

Artigo original

Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Monitoring of nutritional status of users from Basic Health Units in the State of São Paulo by means of the Food and Nutritional Surveillance System (SISVAN)

Africa Isabel de la Cruz Perez¹, Thiago Zillesg de Oliveira^{II}, Marco Antonio de Moraes¹, Mirian Matsura ShirassuMs I, Adriana Bouças Ribeiro¹, Sonia Coria¹

¹Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CVE/SES-SP). ^{II}Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/EPM), São Paulo – Brasil.

RESUMO

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), criado e implantado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)/MS, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), possibilita realizar o diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional da população brasileira, contribuindo para o conhecimento da natureza e magnitude dos problemas de nutrição, identificando também as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais acometidos de maior risco aos agravos nutricionais. Este estudo tem como objetivo verificar o estado nutricional de usuários cadastrados nas Unidades Básicas, por Departamento Regional de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, utilizando o SISVAN. O levantamento corresponde aos dados do ano de 2010, sendo que o número de registros em relação ao total da população no referido ano foi de 3%. O DRS do estado de São Paulo com maior número de pessoas cadastradas foi o DRS12 – Registro, e o de menor número foi o DRS1 – Região Metropolitana da Grande São Paulo. A proporção de crianças com muito baixo peso oscilou em torno de 1%, entretanto, a quantidade de crianças com peso elevado variou, percentualmente, entre 6,7 e 10,1%, sendo a média de 8,7% (DP $\pm 1,9$). Do total de adolescentes registrados, em média, 2,8% apresentavam magreza/magreza acentuada, 72,9% eram eutróficos, porém, o percentual de adolescentes que estavam acima do peso atingiu 24,3%. Entre os adultos registrados no SISVAN, 3,2% apresentavam baixo peso, 39,8% eram eutróficos e 57% apresentavam peso acima do esperado, sendo que destes, 31,3% apresentaram sobrepeso e 26,1% (DP $\pm 1,63$) foram classificados como obesos. Entre os idosos, apenas 34,2% encontravam-se em eutrofia; entretanto, 10,9% apresentaram baixo peso e 55,9% (DP $\pm 4,80$) estavam acima do peso. Apesar do baixo índice de registros no SISVAN, esses resultados são consonantes com outros estudos brasileiros, apontando uma situação preocupante quanto ao estado nutricional: proporção elevada de pessoas com peso acima do esperado em todas as faixas etárias. O SISVAN constitui instrumento importante para subsidiar as estratégias de promoção e de prevenção em saúde nas diferentes esferas de gestão. Ampliar sua utilização apoiará o aumento da resolubilidade de ações que evitam o agravamento de situações mórbidas que demandam atenção de maior complexidade.

PALAVRAS-CHAVE: Estado nutricional. Monitoramento. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Obesidade.

ABSTRACT

The Nutrition Surveillance System (SISVAN), created and implanted by the General Nutrition Coordination (CGAN/MS), according to the guidelines of the National Nutrition Policy (PNAN), allows the performance of diagnosis and follow up of the nutritional situation of the Brazilian population, contributing to the knowledge of the nature and the dimension of nutritional problems, and contributes, as well, for the identification of the geographical areas, social segments and population groups in higher risk for nutritional hazards. This study is designed to verify the nutritional status of the clientele registered in Basic Health Unities, per Regional Health Department (DRS) of the State of São Paulo, employing the SISVAN. The survey comprises data from 2010, and the number of registers in relation to the total of the population, for that year, was 3%. The DRS of the State of São Paulo with the higher number of registered people was DRS12 – Registro, and the one with the lowest number was DRS1- Metropolitan Region of Greater São Paulo. The proportion of seriously underweight children varied in circa 1%, nevertheless the amount of children with higher weight varied, in percentage, around 6,7 and 10,1% with an average of 8,7% (DP $\pm 1,9$). From the total of registered adolescents, in average, 2,8% presented thinness/pronounced thinness; 72,9% were euthropic, but the percentage of overweight adolescents reached 24,3%. Among the adults registered at the SISVAN, 3,2% were underweight, 39,8% were euthropic and 57% were overweight; among the latter, 31,3% were overweight and 26,1% (DP $\pm 1,63$) were obese. Among the elderly, only 34,2% were euthropic, 10,9% were underweight and 55,9% (DP $\pm 4,80$) were overweight. Despite the low rates of register at SIVAN, these results comply to other Brazilian studies, showing a concerning situation regarding nutritional status: the high proportion of overweight people in all age brackets. The SIVAN is an important tool to subsidize the strategies designed for promotion and prevention in health in the different managerial levels. A better use of this tool will support the resolution of actions designed to avoid the worsening of morbid situations that will demand more complex actions.

KEYWORDS: Nutritional status. Monitoring. Nutritional Surveillance System. Obesity.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), atribuição do Sistema Único de Saúde, foi criado e implantado pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), que se relaciona, na estrutura orgânica do Ministério da Saúde, ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde. Tem como principal missão implementar ações de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com vistas à garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira.^{1,2}

O SISVAN tem como objetivo realizar o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para o conhecimento da natureza e magnitude dos problemas de nutrição, identificando também as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais acometidos de maior risco aos agravos nutricionais. Tal sistema possibilita acompanhar de maneira contínua as tendências das condições nutricionais, visando ao planejamento e à avaliação de políticas, programas e intervenções. Além disso, é um instrumento que permite compreender a dimensão do estado nutricional que compõe a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).^{2,3}

A coleta contínua dos dados antropométricos, assim como o processamento e a análise dos dados de uma população, possibilita um diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais, e também os fatores de sua determinação.

A vigilância nutricional é uma ferramenta importante para a prevenção e controle dos

diversos agravos nutricionais que afetam a população, dentre eles a obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes e a hipertensão arterial.⁴

Nesse sentido, o SISVAN, com o objetivo peculiar de “atitude de vigilância” e olhar diferenciado para cada indivíduo, grupo, fase da vida, permite o registro informatizado de elementos que subsidiam as programações locais e as instâncias superiores, repensando a prática do serviço de saúde, qualificando a assistência prestada às pessoas que diariamente estão à procura de atendimento.^{5,6}

Por atender à clientela assistida pelo SUS, em qualquer fase do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, idoso e gestante) realizou-se o presente estudo, com o objetivo de verificar o estado nutricional dos usuários de Unidades Básicas no Estado de São Paulo, cadastrados no SISVAN.

MÉTODOS

A fonte de dados utilizada foi o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do estado de São Paulo e contempla todas as fases do ciclo de vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo é constituída por 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS, atendendo ao Decreto Estadual nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, responsáveis por coordenar regionalmente as atividades da pasta e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil (Figura 1).



Figura 1. Distribuição administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo segundo Departamentos Regionais de Saúde

A seleção de dados referente à população residente no estado de São Paulo, por faixa etária, por Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo, foi obtida do Departamento de Informática do SUS (Datasis), na seção sobre Assistência à Saúde da população, consistindo em informações demográficas e socioeconômicas sobre a população residente do último censo realizado em 2010.

Os critérios empregados para sistematizar a avaliação do estado nutricional da população cadastrada são os utilizados nos protocolos do SISVAN, fundamentados na nova lógica da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde.^{6,7} Trata-se de material elaborado coletivamente pelo Grupo de Trabalho do SISVAN, estabelecido pela Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição,

em parceria com as Coordenações Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição.

Para a classificação das faixas etárias, utilizaram-se os critérios:⁶

- Criança: menor de 10 anos de idade, com diferentes parâmetros e orientações por faixas etárias.
- Adolescente: maior ou igual a 10 anos e menor que 20 anos de idade;
- Adulto: maior ou igual a 20 anos e menor que 60 anos de idade;
- Idoso: maior ou igual a 60 anos de idade.
- Já para classificar o estado nutricional, adotaram-se os seguintes critérios, segundo os índices antropométricos (Quadros 1, 2, 3 e 4):

Quadro 1. Classificação do Estado Nutricional segundo parâmetros atribuídos para crianças de 0-10 anos

Valores críticos		Crianças de 0 a 5 anos incompletos				Crianças de 5 a 10 anos incompletos		
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< escore Z -3	Muito baixo peso para idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade	Muito baixo peso para idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ escore Z -3 e < escore Z -2	Baixo peso para idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para idade	Baixo peso para idade	Magreza	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ escore Z -2 e < escore Z -1	Peso adequado para idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para idade	Peso adequado para idade	Eutrofia	Estatura adequada para idade
≥ Percentil 15 e < Percentil 85	≥ escore Z -1 e ≤ escore Z +1							
> Percentil 85 e < Percentil 97	> escore Z +1 e ≤ escore Z +2	Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso				
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> escore Z +2 e ≤ escore Z +3	Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade				
> Percentil 99,9	> escore Z +3	Peso elevado para idade	Obesidade	Obesidade	Peso elevado para idade	Obesidade grave		

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN: na assistência à saúde, 2008

Quadro 2. Classificação do Estado Nutricional segundo parâmetros atribuídos para adolescentes

Valores críticos		Índices antropométricos para adolescentes	
		IMC para idade	Estatura para idade
< percentil 0,1	< escore Z -3	Magreza acentuada ¹	Muito baixa estatura para idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ escore Z -3 e < escore Z -2	Magreza	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ escore Z -2 e < escore Z -1	Eutrofia	Estatura adequada para idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ escore Z -1 e ≤ escore +1		
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> escore Z +1 e ≤ escore Z +2	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99	> escore Z +2 e ≤ escore Z +3	Obesidade	
> Percentil 99	> escore Z +3	Obesidade grave	

Fonte: Adaptado da Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre evaluación del crecimiento del niño. Versión 1 - Noviembre. Ginebra, OMS, 2006

Quadro 3. Classificação do Estado Nutricional segundo parâmetros atribuídos para adultos entre 20 e 60 anos

Índice antropométrico	Pontos de corte (kg/m ²)	Classificação do estado nutricional
IMC	<18,5	Baixo peso
	≥18,5 e <25	Eutrófico
	≥25 e <30	Sobrepeso
	>30	Obesidade

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN: na assistência à saúde, 2008

Quadro 4. Classificação do Estado Nutricional segundo parâmetros atribuídos para idosos acima de 60 anos

Índice antropométrico	Pontos de corte (kg/m ²)	Classificação do estado nutricional
IMC	<22	Baixo peso
	≥22 e <27	Eutrófico
	≥27	Obesidade

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN: na assistência à saúde, 2008

RESULTADOS

A população total do estado de São Paulo em 2010 era superior a 41 milhões de habitantes, quase metade concentrada na Região Metropolitana da Grande São Paulo – RMGSP, composta por 39 municípios. A proporção de registros no SISVAN em relação ao total da população foi menor do que 3%. O DRS com maior proporção de pessoas cadastradas foi o de Registro e o com menor proporção foi o da RMGSP (Tabela 1).

O DRS que apresenta maior proporção de registros entre crianças de 0 a 10 anos foi o de São José do Rio Preto (20,3%) e aquele com menor proporção foi o da Grande São Paulo, com 3,9% (Tabela 2).

Observou-se que a proporção de crianças com muito baixo peso oscilou em torno de 1%; entretanto a proporção de crianças com peso elevado variou entre 6,7 e 10,1%, sendo a média de 8,7% (DP ±1,09) (Tabela 3).

Verificou-se que, proporcionalmente, o DRS com maior número de registros entre os adolescentes foi o do município de Registro, com 10,1%, e o DRS com menor número foi o da Grande São Paulo, com 1,58% (Tabela 2).

Observou-se que, do percentual de adolescentes registrados, em média, 2,8% apresentavam magreza/magreza acentuada e 72,9% eram eutróficos. Entretanto, o percentual de adolescentes registrados que estavam acima do peso chegava a 24,3% (Tabela 4).

Em relação aos adultos, o DRS com maior proporção de registros no SISVAN foi o do município de Registro (9,9%), e a Grande São Paulo, com menor proporção de registros no sistema (1,1%) (Tabela 2)

Entre os adultos registrados no SISVAN, 3,2% apresentavam baixo peso; 39,8% estavam eutróficos e 57% apresentavam peso acima do esperado, sendo 31,3% com sobrepeso e 25,7% classificados como obesos (Tabela 5).

Tabela 1. Distribuição total e percentual (frequência bruta e relativa) de pessoas registradas no SISVAN por DRS

DRS	Total população	Total registrados	%
Araçatuba	920.257	43.714	4,75
Araraquara	719.323	27.076	3,76
Baixada Santista	1.664.136	48.955	2,94
Barretos	411.690	20.003	4,85
Bauru	1.624.623	76.075	4,68
Campinas	4.031.920	93.020	2,31
Franca	649.807	33.096	5,09
Grande São Paulo	19.683.975	290.880	1,47
Marília	1.068.408	59.485	5,56
Piracicaba	1.412.584	57.681	4,08
Pres. Prudente	722.192	54.300	7,51
Registro	273.566	30.078	10,99
Ribeirão Preto	1.327.989	47.719	3,59
S. João da Boa Vista	1.470.348	36.127	2,45
S. José do Rio Preto	773.781	67.930	8,77
Sorocaba	2.243.016	89.711	3,99
Taubaté	2.264.594	106.358	4,69
Total	41.262.209	1.182.208	2,86

Tabela 2. Distribuição total e percentual (frequência bruta e relativa) de crianças (0 a 10 anos), adolescentes, adultos e idosos registrados no SISVAN por DRS

DRS	Crianças			Adolescentes			Adultos			Idosos		
	população	registros	%	população	registros	%	população	registros	%	população	registros	%
Araçatuba	129.008	16.257	15,10	129.297	5.029	3,88	544.542	19.489	3,58	117.410	2.939	2,50
Araraquara	96.928	11.887	12,20	98.317	3.457	3,51	424.148	11.272	2,66	99.930	460	0,46
Baixada Santista	258.471	25.109	9,70	239.700	5.255	2,19	947.820	18.277	1,93	218.145	314	0,14
Barretos	58.542	7.347	12,50	59.026	2.922	4,95	238.541	9.701	4,07	55.581	33	0,06
Bauru	240.122	30.653	12,70	235.609	10.181	4,32	938.137	34.911	3,72	210.755	330	0,16
Campinas	581.928	38.354	6,50	569.071	12.622	2,21	2.421.372	40.911	1,69	459.549	1.133	0,25
Franca	101.387	15.117	14,90	97.712	4.166	4,26	374.508	13.498	3,60	76.200	315	0,41
Grande São Paulo	3.037.443	119.371	3,90	2.834.348	44.901	1,58	11.714.478	124.470	1,06	2.097.706	2.138	0,10
Marília	150.347	21.915	14,50	151.416	7.453	4,92	613.103	27.601	4,50	153.542	2.516	1,64
Piracicaba	204.880	28.772	14,00	203.282	6.305	3,10	832.678	21.968	2,64	171.744	636	0,37
Pres. Prudente	101.998	19.507	19,10	104.359	7.432	7,12	414.951	24.917	6,00	100.884	2.444	2,42
Registro	50.011	10.198	20,30	47.279	4.780	10,10	141.901	14.080	9,92	34.375	1.020	2,97
Ribeirão Preto	193.935	19.391	9,90	190.520	7.001	3,67	783.757	20.171	2,57	159.777	1.156	0,72
S. João da Boa Vista	190.893	17.126	8,90	193.641	4.361	2,25	868.105	14.341	1,65	217.709	299	0,14
S. José do Rio Preto	108.345	31.074	28,60	111.251	7.650	6,87	450.717	28.194	6,26	103.468	1.012	0,98
Sorocaba	355.308	47.296	13,30	349.640	11.585	3,31	1.289.538	30.169	2,34	248.530	661	0,27
Taubaté	350.771	42.003	13,40	340.051	15.211	4,47	1.327.641	47.371	3,57	246.131	1.773	0,72
Total	6.210.317	501.377	8,10	5.954.519	160.311	2,69	24.325.937	501.341	2,06	4.771.436	19.179	0,40

Tabela 3. Distribuição total e percentual (frequência bruta e relativa) de crianças entre 0 e 10 anos registradas no SISVAN, segundo estado nutricional por DRS

DRS	Muito baixo peso		Baixo peso		Eutrófico ou Adequado		Peso elevado		Total
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
Araçatuba	167	1	306	1,9	14.174	87,2	1.610	9,9	16.257
Araraquara	144	1,2	301	2,5	10.452	87,9	990	8,3	11.887
Baixada Santista	280	1,1	619	2,5	21.864	87,1	2.346	9,3	25.109
Barretos	82	1,1	193	2,6	6.342	86,3	730	9,9	7.347
Bauru	283	0,9	637	2,1	27.091	88,4	2.642	8,6	30.653
Campinas	392	1	736	1,9	34.096	88,9	3.130	8,2	38.354
Franca	170	1,1	331	2,2	13.472	89,1	1.144	7,6	15.117
Grande São Paulo	1.289	1,1	2.636	2,2	104.771	87,8	10.675	8,9	119.371
Marília	210	1	415	1,9	19.147	87,4	2.143	9,8	21.915
Piracicaba	260	0,9	524	1,8	25.791	89,6	2.197	7,6	28.772
Pres. Prudente	171	0,9	341	1,7	17.031	87,3	1.964	10,1	19.507
Registro	127	1,2	284	2,8	9.104	89,3	683	6,7	10.198
Ribeirão Preto	202	1	393	2	16.884	87,1	1.912	9,9	19.391
S. João da Boa Vista	163	1	364	2,1	15.160	88,5	1.439	8,4	17.126
S. José do Rio Preto	370	1,2	613	2	26.942	86,7	3.149	10,1	31.074
Sorocaba	440	0,9	891	1,9	42.590	90	3.375	7,1	47.296
Taubaté	491	1,2	967	2,3	36.940	87,9	3.605	8,6	42.003
Total	5.241	1,1	10.551	2,1	441.851	88,1	43.734	8,7	501.377

Tabela 4. Distribuição total e percentual (frequência bruta e relativa) de adolescentes registradas no SISVAN, segundo estado nutricional por DRS

DRS	Magreza acent		Magreza		Eutrofia		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade grave		Total
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	
Araçatuba	42	0,8	69	1,4	3.447	68,5	1.042	20,7	338	6,7	91	1,8	5.029
Araraquara	38	1,1	79	2,3	2.498	72,3	551	15,9	251	7,3	40	1,2	3.457
Baixada Santista	49	0,9	104	2	3.915	74,5	804	15,3	291	5,5	92	1,8	5.255
Barretos	22	0,8	48	1,6	2.097	71,8	521	17,8	185	6,3	49	1,7	2.922
Bauru	78	0,8	167	1,6	7.378	72,5	1.720	16,9	661	6,5	177	1,7	10.181
Campinas	86	0,7	205	1,6	9.409	74,5	2.044	16,2	689	5,5	189	1,5	12.622
Franca	27	0,6	87	2,1	3.008	72,2	696	16,7	274	6,6	74	1,8	4.166
Gde. São Paulo	358	0,8	821	1,8	33.585	74,8	7.175	16	2.342	5,2	620	1,4	44.901
Marília	69	0,9	120	1,6	5.377	72,1	1.316	17,7	439	5,9	132	1,8	7.453
Piracicaba	65	1	116	1,8	4.545	72,1	1.106	17,5	397	6,3	76	1,2	6.305
Pres. Prudente	73	1	205	2,8	5.367	72,2	1.193	16,1	479	6,4	115	1,5	7.432
Registro	63	1,3	95	2	3.588	75,1	741	15,5	245	5,1	48	1	4.780
Ribeirão Preto	71	1	200	2,9	4.811	68,7	1.189	17	580	8,3	150	2,1	7.001
S. J. da Boa Vista	43	1	94	2,2	3.038	69,7	778	17,8	322	7,4	86	2	4.361
S. J. do Rio Preto	55	0,7	138	1,8	5.329	69,7	1.353	17,7	608	7,9	167	2,2	7.650
Sorocaba	76	0,7	197	1,7	8.325	71,9	2.066	17,8	772	6,7	149	1,3	11.585
Taubaté	275	1,8	232	1,5	11.128	73,2	2.524	16,6	854	5,6	198	1,3	15.211
TOTAL	1.490	0,9	2.977	1,9	116.845	72,9	26.819	16,7	9.727	6,1	2.453	1,5	160.311

Dentre os idosos, verificou-se que, proporcionalmente, o DRS com maior número de dados informados foi Registro (2,9%) e o com menor número foi Barretos (0,06%). Ressalta-se que a maioria dos DRSs tem registros inferiores a 1% em relação ao total da população (Tabela 2).

Dos idosos registrados no SISVAN, apenas 34,2% encontrava-se em eutrofia. Os com baixo peso representavam, em média, 10,9% dos idosos registrados no SISVAN. O percentual de idosos acima do peso também é preocupante, 54,9% dos registrados (Tabela 6).

Tabela 5. Distribuição total e percentual (frequência bruta e relativa) de adultos registradas no SISVAN, segundo estado nutricional por DRS

DRS	Baixo peso		Adequado eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Total registrado
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
Araçatuba	543	2,8	6.824	35	7.018	36	5.104	26,2	19.489
Araraquara	393	3,5	4.491	39,8	3.398	30,1	2.990	26,5	11.272
Baixada Santista	612	3,3	7.689	42,1	5.623	30,8	4.353	23,8	18.277
Barretos	299	3,1	4.006	41,3	2.860	29,5	2.536	26,1	9.701
Bauru	1.174	3,4	14.031	40,2	10.680	30,6	9.026	25,9	34.911
Campinas	1.182	2,9	17.314	42,3	12.432	30,4	9.983	24,4	40.911
Franca	484	3,6	5.237	38,8	4.029	29,8	3.748	27,8	13.498
Grande São Paulo	3.412	2,7	50.332	40,4	40.123	32,2	30.603	24,6	124.470
Marília	909	3,3	11.026	39,9	8.530	30,9	7.136	25,9	27.601
Piracicaba	747	3,4	8.482	38,6	6.894	31,4	5.845	26,6	21.968
Pres. Prudente	853	3,4	9.743	39,1	7.720	31	6.601	26,5	24.917
Registro	485	3,4	5.688	40,4	4.445	31,6	3.462	24,6	14.080
Ribeirão Preto	741	3,7	7.448	36,9	5.895	29,2	6.087	30,2	20.171
S. J. Boa Vista	467	3,3	5.638	39,3	4.617	32,2	3.619	25,2	14.341
S. José do Rio Preto	873	3,1	10.750	38,1	8.605	30,5	7.966	28,3	28.194
Sorocaba	868	2,9	11.712	38,8	9.492	31,5	8.097	26,8	30.169
Taubaté	2.072	4,4	19.237	40,6	14.572	30,8	11.490	24,3	47.371
Total	16114	3,2	199.648	39,8	156.933	31,3	128.646	25,7	501.341

Tabela 6. Distribuição total e percentual (frequência bruta e relativa) de idosos registradas no SISVAN, segundo estado nutricional por DRS

DRS	Baixo peso		Adequado ou eutrófico		Sobrepeso		Total
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
Araçatuba	312	10,5	1.030	34,8	1.620	54,7	2.962
Araraquara	55	12	150	32,8	252	55,1	457
Baixada Santista	26	8,3	87	27,7	201	64	314
Barretos	4	12,1	11	33,3	18	54,5	33
Bauru	45	13,6	113	34,2	172	52,1	330
Campinas	111	9,8	327	28,9	694	61,3	1.132
Franca	32	10,2	118	37,5	165	52,4	315
Grande São Paulo	229	10,7	755	35,3	1.153	54	2.137
Marília	217	8,6	843	33,5	1.456	57,9	2.516
Piracicaba	47	7,4	193	30,3	396	62,3	636
Pres. Prudente	379	15,5	875	35,9	1.185	48,6	2.439
Registro	135	13,2	385	37,7	500	49	1.020
Ribeirão Preto	136	11,8	385	33,4	632	54,8	1.153
S. J. Boa Vista	24	8	107	35,8	168	56,2	299
S. José do Rio Preto	85	8,4	348	34,5	575	57	1.008
Sorocaba	39	5,9	194	29,3	428	64,8	661
Taubaté	206	11,7	636	36	926	52,4	1.768
Total	2.082	10,9	6.557	34,2	10.541	54,9	19.180

A tabela 7 mostra, de forma sucinta, os percentuais de peso elevado para a idade (percentil > 97), sobrepeso e obesidade em todos os ciclos.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, tem-se observado uma mudança na orientação dos serviços de saúde, rompendo com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar, que redirecionou o atendimento para a atenção básica.

Dessa forma, são cada vez mais valorizadas as estratégias de promoção e de prevenção em saúde, visando alcançar um grau de resolubilidade de ações para evitar o agravamento de situações mórbidas, reduzindo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade.¹

Baseado na terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que se refere à avaliação e ao monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira, as ações de vigilância alimentar e nutricional realizadas com os usuários do SUS devem ser incorporadas às rotinas de atendimento na rede básica de saúde, com o objetivo de detectar precocemente situações de risco

nutricional e prescrever ações que possibilitem prevenir agravos à saúde e reverter ao quadro de normalidade, quando possível.¹

Mais recentemente, com o movimento nacional em direção à discussão da temática da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na gestão pública, o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde passou a constituir o elenco de diretrizes estratégicas para a consolidação dessa política.

O desenvolvimento do SISVAN, sua informatização a partir de 2003 e a posterior oferta de utilitários como o TabNet fizeram vislumbrar a possibilidade de implementar a vigilância nutricional. A disponibilização de informações do estado nutricional desagregadas até o nível de município, com recortes por público da atenção básica e beneficiários do Programa Bolsa Família, bem como de idade, sexo e cor/raça, acrescida da inclusão de dados de consumo alimentar e correlação com as novas curvas de crescimento infantil (Organização Mundial de Saúde), propiciaram a ampliação da utilização do sistema.

No entanto, este estudo aponta que apenas 3% do total da população paulista, com maior proporção nas crianças (8%), está inserida no sistema e é passível de monitoramento.

Tabela 7. Distribuição da média percentual e desvio padrão das prevalências de peso registradas por DRS, segundo excesso de peso corporal por ciclo de vida

Ciclo de vida	Peso elevado		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade grave	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Crianças	8,7	1,09	-	-	-	-	-	-
Adolescentes	-	-	17,01	1,27	6,42	0,92	1,6	0,34
Adultos	-	-	31,08	1,52	26,1	1,63	-	-
Idosos	-	-	55,94	4,8	-	-	-	-

Fonte: SISVAN/SP⁵⁻⁷

O SISVAN deve se incorporar às rotinas de atendimento, monitorando o estado nutricional de cada usuário, visando à detecção da situação de risco e à prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia da reversão ao quadro de normalidade. A ampliação de sua cobertura para grupos populacionais específicos, a capacitação de profissionais para as ações de vigilância alimentar e nutricional, bem como a disponibilização dos indicadores nutricionais, fortalecerão a implementação de políticas públicas de SAN.⁸

Os resultados obtidos no presente estudo, embora tenham sido elaborados apenas com as pessoas cadastradas no SISVAN, estão de acordo com os resultados obtidos em diversas outras pesquisas sobre o estado nutricional da população brasileira.⁹⁻¹¹

Ao longo dos últimos três anos, vem-se observando que, ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos num ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. Estudos efetuados nas últimas décadas^{12-15,9-11} são indicativos de um comportamento claramente epidêmico dessa população.

Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país.⁹⁻¹¹

O estudo realizado por Batista Filho e Rissin (2003), sobre a transição nutricional no Brasil e tendências regionais e temporais, teve como principal fonte de informações três estudos transversais realizados nas décadas de 1970, 1980 e 1990. Esse estudo fez uma análise da transição nutricional do Brasil, referenciando o rápido declínio da prevalência de desnutrição em

crianças e elevação, num ritmo mais acelerado, da prevalência de sobrepeso/obesidade em adultos.^{10,11}

Monteiro e colaboradores⁹ também realizaram estudo sobre as causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil e verificaram que a prevalência da desnutrição foi reduzida em cerca de 50%, ou seja, de 13,5% em 1996 para 6,8% entre 2006/7. Dois terços dessa redução poderiam ser atribuídos à evolução favorável do aumento da escolaridade materna, ao crescimento do poder aquisitivo das famílias, à expansão da assistência à saúde e à melhoria nas condições de saneamento. A taxa anual de declínio de 6,3% na proporção de crianças com déficits de altura para a idade indica que em aproximadamente mais dez anos a desnutrição infantil poderia deixar de ser um problema de saúde pública no Brasil. Atribui, ainda, que a conquista de tais resultados depende da manutenção das políticas econômicas e sociais que têm favorecido o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam completar a universalização do acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento.⁸ As propagandas e ofertas de alimentos exercidas pela publicidade e pela mídia têm grande influência nos hábitos alimentares dos consumidores, principalmente das crianças, que são mais sensíveis às mensagens, sendo ludibriadas com mais facilidade.¹⁶

Iniciativas de âmbito federal, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), gerenciado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), com recursos financeiros dos estados, Distrito Federal e municípios, visam suprir, parcialmente, às necessidades nutricionais dos alunos da educação básica da rede pública durante o ano letivo. São atendidos também alunos de escolas e creches

indígenas e de áreas remanescentes de quilombos, em situações especiais, e a alunos de entidades filantrópicas.¹⁷

Há que se fomentar agora as ações que proporcionem a redução na tendência crescente do sobrepeso e obesidade nas diferentes faixas etárias. Os dados deste estudo, embora representem a prevalência de peso da população registrada, indicam médias percentuais de sobrepeso e obesidade importantes já a partir da adolescência. A despeito de que a população cadastrada possa ter o viés de ser aquela que mereceu atendimento diferenciado nas unidades de saúde, a consonância com a tendência do país traz relevância para os dados analisados.

Nos próximos anos, com o advento do SISVAN Web, configuram-se como desafios: a expansão da utilização do sistema, tanto em termos da implantação do SISVAN nos serviços de saúde (com a meta de implantação em todas as unidades básicas de saúde), quanto do aumento no acompanhamento de marcadores de consumo alimentar e a ampliação da cobertura populacional dos acompanhamentos; e a maior utilização das informações produzidas pelos profissionais e gestores locais para subsidiar as ações de saúde e nutrição no nível individual e coletivo nas comunidades. Além disso, tendo em vista o aspecto intersetorial do SISVAN, uma vez que representa o principal sistema de informação

da saúde na interface com a segurança alimentar e nutricional (SAN), também são desafios à expansão do sistema em outros setores, particularmente no âmbito das escolas, bem como o reforço à maior articulação do SISVAN com os demais sistemas que se relacionam com a SAN.¹⁷

CONCLUSÃO

O SISVAN mostrou ser um instrumento de monitoramento de situações de risco nutricional para os municípios e estados, bem como para posterior avaliação e acompanhamento de ações e programas implantados, possibilitando prevenir agravos à saúde e reverter ao quadro de normalidade, quando possível.

Apesar do baixo índice de registros no SISVAN do estado de São Paulo, os resultados do referido estudo reforçam a situação preocupante quanto ao estado nutricional, havendo, proporcionalmente, número elevado de pessoas com excesso de peso em todas as faixas etárias.

As estratégias de promoção e de prevenção em saúde devem ser priorizadas e subsidiadas pelos órgãos públicos, tanto em nível municipal, como estadual e federal, visando a alcançar um grau de resolubilidade por meio de ações que evitem o agravamento de situações mórbidas, reduzindo a evolução de agravos que vão demandar atenção de maior complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília; 2012 [acesso em: 4 maio 2013]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>
2. Brasil. Lei n. 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. 20 set 1990; Seção 1:018055.
3. Castro IRR. Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

4. Brito P. Vigilância do estado nutricional de adultos: possibilidades e limitações. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília(DF); 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília (DF); 2008 [3 setembro 2013]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_SISVAN.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília(DF); 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, v. 4).
8. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional – Relatório final. In: II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Fortaleza; 2007. p. 49-52.
9. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1947-1996). Rev Saúde Pública, 2000;34(6 Supl):52-61.
10. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. saúde pública. 2003;19(1):S181-S191.
11. Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol. serv. saúde [periódico da internet]. 2005 [acesso em: 2 abr 2012]; 14(1): 41-68. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4artigo_analise_global.pdf
12. Monteiro CA, Mondini L, Medeiros de Souza AL, Popkin BM. The nutrition transition in Brazil. Eur J Cl Nutr. 1995;49:105-13.
13. Popkin BM. The nutrition transition and its health implications in lower income countries. Public health nutr. 1998;1:5-21.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2011. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília(DF);2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília(DF);2011.
16. Lang RMF, Nascimento NA, Taddei JAAC. A transição nutricional e a população infanto-juvenil: medidas de proteção contra o marketing de alimentos e bebidas prejudiciais à saúde. Nutrire. 2009;34(3):217-29.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Relatório de Gestão 2007-2010 - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. [monografia na internet]. Brasília (DF); 2011 [acesso em 12 jun 2012]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorioGestao2010.pdf>

Correspondência/Correspondence to:

Africa Isabel de la Cruz Perez
 Av. Dr Arnaldo, 351, sala 609 – CEP: 01249-000 – São Paulo/SP
 Fone: 55 11 3066-8295
 E-mail: dvdcnt@saude.sp.gov.br