

Institucionalização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil: uma breve revisão

Institutionalization of Food and Nutrition Surveillance in Brazil: a brief review

1. Laís Santos **Antero**

2. Grasielle Caldas D'Ávila **Pessoa**

 grasiellepessoa@hotmail.com

 Av. Pres. Antônio Carlos, 6627, Belo Horizonte-MG.

1. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Nutricionista pela Faculdade de Minas.

2. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre em Ciências pela Fiocruz. Bióloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

RESUMO

Este trabalho se propôs a fazer uma revisão da literatura que contempla o processo de construção da Vigilância Alimentar (VAN) no Brasil. O estudo foi realizado no primeiro trimestre de 2015, utilizando as bases de dados eletrônicas com nível de confiabilidade reconhecido pelo meio científico, somadas aos registros existentes nas bibliotecas da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e do Centro de Pesquisas René Rachou. Foram utilizados os descritores ‘transição demográfica’, ‘transição epidemiológica’, ‘transição nutricional’, ‘vigilância nutricional’, ‘sistema de vigilância alimentar e nutricional’ em associação ao termo ‘Brasil’, em português, no período de janeiro 1978 a março de 2015. Dos 270 trabalhos encontrados, apenas 52 permaneceram para análise detalhada, sendo que 14 abordavam a temática “Marcos legais e históricos da VAN”; 24, o “Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”; 23 abordavam os “Desvios Nutricionais”; e 12, a “Transição Demográfica, Epidemiológica e/ou Nutricional”. Descreveu-se o processo de construção da VAN no Brasil, contemplando: as tentativas de implantação de diferentes sistemas de informação em alguns estados brasileiros; as estratégias utilizadas para dar visibilidade e elevar a cobertura dos sistemas propostos; as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e gestores, apresentando os entraves e desafios atuais para realização da Vigilância Alimentar no território nacional.

Palavras-chave: vigilância nutricional, programas e políticas de nutrição e alimentação, transição nutricional, transição demográfica, transição epidemiológica.

ABSTRACT

This study aimed to conduct a literature review of the Food and Nutrition Surveillance (FNS) construction process in Brazil. The research was carried out in the first trimester of 2015, using electronic databases whose reliability level is recognized by the academic community, as well as existing records in the libraries of the School of Public Health of Minas Gerais and in the René Rachou Research Center. The descriptors used were: ‘demographic transition’, ‘epidemiological transition’, ‘nutritional transition’, ‘nutrition surveillance’, ‘food and nutrition surveillance system’, combined with ‘Brazil’, in Portuguese, published from January 1978 to March 2015. Out of the 270 works found, only 52 were selected for detailed analysis: 14 of them addressed the “Legal and historical milestones of food surveillance”; 24 focused on “System of Food and Nutrition Surveillance System”; 23 addressed to “Nutritional Deviations”, and 12 discussed “Demographic, Epidemiological and/or Nutritional Transition”. The present review described the process of construction of FNS, taking into account the attempts of deployment of different information systems in some Brazilian states; the strategies used to disseminate and increase the scope of the proposed systems; the difficulties faced by professionals and managers, accompanied by the current drawbacks and challenges for implementation of food surveillance all over Brazil.

Keywords: nutritional surveillance, food and nutrition programs and policies, nutritional transition, demographic transition, epidemiological transition.

INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, o Brasil passou de uma sociedade fundamentalmente rural para uma condição urbana. A mortalidade infantil diminuiu substancialmente e a pirâmide populacional sofreu inversão, sendo observada uma relação indiretamente proporcional entre taxa de natalidade e expectativa de vida da população (BATISTA-FILHO; RISSIN, 2003). Nesse sentido, observam-se um processo acelerado de transição epidemiológica conhecida por “polarização epidemiológica” – modelo este caracterizado pela combinação de alta incidência de mortalidade e morbidade por doenças crônico-degenerativas, com redução das taxas de doenças parasitárias e infecciosas, e a persistência de níveis distintos de transição entre diferentes grupos sociais (FRENK *et al.*, 1991). Este modelo de “transição epidemiológica polarizado” se destaca como causa e consequência da transição nutricional, entendida como o conjunto de alterações no perfil nutricional da população, evidenciada pela redução da prevalência da desnutrição e pelo aumento da prevalência da obesidade e das doenças associadas (ARAUJO, 2012; OLIVEIRA, 2004).

Apesar do aumento das taxas de sobrepeso no Brasil, ainda persistem altos índices de desnutrição em alguns grupos vulneráveis da população, inseridos nos bolsões de pobreza. Nesses grupos estão as mulheres e as crianças indígenas, residentes na região norte do país, crianças quilombolas e aquelas pertencentes às famílias beneficiadas pelos programas de transferência de renda (BRASIL, 2012). O enfrentamento desse quadro de transição nutricional exige novos arranjos dos serviços de saúde, sendo necessários espaços para ações de incentivo aos hábitos de vida saudáveis, como a prática de atividade física associada à alimentação saudável.

Nesse contexto, a alimentação é entendida como um direito fundamental do ser humano, compreendendo o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Constitui-se requisito básico para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando o crescimento e o desenvolvimento com qualidade de vida e cidadania. Cabe ao Ministério da Saúde melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a vigilância alimentar e nutricional (BRASIL, 2012; COUTINHO *et al.*, 2009; DAMÉ *et al.*, 2011). Ainda nesse sentido, cabem à Vigilância Alimentar e Nutricional a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes junto ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, e tendo em vista a relevância do processo de Vigilância Alimentar e Nutricional, este trabalho se propôs a realizar uma revisão sistemática da literatura referente à institucionalização da Vigilância

Alimentar e Nutricional (VAN) no Brasil associada a uma análise crítica sobre a VAN nos dias atuais, apontando os entraves e desafios.

METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada no primeiro trimestre de 2015, utilizando as bases de dados eletrônicas com nível de confiabilidade reconhecido pelo meio científico (Ex.: CAPES, SCIELO, BV5/BIREME, etc.) somadas aos registros existentes nas bibliotecas da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e do Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ Minas). Foram utilizados os descritores ‘transição demográfica’, ‘transição epidemiológica’, ‘transição nutricional’, ‘vigilância nutricional’, ‘sistema de vigilância alimentar e nutricional’, todos em associação ao termo ‘Brasil’. O idioma de consulta foi o português, restringindo-se às publicações do período de 1978 a março de 2015. Para a seleção das fontes, foi preconizada leitura exploratória dos títulos e resumos de todos os trabalhos encontrados, selecionando os que abordavam os objetivos do presente trabalho e excluindo os trabalhos que apenas mencionavam a área temática de interesse, sem detalhamento e/ou com detalhamento insuficientes e/ou aqueles que não estavam disponíveis na íntegra. Os artigos que se enquadraram nos objetivos deste trabalho passaram por uma leitura completa e minuciosa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 270 documentos/textos encontrados, apenas 52 trabalhos permaneceram para análise detalhada, sendo os demais excluídos, considerando os critérios de exclusão previamente definidos. Desses 52 selecionados, 14 abordavam a temática “Marcos legais e históricos da Vigilância Alimentar e Nutricional”; 24 tratavam do “Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”; 23 discutiam os “Desvios Nutricionais”; e 12 abordavam os temas “Transição Demográfica, Epidemiológica e/ou Nutricional”.

Segue abaixo, de forma detalhada, a descrição dos resultados encontrados na pesquisa, contemplando a situação alimentar e nutricional no Brasil, os principais inquéritos alimentares e nutricionais realizados no país no período de 1974 a 2009, bem como os marcos históricos e legais para a institucionalização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil e os entraves e desafios enfrentados por ela na atualidade.

Situação alimentar e nutricional no Brasil

As primeiras informações em escala epidemiológica sobre a situação alimentar e nutricional no Brasil foram descritas em 1964 por Josué de Castro em seu livro “Geografia da Fome” (VASCONCELOS, 2008). Após a sistematização das informações sobre o assunto, o país foi dividido em áreas considerando a fome e as carências nutricionais, revelando-as como fruto de interações entre natureza, cultura, fatores políticos e sociais. A Amazônia

e o Nordeste açucareiro foram classificados como áreas de fome endêmica, considerando que no mínimo metade da população apresentava nítidas manifestações de carências nutricionais. O Sertão nordestino foi classificado como área de fome epidêmica, uma vez que apresentava metade da população com manifestações nutricionais transitórias. Por fim, o Centro-Oeste e o Extremo Sul foram classificados como áreas de subnutrição ou de fome oculta, considerando ser uma região em que os desequilíbrios e as carências alimentares, discretas ou não, atingiam grupos reduzidos da população. Nas mesmas cinco áreas supracitadas Josué de Castro identificou as carências de proteínas, cálcio, ferro, cloreto de sódio, iodo, vitaminas A, B1, B2, C e D e ácido nicotínico (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993; VASCONCELOS, 2008).

Diversas mudanças ocorreram desde a publicação da “Geografia da Fome” até os dias atuais. Nas últimas décadas, o Brasil passou de uma condição fundamentalmente rural para urbana. Tendo em vista a redução da mortalidade infantil e da taxa de fecundidade, a expectativa média de vida da população se elevou, invertendo a conformação da pirâmide populacional. Além disso, as disparidades de renda entre as regiões do país se agravaram, exigindo uma Vigilância Alimentar e Nutricional consistente, capaz de considerar todas essas variáveis (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993).

Nessa perspectiva, nos últimos anos, tem-se acompanhado uma significativa melhora no acesso, na resolutividade e na cobertura das ações de saúde; nas condições de saneamento básico; e no acesso aos meios de comunicação. Todos esses fatores interferem diretamente na determinação do perfil alimentar e nutricional da população (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993). Os altos índices de desnutrição energético-proteica observados no Brasil na década de 70, com números expressivos de desnutrição infantil e uma pequena parcela com excesso de peso, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, hoje não são mais comumente encontrados. Após a década de 80, verificou-se um contínuo e expressivo declínio desses índices, à exceção das populações vulneráveis e daquelas concentradas nos considerados bolsões de pobreza. Em contraponto, em ambos os sexos e principalmente na população acima de 5 anos de idade, os índices de excesso de peso apresentaram aumento progressivo, caracterizando o processo conhecido como Transição Nutricional (BRASIL, 2010).

A Transição Nutricional pode ser interpretada como um reflexo direto das transformações sociais processadas no Brasil nas últimas décadas, que resultaram diretamente em mudanças no padrão de vida e no consumo alimentar da população. O padrão alimentar do brasileiro passou de uma dieta básica, com alimentos tradicionais (como arroz, feijão e hortaliças), para uma dieta rica em gorduras, açúcares, alimentos refinados, industrializados e pobres em micronutrientes (ex. refrigerantes, biscoitos e refeições congeladas). Essas alterações, associadas à redução

dos níveis de atividade física, direcionam o país para um quadro de aumento expressivo da gordura corporal dos indivíduos (BRASIL, 2012).

O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizaram quatro importantes estudos caracterizando o estado nutricional da população brasileira no período de 1974 a 2009, sendo eles: o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) (BRASIL, 1978; ANDRADE *et al.*, 2009; BRASIL, 2009a), a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) (BRASIL, 1989), a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) (BRASIL, 2004; 2010; 2011) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (BRASIL, 2009b).

A comparação dos resultados obtidos nesses estudos revelou o declínio da taxa de prevalência da desnutrição em crianças menores de 5 anos e simultaneamente ao aumento das taxas de sobrepeso e da obesidade. Entende-se por sobrepeso a quantidade de massa corporal acima do padrão aceitável e por obesidade o acúmulo excessivo de gordura corporal (FONTANIVE *et al.*, 2007; LUCAS; FEUCHT, 2011; SILVA *et al.*, 2005). Entre os anos de 1989 e 2009, a população de crianças do sexo masculino com sobrepeso mais que dobrou, passando de 15% para 34,8%. No mesmo período, o número de obesos do sexo masculino aumentou de 4,1% para 16,6%. Preocupantemente, no sexo feminino o aumento foi ainda maior. No mesmo período, a taxa de sobrepeso passou de 11,9% para 32,0% e o número de obesos aumentou de 2,4% para 11,8% (ROMEIRO, 2006). Esses resultados corroboram alguns estudos. Balaban e Silva (2001) realizaram uma pesquisa de corte transversal com 762 estudantes (332 crianças e 430 adolescentes) de uma escola da rede privada de classe média/alta de Recife no ano de 1999 e relataram ocorrências de sobrepeso em 34,3% dos casos, sendo 14,2% de obesidade. Da mesma forma, Costa *et al.* (2006) avaliaram 10.822 crianças de 28 escolas públicas e 50 escolas privadas da cidade de Santos (São Paulo) e encontraram ocorrências totais de sobrepeso e obesidade de 15,7% e 18%, respectivamente.

Ainda se referindo aos quatro estudos desenvolvidos pelo INAN e pelo IBGE, observou-se, de forma geral, um declínio de déficit de peso na população adulta (ENDEF, POF, PNDS). Nos homens, a redução foi de 8% para 1,8%, enquanto nas mulheres foi de 11,8% para 3,6%. Já a ocorrência de excesso de peso e obesidade na população da amostra avaliada aumentou continuamente ao longo dos anos. Comparando os inquéritos realizados de 1975 a 2009, verificou-se um aumento de quase três vezes no excesso de peso no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e de quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48%) (BRASIL, 2010).

Partindo das reflexões anteriormente mencionadas, verifica-se que a desnutrição nos primeiros anos de vida em populações de menor renda e o excesso de peso e obesidade em todas as demais idades são atualmente

problemas de grande relevância para a saúde pública no Brasil. Nesse sentido, consolida-se a Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito da atenção à saúde como ferramenta fundamental na identificação de áreas geográficas e grupos populacionais de maior risco, com intuito de prever tendências e alterações nos perfis de alimentação e nutrição da população brasileira, bem como de seus fatores determinantes.

Marcos históricos e legais da Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil

Os ideais da Vigilância Alimentar e Nutricional surgiram em meados da década de 60, na 21ª Assembleia Mundial de Saúde. Na ocasião, foi recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) que as ações de vigilância epidemiológica deveriam abranger, além das doenças transmissíveis, outros problemas de saúde, incluindo aqueles relacionados à alimentação e à nutrição (COUTINHO *et al.*, 2009; DAMÉ *et al.*, 2011).

No início da década de 70, verificou-se uma crise alimentar ao nível mundial. As reservas de alimentos caíram e isso ocasionou o aumento no preço dos alimentos básicos, especialmente dos cereais. Em resposta a essa crise, três eventos internacionais foram realizados: a Conferência Mundial de Alimentação, em 1974, proposta pela FAO; a Conferência de Alma-Ata, na União Soviética, em 1978, promovida pela OMS; e a proposta de uma Revolução pela Sobrevivência e pelo Desenvolvimento da Criança, em 1983, patrocinada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993). Na FAO, os governos se comprometeram a assegurar à população, com ênfase nos grupos de risco, o acesso aos alimentos. Na Alma-Ata foram propostas metas e estratégias com vistas ao atendimento universal das necessidades de saúde das populações, bem como a extensão de cobertura das ações básicas de saúde. Finalmente, a proposta do UNICEF almejou, além da redução da mortalidade infantil, o alcance de condições adequadas de desenvolvimento biológico e social para as crianças (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993).

Em 1972, foi criado no Brasil o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) – autarquia vinculada ao Ministério da Saúde – pela Lei nº 5829, de 30 de novembro. O órgão possuía três principais funções: i) assistir ao governo na formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição; ii) elaborar e propor ao presidente da República o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, promovendo sua implementação, sua execução, sua supervisão e sua fiscalização; iii) e funcionar como órgão central das atividades de alimentação e nutrição no país (SILVA, 1995).

Quatro meses após a sua criação, o INAN propôs o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN). O programa, constituído por 12 subprogramas que abrangiam os grupos biologicamente vulneráveis – gestantes nutrizes e crianças menores de 7 anos de idade (SILVA, 1995; JAIME *et al.*, 2011) –, vigorou de 1972 a 1974, sendo interrompido devido às transgressões normativas e operativas constatadas por auditorias realizadas no Instituto (SILVA, 1995).

Em 1974, na Conferência Mundial de Alimentação (CMA), surgiu o conceito de Vigilância Alimentar e Nutricional. A VAN teve suas origens embasadas no conceito de vigilância das doenças, propondo-se a: i) acompanhar a nutrição, com vistas a avaliar os programas nutricionais implementados; ii) prever as situações de agravamento do estado nutricional da população; iii) e, conseqüentemente, sugerir estratégias e ferramentas voltadas ao restabelecimento da melhoria das condições nutricionais. Na CMA também foi explicitada a necessidade de um sistema de informação de vigilância alimentar e nutricional ao nível mundial, com vistas à coleta, ao processamento e à análise de informações continuadas acerca do estado nutricional das populações, de modo a embasar as políticas de alimentação e nutrição (MASON; MITCHELL, 1983; PEREIRA; CASTRO, 1993; COUTINHO *et al.*, 2009).

Em fevereiro de 1976, através do Decreto 77.116, foi aprovado o II PRONAN, com ênfase na vulnerabilidade social e biológica da população da região Nordeste do país, considerando a elevada prevalência de desvios nutricionais. Apostava-se na suplementação alimentar; no amparo ao pequeno produtor rural; na alimentação do trabalhador; no combate às carências específicas; e na capacitação de recursos humanos. Para alcançar tais objetivos, o II PRONAN foi estruturado em subprogramas (PEREIRA; CASTRO, 1993; CASTRO, 1995; SILVA, 1995; BURLANDY, 2009). Vale destacar que, ainda nessa década, o INAN formulou algumas propostas para viabilização do SISVAN, as quais, apesar de serem tecnicamente consistentes, não foram implementadas (CASTRO, 1995).

Entre 1983 e 1984, o INAN, em parceria com a Fundação Instituto de Planejamento, com a Universidade Federal de Pernambuco e com a Fundação Joaquim Nabuco, desenvolveu projetos experimentais para o SISVAN na região do Vale do Piancó (Paraíba) e na Região Metropolitana de Recife. Esses projetos almejavam: i) acompanhar os casos de desnutrição na linha temporal nas áreas de interesse; ii) promover o aleitamento materno e a suplementação alimentar dos grupos-alvo da população; iii) e adotar o método de Gomez como padrão para classificação antropométrica (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000; SANTANA; SANTOS, 2004). Em 1985, frente à interrupção de aporte financeiro pelo INAN, os projetos findaram ainda na fase experimental sem quaisquer desdobramentos (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993; CASTRO,

1995). Vale destacar que outros projetos experimentais também foram implementados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará, contudo, nenhum teve êxito (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993; SANTANA; SANTOS, 2004; DAMÉ *et al.*, 2011).

Fica evidente que as experiências anteriores representaram um exercício mais indicativo do que conclusivo, considerando o caráter frágil e precoce dos referidos projetos. Tais iniciativas transitaram em um pano de fundo caracterizado por uma insuficiente sustentação política, considerando o desconhecimento e/ou até mesmo a negação da importância do SISVAN junto às políticas de saúde no país, pelas autoridades competentes. Ainda nesse sentido, quatro outros fatores foram fundamentais para o fracasso de tais projetos: i) a falta de padronização dos projetos implantados; ii) a baixa área de cobertura (geográfica e populacional) dos estudos; iii) a escolha de um público-alvo bastante generalista, desconsiderando particularidades relevantes (ex. anemias, hipovitaminose A, bócio, preço da cesta básica de alimentos); iv) e a deficiência na análise e na interpretação dos dados compilados, com o não aproveitamento dos resultados para elaboração de políticas públicas (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993).

Em 1990, a publicação da Portaria nº 1156 (BRASIL, 1990a) e da Lei 8080 (BRASIL, 1990b) fortaleceu a implantação do SISVAN no Brasil ao nível nacional (COUTINHO *et al.*, 2009; DAMÉ *et al.*, 2011; ENES *et al.*, 2014). Ressalta-se a relevância do Capítulo I, Artigo 6, inciso IV da Lei 8080, que recomenda a implantação da Vigilância Nutricional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no país. O INAN reconhecia que as ações da VAN não eram executadas efetivamente pelos municípios, motivo pelo qual adotou, em 1993, a proposta de vinculação do SISVAN ao programa assistencial “Leite é saúde”, substituído em 1998 pelo Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), de forma a atribuir maior visibilidade ao SISVAN. Contudo, contrariando as expectativas do INAN, o SISVAN se resumiu apenas a um instrumento de triagem, não potencializando as ações da VAN no país (BRASIL, 2001; 2004a; 2004b; COUTINHO *et al.*, 2009; DAMÉ *et al.*, 2011; ENES *et al.*, 2014).

Vale destacar que, em 1997, apesar das tentativas para fortalecer as ações e os programas do INAN, ele foi extinto, sendo os seus programas coordenados pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) na Secretaria de Políticas de Saúde no Ministério da Saúde. Após a extinção da ATAN, os referidos programas passaram a integrar o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, recebendo o nome de Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Em 1998, devido à necessidade de elaboração de políticas públicas na área de alimentação e nutrição, atrelada à extinção do INAN, o Ministério da Saúde deu início a um processo de articulação com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, gestores do

SUS, sociedade civil e especialistas no assunto, com vistas à elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Em 10 de junho de 1999, a PNAN foi aprovada por meio da Portaria nº 710 (BRASIL, 1999), reforçando o compromisso do Ministério da Saúde com a erradicação dos malefícios causados pela falta de alimentos e pela pobreza e demonstrando comprometimento com a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira (BRASIL, 2012; LEMOS; MOREIRA, 2013). Em 2012, a PNAN foi atualizada, apresentando como diretrizes em sua nova versão: i) a organização da atenção nutricional; ii) a promoção da alimentação adequada e saudável; iii) a gestão das ações de alimentação e nutrição; iv) a participação e o controle social; v) a qualificação da força de trabalho; vi) o controle e a regulação dos alimentos; vii) a pesquisa, a inovação e o conhecimento em alimentação e nutrição; viii) a cooperação e a articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional e a VAN; ix) e a Vigilância Alimentar e Nutricional (BATISTA-FILHO; RISSIN, 2003; ARAUJO, 2012; BRASIL, 2012).

A Vigilância Alimentar e Nutricional – terceira diretriz da PNAN – constituiu-se como elemento central do monitoramento da situação alimentar e nutricional da população em todo o país. Nesse contexto, o SISVAN se tornou ferramenta fundamental, objetivando a coleta, a transmissão, a análise e a interpretação dos dados sobre as condições nutricionais da população, com vistas a contribuir para o conhecimento das tendências e causas correlatas e para a identificação das áreas geográficas, dos grupos populacionais e dos segmentos sociais de maior risco para os distúrbios nutricionais. Nessa perspectiva, as informações do SISVAN, geradas na atenção básica à saúde, especialmente pelas Equipes de Saúde da Família, deveriam ser utilizadas para fornecer subsídios para avaliação, monitoramento e aperfeiçoamento das políticas públicas em vigor (RECINE; VASCONCELOS, 2011; FERREIRA *et al.*, 2013).

Dessa forma, no início do ano 2000, o Estado de São Paulo desenvolveu, através do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, um sistema de vigilância nutricional denominado SISVAN-SP. Ele seria destinado à coleta, ao processamento e a análise das informações do estado nutricional de crianças menores de 5 anos de idade. Entretanto, não houve adesão maciça dos municípios à proposta. Nos que aderiram ao SISVAN-SP, o repasse das informações era realizado de forma descontínua. Muitos foram os relatos de dificuldades dos profissionais na pesagem das crianças, no registro dos dados e na administração simultânea de múltiplos sistemas do Ministério da Saúde (VENANCIO *et al.*, 2007).

Ainda em 2000, foi realizado o I Encontro de Coordenadores Estaduais e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição. Foi destacada a urgente necessidade de informatização e uniformização do SISVAN no país. Em resposta a essa demanda, a Coordenação-Geral

da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) confeccionou um diagnóstico da situação da Vigilância Alimentar e Nutricional no país no qual foram identificadas as seguintes limitações: i) a descontinuidade do envio de dados; ii) a baixa cobertura do sistema; iii) a duplicidade no lançamento das informações; iv) e a falta de integração entre os sistemas de saúde existentes (COUTINHO *et al.*, 2009).

Em 2001, o SISVAN foi reestruturado pelo Ministério da Saúde e vinculado ao programa Bolsa Alimentação. Tratava-se de um programa de transferência de renda com condicionalidades do governo federal de combate à fome, à desnutrição e à mortalidade infantil em famílias pobres do país. Esse programa foi criado em substituição ao PICCN e se propôs a fazer a vigilância nutricional de gestantes e crianças. Os beneficiários tinham acesso a diferentes serviços, tais como: i) consulta pré-natal; ii) vacinação; iii) registro dos dados de peso dos bebês; iv) estímulo ao desenvolvimento físico e psicológico das crianças; v) e o recebimento de orientações sobre os cuidados com a alimentação e a nutrição. Os dados referentes à alimentação e à nutrição eram registrados em sua integralidade no SISVAN (ROMEIRO, 2006).

Visando superar as limitações encontradas, a CGPAN e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) iniciaram o processo de informatização do SISVAN, em colaboração com diferentes departamentos do Ministério da Saúde. Esse processo culminou com a criação, em 2003, do SISVAN módulo municipal (FERREIRA *et al.*, 2013). O plano estratégico para implantação do sistema pressupunha: i) pactuação nas instâncias de gestão do SUS; ii) capacitação de recursos humanos; iii) elaboração e distribuição de materiais de apoio (normas técnicas, álbuns seriados, manual do sistema e cartazes distribuídos aos profissionais de saúde e instituições afins); iv) realização de testes-pilotos; v) e aquisição e distribuição para todo o território nacional de equipamentos antropométricos (balanças e estadiômetros), com vistas à realização do diagnóstico nutricional efetivo da população atendida (ROMEIRO, 2006).

Em 2004, visando unificar os diferentes programas federais de transferência de renda (Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Cartão Alimentação e Auxílio Gás), a Lei nº 10.836 criou o programa Bolsa Família (PBF), com vistas a reduzir o déficit nutricional e a mortalidade infantil entre as famílias de carência no Brasil. O recebimento do recurso pelos beneficiários estava vinculado ao cumprimento de condicionalidades pré-definidas, entre as quais as da saúde eram registradas em um módulo criado exclusivamente para esse fim – o SISVAN módulo de gestão (ROMEIRO, 2006; VENANCIO *et al.*, 2007; COUTINHO *et al.*, 2009; LEMOS; MOREIRA, 2013). Apesar da morosidade do DATASUS na finalização e na entrega do módulo de gestão e na geração dos arquivos com o banco de dados dos municípios que alimentavam o sistema, essa nova tentativa estimulou os gestores municipais a utilizarem o sistema com regularidade (ROMEIRO, 2006).

Em dezembro de 2007, com vistas ao aprimoramento do SISVAN, o SISVAN módulo municipal foi substituído pelo SISVAN Web – sistema on-line de registro do estado nutricional e do consumo alimentar da população atendida na atenção básica à saúde dos municípios, com interface para captura de dados junto ao programa Bolsa Família (ENES *et al.*, 2014). A versão SISVAN Web apresentou como vantagens em relação ao SISVAN módulo municipal: i) a apresentação de uma interface mais fácil para o usuário; ii) a possibilidade de desagregação da informação até os estabelecimentos de saúde; iii) a incorporação das curvas de crescimento da OMS 2006 e 2007 para a avaliação nutricional de crianças e adolescentes; iv) e a rapidez na consolidação das informações. Mais do que isso, essa nova versão possibilitou o registro do consumo alimentar em todas as fases do curso da vida (recém-nascidos, crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos), contribuindo de forma efetiva para o conhecimento da situação alimentar e nutricional da população, sendo essencial no delineamento das orientações de atenção à saúde para a população atendida. Porém, estudos avaliando essa implantação foram realizados em 2010 e evidenciaram baixa cobertura das ações (COUTINHO *et al.*, 2009; FERREIRA *et al.*, 2013; ENES *et al.*, 2014; JUNG *et al.*, 2014).

Em resposta à necessidade da utilização do SISVAN na atenção básica à saúde, foram criados, em janeiro de 2008, pela Portaria nº 154, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídas por equipes multidisciplinares. Nesse contexto, o nutricionista é ator fundamental, na medida em que qualifica a atividade da equipe nas ações nutricionais, desde o diagnóstico da situação alimentar e nutricional do território até o atendimento nutricional individual nos casos que assim necessitem (BRASIL, 2008a; JAIME *et al.*, 2011).

Com vistas ao fortalecimento da VAN no Brasil, adotou-se o conceito de VAN ampliada, que utiliza a combinação de algumas estratégias advindas da vigilância epidemiológica (ex. sistemas de informação, inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, produção científica com destaque para a vigilância nos serviços de saúde) associadas às informações provenientes do exercício da VAN na rotina do serviço de saúde (BRASIL, 2009a; COUTINHO *et al.*, 2009; BRASIL, 2015a). Com o fortalecimento das ações de VAN no país, os registros de consumo alimentar passaram de 192.008, em 2008, para 571.308, em 2013 (BRASIL, 2015b).

Contudo, para se alcançar a realização efetiva da VAN ampliada no país, será necessário superar alguns desafios, considerando-se a necessidade de conferir aos municípios papel singular e único, uma vez que as ações de vigilância nutricional acontecem nessa instância.

Inicialmente, é importante dissociar a Vigilância Alimentar e Nutricional do caráter unicamente investigativo, ampliando sua execução para além da implantação de sistema de informação, de forma a garantir a eficácia do acompanhamento da saúde populacional e a organização

da atenção nutricional no país em concordância com as especificidades de cada microrregião brasileira (BRASIL, 2015a). Mais do que a alimentação do SISVAN com os dados gerados na Atenção Básica, fazem-se necessárias a apropriação e a reflexão crítica de tais informações, em tempo hábil, pelos gestores do SUS, reconhecendo e utilizando a VAN como elemento partícipe da Atenção Integral à Saúde no embasamento dos processos decisórios na área de alimentação e nutrição.

Em um segundo momento, há de se considerar alguns fatores intrínsecos ao funcionamento do SISVAN Web, que, em diferentes graus, dificultam a realização das atividades da VAN no país, destacando-se: i) a elevada rotatividade dos profissionais de saúde que operam o sistema; ii) o excesso de ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde atuantes na atenção básica, atrelado aos diversos sistemas de informação que devem ser alimentados; iii) as limitações referentes a espaço físico e materiais de consumo e equipamentos para o desenvolvimento das atividades; iv) a ausência de obrigatoriedade do registro de dados no sistema da população advinda de demanda espontânea, priorizando o registro de dados da população pertencente ao PBF; v) e algumas limitações estruturais dos formulários adotados para a coleta de dados (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2015a)

A curto e médio prazo, a rotatividade dos profissionais de saúde que operam o sistema representa um importante desafio a ser superado. Trata-se de uma fonte geradora de déficit de profissionais e gestores qualificados para as atividades a serem desenvolvidas, com competências e habilidades que extrapolam o conhecimento acadêmico, oriundo da prática clínica.

O excesso de ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde atuantes na atenção básica, atrelado aos diversos sistemas de informação que devem ser alimentados, traduz-se em um importante dificultador, sobrecarregando o corpo técnico responsável e exigindo grandes esforços dos municípios para sua manutenção. A atenção básica deve atuar como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e se orientar pelos princípios do SUS (BRASIL, 2011a). Além disso, faz-se necessária – considerando a grande rotatividade desses profissionais, a complexidade dos sistemas adotados e a redundância de atividades –, a existência de uma equipe frequentemente submetida a capacitações, inclusive no que tange às habilidades e competências em informática. E, infelizmente, essa necessidade está longe de ser atendida.

O Ministério da Saúde preconiza que a coleta e a avaliação dos dados antropométricos e do consumo alimentar da população em todas as fases do curso da vida sejam realizadas junto às atividades da Atenção Básica à Saúde. Para isso, é necessária, além dos profissionais aptos a tal atividade, a existência de um local apropriado para a realização dessas ações e de equipamentos adequados (balanças, antropômetros e fita métrica), em quantidade suficiente e em bom estado de conservação.

Não se pode desconsiderar a necessidade de materiais de apoio que incluam computadores, cadernetas de acompanhamento da saúde e formulários de avaliação impressos. Contudo, infelizmente, essa não é uma realidade comum na grande maioria dos municípios, dificultando e/ou até mesmo inviabilizando a realização de tais atividades (BRASIL, 2008b, 2015a).

Finalmente, acreditamos que a estruturação atual dos formulários adotados pelo SISVAN precisa ser aprimorada, de forma a permitir desdobramentos práticos a partir das análises realizadas. Dentre muitas fragilidades a serem repensadas, destaca-se o formulário de marcadores de consumo alimentar de crianças < 6 meses de idade, que não permite avaliar a inserção de alimentos considerados de risco, como o mel; e, quanto ao formulário para a população adulta, apesar de possibilitar a predição de tendências, ele não permite avaliar a adequação entre o consumo e a recomendação nutricional, uma vez que não quantifica os alimentos ingeridos pelos entrevistados e, quando aplicado uma única vez, não reflete o consumo habitual (IOM, 2000; BRASIL, 2008c; COELHO *et al.*, 2015).

Apesar de todas as fragilidades apontadas, destaca-se a singularidade da VAN, que, em sua concepção original, contempla a necessidade de uma avaliação continuada do perfil alimentar e nutricional da população e de seus fatores determinantes na linha temporal, a fim de ampliar a atitude de vigilância e fornecer subsídios para as decisões políticas na área, bem como auxiliar no planejamento, no monitoramento e no gerenciamento das ações locais de atenção nutricional. Nesse sentido, destaca-se a demanda de profissionais com senso crítico e capacidade de reflexão e síntese que sejam capacitados para transformar os dados brutos disponibilizados pelo SISVAN em reais e factíveis melhorias para a população brasileira, efetivando e fortalecendo, desse modo, os princípios norteadores do SUS.

CONCLUSÃO

Considerando a alimentação e a nutrição como fatores condicionantes e determinantes da saúde e como requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, consolida-se a Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta capaz de predizer tendências da condição de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Para isso, essa estratégia utiliza o SISVAN de forma a auxiliar no planejamento das ações ao nível local, bem como direcionar a construção e o delineamento das políticas públicas no país. Contudo, vislumbramos ainda um longo caminho, no qual será necessária a superação de diferentes obstáculos, de forma a permitir o uso e o apoderamento reflexivo e prático das informações acumuladas na linha temporal, subsidiando a melhoria no planejamento das ações referentes à alimentação e à nutrição da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, D.E.G. et al. Histórico das bases brasileiras de informações sobre alimentação e nutrição no contexto interno e externo da segurança alimentar e nutricional. **Revista Simbio-Logias**, São Paulo, v.2, n. 1, maio 2009.
- ARAUJO, D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol Ser Saúde**, Brasília, v. 21, n. 6, p. 533-538, out./dez. 2012.
- ARRUDA, B.K.G; ARRUDA, I.K.G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v.7, n.3, p. 319-326, jul./set. 2007.
- BALABAN, G.; SILVA, G.A.P. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n.2, mar./abr. 2001.
- BATISTA-FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-191, jan./fev. 2003.
- BATISTA-FILHO, M.; RISSIN, A. Vigilância Alimentar e Nutricional: Antecedentes, Objetivos e Modalidades. A VAN no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 99-105, jan./mar. 1993.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **37/2008: Informe técnico Botulismo Intestinal**. [S.l.:s.n.], 2008c. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/alimentos/informes/37_280708.htm. Acesso em: 23 ago. 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003**: primeiros resultados. Brasil e grandes regiões. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 270p.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. **Estudo Nacional da despesa Familiar – ENDEF**: dados preliminares. Rio de Janeiro, v. 1, 1978.
- BRASIL. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**: resultados preliminares. Brasília: [s.n.], 1989. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/boletimSisvan/pnsn.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de vigilância alimentar e nutricional**: Brasil 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a, 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 Set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde**: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b, 51 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a, 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b, 33 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 300 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 83 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154 de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, 24 jan. 2008a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 04 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488 de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. Brasília, 21 out. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 24 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990**. Institui, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 31 Ago. 1990a. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_sisvan.pdf. Acesso em: 04 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 710**, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União. Brasília, 11 de Jun. 1999. Disponível em: http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/segurancaalimentar/portarias/1999/Portaria,P20no,P20710-,P20de,P2010,P20de,P20junho,P20de,P201999.pdf.pagespeed.ce.wl1J_xSaVQ.pdf. Acesso em: 10 Mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Combate às Carências Nutricionais - PCCN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**: Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 122p.

- BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal do governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.14, n.3, p.851-860, maio/jun. 2009.
- CASTRO, I.R.R. **Vigilância Alimentar e Nutricional: Limitações e interfaces com a rede de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 108p.
- COELHO, L.C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.20, n.3, p.727-738, 2015.
- COSTA, R.F.; CINTRA, I.P.; FISBERG, M. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de cidade de Santos, SP. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, [S.l.], v. 50, n.1, fev. 2006.
- COUTINHO, J.G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol.**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 688-699, dez. 2009.
- DAMÉ, P.K.V. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2155-2165, nov. 2011.
- ENES, C.C.; LOIOLA, H.; OLIVEIRA, M.R.M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.19, n.5, p.1543-1551, maio 2014.
- FERREIRA, C.S.; CHERCHIGLIA, M.L.; CÉSAR, C.C. O sistema de vigilância alimentar e nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v.13, n.2, p. 167-177, abr./jun. 2013.
- FONTANIVE, R.; PAULA, T.P.; PERES, W.A.F. Avaliação da composição corporal de adultos. In: DUARTE, A.C.G. **Avaliação Nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 6, p. 41-63.
- FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Bol Sanit Panam**, [S.l.], v. 111, n. 6, p. 485-496, dez. 1991.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment**. Washington (DC): National Academy Press; 2000. Disponível em: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9956. Acesso em: 21 ago. 2015.
- JAIME, P.C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev Nutr**, Campinas, v.24, n.6, p. 809-824, nov./dez. 2011.
- JUNG, N.M.; BAIRROS, F.S.; NEUTZLING, M.B. Utilização e cobertura do sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.19, n.5, p. 1379-1388, maio 2014.
- LEMOS, J.O.; MOREIRA, P.V.L. Políticas e Programas de Alimentação e Nutrição: um passeio pela história. **Rev Bras Saúde**, [S.l.], v.17, n.4, p.377-386, 2013.
- LUCAS, B.L.; FEUCHT, S.A.; Nutrição na infância. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. v. 1, cap. 7, p. 222-245.
- MASON, J.B; MITCHELL, J. Nutritional Surveillance. **Bull World Health Org**, [S.l.], v. 61, n.5, p.745-755, 1983.
- OLIVEIRA, R.C. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. **Rev Min Saúde Pub.**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 16-23, Jul./Dez. 2004.
- PEREIRA, S.G.; CASTRO, I.R.R. Considerações Sobre o Plano de Combate à Fome e a Miséria. **Cad Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.106-113, jan./mar. 1993.
- RECINE, E.; VASCONCELLOS, A.B. Políticas nacionais e o campo de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva; cenário atual. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 16, n.1, p.73-79, jan. 2011.
- ROMEIRO, A.A.F. **Avaliação da implantação do sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN, no Brasil**. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- SANTANA, L.A.A; SANTOS, S.M.C. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa leite é saúde: avaliação em municípios baianos. **Rev Nutr**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 282-290, jul./set. 2004.
- SIGULEM, D.M.; DEVINCENZI, M.U.; LESSA, A.C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**, [S.l.], v.76, n.3, p.275-284, maio/jun. 2000.
- SILVA, A.C. De Vargas a Itamar: Políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 23, p. 87-107, jan./abr. 1995.
- SILVA, G.A.P.; BALABAN, G.; MOTTA, M.E.F. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v. 5, n. 1, p. 53-59, jan./mar., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n1/a07v05n1.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2014.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p.
- VASCONCELOS, F.A.G. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p.2710-2717, nov. 2008.
- VENÂNCIO, S.I. et al. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v.7, n.2, p. 213-220, abr./jun. 2007.

Recebido em 11-FEV-2016

Aceito em 21-ABR-2016