada com o objetivo de qualificar os profissionais da Atenção Básica para fortalecer as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável. Tal estratégia é o resultado da integração de duas importantes iniciativas anteriores do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (Enpacs).

Para a implementação da Estratégia, estão previstas oficinas de formação de tutores que são responsáveis pelo desenvolvimento de oficinas de trabalho nas unidades básicas de Saúde. Os tutores serão formados para apoiar e fortalecer o planejamento, a implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) e alimentação complementar saudável (AC) nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em Saúde com base nos princípios da educação crítico-reflexiva.

Após a realização das oficinas de trabalho na UBS, o tutor fica responsável por apoiar a equipe de Saúde na elaboração, desenvolvimento e execução de um plano de ação para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável entre a população do seu território de atuação.

5.2 Recomendações de alimentação saudável para crianças menores de 2 anos

5.2.1 Aleitamento materno

Amamentar é um processo de interação profunda entre mãe e filho, com forte repercussão no estado nutricional da criança, na habilidade de defesa contra infecções, no desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Assim, o profissional de Saúde precisa estar preparado, por meio da educação permanente, para orientar a família quanto aos aspectos técnicos da lactação e manejo, e para promover e apoiar o aleitamento materno, considerando o contexto sociocultural e emocional da mãe e da família.

O profissional deve conversar e conhecer a opinião e sentimentos da mãe e da família, inclusive do pai/companheiro, sobre aleitamento materno e se existe alguma contraindicação para a amamentação. Com base no contexto da família, a equipe de Saúde orientará e acompanhará o manejo do aleitamento materno.

Para conhecer mais sobre as técnicas de amamentação, ordenha, cuidados especiais com a mama, problemas relacionados à amamentação, entre outras curiosidades, tenha sempre em mãos, o *Caderno de Atenção Básica nº 23 – Saúde da Criança: nutrição infantil*; a *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta*; e o *manual sobre Aleitamento Materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de Saúde* e a legislação, disponíveis, respectivamente em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab23>>; <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf>; e <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nt_distribuicao_leite_estabelecimento_saude.pdf>.

5.2.2 Alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos

Ao completarem 6 meses de idade, as crianças precisam receber outros alimentos para complementar as necessidades de energia e micronutrientes que já não são mais supridas apenas pelo leite materno. No entanto, a amamentação segue como uma prática recomendada até os 2 anos ou mais.

Neste período da introdução dos alimentos complementares, as crianças estão mais vulneráveis à desnutrição e às deficiências de micronutrientes, pois muitas vezes os alimentos

oferecidos não são nutricionalmente adequados em qualidade ou quantidade. A introdução pode acontecer precoce ou tardiamente, podendo ocorrer uma redução radical do aleitamento materno. Assim, é importante que todas as pessoas envolvidas com o cuidado das crianças estejam aptas e orientadas acerca do que se considera uma alimentação saudável nessa idade.

Os profissionais de Saúde devem orientar a família quanto à introdução de alimentos de forma adequada e em tempo oportuno seguindo os dez passos descritos a seguir.

Dez Passos para Alimentação Saudável para Crianças Menores de 2 anos

- **Passo 1: Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.**

Sugestão: Conversar com a mãe/cuidador e conhecer como foi o pré-natal; se teve/tem dificuldades para amamentar; quais são as dúvidas.

- **Passo 2: Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.**

Sugestão: Procurar conhecer quais são os conceitos da mãe/cuidador sobre alimentação saudável. Com base no relato, orientar da melhor forma, elogiar e incentivar sempre.

- **Passo 3: Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.**

Sugestão: Sugira receitas de papas, tentando dar ideia de proporcionalidade de forma prática e com linguagem simples.

- **Passo 4: A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.**

As crianças não devem ser forçadas a comer, sempre devem ser estimuladas. É importante que o intervalo entre as refeições seja fixo, pois as crianças precisam ficar com apetite para consumir volumes adequados de alimentos.

Sugestão: Uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.

Quadro 4 – Recomendação sobre a textura e a quantidade de alimentos de acordo com a idade

| IDADE | TEXTURA | QUANTIDADE |
|----------------------|---|---|
| A partir de 6 meses | Alimentos bem amassados | Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação. Água nos intervalos |
| A partir dos 7 meses | Alimentos bem amassados | 2/3 de uma xícara ou tigela de 250ml (cerca de 6 colheres de sopa cheias). Água nos intervalos |
| 9 a 11 meses | Alimentos bem cortados ou levemente amassados | 3/4 de uma xícara ou tigela de 250ml (cerca de 7 colheres de sopa cheias). Água nos intervalos |
| 12 a 24 meses | Alimentos bem cortados | Uma xícara ou tigela de 250ml (cerca de 9 colheres de sopa cheias). Água nos intervalos |

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Aconselhamento em alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**: um curso integrado. Trad. Ana Carolina Mesquita e Luiza Toma Ribeiro. Genebra, 2005. Adaptado por Tereza Setsuko Toma e Marina Ferreira Rea, 2006. p. 468.

• **Passo 5: A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar até chegar à alimentação da família.**

No início, os alimentos precisam ser amassados com o garfo e nunca liquidificados ou peneirados. Sugestão: Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.

• **Passo 6: Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.**

As refeições devem ser bem variadas, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões. Para a prevenção da anemia nessa etapa da vida, é importante que as crianças recebam carne nas principais refeições por ser a fonte de ferro mais importante da dieta. Recomenda-se a oferta de um alimento rico em vitamina C com as refeições para aumentar o aproveitamento do ferro.

Sugestão: Conversar sobre a estimulação dos sentidos da criança durante as refeições, demonstrar para ela as diferentes texturas, cheiros, cores e sabores.

Quadro 5 – Esquema alimentar para crianças amamentadas

| ATÉ OS 6 MESES | APÓS COMPLETAR 6 MESES | APÓS COMPLETAR 7 MESES | APÓS COMPLETAR 12 MESES |
|---------------------------------|--|--|--|
| Leite materno sob livre demanda | Leite materno sob livre demanda nos intervalos das refeições | Leite materno sob livre demanda nos intervalos das refeições | Leite materno e fruta ou cereal ou tubérculo |
| | Papa de fruta | Papa de fruta | Fruta |
| | Papa salgada | Papa salgada | Refeição básica da família |
| | Papa de fruta | Papa de fruta | Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal |
| | Leite materno | Papa salgada | Refeição básica da família |

Fonte: Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica, 2010.

Recomenda-se que a fruta seja oferecida *in natura* em vez de sucos que possuem baixa densidade energética. A refeição do almoço ou jantar deve conter um alimento de cada grupo (cereais ou tubérculos, mais leguminosas, mais legumes ou verduras ou frutas, mais carne ou ovos).

• **Passo 7: Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. Para aceitar um novo alimento a criança precisa experimentá-lo pelo menos de oito a dez vezes.** Sugestão: Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.

Quadro 6 – Grupos de alimentos que devem compor a refeição

| | |
|-----------------------------------|---|
| Cereais e tubérculos | Exemplos: arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa e inhame. |
| Leguminosas | Exemplos: feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão de bico. |
| Legumes, verduras e frutas | Exemplos: folhas verdes, laranja, abóbora/jerimum, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga. |
| Carnes e ovo | Exemplos: frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras. |

Fonte: Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica, 2010.

- **Passo 8: Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.**

O profissional de Saúde deve desestimular a oferta de alimentos ricos em açúcar, sal e gordura como: frituras, alimentos enlatados, salgadinhos, refrigerantes, bolachas recheadas, sucos industrializados, gelatinas, balas e açúcar de adição para as crianças pequenas. Não se recomenda a oferta desses alimentos a crianças antes dos 2 anos de idade.

Sugestão: Articular com a comunidade e outros setores uma campanha ou atividades em grupo sobre alimentação saudável.

- **Passo 9: Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos e garantir o seu armazenamento e conservação adequados.**

Os cuidados de higiene na preparação e na oferta dos alimentos evitam a contaminação e doenças. Sugestão: Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.

- **Passo 10: Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.**

Sugestão: Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de Saúde. Acompanhar a evolução da doença e reavaliar a conduta, caso necessário.

Para conhecer mais sobre a alimentação complementar, veja os Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos e o *Caderno de Atenção Básica nº 23 – Saúde da Criança: nutrição infantil*, disponíveis, respectivamente, em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel>; e <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab23>>.

5.2.3 Crianças não amamentadas

Sabe-se que há condições em que a mãe não pode amamentar, como em casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mães em quimioterapia/radioterapia, infecção materna pelo vírus da hepatite C, hanseníase, entre outras. Assim, é importante que os profissionais conheçam a forma correta de proceder diante de tais casos. Em algumas situações, é possível retomar a prática de aleitamento materno, mas, para isso, o profissional deverá analisar caso a caso e somente quando identificadas contra-indicações e esgotadas todas as possibilidades de relactação, os profissionais devem orientar a mãe e/ou o cuidador quais medidas devem ser adotadas.

Diante da impossibilidade de ser oferecido o aleitamento materno, o profissional de Saúde deve orientar a mãe quanto à utilização de fórmula infantil ou de leite de vaca integral fluido ou em pó. É importante que o profissional avalie a condição socioeconômica e cultural da família, assim como a situação de saúde da criança, antes de optar por uma dessas alternativas. O profissional de Saúde deve orientar a mãe quanto aos procedimentos que incluem o preparo de leite de vaca integral com a diluição adequada para a idade, à correção da deficiência de ácido graxo linoleico com óleo nos primeiros 4 meses e a suplementação de vitamina C e de ferro ou o preparo de fórmulas infantis de acordo com a idade e as recomendações do rótulo do produto. Para as crianças não amamentadas, deve-se oferecer água nos intervalos entre as refeições de leite.

A mãe e os cuidadores da criança devem ser orientados que o leite de vaca *in natura*, integral, em pó ou fluido não é considerado alimento apropriado para crianças menores de 1 ano, pelo risco de anemia, além de apresentar várias inadequações na sua composição. O consumo regular do leite de vaca integral por crianças menores de 1 ano pode também acarretar a sensibilização precoce da mucosa intestinal dos lactentes e induzir neles a hipersensibilidade às proteínas do leite de vaca, predispondo-os ao surgimento de doenças

alérgicas e de micro-hemorragias na mucosa intestinal, o que contribui ainda mais para o aumento da deficiência de ferro, infecções e desnutrição.

A orientação sobre o preparo de leites artificiais nunca deve ser coletiva. Nos casos em que há necessidade de orientar as famílias sobre o preparo de leites artificiais, tal orientação deve ser feita de maneira individualizada e por profissional qualificado, com apoio do Nasf, quando houver, e considerando o PTS apresentado segundo as orientações do item seguinte.

Quadro 7 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas

| Menores de 4 meses | De 4 a 8 meses | Após completar 8 meses | Após completar 12 meses |
|--------------------|----------------|------------------------|---|
| Alimentação láctea | Leite* | Leite* | Leite* e fruta ou cereal ou tubérculo |
| | Papa de fruta | Fruta | Fruta |
| | Papa salgada | Papa salgada | Papa salgada |
| | Papa de Fruta | Fruta | Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal |
| | Papa salgada | Papa salgada | Papa salgada |
| | Leite* | Leite* | Leite* |

Fonte: Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica, 2010.

*Leite de vaca integral – ver correta diluição de acordo com o Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses que Não Podem Ser Amamentadas.

Para saber mais sobre as formas corretas de diluição e sobre as fórmulas infantis, leia o *Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses que Não Podem Ser Amamentadas* e o *Caderno de Atenção Básica nº 23 – Saúde da Criança: nutrição infantil*, disponíveis, respectivamente, em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/criancas_que_nao_podem_ser_amamentadas>; e <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab23>>.

5.3 Promoção da alimentação saudável para crianças maiores de 2 anos

Aos 2 anos, a criança apresenta diminuição no ritmo de crescimento e, conseqüentemente, diminuição das necessidades nutricionais e do apetite, sendo o comportamento alimentar, nessa fase, variável e transitório, e por isso deve ser incentivada a PAAS, visto que nessa fase são formados os hábitos alimentares.

Os profissionais de Saúde devem trabalhar a abordagem familiar, transmitindo aos pais e aos familiares os bons hábitos alimentares para que possam incentivar e propiciar um ambiente adequado para alimentação de todos, especialmente da criança. É importante que a criança adquira o hábito de realizar as refeições com sua família, em horários regulares.

Além da família, não podemos nos esquecer da creche/pré-escola, que se transforma rapidamente em um contexto de socialização, encarregando-se, principalmente, da transmissão do saber organizado e do desenvolvimento cultural. As ações no âmbito da escola devem ser vistas de forma intersetorial, nas quais a educação se apoia e é apoiada pela saúde. Ações voltadas à EAN, de forma transversal no currículo escolar e por meio de rodas de conversa entre os profissionais de Saúde e a comunidade escolar, bem como ações voltadas à qualidade da alimentação disponível na escola, devem ser priorizadas pela gestão local e contempladas no plano de ação para o enfrentamento das doenças crônicas e na implantação da Andi.

Os profissionais podem consultar o *Guia Alimentar para a População Brasileira*, disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar>, para subsidiar suas orientações às famílias, na perspectiva da promoção da Saúde, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas e deficiências nutricionais. Fique atento aos dez passos para alimentação saudável de crianças maiores de 2 anos:

Dez passos para alimentação saudável de crianças maiores de 2 anos

- **Passo 1 – Procure oferecer alimentos de diferentes grupos, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.**

Sugestão: Conhecer o padrão alimentar e socioeconômico da família para que a orientação seja condizente com a realidade.

- **Passo 2 – Inclua diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches do seu filho ao longo do dia.**

Sugestão: Realizar grupos com os familiares e cuidadores para discutir as fontes de nutrientes e os alimentos ricos em cada nutriente.

- **Passo 3 – Procure oferecer diariamente legumes e verduras como parte das refeições da criança. As frutas podem ser distribuídas nas refeições, sobremesas e lanches.**

Sugestão: Estimular a comunidade a construir hortas domésticas e comunitárias. Iniciativas como essa contribuem para o aumento do consumo de verduras e hortaliças, além de serem mais acessíveis para algumas famílias.

- **Passo 4 – Ofereça feijão com arroz todos os dias, ou, no mínimo, cinco vezes por semana.**

Sugestão: Valorizar, nos grupos (gestantes, crianças, salas de espera), os benefícios da fantástica combinação brasileira de alimentos.

- **Passo 5 – Ofereça diariamente leite e derivados, como queijo e iogurte, nos lanches; e carnes, aves, peixes ou ovos na refeição principal de seu filho.**

Sugestão: Promover atividades lúdicas com as crianças para mostrar os alimentos, os nutrientes e o benefício deles para o organismo.

- **Passo 6 – Evite alimentos gordurosos e frituras; prefira alimentos assados, grelhados ou cozidos.**

Sugestão: Promover oficinas culinárias com o grupo de mães e cuidadores, com objetivo de se criar e trocar receitas saborosas e com baixo teor de gordura, sódio e açúcar.

- **Passo 7 – Evite oferecer refrigerantes e sucos industrializados, balas, bombons, biscoitos doces e recheados, salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia.**

Sugestão: Realizar grupos com os familiares e cuidadores para discutir sobre a alimentação saudável e os malefícios dos alimentos industrializados.

- **Passo 8 – Diminua a quantidade de sal na comida.**

Sugestão: Orientar as famílias a conhecerem os alimentos ricos em sódio (sal) para que possam ensinar suas crianças.

- **Passo 9 – Estimule a criança a beber bastante água e sucos naturais de frutas durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo.**

Sugestão: Questionar sempre a família e os cuidadores sobre a ingestão de água da criança. A tendência de reparar se a criança ingere sucos e a água, em geral, é esquecida.

- **Passo 10 – Incentive a criança a ser ativa e evite que ela passe muitas horas assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador.**

Sugestão: Promover atividades coletivas com crianças, apropriando-se dos equipamentos de lazer e de esporte da região, os quais são boas estratégias para motivar a prática de atividade física.

6 PREVENÇÃO E CONTROLE DAS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS

As carências nutricionais por micronutrientes podem acometer as crianças independentemente do seu estado nutricional e compõem um conjunto de agravos que trazem sérias consequências à saúde, sendo as mais comuns a deficiência de vitamina A e a anemia por deficiência de ferro. De forma geral, as crianças com desnutrição estão mais suscetíveis a esses agravos.

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS), a prevalência da deficiência nacional de vitamina A em crianças menores de 5 anos é de 17,4%; chegando a 9,9% na Região Sul; 10,7% na Região Norte; 11,8% na Região Centro-Oeste; 19% na Região Nordeste e 21,6% na Região Sudeste (BRASIL, 2009). Com relação à magnitude da anemia no País, a PNDS estima em 20,9% a prevalência em menores de 5 anos, sendo 10,5% na Região Norte; 11% na Região Centro-Oeste; 21,5% na Região Sul; 22,6% na Região Sudeste e 25,5% na Região Nordeste (BRASIL, 2009).

No entanto, revisões que compilam mais de 50 estudos realizados no País mostram que a prevalência de anemia em crianças é de aproximadamente 50%. A prevalência de anemia em crianças que frequentam serviços de Saúde é de 60,2% e de 52% quando frequentam escolas e creches (JORDÃO; BERNARDI; B. FILHO, 2009; VIEIRA; FERREIRA, 2010).

Assim, considerando as altas prevalências e as consequências graves à saúde das crianças com desnutrição, as ações de prevenção e de controle da deficiência de vitamina A e anemia por deficiência de ferro devem ser intensificadas, por parte dos municípios, no contexto da Andi.

Abaixo, segue detalhamento das ações de prevenção e controle das principais carências por micronutrientes no Brasil.

6.1 Prevenção e controle da deficiência de vitamina A

A deficiência de vitamina A (DVA) pode ser causada por dois fatores principais: por uma ingestão inadequada de produtos de origem animal e de frutas e hortaliças ricas em provitamina A e, também, pelo sinergismo entre episódios infecciosos e a carência de vitamina A (MILAGRES; NUNES; PINHEIRO-SANT'ANA, 2007).

Entre as deficiências nutricionais de maior importância epidemiológica, a DVA assume graves proporções no contexto da saúde pública em todo o mundo, pois a deficiência prolongada dessa vitamina causa alterações no revestimento ocular, podendo levar a um quadro de cegueira irreversível (xerofalmia e ceratomalacia). Além disso, a vitamina A encontra-se associada à integridade epitelial e às funções imunes, sendo a sua deficiência responsável por um aumento no risco de adoecimento e morte em decorrência de diarreia e outros quadros infecciosos.

A alimentação saudável nos primeiros anos de vida (que inclui a prática do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade e a introdução de alimentos complementares de qualidade em tempo oportuno, mantendo o leite materno até 2 anos de idade ou mais) resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todos os ciclos de vida. No entanto, considerando as elevadas necessidades nutricionais das crianças, fazem-se necessárias ações que complementem a ingestão de alguns micronutrientes. Assim, para contribuir com a prevenção da deficiência de vitamina A, o Ministério da Saúde recomenda a suplementação periódica de crianças, com idade entre 6 meses e 5 anos, com megadoses de vitamina A.

A suplementação de vitamina A constitui uma das principais intervenções, em curto prazo, para combater a DVA em nível de saúde pública. Hoje, sabe-se que a suplementação com vitamina A está associada à redução do risco de morte em crianças em 24% (evidência de alta qualidade) e à redução do risco de mortalidade por diarreia em 28% (evidência de qualidade moderada) (OMS, 2011).

6.2 Como deve ser realizada a suplementação de vitamina A

- Todas as crianças com idade entre 6 meses e 5 anos devem receber os suplementos de vitamina A.
- Verifique na Caderneta de Saúde da Criança o registro de administração do suplemento. Caso a criança não tenha tomado, deve-se providenciar a suplementação prontamente.
- Os suplementos de vitamina A devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de Saúde do município, observando o estoque para evitar o desabastecimento.
- O registro da suplementação com vitamina A na Caderneta de Saúde da Criança, nos formulários de monitoramento do programa e no sistema de gerenciamento online são etapas importantes a serem observadas.

A conduta de administração dos suplementos de vitamina A é:

Quadro 8 – Conduta de administração dos suplementos de vitamina A

| IDADE | DOSE | FREQUÊNCIA |
|-------------------------|------------|------------------------|
| Crianças: 6 – 11 meses | 100.000 UI | Uma dose |
| Crianças: 12 – 59 meses | 200.000 UI | Uma vez a cada 6 meses |

Fonte: Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, 2013.

Para mais informações, acesse o Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vitamina_a.php>.

Desde a década de 1980 é realizada suplementação de vitamina A em áreas endêmicas, mas o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, voltado a todos os estados da Região Nordeste e parte do Estado de Minas Gerais (Vales do Jequitinhonha e Mucuri). Em 2010, foi ampliado para os municípios que compunham o Plano de Redução da Mortalidade Infantil na Região Norte do País e no Estado de Mato Grosso. Em 2012, em virtude do lançamento da Ação Brasil Carinhoso, expandiu-se para 3.034 municípios em todos os estados brasileiros.

Municípios que realizaram adesão à Andi e pactuaram meta de vitamina A, mas ainda não fazem parte do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, poderão receber as megadoses para suplementar as crianças na Atenção Básica. Entre em contato com a área técnica de alimentação e nutrição da Secretaria Estadual de Saúde e solicite a adesão ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

6.3 Prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro

A anemia por deficiência de ferro é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, em virtude das altas prevalências e da estreita relação com o desenvolvimento infantil. No mundo, é considerada a carência nutricional de maior magnitude, destacando-se a sua expansão em todos os segmentos sociais, atingindo, principalmente, crianças menores de 2 anos e gestantes.

As crianças menores de 24 meses merecem especial atenção, devido ao alto requerimento de ferro, dificilmente atingido pela alimentação complementar. Alguns estudos mostram que a maioria das crianças nessa idade não consome a quantidade de ferro recomendada (MONTEIRO; SZARFARC; MONDINI, 2000; LACERDA; CUNHA, 2001; BORTOLINI; VITOLO, 2007; OLIVEIRA; OSÓRIO; RAPOSO, 2007).

A anemia por deficiência de ferro traz consequências para a saúde das crianças como:

- Comprometimento do sistema imunológico, com aumento do risco para infecções;
- Redução da função cognitiva, do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, interferindo na capacidade de trabalho;
- Aumento do risco de doenças e mortalidade perinatal para mães e recém-nascidos;
- Menor capacidade de aprendizagem, conferindo repercussões futuras na idade escolar e na adolescência.

Estudos comprovam que crianças com anemia possuem maior probabilidade de baixo rendimento escolar, o que provavelmente contribuirá para a transmissão intergeracional da pobreza com implicações para o desenvolvimento de um país (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; WALKER et al., 2007; ENGLE et al., 2007; ENGLE et al., 2011).

Assim, considerando a relevância do problema e o compromisso dos municípios no âmbito da Andi, a suplementação profilática de ferro faz parte de um conjunto de esforços que visam à melhoria da nutrição infantil.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro abrange todos os municípios do Brasil, desde 2005, e prevê a suplementação preventiva de crianças entre 6 meses a 2 anos de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o terceiro mês pós-parto. Os insumos são distribuídos nas UBS.

Assim como a suplementação de vitamina A, a suplementação profilática com sulfato ferroso faz parte das Ações do Brasil Carinhoso.

6.4 Como deve ser realizada a suplementação com sulfato ferroso

- Todas as crianças com idades entre 6 meses e 2 anos devem receber os suplementos de ferro.
- Verifique na Caderneta de Saúde da Criança o registro da distribuição do suplemento. Caso a criança não tenha recebido, devem ser providenciados, prontamente, os insumos.
- Os suplementos de sulfato ferroso devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de Saúde do município.
- Deve-se observar o estoque dos suplementos para evitar o desabastecimento nas unidades básicas de Saúde.
- O registro da suplementação com sulfato ferroso na Caderneta de Saúde da Criança, nos formulários de monitoramento do programa e no sistema de gerenciamento online são etapas importantes a serem observadas.

A conduta de administração dos suplementos de sulfato ferroso é:

Quadro 9 – Conduta de administração dos suplementos de sulfato ferroso

| PÚBLICO | CONDUTA | PERIODICIDADE | INSUMO |
|--|--|--|---|
| Crianças de 6 até 24 meses de idade | 1mg de ferro elementar/ kg de peso 25mg de ferro elementar | Diariamente até completar 2 anos de idade. Uma vez por semana até completar 2 anos de idade. | Sulfato ferroso em gotas Sulfato ferroso em xarope |
| Crianças de 24 a 59 meses de idade | 25mg de ferro elementar | Uma vez por semana durante três meses. Obs.: Ciclo de três meses com uso de suplementos e três meses sem uso até atingir a idade de 59 meses. | Sulfato ferroso em gotas ou xarope |

Fonte: Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, 2013. – NO PRELO

De forma complementar à suplementação com sulfato ferroso, devem ser reforçadas as ações de Educação Alimentar e Nutricional para Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, com ênfase nos primeiros anos de vida, incluindo a prática do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade e a introdução de alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade, mantendo o leite materno até 2 anos de idade ou mais. Espera-se, dessa forma, contribuir com a segurança alimentar e nutricional das crianças brasileiras.

Para mais esclarecimentos sobre o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, acesse o **Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**, disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/manual_ferro>.

7 PLANEJAMENTO MUNICIPAL PARA A AGENDA DE INTENSIFICAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL À DESNUTRIÇÃO INFANTIL

O planejamento municipal irá sistematizar o conjunto de proposições técnicas e políticas da gestão municipal para cumprimento dos compromissos mínimos da Andi, constantes no artigo 5º da Portaria MS/GM nº 2.387, de 18 de outubro de 2012:

I - organizar a atenção nutricional na área de saúde no âmbito de sua atuação, por meio de normatização das ações e dos processos de trabalho na Atenção Básica, nos centros especializados e em âmbito hospitalar, com ênfase na atenção nutricional à desnutrição infantil, incluindo-se:

- a) informação do caso;
- b) investigação clínica para determinação causal da desnutrição; e
- c) monitoramento do tratamento e do desfecho dos casos diagnosticados.

II - realizar o suporte técnico às Equipes da Atenção Básica, do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (ACS), da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para a realização das ações de atenção à saúde da criança, vigilância e estimulação do desenvolvimento infantil e de alimentação e nutrição na Rede de Atenção Básica à Saúde;

III - fomentar as ações de redução da desnutrição infantil na Rede de Atenção à Saúde;

IV - fomentar as ações de prevenção e controle das carências nutricionais;

V - implementar ações de incentivo ao aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável para crianças até 2 (dois) anos de idade;

VI - promover a alimentação adequada e saudável, com base nas diretrizes do Guia Alimentar para População Brasileira;

VII - acompanhar a situação alimentar e nutricional da população por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), de que trata a Portaria nº 2.246/GM/MS, de 18 de outubro de 2004; e

VIII - registrar as informações do acompanhamento dos programas nacionais de suplementação de ferro e vitamina A, de que tratam, respectivamente, a Portaria nº 730/GM/MS, de 13 de maio de 2005, e a Portaria nº 729/GM/MS, de 13 de maio de 2005 (BRASIL, 2012).

Dessa forma, é importante a elaboração de um “plano de ação”, um instrumento que apresente as intenções e resultados a serem alcançados em relação à Andi, os quais podem ser expressos em objetivos, metas e estratégias. Ressalta-se a importância de que a construção do plano de ação seja realizada de forma compartilhada com o Conselho Municipal de Saúde, integrando o Plano

Anual de Saúde do município e que os resultados das ações e atividades desenvolvidas com os recursos financeiros relativos a esta agenda sejam apresentados no relatório anual de gestão.

É importante ressaltar que o município precisa inserir no sistema de adesão simplificada, até o dia 2 de agosto de 2013, as informações sobre o documento comprobatório (número/data/local/página da ata) em que foi registrado o compromisso municipal de atingir as metas pactuadas na Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, nas seguintes instâncias: Conselho Municipal de Saúde ou Comissão Intergestores Regional ou Comissão Intergestores Bipartite. O não envio dessas informações até a data estipulada ocasionará o cancelamento da adesão.

Vale salientar que cada município possui autonomia para definir sua linha de cuidado à criança desnutrida, e deve partir de um diagnóstico local para definir suas prioridades. Caso haja necessidade de articulação com outros municípios da região de Saúde para garantia do cuidado integral à criança desnutrida, deverá ser pactuada nas instâncias de gestão colegiada – Comissão Intergestores Regional(CIR) e/ou Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

7.1 Passos para o planejamento municipal

1º Passo – Definição da equipe de trabalho

A composição de uma equipe técnica responsável para a elaboração do plano deverá ser a primeira medida adotada pelo gestor municipal, buscando garantir uma organização do processo, incluindo, por exemplo, a participação de: representantes das coordenações de Atenção Básica, Alimentação e Nutrição, Saúde da Criança, Atenção Especializada (de acordo com a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde), representantes das equipes de Saúde cujo território apresente os casos de desnutrição infantil (equipes de referência e de apoio matricial), representantes dos conselhos municipais de Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional (quando existir no município).

Essa equipe deverá ser responsável por construir o plano de ação, mas também por implementar, monitorar e avaliar sua execução. Além de articular com outros setores (como a Assistência Social, Educação, sociedade civil organizada, entre outros), quais ações são

necessárias para enfrentar os determinantes sociais da desnutrição infantil no município. Diante de tamanha responsabilidade, é fundamental que a equipe tenha suporte técnico e político do gestor municipal para concretizar sua missão na Andi.

Durante a mobilização dos atores que estarão envolvidos no processo de fortalecimento da atenção nutricional à desnutrição infantil (construção do plano de ação), é fundamental promover, entre todos, um debate técnico e político que permita a construção de um entendimento comum sobre conceitos-chaves como: fome, desnutrição, segurança alimentar e nutricional, atenção nutricional, desenvolvimento infantil, cuidado integral, apoio matricial etc.

2º Passo – Análise da situação do município com relação à desnutrição infantil

A equipe técnica deve reunir informações que permitam conhecer a magnitude da desnutrição no município, identificar os territórios onde esse agravo é mais prevalente e quais características desses territórios possivelmente são determinantes para o desenvolvimento da desnutrição infantil.

Atualmente, existem sistemas de informação, pesquisas e inquéritos populacionais que fornecem informações para subsidiar o planejamento de políticas e programas de Saúde. Neste caso, a equipe técnica responsável pela Andi deve levantar a situação nutricional das crianças menores de 5 anos de idade do município, a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), devendo considerar desnutridas aquelas que apresentam baixo peso e muito baixo peso para a idade. A utilização do Sisvan para o planejamento é parte do ciclo da Vigilância Alimentar e Nutricional, abordado no item 1 deste Manual Instrutivo. Os relatórios do Sisvan podem ser desagregados por população adstrita da Unidade Básica de Saúde, da regional de Saúde e do município como um todo. Eles são públicos e podem ser acessados em <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatorios_publicos/>.

Após identificar os territórios do município onde há maior prevalência de crianças menores de 5 anos de idade com baixo peso e muito baixo peso para a idade, a equipe técnica deve fazer a análise dos possíveis determinantes da desnutrição infantil nesses territórios, que podem ter agravos à saúde ou questões relacionadas às condições de vida dessas crianças e suas famílias, incluindo o acesso aos serviços básicos de Saúde.

A equipe técnica pode utilizar informações relacionadas à saúde das crianças registradas nos serviços de Saúde (prevalência de baixo peso ao nascer, de aleitamento materno exclusivo, de doenças infecciosas e diarreicas, de internações hospitalares, entre outras) e/ou que podem ser conseguidas por meio de relatórios de sistemas de informação.

É preciso, também, conhecer as condições gerais de vida da população das áreas que apresentam maior prevalência de desnutrição infantil, tais como: abastecimento de água, coleta de lixo, rede de esgoto, destino do lixo, condições das habitações, acesso a vias de transporte, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, tipo de ocupação, nível de renda, acesso aos programas de transferência de renda – Programa Bolsa Família (PBF), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), Benefício da Prestação Continuada (BPC) e outros – bem como aspectos de segurança e de lazer e também as suas diversas formas de organização social e política. Neste ponto, é importante ressaltar a identificação do número de famílias beneficiárias do PBF e o percentual dessas que realiza o acompanhamento das condicionalidades de Saúde.

3º Passo – Análise da capacidade da Rede Municipal de Saúde para o cuidado integral à criança desnutrida

A equipe técnica também precisa avaliar a capacidade do sistema municipal de Saúde para a identificação dos casos de desnutrição infantil e oferta do cuidado integral.

Sugere-se que essa análise seja realizada a partir das ações apontadas neste Manual Instrutivo: vigilância alimentar e nutricional; acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família; investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento infantil; organização do cuidado à criança desnutrida (elaboração do Projeto Terapêutico Singular e do Projeto de Saúde do Território); promoção da alimentação saudável e prevenção de carências de micronutrientes. Deve-se identificar qual a contribuição dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde para cada uma dessas ações, quais as potencialidades e fragilidades existentes e, por fim, definir as principais necessidades para qualificar o cuidado integral.

4º Passo – Definição de estratégias, monitoramento e avaliação

A caracterização geral realizada nos passos anteriores permitirá à equipe técnica definir as prioridades de ação para alcançar as metas pactuadas na Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil.

Todas as metas a serem cumpridas foram previamente pactuadas no momento da adesão do município à Andi. Lembramos que os municípios serão monitorados durante 24 meses e avaliados em dois momentos: agosto de 2013, período em que será avaliado o cumprimento das pactuações para liberação do recurso do ano vigente, e agosto de 2014 com o mesmo objetivo.

A organização de todas as ações descritas neste Manual Instrutivo é de extrema relevância para qualificação do cuidado à saúde da criança. Mas, o repasse financeiro estará atrelado ao cumprimento das seguintes metas: aumentar o acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de 5 anos de idade no Sisvan, investigar os casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil e aumentar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF.

É fundamental a definição de responsáveis, prazos para execução e datas de monitoramento para cada estratégia definida. Também é preciso identificar o impacto financeiro das ações e qual será a prioridade do investimento, devendo ficar claro no plano onde e como será aplicado o recurso.

Os quadros 10 e 11 apresentam propostas de sistematização do planejamento municipal para a Andi.

Quadro 10 – Planejamento municipal para Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil

| AÇÃO | META PACTUADA | NECESSIDADES PRIORITÁRIAS PARA QUALIFICAÇÃO DA AÇÃO | ESTRATÉGIAS | PONTOS DE ATENÇÃO E PROFISSIONAIS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE ENVOLVIDOS | OUTROS SETORES E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS | PRAZO DE EXECUÇÃO | DATA PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO |
|---|---------------|---|-------------|---|---|-------------------|-------------------------------------|
| Vigilância Alimentar e Nutricional | | | | | | | |
| Acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF | | | | | | | |
| Investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento infantil | | | | | | | |
| Organização do cuidado integral à criança desnutrida | | | | | | | |
| Promoção da alimentação adequada e saudável | | | | | | | |
| Suplementação de vitamina A e de ferro para crianças desnutridas | | | | | | | |

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

Quadro 11 – Monitoramento da Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil

| AÇÃO | META PACTUADA | SITUAÇÃO ATUAL | NOVA ESTRATÉGIA <small>*Se a meta não foi atingida</small> | PONTOS DE ATENÇÃO E PROFISSIONAIS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE ENVOLVIDOS | OUTROS SETORES E PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS | PRAZO DE EXECUÇÃO | DATA PARA NOVO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO |
|---|---------------|----------------|---|---|---|-------------------|--|
| Vigilância Alimentar e Nutricional | | | | | | | |
| Acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF | | | | | | | |
| Investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento infantil | | | | | | | |
| Organização do cuidado integral à criança desnutrida | | | | | | | |
| Promoção da alimentação adequada e saudável | | | | | | | |
| Suplementação de vitamina A e de ferro para crianças desnutridas | | | | | | | |

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que a superação dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição depende de um empenho intersetorial que agregue diferentes políticas públicas. O Estado brasileiro tem avançado nesse sentido com a legalização e fortalecimento de instrumentos que estimulem a construção e o diálogo intersetorial, bem como a participação e o controle social no campo da Segurança Alimentar e Nutricional.

Nessa arena intersetorial, o Sistema Único de Saúde, por meio de seus trabalhadores e gestores, vem contribuindo historicamente para a garantia dos direitos humanos à saúde e à alimentação adequada e saudável. O empenho para estruturação das Redes de Atenção à Saúde na busca pela garantia do cuidado integral, em que se inclui a organização da atenção nutricional, constitui-se mais uma iniciativa do SUS para a garantia desses direitos.

A Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil é um novo esforço do SUS para contribuir com a superação de tão grave manifestação de insegurança alimentar e nutricional que ainda ameaça o pleno desenvolvimento de uma geração de brasileirinhos e brasileirinhas.

Esperamos que este Manual Instrutivo possa contribuir com a organização dos municípios brasileiros que ainda apresentam elevada prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos de idade.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE (MG). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da assistência social**. Belo Horizonte: ASCOM, 2007.

BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences: maternal and child undernutrition. **The Lancet**, [S.l.], v. 371, n. 371, p. 243-260, jan. 2008.

BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BORTOLINI, G. A.; VITOLO, M. R. Baixa adesão à suplementação de ferro entre lactentes usuários de serviço público de saúde. **Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 176-182, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos: um guia para o profissional da Saúde na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

_____. Departamento de Saúde Indígena da Funasa. **I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição de Populações Indígenas**. Brasília, 2010.

_____. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2002.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.918, de 5 de setembro de 2012**. Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Estados e Municípios, referentes aos novos exames do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1918_05_09_2012.html>. Acesso em: 13 mar. 2013.

_____. **Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012**. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2387_18_10_2012.html>. Acesso em: 13 mar. 2013.

- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2011.
- _____. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2006.
- _____. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília, 2010.
- _____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010.
- _____. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, 2013.
- _____. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília, 2013. No prelo.
- _____. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília, 2009.
- _____. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília, 2011.
- _____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, 2008.
- _____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.
- _____. **Saúde da criança - nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 23).
- _____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008.
- _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, 2012.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Chamada nutricional quilombola 2006: sumário executivo**. Brasília, 2007.
- _____. **Plano Brasil Sem Miséria**. Brasília, 2012.

CADORE, C.; PALMA, C. M. D. E. S.; DASSOLER, V. A. Sobre o projeto terapêutico singular: um dispositivo clínico ou um procedimento burocrático? In: JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, 3., 2010, Santa Maria. **Anais da 3ª jornada interdisciplinar em saúde**. Santa Maria, 2010.

CASTRO, T. G. et al. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. **Revista de Nutrição**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 321-330, 2005.

ENGLE, P. L. et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. **Lancet**, [S.l.], v. 369, n. 9557, p. 229-242, 2007.

_____. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **Lancet**, [S.l.], v. 378, n. 9799, p. 1339-1353, 2011.

FROTA, M. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; LINARD, A. G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 246-53, abr./jun. 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**: relatório final. Rio de Janeiro, 2009.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet**, [S.l.], v. 369, n. 9555, p. 60-70, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (Brasil). **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**: resultados preliminares. Brasília, 1990.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. A. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 90-98, 2009.

LACERDA, E.; CUNHA A. J. Anemia ferropriva e alimentação no segundo ano de vida no Rio de Janeiro. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 9, n. 5, p. 294-301, 2001.

MILAGRES, R. C. R. M.; NUNES, L. C.; PINHEIRO-SANT'ANA, H. M. A deficiência de vitamina A em crianças no Brasil e no mundo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, out. 2007.

MONTE, C. M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, p. 285-297, 2000.

MONTEIRO, C. A.; SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 62-72, 2000.

OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M.; RAPOSO, M. C. F. Fatores socioeconômicos e dietéticos de risco para a anemia em crianças de 6 a 59 meses de idade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 1, p. 39-46, 2007.

ONIS, M.; BLÖSSNER, M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. **Int. J. Epidemiol**, [S.l.], v. 32, p. 518-526, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretriz**: administração de suplementos de vitamina A a lactantes e crianças de 6 – 59 meses de idade. Genebra, 2011.

_____; UNICEF. **Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância**. Revisão de Teresa Setsuko Toma. São Paulo: IBFAN Brasil, 2005. Disponível em: <www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Recomendações da Consulta de Especialistas da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a promoção e a publicidade de alimentos e bebidas não alcoólicas para crianças nas Américas**. Washington, D.C., 2012. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6570Tid=39404>. Acesso em: 27 mar. 2013.

RAMOS, G. C. S. C. **Correlação entre parasitoses intestinais, estado nutricional, condições socioeconômicas e sanitárias de crianças de três creches públicas no município de Niterói**. Niterói: [s.n.], 2006.

SHILS, M. E. et al. **Nutrição moderna na saúde e na doença**. [S.l.]: Ed. Manole, 2009.

VIEIRA, R. C. S.; FERREIRA, H. S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 433-444, 2010.

WALKER, S. P. et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. **Lancet**, [S.l.], v. 369, n. 9556, p. 145-157, 2007.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline**: Intermittent iron supplementation in preschool and school-age children. Geneva, 2011.



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



Ministério da
Saúde

