

Programa de Pós-Graduação Nutrição em Saúde Pública
HNT – 5770 Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição
Profas. responsáveis: Patrícia Jaime e Betzabeth Villar

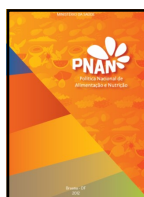
Tema da aula:

PNAN: Atenção Nutricional

Desnutrição + Programas de Transferência
Condicionada de Renda

DIRETRIZES





Atenção Nutricional

Compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.



Prioridades da Atenção Nutricional no SUS

Deve dar respostas às demandas e necessidades de saúde do território, considerando as de **maior frequência e relevância** e observando critérios de **risco e vulnerabilidade**

Manifestações da insegurança alimentar e nutricional no Brasil

Obesidade

DCNT

Desnutrição

Carências nutricionais específicas

Necessidades alimentares especiais: Necessidades alimentares, sejam restritivas ou suplementares, de indivíduos portadores de alteração metabólica ou fisiológica que cause mudanças, temporárias ou permanentes, relacionadas à utilização biológicas ou à via de consumo alimentar (enteral ou parenteral).



Prevenção, Controle e Atenção à Desnutrição

Determinação Social da Desnutrição:
pobreza, desnutrição e fome.



Determinação social do processo saúde-doença

- ✓ As persistentes situações de desvantagem e discriminação - origem do impacto que a pobreza exerce sobre as condições de saúde e de nutrição.
- ✓ A ocorrência de doenças em certos segmentos sociais corrobora/potencializa as vulnerabilidades, cooperando para a pobreza.



Iniquidades em saúde
Produto das disparidades sociais e
econômicas



Tendência do IDH no Brasil: 1990 - 2017



- ▶ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede o progresso de uma nação a partir de três dimensões: renda, saúde e educação.
- ▶ Brasil apresentou melhora de 0,001 no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no valor de 0,759, e no ranking mantém a posição 79 entre 189 países.
- ▶ Na América do Sul, o Brasil é o 5º país com maior IDH. Chile, Argentina, Uruguai e Venezuela aparecem na frente.
- ▶ A taxa anual de crescimento do IDH entre 1990 e 2017 foi de 0,81%.

▶ Fonte: Atualização Estatística 2018, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Tendência do IDH no Brasil: 1990 - 2017

Tendências do IDH do Brasil com base em dados de séries temporais consistentes

	Esperança de vida ao nascer	Anos esperados de escolaridade	Média de anos de estudo	RNB per capita (2011 PPP\$)	IDH
1990	65,3	12,2	3,8	10,697	0,611
1995	67,6	13,3	4,6	11,097	0,648
2000	70,1	14,3	5,6	11,197	0,684
2005	72,0	13,8	6,3	12,041	0,700
2010	73,8	14,0	6,9	14,112	0,727
2015	75,3	15,4	7,6	14,350	0,757
2016	75,5	15,4	7,8	13,730	0,758
2017	75,7	15,4	7,8	13,755	0,759

Fonte: Índices e Indicadores de Desenvolvimento Humano: Atualização Estatística de 2018

▶ Fonte: Atualização Estatística 2018, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Tendência do IDH no Brasil: 1990 - 2017

Índice de Desigualdade de Gênero, 2017

País	IDG	Grupo	IDH		Expectativa de vida		Anos esperados de escolaridade		Média de anos de estudo		RNB per capita (2011\$ PPP)	
			M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Uruguai	1.014	1	0.807	0.796	81	74	16.9	15	9	8.4	15,282	24,905
Venezuela	1.011	1	0.762	0.754	78.9	70.8	15.4	13.2	10.7	10	7,401	13,976
Argentina	0.997	1	0.816	0.819	80.4	73	18.7	16.2	10.1	9.7	12,395	24,789
Brasil	0.992	1	0.755	0.761	79.3	72.1	15.9	14.9	8	7.7	10,073	17,566
Paraguai	0.972	2	0.690	0.71	75.5	71.1	13.2	12.2	8.4	8.3	6,212	10,486
Bolívia	0.929	3	0.665	0.716	72.1	67	14	14	8.2	9.7	4,686	8,737

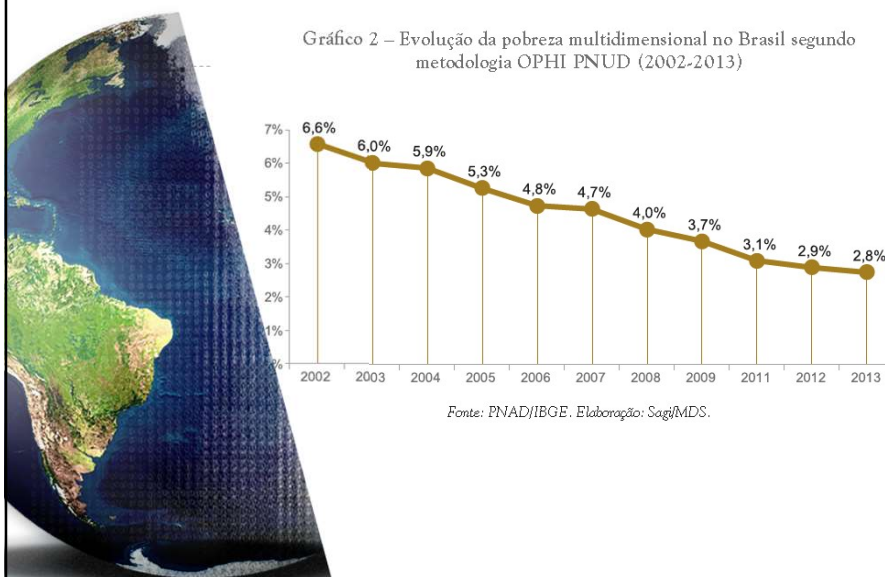
Fonte: Índices e Indicadores de Desenvolvimento Humano: Atualização Estatística de 2018

Fonte: Atualização Estatística 2018, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)



Pobreza multidimensional* no Brasil: 2002 – 2013.

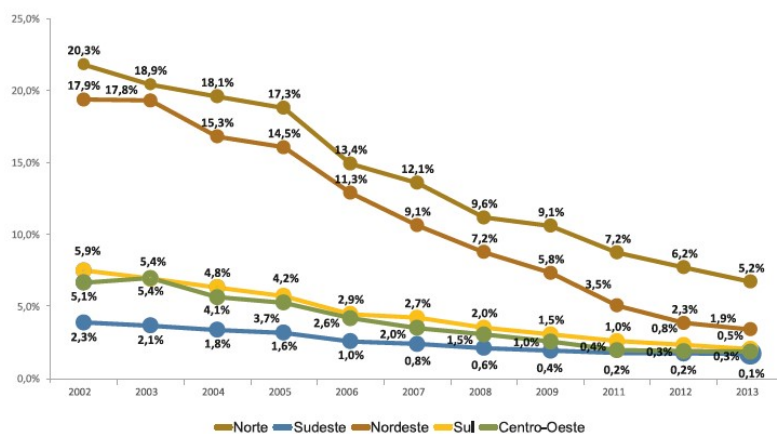
Gráfico 2 – Evolução da pobreza multidimensional no Brasil segundo metodologia OPHI PNUD (2002-2013)



Fonte: PNAD/IBGE. Elaboração: Sagi/MDS.

*Dimensões da Pobreza Multidimensional: Educação, saúde, nutrição e padrão de vida
 (Fonte: Relatório Desenvolvimento Humano – PNUD 2014)

Gráfico 4 – Indicador de pobreza multidimensional crônica por região (2002-2013)



Fonte: PNAD/IBGE. Elaboração: Sagi/MDS.

*Dimensões da Pobreza Multidimensional: Educação, saúde, nutrição e padrão de vida (Fonte: Relatório Desenvolvimento Humano – PNUD 2014)

RECONHECIMENTO MUNDIAL

ONU: EM 10 ANOS, BRASIL VENCEU A FOME

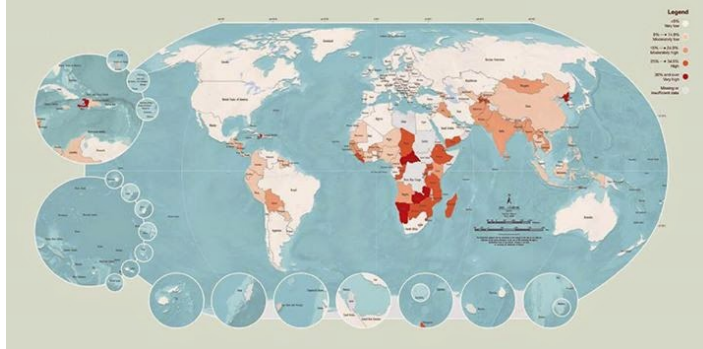
YAHOO! NOTÍCIAS
Brasil considera "histórico" salir del "mapa de hambre de la ONU"

EL MUNDO
 Edición España | Versión Clásica
 SECCIONES: Internacional | EEUU | México | Argentina | Brasil | Cuba | Colombia | Venezuela
 POBREZA: El país ha cumplido uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, según la ONU
Brasil considera 'histórico' salir del 'mapa de hambre de la ONU'

RTP NOTÍCIAS
 INÍCIO | VÍDEO E ÁUDIO | PAÍS | MUNDO | POLÍTICA | ECONOMIA | CULTURA | DESPORTO | TRÁNSITO | TI
 RTP / INÍCIO / Mundo
Brasil congratula-se com "saída histórica do mapa da fome da ONU"
 FAO - News Article: World hunger falls, but 805 million still chronically undernourished
 5 hrs ago - 1000 3507
 Summary: World hunger falls, but 805 million still chronically undernourished. The number of people who are hungry has fallen from 805 million in 2008 to 805 million in 2013, but 805 million still chronically undernourished.

ONU PUBLICA O MAPA DA FOME NO MUNDO

...e pela primeira vez na história o Brasil não está mais lá.



- *The State of Food Insecurity in the World / FAO* - Mapa da fome: % da população em subalimentação > ou igual a 5%
 - FAO define fome como sinônimo de subalimentação. A subalimentação significa que uma pessoa não é capaz de adquirir alimentos suficientes para satisfazer os requisitos mínimos de energia na dieta diária, ao longo de um período de um ano.
- ▶ **No Brasil, entre 2002 e 2013, caiu em 82% a população em situação de subalimentação.

Cenário atual

- ▶ Política de austeridade fiscal
- ▶ Emenda Constitucional 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos → agenda da proteção social brasileira (saúde, educação, assistência e previdência social)
- ▶ Reformas: trabalhista e da previdência

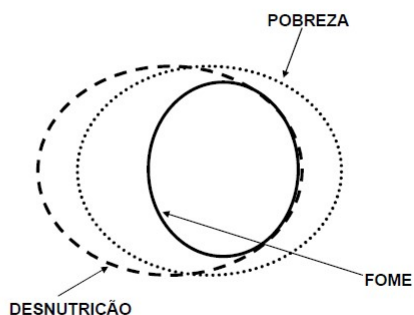


Conceitos*

- ▶ *Pobreza* corresponde à condição de não satisfação de necessidades humanas elementares como comida, abrigo, vestuário, educação, assistência à saúde, entre várias outras.
- ▶ *Desnutrição* é uma condição que decorre do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes (proteína) ou, ainda, com alguma frequência, do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos motivado pela presença de doenças.
 - ▶ Desnutrição energética
 - ▶ Desnutrição proteica (*kwashiorkor*)
 - ▶ Desnutrição proteico-calórica
- ▶ *Fome aguda* é sinal corporal de urgência de se alimentar.
- ▶ *Fome crônica* ocorre quando a alimentação diária, habitual, não propicia ao indivíduo energia suficiente para a manutenção do seu organismo e para o desempenho de suas atividades cotidianas. Nesse sentido, a fome crônica resulta da deficiência energética crônica.

*Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil: implicações para políticas públicas. *Estudos Avançados*, 17 (48): 7-20, 2003

Figura 1 – Pobreza, desnutrição e fome.



*Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil: implicações para políticas públicas. *Estudos Avançados*, 17 (48): 7-20, 2003

Relação entre a má-nutrição e o Desenvolvimento Infantil

200 milhões de crianças menores de cinco anos, residentes em países em desenvolvimento, não atingem seu potencial de desenvolvimento.



Nutrição Inadequada
(Quantidade e Qualidade)

Crianças com maior probabilidade de baixo rendimento escolar e subsequentemente baixa renda, alta fertilidade e possibilidade de prover cuidados insuficientes para seus filhos.

Transmissão intergeracional da pobreza com implicações para o desenvolvimento de um país.

Recomendação: Investir em ações integradas que potencializem o pleno crescimento e desenvolvimento infantil

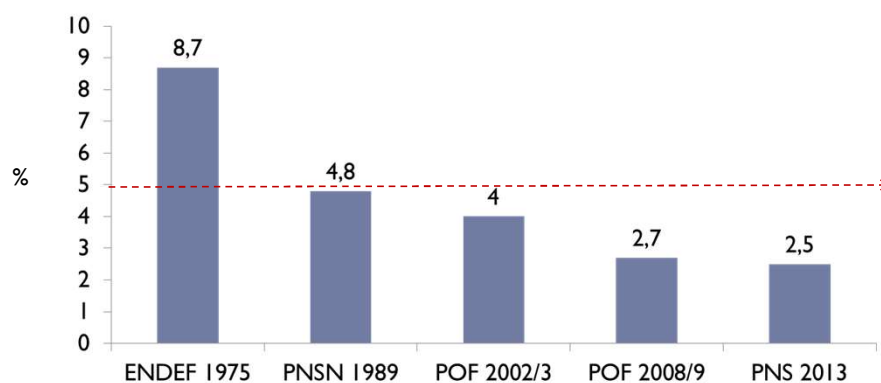
Grantham-McGregor, S., et al. Lancet, 2007; Walker, S.P., et al. Lancet, 2007; Walker, S.P., et al. Lancet, 2011; Engle, P.L., et al. Lancet, 2011

Prevenção, Controle e Atenção à Desnutrição

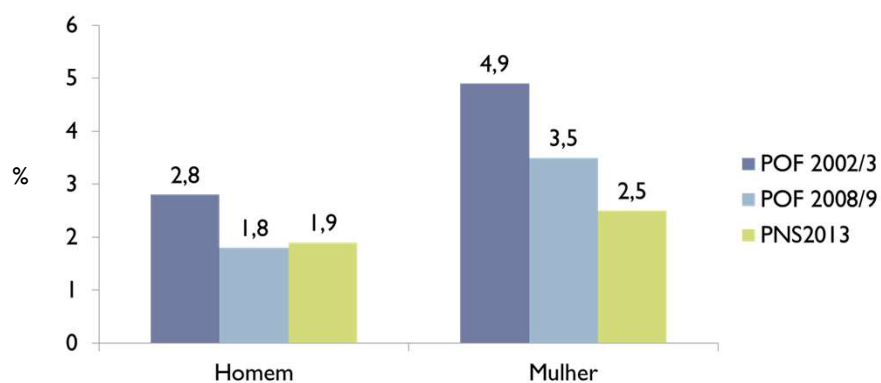
Epidemiologia da Desnutrição no Brasil: magnitude, distribuição e tendência



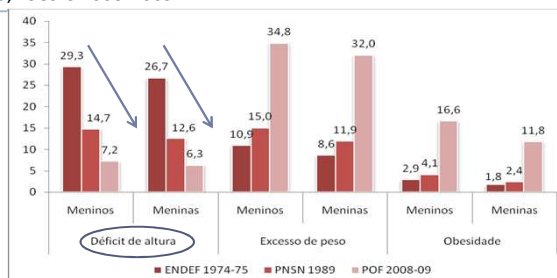
Tendência temporal da Desnutrição (Déficit de peso - $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$) na população com 20 anos e mais de idade. 1975 a 2013.



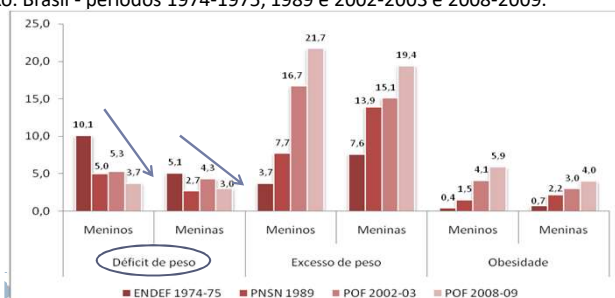
Prevalência de Desnutrição (Déficit de peso) na população com 20 anos e mais de idade, por sexo. Períodos 2002-2003 / 2008-2009 / 2013



Prevalência de **déficit de altura**, excesso de peso e obesidade na população com 5 a 9 anos de idade, por sexo. Brasil - períodos 1974-1975, 1989 e 2008-2009.

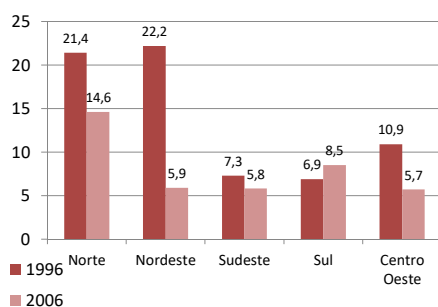


Prevalência de **déficit de peso**, excesso de peso e obesidade na população com 10 a 19 anos de idade, por sexo. Brasil - períodos 1974-1975, 1989 e 2002-2003 e 2008-2009.



Tendência temporal da desnutrição infantil em crianças menores de 5 anos (PNDS 1996 e 2006).

Déficit de altura para idade

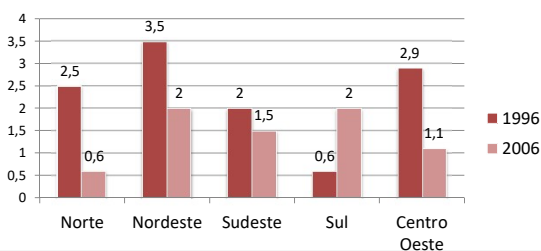


Principais fatores atribuíveis à redução da desnutrição infantil:

25% ao aumento da escolaridade materna;
22% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias;
12% à expansão da assistência à saúde;
4% à melhoria nas condições de saneamento.

Rev Saúde Pública 2009;43(1):35-43

Déficit de peso para altura



Desigualdades ainda precisam ser combatidas: apesar da forte redução da desnutrição infantil em nível nacional, persistem diferenças nas prevalências de desnutrição (déficit de estatura-para-idade) em crianças menores de 5 anos de idade em regiões e grupos mais vulneráveis.

- Brasil PNDS 2006: 6,7%
- Norte PNDS 2006: 14,8%
- Quilombolas 2006: 26,0%%
- Indígenas 2008/9: 15,0%
- Bolsa Família 2008: 14,2%

Fontes: PNDS 2006, I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição de Populações Indígenas 2008-09, Camada Nutricional de Populações Quilombolas 2006, Sisvan/CGAN/DAB/SAS/MS.

Prevenção, Controle e Atenção à Desnutrição

Histórico

- ▶ Décadas de 1950 e 1960: Distribuição de leite desvinculada de ações de saúde
- ▶ 1976 – PRONAN II: Suplementação alimentar vinculada a ações de saúde.
 - Gestantes/ nutrízes/ pré-escolares com renda familiar < 2 s.m.
 - Alimentos in natura distribuídos em serviços de saúde acoplados ao programa materno-infantil
 - 40% necessidade proteico-calórica
 - Principal alimento: Leite

Histórico

✓ Suplementação Alimentar

 Avaliação de cerca de 200 programas de suplementação alimentar.

Beaton e Bengoa, 1981

- Impacto positivo:
- Quando direcionadas às crianças desnutridas ou com falha no crescimento
- Inseridas em programas de assistência primária à saúde.

Estudos realizados no Brasil confirmam os achados da literatura internacional



Histórico

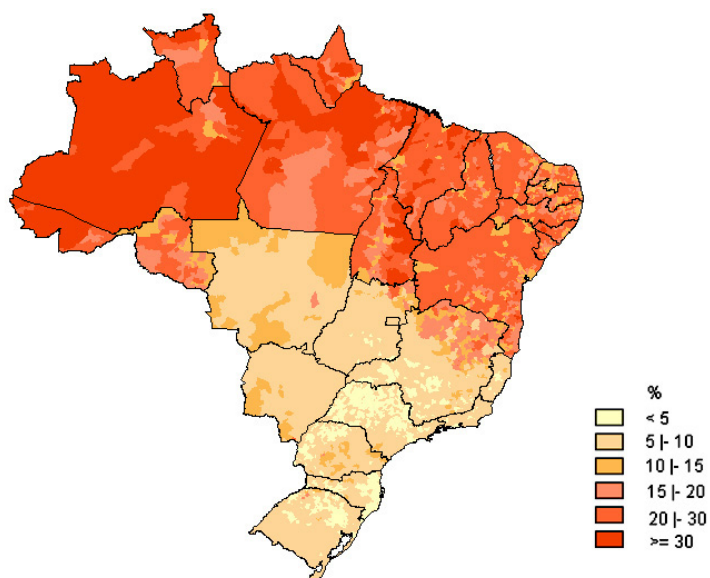
▶ PNAN 1999:

- ▶ Incentivo de Combate às Carências Nutricionais – ICCN (1999 – 2001):
 - ▶ Atendia crianças em risco nutricional (com peso/idade < percentil 10 do NCHS) na faixa etária entre 6 e 23 meses mediante o fornecimento de leite (1 litro/dia) e óleo de soja (1 lata/mês).
 - ▶ Repasse financeiro do Ministério da Saúde (via Fundo Nacional de Saúde) para os municípios → alimentar dados SISVAN municipal
 - ▶ Modelos preditivos da prevalência de desnutrição nos municípios
 - ▶ Crítica: não se enfrentava os determinantes sociais da desnutrição
 - ▶ Alguns estados e municípios mantêm até hoje “Programas do Leite” em áreas assistências (ex. Estado de São Paulo e Paraná), com diversos recortes de público alvo.
- ▶ Protocolo de padronização do tratamento da criança gravemente desnutrida (nível hospitalar e ambulatorial)



Incentivo de Combate às Carências Nutricionais – ICCN (1999 – 2001)

Prevalência estimada (%) da desnutrição infantil nos municípios brasileiros - ICCN.



Histórico

► PNAN 1999:

- Transferência de renda: nova modalidade de intervenção nutricional.
- 2001 – 2003: Bolsa Alimentação:
 - transferência de renda – critério de inclusão era risco biológico (desnutrição: relação $P/I < P/I0$).
 - Beneficiários:
 - Gestantes
 - Mães amamentando crianças < 6 meses
 - Crianças entre 6 meses e 6 anos e 11 meses
 - Modelos preditivos da prevalência de desnutrição nos municípios
 - Repasse financeiro direto do Ministério da Saúde para os beneficiários.
 - Agenda de compromissos: pré-natal, registro de nascimento, vacinação e acompanhamento do crescimento

► 2003: Bolsa Família

Programa Bolsa Família

- Unifica programas de transferência de renda setoriais: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás.
- Critério social: linha da pobreza
- Gestão Intersetorial e Eixos de Ação do PBF:
 - **Transferência de Renda (MESA → MDS)**: promove o alívio imediato da pobreza;
 - **Condicionalidades (MS e MEC)**: reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social;
 - **Programas complementares (CadÚnico)**: objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade.

Condicionalidades em Saúde:



GESTANTES

Cumprimento do calendário básico de pré-natal



CRIANÇAS MENORES DE 7 ANOS

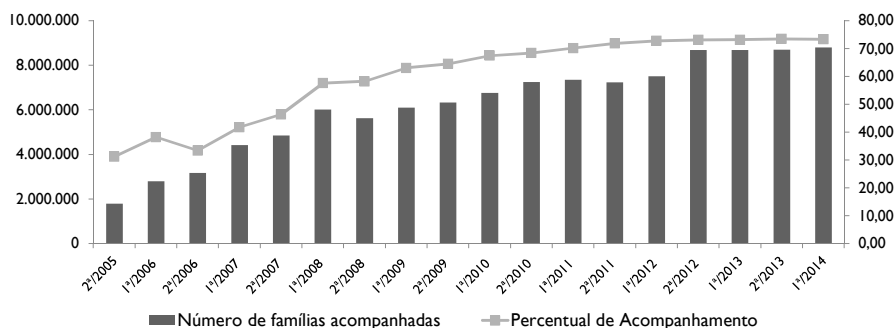
Acompanhamento do calendário de vacinação e do crescimento e desenvolvimento

Portaria n.º 2.509 de 18 de novembro de 2004

Programa Bolsa Família e as condicionalidades em saúde

Série histórica do acompanhamento das condicionalidades em saúde no período de 2005 a 2014

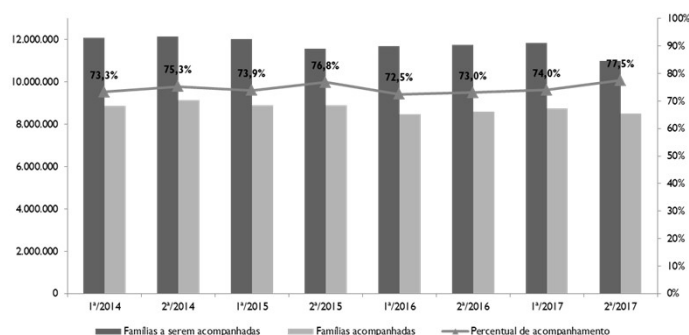
Gráfico: Número de famílias acompanhadas e percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde de famílias beneficiárias do PBF. Brasil, 2005 a 2014.



Fonte: MINISTÉRIO da SAÚDE/DATASUS/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde

Programa Bolsa Família e as condicionalidades em saúde

Série histórica do acompanhamento das condicionalidades em saúde no período de 2014 a 2017



Fonte: NOTA TÉCNICA N° /2018-CGAN/DAB/SAS/MS

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_PBF_na_saude_2vigencia_2017.pdf

Em que os programas de transferência de renda diferem das políticas anteriores de prevenção e controle da desnutrição?

- ✓ Orientado pelo modelo da determinação social da Desnutrição → pobreza
- ✓ O pressuposto básico dessas estratégias é que o ciclo vicioso da pobreza pode ser interrompido quando se articula uma transferência de renda, direcionada a famílias em situação de grande privação econômica, com políticas e programas na área da educação, saúde e trabalho
- ✓ São voltados para a emancipação social.
- ✓ Os benefícios são pagos diretamente às famílias.
- ✓ As mulheres são as receptoras preferenciais dos benefícios.
- ✓ As famílias e o Estado são co-responsáveis pelos componentes saúde e educação.
- ✓ Promove a equidade ao priorizar as famílias pobres e vulneráveis.
- ✓ Adotam o princípio da descentralização administrativa.
- ✓ Apresentam caráter intersetorial em suas ações.
- ✓ Permitem maior controle social.

Impacto dos PTRC na desnutrição

Rev Saúde Pública 2009;43(1):35-43 Carlos Augusto Monteiro^{1*} Maria Helena D'Aquino Benício^{2*} Silvia Cristina Krieger^{3*} Ana Carolina Feldenheimer da Silva⁴ Ana Lucia Loureiro de Lima⁵ Welney Lobo Costa^{6*}	Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007 Causes for the decline in child under- nutrition in Brazil, 1996-2007
--	---

Principais fatores atribuíveis à redução da desnutrição infantil:

25% ao aumento da escolaridade materna;
 22% ao crescimento do poder aquisitivo das
 famílias;
 12% à expansão da assistência à saúde;
 4% à melhoria nas condições de saneamento.

Rev Saúde Pública 2009;43(1):35-43

Cadernos de Estudos

DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM DEBATE

NÚMERO 17

ISSN 1808-0758

DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS DE ATÉ CINCO ANOS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ANÁLISE TRANSVERSAL E PAINEL LONGITUDINAL DE 2008 A 2012

*Patrícia Constante Jaime
 Alexander Cambráia Nascimento Váz
 Eduardo Augusto Fernandes Nilson
 Júlio César Gomes Fonseca
 Simone Costa Guadagnin
 Sara Araújo da Silva
 Marconi Fernandes de Sousa
 Leonor Maria Pacheco Santos*

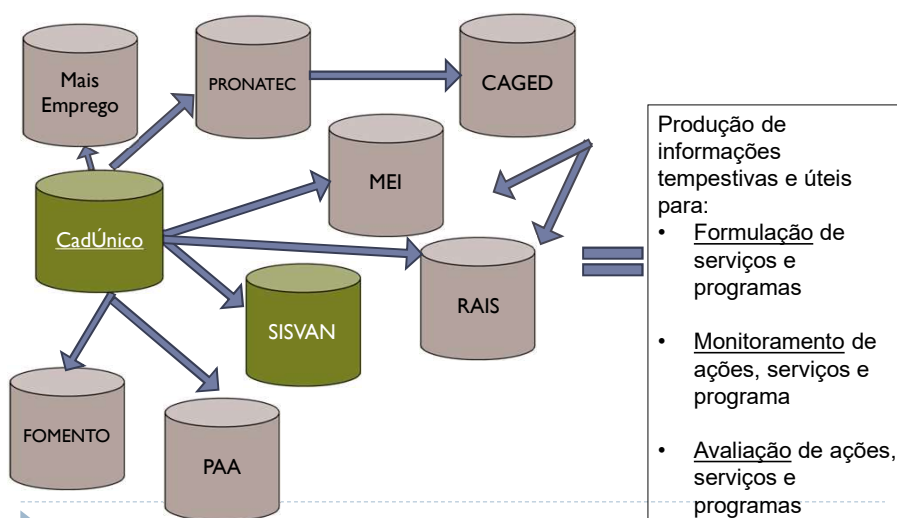
Metodologia

- Integração de Bases de Dados
 - ✓ Cadastro Único de Programas Sociais (CadÚnico)
 - ✓ Folha de Pagamento do Programa Bolsa Família (Folha PBF)
 - ✓ Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
- Construção do banco de dados: procedimento de linkage do tipo determinístico
 - agregar todas as informações desejadas sobre o mesmo indivíduo



Integração de Bases de Dados

Rotinas e Estratégias de Integração



Integração de Bases de Dados :

O SISVAN conta com variáveis importantes para avaliação do estado nutricional de indivíduos:

- Peso
- Altura
- Indicadores Antropométricos
 - Altura x Idade
 - Peso x Idade
 - IMC x Idade
 - Peso x Altura

Número de registros	
2008	17.760.050
2009	18.979.443
2010	21.604.829
2011	21.627.308
2012	22.088.859



Metodologia

- **Delineamento: estudo descritivo**
- **Período 2008 a 2012**
- **Índices antropométricos (WHO 2006)**
 - Desnutrição crônica
 - Estatura para Idade – Escore $Z \leq -2$
 - Excesso de peso
 - Índice de Massa Corporal por Idade
 - ☐ 0 a 59 meses – Escore $Z > +2$
 - ☐ 60 meses ou mais - Escore $Z > +1$



Plano analítico: análise transversal e painel longitudinal

▶ Estudo transversal

▶ Médias de peso e de estatura

▶ Masculino e feminino

▶ 24 meses e 60 meses

	Masculino		Feminino	
	24 meses	60 meses	24 meses	60 meses
2008	14.205	28.331	13.614	26.863
2012	17.632	33.527	17.237	32.527



Plano analítico: análise transversal e painel longitudinal

▶ Estudo longitudinal

- ▶ Beneficiários entre 0 e 59 meses em 2008 com pelo menos 1 acompanhamento no SUS registrado no Sisvan Web ao longo dos cinco anos considerados (até 2012)

▶ N = 362.864

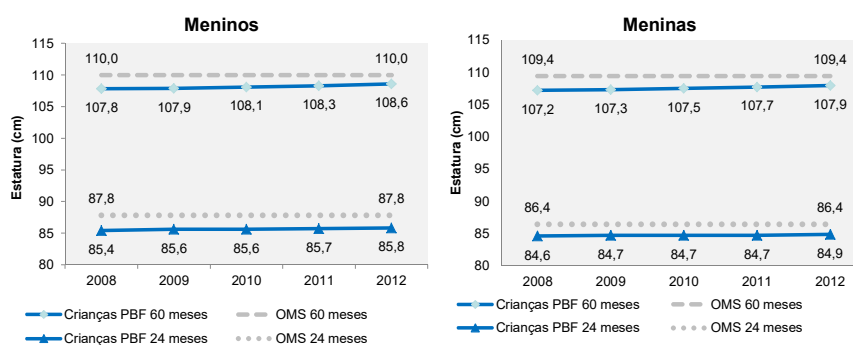
▶ Análise de regressão multinomial:

- relação entre a situação nutricional e o tempo de pertencimento ao PBF e acompanhamento na Atenção Básica.



Resultados: Estudo Transversal

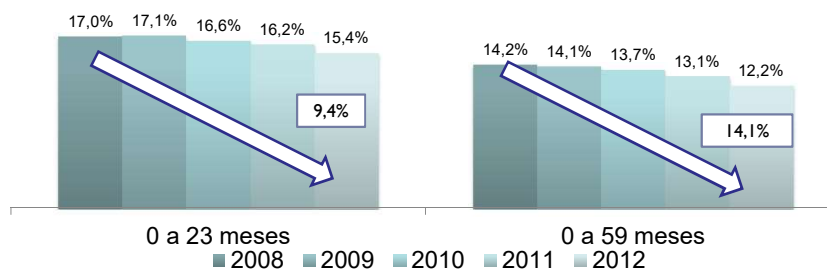
Estatura média (cm) das crianças de 24 meses e de 60 meses beneficiárias acompanhadas nas condicionalidades de saúde



Aumento na estatura dos meninos e das meninas de 60 meses de idade entre 2008 e 2012 ($p < 0,05$).

Resultados Estudo Transversal

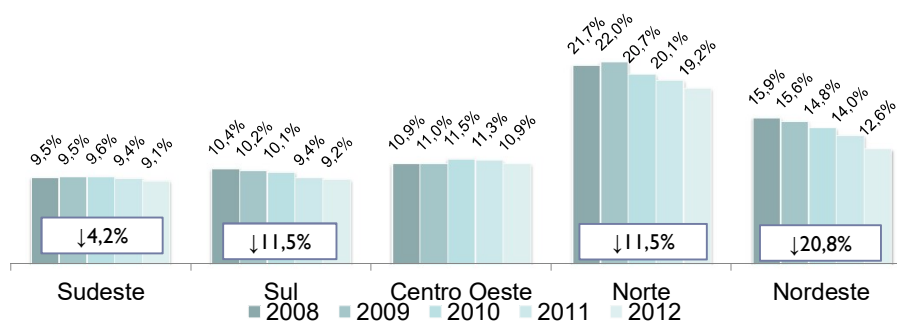
Prevalência de déficit de estatura para idade em crianças beneficiárias acompanhadas nas condicionalidades de saúde



Redução no déficit de estatura em ambas faixas etárias entre 2008 e 2012 ($p < 0,01$).

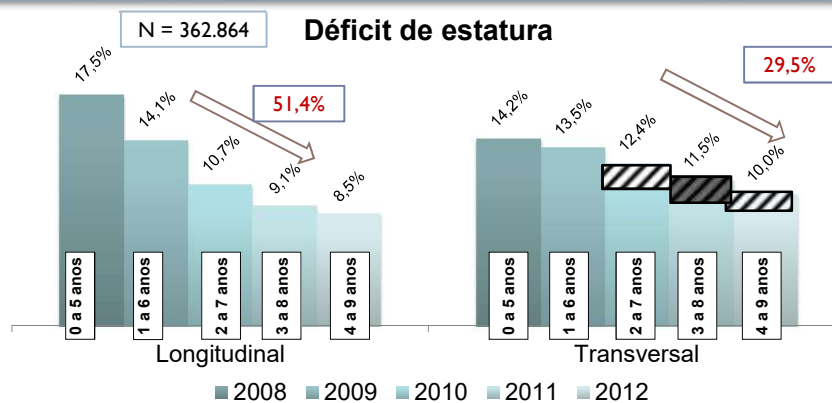
Resultados: Estudo Transversal

Prevalência de déficit de estatura para idade em crianças beneficiárias de 0 a 59 meses por Grandes Regiões



Resultados: Estudo Longitudinal

Prevalência de déficit de estatura para idade em crianças beneficiárias acompanhadas nas condicionalidades de saúde .



Resultado: Análise Inferencial

Razões de chance e erros-padrão para a relação entre tempo de pertencimento ao PBF + acompanhamento na Atenção Básica e Déficit de Estatura

Variável	Categorias	Estado Nutricional Altura x Idade	
		Deficiência	Adequação
Tempo de exposição ao PBF e atenção à saúde	Até 1 ano	Referência	Referência
	De 1 a 2 anos	0,900 (0.352)	1,659* (0.648)
	De 2 a 4 anos	0,88* (0.347)	1,875* (0.653)
	Acima de 4 anos	0,48** (0.189)	2,213** (0.811)

*Sig. a 0,01; **Sig a 0,05; ***Sig a 0,001.

Cadernos de Estudos
DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM DEBATE
NÚMERO 11

CONCLUSÕES

- ✓ Vigilância em saúde - monitoramento e avaliação contínua no contexto da atenção básica em saúde são reconhecidos como estratégias essenciais de prevenção e controle de desvios do estado nutricional
- ✓ Redução na desnutrição crônica (déficit de estatura) nas crianças beneficiárias do programa Bolsa Família entre 2008 e 2012
- ✓ Quanto maior o tempo de acompanhamento na Atenção Básica, maior é a chance da criança apresentar adequado estado nutricional (altura para idade)
- ✓ As condicionalidades de saúde, como mecanismo indutor de garantia de acesso a serviços, contribuem para melhoria da saúde e nutrição das crianças e para a superação da pobreza e miséria
- ✓ Potencia de Programas Sociais Intersectoriais: PBF e os princípios do SUS (universalidade e equidade)



• PNAN 2011:

Reflexões sobre o enfrentamento à desnutrição infantil

- As respostas à desnutrição infantil estão muito relacionadas ao enfrentamento de seus determinantes sociais e às políticas orientadas para a equidade: redistribuição de renda e políticas de acesso universal a educação, saúde e saneamento básico.
- A ***persistência da desnutrição***, em especial moderada ou grave, em um contexto histórico de declínio da sua prevalência sinaliza a necessidade de maiores investimentos sociais e de ***atenção focalizada***.
- O setor saúde deve ***monitorar os casos de desnutrição infantil***, proporcionando ***adequada atenção*** aos casos identificados.



Atenção Nutricional

Compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados.

Atenção Nutricional à
Desnutrição Infantil (ANDI)

Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional
à Desnutrição Infantil - ANDI
Portaria 2.387 de 18 de outubro de 2012



Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI)

- ▶ I - fomentar a **atenção nutricional**, em todas as UBS do município e a regionalização da rede de atenção à saúde e nutrição infantil, para a população nutricionalmente vulnerável diminuindo as consequências futuras da desnutrição infantil;
- ▶ II - estabelecer **Projeto de Saúde do Território** para atenção à desnutrição infantil, buscando a realização das ações de **atenção à saúde da criança, vigilância alimentar e nutricional e estimulação do desenvolvimento infantil** na rede de atenção à saúde e a **articulação com outros serviços e políticas sociais**, de modo intersetorial, que possam atuar na determinação causal da desnutrição infantil;
- ▶ III - realizar a investigação clínica da criança diagnosticada com desnutrição com o estabelecimento de **Projeto Terapêutico Singular** ;
- ▶ IV - estimular a organização do **cuidado compartilhado** entre a atenção básica e a atenção especializada, principalmente na atenção às crianças com desnutrição grave, articulando a rede de atenção nas regiões de saúde e/ou Estados.



Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI)

Municípios alvo

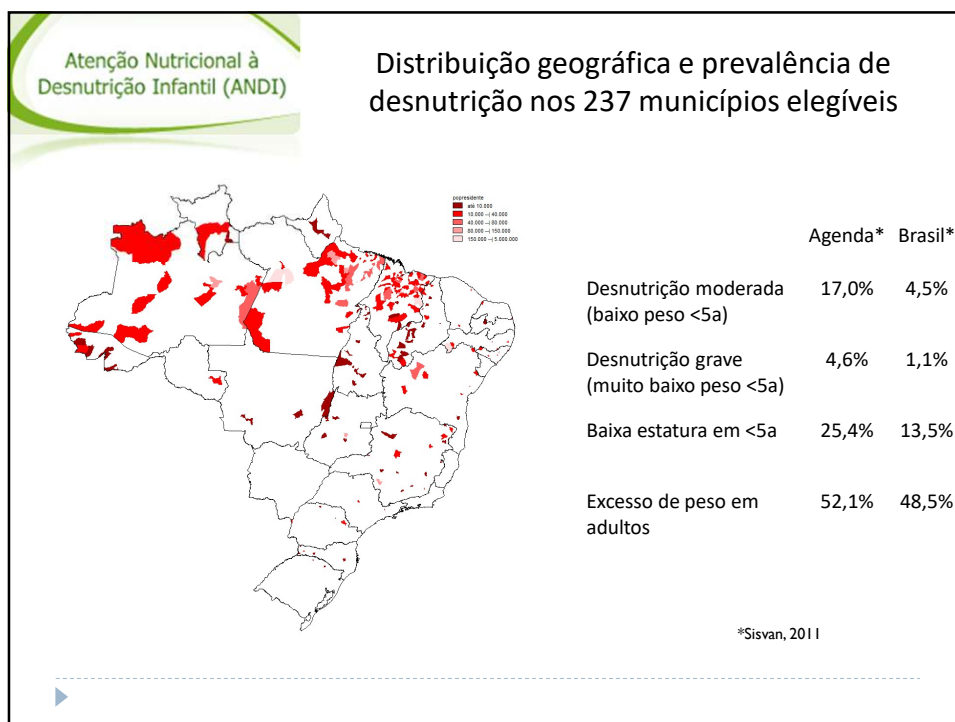
- Em geral, pequeno porte (76% com menos de 20mil habitantes);
- Distribuição geográfica: Nordeste 48,5%; Norte 30,9%; Sudeste 10,3%; Centro Oeste 4,3% e Sul 6,0%;
- Vulnerabilidade social e econômica: determinantes sociais da desnutrição infantil.

	Agenda*	Brasil
PIB per capita	R\$ 7.722,99	R\$ 16.917,66
Pop. <1/4 SMPC	24,9%	3,1%
Mortalidade infantil	18,9	15,6
IDEB	3,9	4,5
% domicílios com esgotamento	24,6%	66,3%
% domicílios com abastecimento de água	57,2%	82,9%
% de domicílios com coleta de lixo	53,6%	87,4%

▶ Critério de eleição de municípios:

- ✓ Prevalência de desnutrição infantil, déficit ponderal para idade, superior ou igual a 10%; (DADOS DO SISVAN)





Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI)

REPASSE DE RECURSOS COM PACTUAÇÃO de COMPROMISSOS PELOS MUNICÍPIOS:

- Aumentar o acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de 5 (cinco) anos no SISVAN
- Investigar os casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil
- Aumentar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF
- Implementar ações de incentivo ao aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável para crianças de até 2 anos de idade em todas as unidades básicas de saúde do município
- Garantir a suplementação de ferro e vitamina A para todas as crianças diagnosticadas com desnutrição
- Estimular o desenvolvimento infantil

Lições aprendidas com a ANDI

Atenção Nutricional à
Desnutrição Infantil (ANDI)



- ▶ VAN → utilizada para o planejamento e avaliação da ação
- ▶ Exercício da focalização para intervir nos “invisíveis”
- ▶ Articulação interferativa → apoio na implementação
- ▶ Inovação no modelo de financiamento → contratualização com resultados
- ▶ Necessários estudos de avaliação de resultados desta experiência.



Estudo de avaliação da ANDI

Atenção Nutricional à
Desnutrição Infantil (ANDI)

Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: resultados de uma pactuação interfederativa no Sistema Único de Saúde

Agenda for Scaling up Nutritional Care of Childhood Malnutrition: Results of an inter-federate pact at Unified Health System in Brazil

Mayara Kelly Pereira RAMOS¹
Ana Maria Cavalcante de LIMA¹
Muriel Baumann GUBERT²

Rev. Nutr., Campinas, 28(6):641-653, nov/dez., 2015

- ▶ Avaliação de processo
- ▶ Avaliar o cumprimento das metas da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil no ano de 2013, por meio da identificação das possíveis variáveis associadas ao desempenho dos municípios diante das metas pactuadas.

Resultados: Entre as variáveis que contribuíram simultaneamente para o bom desempenho no acompanhamento nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e nas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, tem-se: o **menor porte populacional**, a **distribuição geográfica na região Nordeste**, o **município ter utilizado o recurso**, a **maior cobertura da Atenção Básica**.



Prevenção, Controle e Atenção à Desnutrição

- ▶ Avanços nos programas de modelos paliativo-assistencialista para o enfrentamento dos determinantes sociais da desnutrição e qualificação da atenção em saúde da criança com ou em risco para desnutrição.
- ▶ Retrocessos das políticas sociais voltadas as Determinantes Sociais
- ▶ Agenda incompleta e lacunas políticas:
 - ▶ desnutrição entre crianças indígenas
 - ▶ envelhecimento populacional → idosos

