

6. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Denise Oliveira e Silva

Denise Cavalcante Barros

Neste capítulo, o Sisvan será discutido em três seções: conceito, histórico e organização. Apresentaremos um pouco da história do Sistema, traçando sua trajetória internacional e nacional e articulando-o com as políticas de alimentação e nutrição implementadas no Brasil nos últimos anos. Faremos também algumas considerações sobre a “atitude de vigilância”, habilidade de grande importância para os profissionais que pretendem construir um Sisvan de fato.

Na rotina de um serviço de saúde, as pessoas são acompanhadas clinicamente de acordo com os recursos disponíveis na realidade local. O atendimento é voltado para a investigação dos sinais e sintomas de uma determinada doença, o que firma um diagnóstico e, posteriormente, um tratamento – o *diagnóstico clínico*. O conhecimento individual do paciente torna-se fundamental para melhorar a assistência, torná-la mais eficaz. Mas conhecer o paciente e seu problema não significa conhecermos a realidade da clientela do serviço. Para afirmarmos que conhecemos a realidade de nossa clientela, precisamos desenvolver uma seqüência organizada de procedimentos, o que chamamos de *diagnóstico coletivo*.

O diagnóstico coletivo tem por objetivo conhecer como se apresenta um determinado problema na população para propor medidas, sejam políticas e/ou ações eficazes, para todos ou para grupos de interesse. Em nosso caso, empreender um diagnóstico nutricional coletivo é uma das etapas para melhorar a efetividade do conjunto de ações de saúde.

O diagnóstico coletivo é um dos assuntos discutidos no volume 2 do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, Capítulo 1, “Bases para o diagnóstico nutricional”.

Mas como devemos proceder para transformar essas informações em ações efetivas? Este é um dos papéis do Sisvan.

Conceito

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional é um sistema de coleta, processamento e análise contínua de dados de uma população, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional, de suas tendências temporais e dos fatores de sua determinação. O diagnóstico contribui para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, caracterizando, assim, os grupos sociais de risco, dando subsídios para a formulação de políticas e para o estabelecimento de programas e intervenções (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1984, 1989).

Esta concepção é fundamentada na proposição internacional, que pressupõe um sistema capaz de obter informações de fatores relevantes que compõem a rede de determinação do estado nutricional e da situação alimentar e nutricional da população. Para melhor compreensão desse conceito, veremos separadamente cada uma das suas quatro idéias principais (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1993):

- ◆ **Sistema:** supõe uma organização ou rede de organizações com atividades padronizadas, complementares ou interdependentes e com tarefas definidas, tendo o papel de receber dados, transformá-los em informação e devolver à sociedade os resultados, por intermédio de ações de promoção à saúde e prevenção e cura de doenças. Priorizando essas ações, o sistema possibilita a identificação de grupos de risco e pode utilizar os resultados para sua retroalimentação.
- ◆ **Vigilância:** engloba quaisquer atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta, análise de dados e disseminação da informação.
- ◆ **Alimentar:** envolve aspectos que vão desde a produção até a comercialização e acesso aos alimentos.
- ◆ **Nutricional:** abarca o estado nutricional propriamente dito, ou seja, o resultado, em última análise, da ingestão de alimentos e de sua utilização biológica.

Podemos dizer que a proposta do Sisvan está embasada nesse processo de determinação do estado nutricional, do consumo alimentar e da **intersectorialidade**.

Intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos (órgãos governamentais em seus diferentes níveis – federal, estadual e municipal –, população, organizações voluntárias e não-governamentais, movimentos sociais, autoridades locais, indústria, comércio e mídia) e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, que visam enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Pretende, também, superar a fragmentação da política e a dispersão de recursos para enfrentar uma questão pública que envolve a ação de diferentes setores.

Essa definição, desde a sua concepção até agora, vem assumindo contornos próprios de acordo com os objetivos estratégicos de um sistema de informação e vigilância ampliado, com destaque para a sua inserção no setor saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1989).

Vamos continuar a discussão do conceito de Sisvan, conhecendo um pouco da trajetória dessa proposta no mundo e no Brasil. Ao final, a idéia é a de que possamos chegar juntos à compreensão de um conceito peculiar à realidade brasileira.

Histórico

Faremos um breve relato do surgimento da proposta do Sisvan, situando-o historicamente e sistematizando sua evolução ao longo dos anos e na atual conjuntura, em âmbito internacional. Depois, faremos uma revisão da história dessa proposta no Brasil, articulando-a com políticas sociais de alimentação e nutrição implementadas nas últimas décadas. Finalizaremos este histórico com o atual conceito estabelecido para o Sisvan, valendo-se de sua evolução histórica.

O surgimento do Sisvan no mundo

Nos dias de hoje, informações atualizadas, importantes e verdadeiras são fundamentais para o acompanhamento dos fatos e tendências no mundo. Com o desenvolvimento tecnológico crescente e o uso de recursos da informática, o uso da informação tem sido cada vez maior e de grande utilidade para a tomada de decisões, seja no campo do entretenimento e vivência, seja no campo econômico, social e administrativo.

Nos primórdios do século XVI, já se realizava a coleta de informações estatísticas sobre as características da população, e as fontes de informações foram sendo ampliadas e institucionalizadas no decorrer dos séculos. Nessa trajetória, a informação sistematizada é assumida pela comunidade científica como uma estratégia privilegiada de análise e encaminhamento de questões sociais, tanto para instituições públicas e privadas quanto para melhor compreensão dos movimentos sociais.

No que se refere ao campo da saúde, alguns sistemas de informações vêm sendo desenvolvidos e implantados como instrumentos de conhecimento e diagnóstico da realidade de atenção à saúde prestada, de forma a indicar, com segurança, as medidas a serem aplicadas.

O livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2, aborda essa questão em seu Capítulo 4, "Construção do fluxo de dados".

O papel da informação é reconhecido de forma crescente no mundo. Os sistemas de informações possibilitam monitorar a problemática alimentar e nutricional agravada pela crise econômica mundial, que afeta com maior intensidade os países menos desenvolvidos. Portanto, é fundamental que as informações geradas por esses sistemas sejam confiáveis e abrangentes.

É na Conferência Mundial de Alimentação, realizada em Roma, em 1974, que fica estabelecido como prioridade conhecer a situação alimentar e nutricional dos povos, bem como considerar esse assunto algo a ser tratado por vários setores (intersectorialidade), como agricultura, economia e saúde. A melhoria da qualidade de vida da população é reconhecida por todos como condição fundamental para a implementação do desenvolvimento econômico e social dos países, não devendo, assim, ser responsabilidade exclusiva de apenas um setor (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION, 1974). Define-se como premente a necessidade do uso de um sistema contínuo de informações com capacidade de monitorar a produção, a armazenagem, a distribuição e o consumo de alimentos, bem como capaz de fornecer dados relativos ao estado nutricional e de saúde da população.

O Sisvan surge na década de 1970, como uma proposta concreta para possibilitar o conhecimento da situação nutricional e alimentar e seus determinantes da população mundial, cuja implantação vem sendo preconizada pelos organismos internacionais durante os últimos trinta anos.

Castro (1995) identifica algumas questões que ajudam a compreender melhor o contexto da implantação do Sisvan. Em primeiro lugar, o crescente desejo acadêmico de conhecer mais sobre as necessidades nutricionais e o perfil nutricional das populações, as tendências e os determinantes da desnutrição resultou no surgimento de centros de pesquisas na área. Em segundo lugar, a crise econômica mundial – com conseqüentes políticas de ajuste econômico, desemprego e baixos salários, problemas na produção e escassez de alimentos – levou os governos a realizarem uma série de políticas sociais compensatórias com o objetivo de melhorar o acesso ao alimento.

Em 1975, a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a OMS reúnem um comitê de especialistas para elaborar um relatório

sistematizando os procedimentos possíveis para a criação, estruturação e operacionalização do Sisvan. Esse documento recomendava a vigilância nutricional a todos os países, porém ressaltou a urgência de sua implantação em países não-desenvolvidos. Isso porque, nesses últimos, a oferta de alimentos e o estado nutricional de grupos vulneráveis (crianças, gestantes, idosos) eram mais precários, além da possibilidade de possuírem áreas de desnutrição endêmica (CASTRO, I., 1995).

A partir de 1976, os países em desenvolvimento empenharam-se em estabelecer o Sisvan, num esforço de melhorar o estado nutricional de suas populações. Atualmente, na América Latina, 18 países estão envolvidos nessa proposta, e em cada um deles ela foi desenvolvida com uma série de diferenças, adaptando-se às realidades internas.

A maior parte desses países priorizou como grupo-alvo para o Sisvan as crianças até cinco anos de idade, alguns incluíram gestantes, escolares e adultos em suas experiências. A saúde foi o setor que apareceu, em quase todos os países, como o responsável pela viabilização da proposta e, em alguns, a intersectorialidade aconteceu com a participação dos Ministérios da Agricultura, Educação, Economia e Bem-Estar Social.

Em sua trajetória, o Sisvan, principalmente nos países em desenvolvimento, vem acompanhado por uma série de conferências, tendo como a mais importante delas a de “Alma Ata”, realizada em 1978. Esta recomenda a universalização das ações básicas de saúde para as crianças menores de cinco anos de idade – vigilância do crescimento e desenvolvimento, promoção do aleitamento materno, controle das doenças imunopreveníveis, combate à diarreia e uso da terapia de reidratação oral, controle das infecções respiratórias agudas (INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978).

Outro evento importante foi a Conferência de Cúpula de Nova Iorque (Unicef, 1990), na qual os países se comprometeram a alcançar saúde para todos no ano 2000. O objetivo era reverter, substancialmente, o quadro de doenças evitáveis e promover a qualidade de vida da população, no bojo de uma nova ética de desenvolvimento político e social. As metas voltadas para a área de nutrição foram: a redução da desnutrição energético-protéica nas crianças menores de cinco anos, a redução do nascimento de crianças com baixo peso, a redução da anemia ferropriva nas mulheres em idade fértil, a eliminação de doenças causadas pela falta de iodo e a eliminação da carência de vitamina A e suas conseqüências.



Busque na página da Organização Mundial da Saúde o relatório da Conferência de Alma Ata e identifique as recomendações sobre a universalização das ações de saúde. A leitura deste relatório ampliará seu conhecimento sobre a história da atenção básica à saúde.

Em 1992, acontece a Conferência Internacional de Nutrição (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION, 1992), que assume o compromisso de voltar esforços para eliminar, até o ano 2000, a fome e as mortes por fome. É reconhecido que o acesso à alimentação nutricionalmente adequada e saudável é um direito de cada indivíduo e que há alimentos suficientes para todos, existindo apenas um acesso desigual a eles. Essa Conferência investiu na elaboração de um plano de ação que, por intermédio do Sisvan, previu atividades de avaliação e de acompanhamento de situações nutricionais, com o objetivo de ser um instrumento facilitador para a efetivação dos compromissos.

No Brasil, como evoluiu o Sisvan?

Em 1972, foi criado o Inan, cujo papel era formular e efetivar uma política na área de Alimentação e Nutrição para o país (L'ABBATE, 1988). Este órgão teve importante participação na estrutura do Sisvan em nível nacional.

No I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), a partir de 1974, definiram-se as bases para uma política alimentar e nutricional, e no II Pronan, em 1976, teve-se a primeira tentativa de implantação do Sisvan, por intermédio do Inan, porém não houve desdobramentos e a proposta não foi concretizada (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1993). As razões para isto estiveram relacionadas a uma proposição complexa, o que, segundo Kruse (2006, p. 2),

tornou-se inoperável em face da precariedade das condições e disponibilidades das estruturas de saúde, da dificuldade de conseguir a participação multissetorial, da dependência de recursos de fontes externas ao setor saúde e da ausência de interligação efetiva ao sistema de informação em saúde.

As primeiras experiências de implementação do Sisvan ocorreram em Pernambuco e na Paraíba no início da década de 1980 e foram importantes para avaliar sua potencialidade. O resultado levou a um longo debate sobre sua viabilidade e orientou diversas propostas que vieram a cabo nas décadas de 1980 e 1990, contribuindo para o conhecimento e o amadurecimento da proposta no Brasil (BRASIL, 1996).

Isso ocorreu num período especialmente importante para o país, porque estavam sendo divulgados os resultados da PNSN, em 1989, apontando que os recursos dos programas de suplementação alimentar tinham sido direcionados à população de baixo poder aquisitivo, para prevenção de doenças e agravos nutricionais. Havia manipulação político-eleitoreira, clientelismo e supervalorização de operações burocráticas, o que propiciaram desvio e corrupção na compra do produto, não exercendo, portanto, mudança da situação nutricional e alimentar. As recomendações apontavam para a descentralização das atividades e para melhor alocação dos recursos, a fim de garantir melhor efetividade de recursos públicos (CASTRO, I., 1995).

É com a Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990a) que a VAN é normatizada no âmbito do SUS e que a proposta do Sisvan inicia sua consolidação no setor saúde no Brasil. Ela foi ratificada pela publicação da Portaria n. 080-P (BRASIL, 1990b) do Ministério da Saúde/Lei Orgânica do SUS, em que é estabelecido o monitoramento do perfil nutricional e alimentar.

Na Parte I deste livro você fez a leitura da Lei n. 8.080/1990. Agora, para saber mais a respeito da normalização e consolidação do Sisvan, leia a Portaria n. 080-P/1990, disponível na página eletrônica do Ministério da Saúde.

A partir dessa legislação, o Sistema foi estimulado, mas sua implantação ocorria em função do grau de amadurecimento político-técnico da gestão municipal e estadual e do apoio que o ex-Inan poderia oferecer.

Os anos 1990 foram marcados pelo surgimento de inúmeros movimentos sociais e pelo enfraquecimento político e institucional do Inan. Foi crescente o número de movimentos que priorizaram a questão alimentar e nutricional, tanto por iniciativa da sociedade civil e das Organizações Não-Governamentais (ONG) quanto das instituições governamentais.

Destaca-se a criação, em maio de 1991, da Comissão Parlamentar de Inquérito da Fome, que foi amplamente conhecida como a CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) da Fome. Esta elaborou um relatório com conclusões e recomendações para erradicar a fome e as ameaças à segurança alimentar, desdobrando-se em um grande e conhecido movimento de mobilização nacional, o Movimento de Combate à Fome, à Miséria e pela Vida.

Esse movimento levou à criação do Consea, que estimulou várias iniciativas de mapeamento da fome no país, como a elaboração do “Mapa da fome”, por intermédio do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (Ipea) e a formulação de um Plano de Combate à Fome e à Miséria (BRASIL, 1996).

Desta última iniciativa, como desdobramento de uma medida emergencial de combate à fome, surgiu o Programa de Atendimento a Crianças Desnutridas e Gestantes de Risco Nutricional – Leite é Saúde (PLS) –, direcionado ao atendimento de crianças entre seis meses e dois anos de idade, seus contatos familiares e gestantes sob risco nutricional e cuja adesão por parte dos municípios tinha como requisito obrigatório a implantação do Sisvan na rede de saúde. Em 1993-1994, o Sisvan, de forma inédita, entra como critério de adesão de um programa de suplementação alimentar (BRASIL, 1993).

Você já leu sobre a política de segurança alimentar no Capítulo 5 deste livro, “Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil”.

De fato o Movimento do Combate à Fome e à Miséria pode ser considerado um marco histórico importante para o Sisvan, pois o governo federal incorporou pela primeira vez duas importantes políticas: da Segurança Alimentar e do Sisvan, que é assumido como um instrumento importante na viabilização da SAN (CASTRO, I., 1995). O governo assumiu o Sisvan como requisito de acesso a um programa de suplementação alimentar, que considerava de forma inédita no país o critério biológico para acesso aos beneficiários, ou seja, somente crianças, gestantes e nutrizes em risco nutricional poderiam ser beneficiários. Isso trouxe avanços na divulgação da proposta, mas também distorção em seu uso.

Em 1994, com o PLS estendido no país, o Inan (extinto em 1996) reconheceu a necessidade de criar uma Rede Sisvan, composta pelas unidades locais de saúde e coordenações municipais, estaduais e nacional de alimentação e nutrição. Esta iniciativa revela o investimento para articular a operacionalização do Sistema no país, apoiado em três diretrizes básicas:

1. Padronização de indicadores mínimos;
2. Celebração de convênios com Secretarias Estaduais de Saúde;
3. Criação de centros de referências regionais para apoio científico e formação de recursos humanos.

O objetivo era formar a Rede Sisvan com a participação das unidades federativas, tendo como prioridade o monitoramento de crianças menores de cinco anos e gestantes dos municípios contemplados pelo PLS (SILVA, 2001).

Em 1995, o Inan, por intermédio da coordenação nacional do Sisvan, que tinha como função a normatização, a implantação e a implementação da proposta no país, avalia e reconhece que seu avanço se deu como consequência do PLS, que estimulou um crescente número de municípios na incorporação dessa atividade. Porém, essa relação entre o PLS e o Sistema representa, na visão dos municípios, muito mais um requisito administrativo a ser cumprido para a celebração do convênio do que, propriamente, uma decisão político-técnica de utilizá-lo como um instrumento que forneça informações e subsidie a sua atuação junto aos fatores determinantes dos problemas de alimentação e nutrição em seus municípios.

Repare que o Sisvan ganha respaldo político, e o governo federal utiliza na formulação dos programas sociais as mesmas bases da proposta internacional do Sistema, entretanto, não consegue contemplar a dimensão intersetorial como é previsto originalmente na proposta. A VAN no Brasil fica restrita a instrumento de triagem do PLM. Em 1996, o Inan é extinto e suas atividades são incorporadas ao Ministério da Saúde. Em um primeiro momento, o Sisvan é vinculado ao Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/FNS), restrito apenas à dimensão de sistema de informações.

Após um ano, o Ministério da Saúde reconhece que o Sistema não é somente um instrumento de coleta rotineira de dados e produção de informações, mas uma ferramenta mais ampla que possibilita a qualificação da assistência e intervenções imediatas em nível local, tanto na dimensão coletiva quanto na individual. Em 1998, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS, por meio da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (Atan/SPS/MS), incorpora o Sisvan e, paralelamente, reformula o PLS para o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN). As mudanças nesse programa são:

- ◆ A eliminação de celebração de convênios entre o governo federal e municípios para a transferência fundo a fundo (fundo federal para fundo municipal);
- ◆ A inclusão de uma parte do recurso financeiro flexível para atender às demandas específicas na área de alimentação e nutrição no município. Isso determinou a autonomia no gerenciamento das atividades e propiciou um maior interesse do município em implantar o programa e, conseqüentemente, a adesão ao Sisvan aumentou. Em 1999, o PCCN passa a ser denominado ICCN, reforçando a proposta da Rede Sisvan (BRASIL, 1999a).

Transferência fundo a fundo consiste no repasse de recursos financeiros, regular e automático, diretamente do FNS para os Estados e municípios destinados ao financiamento do SUS, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário estabelecidas pela NOB/1996 e Noas/SUS/2001.

Na busca de estratégias para mudar essa situação, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS, por meio da Atan, encaminhou à 4ª Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), promovida pela Rede Interagencial de Informações e Saúde (Ripsa), em outubro de 1998, a proposta de criação do Comitê Temático Interdisciplinar do Sisvan. A proposta foi aceita pelos membros da OTI e o comitê foi constituído com a participação dos Centros Colaboradores Regionais e Nacionais de Alimentação e Nutrição, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), especialistas nacionais e representantes das áreas de alimentação, nutrição, epidemiologia e informação do Ministério da Saúde.

Nessa oficina de trabalho, o Comitê elaborou propostas para impulsionar o Sisvan como um sistema com forte componente analítico, ou seja, um sistema que, além de banco de dados, respondesse às principais questões da área de nutrição, associando aos dados da clientela da rede de saúde aqueles oriundos de pesquisa e de outros sistemas de informação: um sistema abrangente, dinâmico e estratégico para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Por exemplo, um dos papéis recomendados para o Sisvan seria responder à avaliação da eficiência de programas para combate à desnutrição infantil, adotados pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de controle desse problema em território nacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1999).

As principais propostas do Comitê Temático Interdisciplinar do Sisvan na Ripsa para superação dos problemas que limitam a implementação do sistema basearam-se na incorporação urgente do que rege a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Além disso, o Comitê definiu três áreas temáticas que devem compor o elenco de indicadores do Sisvan: estado nutricional e carências específicas; consumo de alimentos; e desempenho e qualidade dos serviços.

Ao mesmo tempo, foi definida a atual Pnan, aprovada em 10 de junho de 1999, através da Portaria n. 710 do Diário Oficial da União, que tem como propósito

a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 1999b).

Em uma de suas diretrizes, a Pnan prevê a ampliação e o aperfeiçoamento do Sisvan para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, de modo a agilizar os seus procedimentos e estender sua cobertura a todo país. Podemos concluir que a Ripsa junto com a Pnan tentam resgatar do conceito do Sisvan as estratégias que possam aprimorar a qualidade da informação.

No Capítulo 5 você leu, resumidamente, as diretrizes da Pnan. Se quiser aumentar seu conhecimento leia, na página eletrônica do Ministério da Saúde, a Portaria n. 710/1999.

Na agenda de governo para o biênio 2001-2002, foi previsto um novo Programa chamado Bolsa, ligado ao Ministério da Saúde, destinado à promoção de boas condições de saúde e nutrição de crianças até seis anos de idade, gestantes e nutrizes, de famílias com renda mensal inferior a meio salário-mínimo *per capita* e em risco nutricional. Este programa previa como pré-requisito a promoção da VAN, por meio da coleta e análise conjunta de dados dos diversos sistemas de informação em saúde de base nacional e pesquisas locais. Paralelamente, no ano de 2001, a Secretaria de Políticas de Saúde/MS transforma a Atan em uma Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição e oferece maior visibilidade e autonomia a essa área.

Atualmente, com a criação da CGPAN/MS e com a fusão de todos os programas no Bolsa Família, o Sisvan tornou-se prioridade na agenda governamental. O resultado disso está no investimento da CGPAN/MS no desenvolvimento de uma norma operacional, boletins informativos e incentivos financeiros para fortalecer a rede formada por municípios, estados e governo federal.

O programa Bolsa Família já foi discutido neste livro, no Capítulo 5, "Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil".

Até aqui, vimos que o Sisvan no Brasil tem sua trajetória de adesão influenciada pelos programas federais de suplementação alimentar. Isso, de certa forma, fez com que o sistema vigente no país apresentasse limitações consideráveis como instrumento de representação epidemiológica e de predição de tendências. O fato de um de seus componentes reunir dados primários de serviços de saúde de municípios contemplados com o programa de suplementação alimentar governamental tem contribuído para agravar problemas de representatividade epidemiológica nos âmbitos municipal, estadual e nacional, em função da restrição de monitorar o grupo materno-infantil beneficiário dos programas, bem como de limitar sua atuação apenas no setor saúde.

O Sisvan é um instrumento de informação-ação, especialmente de âmbito local, que visa: reorganizar a rotina de atenção nutricional em

saúde pública, oferecer subsídios para a formulação de políticas e ações voltadas à melhoria das condições nutricionais e de saúde desses povos, e, por meio da identificação de grupos/áreas prioritárias que se apresentam em risco nutricional, facilitar a demonstração aos gestores das necessidades de recursos humanos, técnicos, materiais e financeiros.

São diversos desafios a serem superados. De fato o Sistema é muito sensível às intempéries políticas, sobretudo aquelas relacionadas ao imediatismo dos programas de suplementação alimentar. Kruse (2006, p. 8), ao analisar o futuro do Sisvan, destacou

que todos os esforços deverão tender à valorização dos sistemas locais de saúde, à municipalização, conferindo um importantíssimo papel a comunidade, pois os problemas nutricionais adquirem mais significação nessa instância e, por conseguinte, aí devem ser primordialmente combatidos.

A expectativa é ter um sistema de informação que revele a situação alimentar e o estado nutricional dos povos indígenas, possibilitando a formulação de ações imediatas ou políticas que contribuam para melhores resultados.



Não deixe de ler a Norma Técnica da Funasa para o Sisvan Indígena para conhecer as orientações que devem ser seguidas pelos DSEI, no site do Ministério da Saúde.

Nesse contexto, situa-se a proposição da Funasa para a implantação do Sisvan em Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Essa proposta está referendada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002), que deu prioridade para a identificação dos casos de risco nutricional, incluindo encaminhamentos e parcerias necessárias para a redução dos agravos nutricionais (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005). O Departamento de Saúde Indígena da Funasa elaborou uma Norma Técnica para o Sisvan Indígena para orientar os DSEI, valendo-se da adequação das recomendações internacionais e nacionais às especificidades encontradas na população indígena.

O que você sabe sobre o uso, os obstáculos e as barreiras a serem superadas pelo Sisvan?

As diversas organizações nacionais e internacionais continuam a propor o Sisvan como um instrumento de planejamento, acompanhamento e avaliação de programas e políticas públicas. Como já vimos, o desenvolvimento do Sistema no mundo tomou contornos e nuances peculiares às características de cada nação. Acosta (2001) realizou um trabalho sobre a evolução do Sisvan na América Latina em que descreveu seus erros mais comuns, os relacionados ao papel do Sistema como instrumento de planejamento, à inadequação de prioridades e atividades, à insuficiência de formação técnica e à ausência de participação popular.

No país, o Sistema precisa alcançar a abrangência necessária, tanto em quantidade quanto em qualidade, para que possa desempenhar seu papel como instrumento de geração de políticas públicas. Explicando melhor, podemos observar que o Sisvan no Brasil, durante anos, caminhou vinculado ao setor saúde, com o objetivo de racionalizar ações de suplementação alimentar. Mesmo nesse setor, sua trajetória tem sido restrita, ou seja:

- ◆ O Sistema tem se limitado às variáveis antropométricas, principalmente às crianças menores de cinco anos;
- ◆ A cobertura geográfica e populacional nos municípios é restrita à população beneficiária, aos programas;
- ◆ Os profissionais de saúde envolvidos precisam ser capacitados e ter apoio político-institucional para se dedicarem à implantação da proposta.

Para refletir

Se você é profissional que trabalha com povos indígenas, o Sisvan está implantado em seu DSEI? Como você vê a utilidade desse Sistema em seu cotidiano de trabalho?

Agora que conhecemos a história do Sisvan, dá para perceber que seu conceito evoluiu ao longo de anos. Hoje o resultado está voltado para uma visão estratégica de potencializar o Sistema de forma dinâmica e eficiente, que segue as mesmas diretrizes conceituais apresentadas, com alguns avanços:

- ◆ **Sistema:** eixo que supõe uma padronização de atividades, ou seja, tarefas organizadas de receber, tratar e analisar dados e informações para devolvê-los à rede do SUS e à sociedade, retroalimentando os setores responsáveis pelo planejamento, gestão e controle social dos programas e políticas públicas.
- ◆ **Vigilância:** eixo que engloba quaisquer atividades rotineiras e contínuas de coleta, processamento, análise e interpretação dos dados; recomendação de medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes.
- ◆ **Alimentar:** eixo que envolve os aspectos relativos à promoção de práticas alimentares saudáveis, à prevenção e ao controle dos distúrbios alimentares e de doenças associadas à alimentação.
- ◆ **Nutricional:** eixo que considera o estado nutricional de coletividades como resultante do equilíbrio entre o consumo alimentar e a utilização biológica dos alimentos e sua estreita relação com o estado de saúde.

Organização do Sisvan

Hoje podemos afirmar que o principal componente da identidade do Sisvan no Brasil é estar próximo das ações locais, tendo, portanto, como sua fonte de dados fundamental a utilização de dados/indicadores nutricionais já coletados na atenção básica de saúde e incorporados em diversos bancos de dados do Ministério da Saúde ou dos sistemas locais.

Para consolidar o Sisvan para a população indígena, precisamos antes compreender como ele está organizado no Brasil.

Quais os caminhos do Sisvan no Brasil?

Como já abordamos, o Sisvan cresceu no setor saúde. A organização inicial foi feita pelo extinto Inan, no final da década de 1980, a partir da participação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e dos programas comunitários de saúde. Com a implantação da NOB/SUS (BRASIL, 1997), em 1996, foram estabelecidos os papéis dos níveis municipal (gerenciamento e gestão), estadual e federal (gestão pelo acompanhamento e avaliação) para todas as ações do SUS, incluindo os sistemas de vigilância à saúde. O Sisvan, como qualquer sistema do setor saúde, obedece às atribuições da NOB/SUS citada e seu organograma pode ser descrito como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Organograma do Sisvan



Fonte: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1997).

Essas atribuições assumem que a rede de ações e serviços públicos e privados do nível local, organizada e hierarquizada, é gerenciada pelo município. O seu propósito é garantir ações e meios para oferecer à população acesso a um atendimento integral, isto é, de forma harmônica, integrada, moderna e equânime.

O papel do nível estadual é gerar informações informatizadas, por meio da estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação e de vigilância epidemiológica sanitária, alimentar e nutricional. Essas atribuições expressam a configuração de um sistema de apoio logístico e de atuação estratégica, o que faz dessas as mesmas atribuições do nível federal.

Retomando o conceito do Sisvan, vemos que suas atribuições estão baseadas na seleção, na compilação, no processamento, na análise e na interpretação dos dados e, portanto, depende da organização de um fluxo de dados e informações.

Como está organizada a rede de dados e informações do Sisvan? Existe um fluxo de dados e informações entre os níveis local, municipal, estadual e federal?

Em 2003, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral das Políticas de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde (CGPAN/DAB/SAS/MS), elaborou procedimentos padronizados para que os dados e as informações fossem obtidos por meio de sistemas de informação e vigilância à saúde, de base nacional. O material vem sendo disponibilizado para todos os municípios brasileiros e compõe um módulo em um sistema de informação mais abrangente e único para todas as unidades básicas de saúde. A implantação/implementação desse aplicativo informatizado está sendo realizada por meio da capacitação de profissionais, em ação conjunta entre técnicos da CGPAN e do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datasus).

A adoção plena desse sistema informatizado de base nacional propicia aos municípios a obtenção de dados de saúde mais confiáveis, bem como agiliza a geração de informações que permitem o monitoramento da situação nutricional e o planejamento de ações para intervenção nos agravos detectados nos níveis individual e coletivo. Pelo fato de todos

os usuários das unidades de atenção básica terem seu estado nutricional avaliado sistematicamente, o sistema suscita a incorporação de uma atitude de vigilância por parte dos profissionais de saúde.

Figura 2 – Módulo vigilância alimentar e nutricional desenvolvido pelo Datasus



Fonte: DATASUS (2007).

Historicamente, no Brasil, os dados sobre estado nutricional estiveram ligados a programas de suplementação alimentar. Essa influência determinou a criação, pelo extinto Inan, de um fluxo próprio de dados antropométricos de crianças menores de cinco anos e gestantes, atendidas em unidades de saúde e programas comunitários nos municípios contemplados. Para isso, foram encaminhados a todos os municípios que celebravam convênios formulários para coleta de dados nas unidades de saúde e por agentes de saúde: (a) mapa mensal; (b) resumo mensal. Ao final do mês, cada SMS deveria enviar à SES seus formulários que, consolidados, seriam encaminhados periodicamente ao nível nacional. Esse processo vigora, na maioria dos municípios, até os dias de hoje, com algumas alterações implementadas por algumas SMS, orientadas pelas SES.

Todo o processo é feito por meio de planilhas/formulários em sistemas de coleta de dados manual ou informatizado. A maioria dos municípios coleta seus dados nos serviços de saúde que monitoram os beneficiários de programas governamentais.

O processo de obtenção de dados do Sisvan vigente tem sido objeto de inúmeras discussões, visando ao seu aperfeiçoamento e subsequente formação de um fluxo de dados construído na perspectiva de servir para “ação”. O sistema elaborado pela CGPAN/MS foi criado com tal propósito, a fim

de estabelecer, de forma objetiva, um sistema de informação e vigilância para acompanhar e avaliar as ações de saúde em nível municipal/local em harmonia e interação com os níveis estadual e federal. A sua interlocução estaria centrada nos setores das políticas públicas de saúde, devendo funcionar como um sinalizador para a gestão das ações estratégicas.

Acreditamos que cada nível de atuação do sistema deve ser autônomo e desenvolver estratégias para divulgar as informações, como a realização de seminários, o uso de meios de comunicação de massa, a criação de fóruns representativos da sociedade civil, a elaboração de boletins etc. O uso da informação relaciona-se com os diversos níveis valendo-se da retroalimentação do sistema.

O mais importante do fluxo de dados não é o formato da planilha, do mapa ou do formulário que cada unidade de saúde, municipal ou estadual, está usando, mas que seja cumprida com rigor a padronização das informações contidas nesse curso e na Norma Técnica da Funasa.

Para refletir

Você conhece a proposta de organização do Sisvan Indígena desenvolvido pela Funasa? Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, relate sua experiência.

Os caminhos da implantação do Sisvan para a população indígena

A Funasa estabeleceu um modelo de implantação do Sisvan baseado em três fontes de dados: pesquisas populacionais; dados dos DSEI; e sistemas de informação e vigilância em saúde. Essa medida assume que o perfil nutricional de uma determinada população não deve se restringir a uma única fonte de dados. É importante, contudo, que haja interface entre elas, para evitar duplicidade de tarefas e melhorar a consolidação de informações para compor o diagnóstico nutricional desejado.

Nesse cenário, alguns atores estarão mais envolvidos em pesquisas populacionais, que deverão ser realizadas de forma periódica, entre dois e cinco anos, e sua responsabilidade é dos níveis de formulação de políticas públicas e das universidades, que geram conhecimento sobre um determinado fenômeno.

Os dados produzidos pelos DSEI são rotineiros e alimentam o cotidiano situacional da população de interesse de um sistema de vigilância e informação em saúde. Essa fonte de dados é a estratégia de maior rapidez e menor custo, comparados às pesquisas populacionais para descrever a situação nutricional e a ação das políticas públicas.

Para refletir

Você acredita que seja possível depender da realização de uma pesquisa para definir medidas de apoio à população indígena?

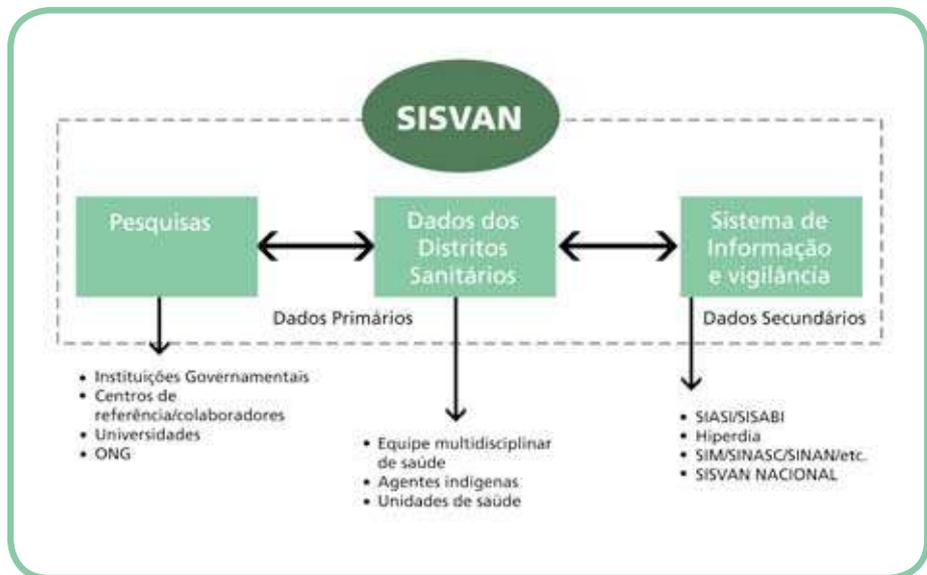
Esta é a dimensão que os dados dos DSEI têm: eles respondem rápido à formulação, monitoramento e avaliação de programas e políticas públicas. Os sistemas de informação e vigilância em saúde são o destino dos dados produzidos e serão o palco dos registros dos dados dos distritos, bem como o local de diálogo com os outros sistemas. Não é suficiente ter dados só para um nível, é importante que haja articulação com outros sistemas para que haja apoio às mudanças necessárias. Da mesma forma que o Sisvan Nacional, o Sisvan Indígena deve permitir a difusão das informações para toda a sociedade. A organização do Sisvan Indígena depende da produção de dados confiáveis pelos profissionais de saúde.

Atenção: esta é apenas uma proposta para que você avalie a pertinência desses elementos. Portanto, não é definitiva, e sua elaboração é dinâmica, pois devemos ter em mente que aprendemos sempre coisas novas com quem está na base do Sistema.

O fluxo de dados é detalhadamente discutido na Parte II do livro *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, volume 2.

Observe o esquema da Figura 3. Neste livro, *Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena*, vamos trabalhar somente com a caixinha dos dados dos distritos sanitários que estão em vermelho, ou seja, dados produzidos pelo subsistema de saúde indígena em suas diversas instâncias. É claro que existem outras fontes que podem produzir dados para o Sisvan Indígena, tais como as pesquisas realizadas por universidades e centros de pesquisas, os inquéritos nutricionais e os sistemas de informações nacionais. No entanto, estes não farão parte de nossa discussão.

Figura 3 – Produção de dados dos DSEI



Fonte: Fundação Nacional de Saúde (2005).

O esquema apresentado na Figura 3 se refere a uma proposta da Funasa para a organização do Sisvan Indígena. Para começar a compreender a dinâmica do fluxo de dados, observe o desenho básico em cada uma das etapas.

Figura 4 – Desenho básico do fluxo de dados do Sisvan no setor saúde



Fonte: SILVA et al. (2001, p. 83).

Atitude de vigilância

Chegamos aqui com muita informação sobre os objetivos básicos do Sisvan, que é o monitoramento nutricional dos indivíduos em seus cursos de vida. Será que a nossa missão ao abraçar o Sisvan é buscar dados?

Temos discutido que o nosso papel é ter atitude de vigilância!

Até agora chamamos atenção para o fato de que a informação deve estar voltada para a ação. O esperado é que essas informações e ações contribuam efetivamente para o controle dos problemas identificados no setor saúde, para a prevenção e promoção da saúde e nutrição.

Outra questão importante é a de que temos diferentes executores e gestores da informação e da ação: os do nível local e os do nível municipal, estadual e federal.

O Sisvan fornece informações com o objetivo de descrever o perfil alimentar e nutricional do indivíduo que procura as ações de saúde, em busca de qualquer tipo de atendimento (nível individual), bem como

da população da área de abrangência de sua unidade de saúde (nível coletivo).

O conjunto dessas informações irá nos fornecer a situação geral das ações de saúde praticadas nas unidades de saúde e nos programas comunitários. Dessa forma, podemos saber qual a enfermidade de maior prevalência em nossa comunidade antes de priorizar o atendimento e as ações. Essa lógica também acontece com os níveis de gerenciamento e gestão.

Vamos refletir sobre uma situação do cotidiano num pólo-base ou no posto de saúde?

Chega uma criança de dois anos, acompanhada da mãe, à procura de atendimento, com queixa de diarreia. O que você poderia fazer?

- ◆ Dependendo da formação do profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde), seria possível fazer o diagnóstico e medicar a criança; oferecer recomendações necessárias para o tratamento da doença; agendar uma consulta de retorno para verificar os resultados do tratamento ou das orientações; vacinar, registrar no cartão a vacina dada e agendar a próxima data da vacinação.
- ◆ Se o Sisvan estivesse implantado e funcionando, a criança poderia ser pesada; o seu diagnóstico nutricional anotado; e seus dados poderiam ser registrados em planilhas específicas e na curva de crescimento da Caderneta da Criança.
- ◆ Seria possível conversar com a mãe sobre outras ações de saúde, como aleitamento materno, introdução de alimentos e cuidados de higiene; vacinação; conhecer um pouco mais sobre essa criança e tirar dúvidas da mãe sobre cuidados básicos, além de encaminhá-la, de acordo com o diagnóstico realizado, para algum atendimento, programa específico ou tratamento; vacinar, registrar no cartão a vacina dada e agendar a próxima data da vacinação.
- ◆ Outra alternativa seria promover reuniões com temas específicos ou não e convidar as pessoas a participar de forma a lhes dar oportunidade de construir coletivamente um novo conhecimento e, com isso, buscar soluções para os seus problemas.
- ◆ Por último, após consolidar os dados de toda a clientela atendida, seria possível divulgar os resultados encontrados na aldeia em que se trabalha, por meio de boletins, informes, rádio comunitária local etc.

Tentamos exemplificar o que seria “informar para agir”. Na hipótese apresentada anteriormente, poderíamos somente ter tratado da diarreia, mas optamos por valorizar o estado nutricional, intervindo precocemente e promovendo a saúde da criança, além de ter a preocupação de registrar essa informação de forma organizada.

Tudo isso é ter uma atitude de vigilância. É assumir um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase da vida. É usar a informação gerada rotineiramente não só para retroalimentar o Sisvan e subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, mas também usá-la de forma imediata para repensar a prática e qualificar a assistência prestada aos indivíduos que diariamente estão à procura de atendimento.

Ter uma atitude de vigilância é valorizar o estado nutricional do indivíduo e do coletivo, é dar importância ao registro correto dos dados em planilhas, ratificando a importância da nutrição como coadjuvante das ações de intervenção diante o serviço. Por fim, é trabalhar pensando na promoção da saúde, de forma integral e igual para todos, baseada na realidade epidemiológica local.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Assista ao vídeo *Atitude de vigilância*, produzido pelo Inan/MS e CPCE/UnB (Centro de Produção Cultural e Educativa/Universidade de Brasília, coleção Vídeos em Saúde), em junho de 1997. Este vídeo faz parte do acervo da CGPAN, do Ministério da Saúde, e da videoteca do Departamento de Comunicação em Saúde/DCS/CICT, que pode ser acessada por meio do site da Fiocruz. Para qualquer informação sobre a reprodução, contatar a videoteca.

Depois de ler o Capítulo 6, e de assistir ao vídeo:

1. Reflita como os procedimentos de fluxo de dados de um serviço de saúde podem contribuir para o fortalecimento do Sisvan.
2. Faça seus comentários em relação às indagações a seguir:
 - a) O que significa ter “atitude de vigilância”?
 - b) Os procedimentos de fluxo de dados contribuem para o fortalecimento do Sisvan? Por que e de forma?

3. Considerando que no Brasil o setor saúde foi o responsável pela implantação do Sisvan, quais as potencialidades e limitações para o Sistema? Como superar as limitações? Proponha estratégias que, baseadas no que você leu e na proposta da Norma Técnica da Funasa para o Sisvan Indígena (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2005) possam implementar o Sisvan não somente no serviço de saúde, mas em sua comunidade. Procure articular o que você leu com o que você conhece ou vivencia no seu cotidiano de trabalho.

Referências

ACOSTA, S. J. Errores em que se puede incurrir en los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional. *Revista Cubana de Alimentación e Nutrición*, Havana, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2001.

ATITUDE de vigilância nutricional. Produção: INAN e CPCE. Brasília, 1997.

BOLETIM Nacional do Sisvan, Brasília, a. 2, n. 1, 1996.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília, 1997. 34 p.

_____. _____. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 nov. 1996.

_____. _____. Portaria n. 80-P, de 16 de outubro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 out. 1990b.

_____. _____. Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 jan. 2001.

_____. _____. Portaria n. 709/GM, de 10 de junho de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a implementação de ações de combate às carências nutricionais nos Municípios. *Diário Oficial da União*, Brasília, v. 110, 11 jun. 1999a. Seção 1, p. 85.

_____. _____. Portaria n. 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*, v. 110, 11 jun. 1999b. Seção 1, p. 14.

_____. _____. *Programa de atendimento aos desnutridos e às gestantes em risco nutricional: leite é saúde*. Brasília, 1993. 15 p.

CASTRO, I. R. R. *Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de Saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

DATASUS. Apresentação do SISVAN. Disponível em: <<http://aguia.datasus.gov.br/bolsa/>> Acesso em: 23 fev. 2007.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Programa de Apoio à Reforma Sanitária. *Sistema de vigilância alimentar e nutricional na rede de saúde*: manual para implantação. Rio de Janeiro, 1993.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. *Conferencia mundial de los alimentos*. Roma, 1974.

_____. *Conferencia internacional sobre nutrición*. Roma, 1992.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Norma técnica: vigilância alimentar e nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas*. Brasília, 2005. 92 p.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978, Alma-Ata (URSS). *Primary health care*: joint report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund for the International Conference of Primary Health Care. Geneva: World Health Organization; Unicef, 1978.

KRUSE, B. *Sisvan*: breve viagem ao passado. In: ENCONTRO NACIONAL DOS COORDENADORES ESTADUAIS E CENTROS COLABORADORES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 6., Brasília, 2006. *Sisvan*: histórico, avaliação e perspectivas: mesa redonda. Brasília, 2006.

L'ABBATE, S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil, I: Período de 1940 a 1964. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 1, n. 2, p. 87-138, 1988.

_____. *Usos y perspectivas de la epidemiologia*. Washington, D. C., 1984. (Publ. n. PNSP 84-47).

_____. *Vigilância alimentaria y nutricional en las Americas*: una conferencia internacional, México, 5-9 de Septiembre de 1989. Washington, D. C., 1989. (Publicación científica, 516).

_____. Comitê Temático Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Informe final*. Brasília, 1999.

SILVA, D. O. et al. *Sisvan*: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais de saúde: o diagnóstico coletivo. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Ensp/Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição, 2001.

UNICEF. *Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento*. Nova Iorque, 1990.