

**Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição**

**INFORME SITUACIONAL SOBRE OS
PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO
BÁSICA**

GERAL

Dezembro/2017

Sumário

I – Introdução	3
II – Dados por Estados	5
1. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	6
1.1 Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional	20
2. Programa Bolsa Família (PBF)	21
3. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA)	23
4. NutriSUS	25
5. Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)	28
6. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)	32
7. Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade	34
8. Programa Crescer Saudável	40
9. Programa Saúde na Escola (PSE)	42
10. Programa Academia da Saúde	44
11. Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)	48
12. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	51
13. e-SUS Atenção Básica	54
14. e.Gestor	56

I – Introdução

A população brasileira passou nas últimas décadas por grandes transformações sociais que culminaram na redução da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e desnutrição. Apesar disso, as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica ainda são prevalentes em grupos vulneráveis da população. Concomitante, o Brasil vem enfrentando aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias, em que o excesso de peso acomete um em cada dois adultos e uma em cada três crianças brasileiras. Esse novo cenário pode ser atribuído, em grande medida, à alteração no padrão alimentar da população brasileira.

Para o enfrentamento desse novo cenário, se faz necessário a realização de ações de promoção da saúde pautadas na autonomia e no empoderamento, além da necessidade de ampliação das ações intersetoriais que repercutam positivamente sobre os diversos determinantes da saúde.

Nesse contexto, o Governo Federal, por meio de um conjunto de políticas públicas que propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação adequada e saudável instituiu em 1999 a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a qual foi atualizada em 2011.

A PNAN está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações. A implementação dessas diretrizes é compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS, representadas pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos estados, municípios e Distrito Federal, e é efetivada, também, por meio de diversas ações, estratégias e programas desenvolvidos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), como descritas adiante.

Assim, esse informe foi elaborado para apoiar as Referências Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição, e dos Programas Academia da Saúde e Saúde na Escola, trazendo um diagnóstico sobre a implementação das ações, programas e estratégias desenvolvidas no âmbito das Políticas Nacional de Alimentação e Nutrição, de Atenção Básica (PNAB) e de Promoção da Saúde (PNPS). Além disso, possibilita direcionamento do apoio ofertado pelos entes federal e estadual com vistas a impulsionar e aprimorar a gestão dos programas em âmbito estadual e municipal.

Cabe lembrar que toda informação atualizada poderá ser obtida pelos sistemas dos respectivos programas, Portal do Gestor e pelo aplicativo de Nota Técnica do Departamento de Atenção Básica (<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>).

Com vistas a fortalecer a comunicação com os municípios, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) estruturou um formulário on line para cadastro dos contatos de gestores e referências

técnicas das ações e programas de alimentação e nutrição, Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde. Acesse o FormSUS pelo link http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=29788 e atualize seu cadastro.

II – Dados por Estados

1. Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população brasileira. A VAN deve ser considerada sob um enfoque ampliado, o qual deve incorporar a adoção de diferentes estratégias de vigilância epidemiológica, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, produção científica, com destaque para as ações nos serviços de saúde.

A VAN está destacada como uma das diretrizes da PNAN e constitui-se como estratégia essencial para a atenção nutricional no SUS, ou seja, para organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na RAS. Essa organização deverá ser iniciada pelo reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e às equipes de AB. Assim, recomenda-se que seja realizada, nos serviços de saúde, a avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes), os quais devem ser avaliados de forma integrada com dados provenientes de outras fontes de informação, como pesquisas, inquéritos e outros Sistemas de Informações em Saúde (SIS) disponíveis no SUS.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (*Sisvan Web*) tem por objetivo realizar a gestão das informações de VAN da Atenção Básica, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios.

Destaca-se que o Ministério da Saúde estabeleceu a estratégia e-SUS Atenção Básica com o intuito de estabelecer um modelo integrado de registro de informações, a partir da unificação da digitação nos serviços de Atenção Básica pelos sistemas de software e-SUS AB. A partir da estratégia e-SUS AB, os dados contidos na base nacional, denominado Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), fornece as informações de interesse aos diversos sistemas, a fim de qualificar o processo de gestão da informação e fomentar ações de monitoramento, avaliação e tomada de decisão em relação a políticas públicas de saúde em todos os níveis de atenção. Dessa maneira, todos os registros **de antropometria e de marcadores do consumo alimentar**, identificados com o CNS (Cartão Nacional de Saúde), do e-SUS AB integram a base de dados do Sisvan, respeitando o cronograma de envio de dados pelas equipes de Atenção Básica para a base nacional do Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB).

Com essa integração, os municípios devem monitorar no Sisvan a migração dos dados informados no e-SUS AB a partir dos relatórios do sistema. Estes relatórios estão disponíveis a partir do link

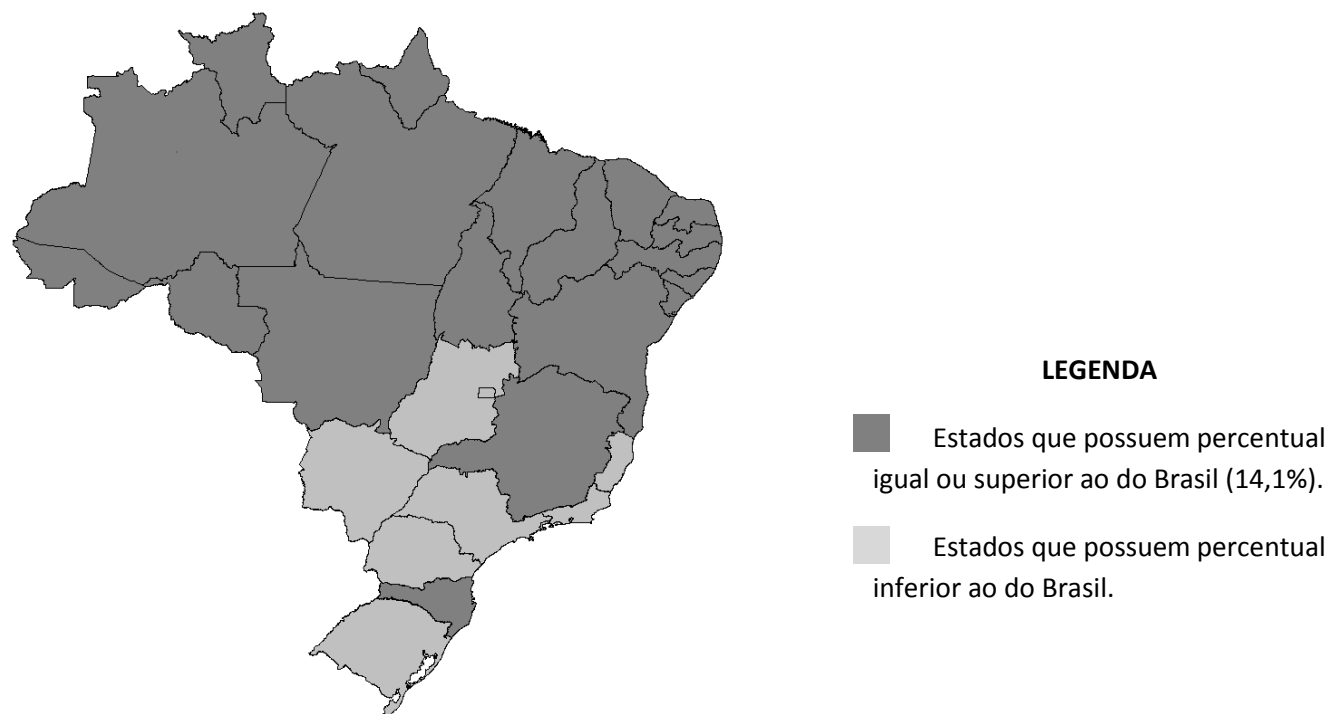
<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/>. Para tanto, basta selecionar a opção “e-SUS” no filtro “Acompanhamentos Registrados”.

Assim, na perspectiva de integração entre os sistemas de informação, gestores e profissionais de saúde devem reconhecer a informação como elemento estratégico para a gestão e principalmente para o cuidado, discutindo a importância do uso e da disseminação das informações para o planejamento, a execução e a avaliação das atividades inerentes ao setor Saúde e, especialmente, sobre as condições de vida da população.

A seguir, serão apresentadas as informações sobre a cobertura de acompanhamento do estado nutricional e de consumo alimentar do Sisvan, bem como o perfil nutricional da população acompanhada.

Os dados apresentados abaixo são referentes ao ano de 2017 e são passíveis de alteração, considerando que a Portaria nº 97, de 6 de janeiro de 2017, estabelece que poderão ser enviados ao SISAB dados de produção com até 12 meses de atraso somente para fins de complementação dos dados enviados anteriormente ou para regularização do envio da produção quando não realizada dentro do prazo previamente estabelecido. Adicionalmente, o uso da ferramenta “Agrupador de indivíduos” disponível no Sisvan, minimiza as duplicidades e como consequência, influencia no número de pessoas acompanhadas.

Figura 1. Cobertura de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web, por estado, em 2017.



Apesar da maioria dos estados apresentarem aumento do percentual de acompanhamento do estado nutricional da população acompanhada no Sisvan Web ao longo dos anos, nota-se que existe ainda grande margem para expansão da cobertura. Observa-se que 7 estados e o Distrito Federal encontram-se com cobertura do estado nutricional abaixo do valor referente ao do Brasil, principalmente nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul (Figura 1 e Tabela 1).

Em relação aos dados de marcadores de consumo alimentar, em 2017 a cobertura de acompanhamento na Atenção Básica foi de 0,5% (Tabela 1), o que corresponde a mais de 900 mil pessoas acompanhadas (dados não mostrados).

Tabela 1. Evolução da cobertura de acompanhamento do estado nutricional e do consumo alimentar no Sisvan Web, no período de 2014 a 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

*Posição	UF	Cobertura de Acompanhamento do Estado Nutricional				Cobertura de Acompanhamento do Consumo Alimentar			
		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
5º	AC	21,5	21,6	23,9	24,4	1	0,2	0,6	0,1
3º	AM	19	19,7	26,3	25,9	0,4	0,3	0,7	0,4
19º	AP	10,9	10,4	13,3	15,1	0,3	0,1	0,3	0,4
7º	PA	20,2	19,7	22,4	22,2	0,5	0,3	0,5	0,5
17º	RO	10,2	9,5	18,1	15,8	0	0	0,2	0,2
13º	RR	20,1	18,5	19,2	18,9	0,3	0,3	0,1	0
1º	TO	20,7	20,9	30,5	29,3	1,6	1,4	2	1,4
	Norte	18,7	18,5	23,1	22,7	0,5	0,4	0,6	0,5
8º	AL	18,1	17,9	22,1	21,7	0,1	0,1	0,6	0,5
10º	BA	18	17,6	19,5	19,9	0,1	0,1	0,3	0,2
6º	CE	20,5	19,8	24	22,4	0,2	0,1	0,2	0,1
2º	MA	25,1	25,2	28,6	27,7	0,3	0,4	0,7	0,4
9º	PB	20,9	20,3	22,3	21,7	0,2	0,2	0,5	0,3
15º	PE	14,1	14,7	16,2	16,6	0,2	0,1	0,3	0,3
4º	PI	21,5	21,2	25,6	25,6	0,3	0,2	0,5	0,4
14º	RN	16,3	16,1	17	16,8	0,4	0,2	0,4	0,3
12º	SE	17,1	18,3	18,4	19,5	0	0,1	0,2	0,1
	Nordeste	18,9	18,8	21,3	21,1	0,2	0,1	0,4	0,3
27º	DF	3,6	3	3,1	3,3	0,5	0,2	0,2	0,1
22º	GO	9	8,5	10,4	10,3	0,3	0,1	0,4	0,2
20º	MS	10,7	9,6	13,8	13,6	0,8	0,4	1,7	1,3
16º	MT	9,7	9,7	16,2	15,9	0,6	0,5	0,9	0,8
	Centro-Oeste	8,4	8	10,9	10,8	0,5	0,3	0,7	0,5
24º	ES	9,5	8,8	9,5	8,5	0,1	0,1	0	0,1
11º	MG	14,9	14,1	16,8	19,9	0,6	0,3	1	1,9
25º	RJ	6,3	5,8	5,8	5,8	0,1	0	0,1	0,2
26º	SP	4,1	3,8	5,9	5,7	0,1	0,1	0,2	0,2
	Sudeste	7,4	6,9	8,7	9,3	0,2	0,1	0,4	0,6
21º	PR	8,1	7,5	12,7	11,4	0,2	0,1	0,5	0,5
23º	RS	6,2	5,9	9,4	8,9	0,1	0,1	0,3	0,2
18º	SC	5,5	4,9	13,3	15,3	0,2	0,1	0,3	1,1
	Sul	6,8	6,3	11,6	11,3	0,2	0,1	0,4	0,5
	Brasil	11,5	11,1	14	14,1	0,3	0,1	0,4	0,5

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da não incorporação da ficha de visita domiciliar e da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em março de 2018.

*Posição entre estados considerando o percentual de cobertura de acompanhamento de estado nutricional no ano de 2015.

Em referência ao estado nutricional de crianças brasileiras de 0 a 5 anos, o percentual de déficit de estatura (desnutrição crônica) foi de 13,1% e excesso de peso 15,9% (Tabela 2).

Entre as crianças de 5 a 9 anos, 8,8% apresentam déficit de estatura para idade e 5,5% magreza. Quanto aos percentuais de excesso de peso, destaca-se que 15,5% estão com sobrepeso e 13,3% com obesidade (Tabela 3).

Tabela 2. Perfil nutricional de crianças menores de 5 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Altura X Idade	Peso X Idade	IMC X Idade
	Altura baixa e muito baixa para idade - Desnutrição crônica	Peso baixo e muito baixo para idade - Desnutrição aguda	Sobrepeso e obesidade - Excesso de peso
	%	%	%
DF	10,5	3,6	10,7
GO	11,9	4,2	14,7
MS	13,1	3,4	14
MT	11,9	3,7	13,5
Centro-Oeste	12,1	3,8	13,9
AL	13,7	3,8	19,8
BA	11,7	3,8	15,6
CE	13,5	3,2	22,3
MA	18,8	6,7	15,5
PB	11	3,3	18,7
PE	13,4	3,8	20,4
PI	12,7	4,6	15
RN	13,3	3,4	20,5
SE	14	3,2	21,5
Nordeste	13,7	4,1	18,2
AC	17,8	4,7	15,1
AM	21,1	8,1	12,8
AP	22,8	6,2	14,3
PA	19,4	6,5	14,6
RO	10,5	3,6	14,2
RR	17,8	4,2	12,1
TO	13,4	5	12,5
Norte	18,8	6,4	13,9
ES	8,8	2,8	14,3
MG	11	5,1	14,1
RJ	16,7	5,4	18
SP	10,4	4,6	14
Sudeste	11,5	4,8	14,6
PR	9,7	3,4	14,9
RS	8,9	2,6	16,2
SC	8,6	3,5	12,7
Sul	9,2	3,2	14,8
Brasil	13,1	4,5	15,9

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da não incorporação da ficha de visita domiciliar e da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em março de 2018.

Tabela 3. Perfil nutricional de crianças de 5 a 9 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Altura X Idade	IMC X Idade			
	Altura baixa e muito baixa para idade	Magreza acentuada e magreza	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade grave
	%	%	%	%	%
DF	6	5,4	14,5	6,3	3,3
GO	6,9	6,1	15,2	8,3	5,1
MS	7,9	3,5	16,9	7,5	3,9
MT	6,4	4,6	14,6	7,6	4,5
Centro-Oeste	6,9	5	15,4	7,8	4,5
AL	8,8	6,1	15,1	8,4	5,3
BA	7,7	6,8	14,1	7,2	4,4
CE	9,5	5,1	17,9	10,8	6,8
MA	12,3	8,1	12,5	5,8	3,2
PB	8,3	5,7	16,7	9,7	6
PE	10,4	6,3	16,6	10,1	7
PI	9,2	7,3	13,8	6,8	3,8
RN	9,4	5,1	18,4	10,5	6,7
SE	9,5	6,9	15,9	8,5	5,5
Nordeste	9,5	6,5	15,3	8,3	5,2
AC	14,1	5,6	13,5	5,7	3,4
AM	15,7	5,6	12,3	6,3	4
AP	14,6	5,3	12,3	4,7	3,2
PA	13,6	6	13,2	5,7	2,8
RO	6,5	5,8	14,4	7,1	3,9
RR	11,5	4,3	14,6	5,5	2,5
TO	7	7,3	12,6	6	3,1
Norte	13,2	5,9	13	5,9	3,2
ES	5,9	4,6	15,1	7,8	4,4
MG	6,7	5,2	15,7	8,3	5,2
RJ	9,5	4,8	16	9,3	7,9
SP	5,6	3,4	17,2	9,5	6,1
Sudeste	6,7	4,5	16,3	8,9	5,9
PR	6,4	3,4	17,7	9,5	5,9
RS	4,4	2,2	19,5	11,1	6,9
SC	5,6	2,9	17,9	9,7	5,4
Sul	5,5	2,9	18,4	10,1	6,1
Brasil	8,8	5,5	15,5	8,2	5,1

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da não incorporação da ficha de visita domiciliar e da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em março de 2018.

Quanto ao estado nutricional da população acima de dez anos, observa-se na tabela 4 que 17,7% dos adolescentes estão com sobrepeso e 8,1% com obesidade; 34,2% da população adulta apresenta sobrepeso e 25,9% obesidade. Em idosos, observa-se 13,0% de baixo peso e 50,2% de sobrepeso.

Tabela 4. Perfil nutricional de adolescentes, adultos e idosos acompanhados no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Adolescentes - IMC X Idade				Adultos - IMC			Idosos - IMC	
	Magreza acentuada e magreza	Sobrepeso	Obesidade	Obesidade grave	Baixo peso	Sobrepeso	Obesidade	Baixo Peso	Sobrepeso
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
DF	4,3	16,3	5,7	1	2,7	33,5	26,4	10,6	56,6
GO	4,5	17,9	7,3	1,6	2,9	33,3	26,4	14,7	47,2
MS	3,2	20,4	8,7	1,9	2,9	32,8	34,6	11,7	56,1
MT	3,6	19	7,8	1,7	2,2	34,1	30	11,4	53,5
Centro-Oeste	3,9	18,7	7,7	1,7	2,6	33,5	29,2	12,7	51,9
AL	4,6	17,1	6,1	1,2	2,6	34,9	26	11,8	51,1
BA	4,7	15,9	5,3	1	3,2	34,2	21,7	17,4	42,2
CE	3,9	18,5	6,3	1,1	2,4	36,8	24,4	12	49,6
MA	5,1	14,1	3,7	0,6	3,1	33,7	17,1	17	39,5
PB	4,5	17,9	6,5	1,3	2,5	35,4	25	12,4	50
PE	4,3	17,9	6,2	1,2	2,5	35,3	23,5	11,4	51,3
PI	5,3	15,1	4,8	0,8	3,3	35	19,9	15,2	43,1
RN	3,9	19	7,4	1,4	2,2	36	28,4	11,7	51,5
SE	5,2	16,5	5,4	1,2	2,9	34	23	13,4	49,3
Nordeste	4,6	16,6	5,5	1	2,8	35	22,4	14,4	46
AC	3,6	17,5	5,3	0,9	2,4	35,7	23,4	15,1	46,8
AM	3,4	17,1	4,8	0,9	2,1	35,4	24,4	11,1	52,7
AP	3,9	17,3	5	1,1	2,3	37,4	24,6	14,7	47,7
PA	3,8	16,9	4,4	0,7	2,7	35,1	19,6	13,1	48,1
RO	4,6	16,6	6,1	1,2	2,9	33,3	25,9	11,4	52,5
RR	2,7	20,1	6,3	1,1	2	36,3	28	9,9	52,8
TO	4,8	16,2	5,8	1	2,8	34,4	23,4	15,6	44,5
Norte	3,8	17	4,9	0,8	2,5	35,1	22,2	12,9	49,1
ES	3,6	18,5	7,4	1,5	2,6	32,7	30	11,5	53,3
MG	4,1	17,3	7,3	1,6	2,7	33,4	26,1	15,6	45,2
RJ	3,9	19,6	8,4	2	2,6	31,3	31,9	10,4	55,3
SP	3,5	20,2	10,1	2,5	2,4	32,8	34,7	10,9	56,7
Sudeste	3,8	18,6	8,3	1,9	2,6	32,9	29,6	14,1	48,6
PR	2,7	20,6	9,8	2,5	2,3	33,4	31,7	11,4	54,7
RS	2,1	22	11,7	3,1	1,6	32,7	37,5	9,1	59,1
SC	2,6	20,2	10,2	2,5	1,6	34,6	33,1	8,3	59,3
Sul	2,5	21	10,5	2,7	1,8	33,6	33,9	9,5	57,7
Brasil	4	17,7	6,7	1,4	2,6	34,2	25,9	13	50,2

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da não incorporação da ficha de visita domiciliar e da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em março de 2018.

Da Tabela 5 a Tabela 10 são mostrados os indicadores de consumo alimentar dos indivíduos de todas as fases do curso da vida acompanhados no Sisvan em 2017.

Em relação ao consumo alimentar das crianças no Brasil, a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi igual a 56% entre as crianças menores de seis meses e de aleitamento materno continuado igual a 51% para crianças entre 6 e 23 meses de idade. Observa-se também uma prevalência elevada de consumo de alimentos ultraprocessados (50%) entre crianças de 6 a 23 meses. Para crianças de 2 a 9 anos de idade

observam-se frequências de consumo de feijão, frutas, verduras e legumes superiores a 64%, mas também um alto consumo de bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado e biscoito recheado, doces ou guloseimas. Ainda, percebeu-se uma frequência elevada de crianças que apresentam o hábito de realizar as refeições assistindo à televisão.

O consumo alimentar de adolescentes é semelhante ao encontrado para crianças. Tem-se uma frequência elevada de adolescentes que apresentam o hábito de realizar as refeições assistindo à televisão e frequências elevadas de consumo de bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado e biscoito recheado, doces ou guloseimas. Por outro lado, o consumo de feijão, frutas e verduras e legumes foi observado em 84%, 68% e 66%, respectivamente, dos adolescentes atendidos na Atenção Básica.

Já em relação ao consumo alimentar de adultos e idosos, observa-se padrão semelhante para o consumo de feijão, frutas e verduras e legumes, que tiveram frequências superiores a 70%. Ainda, o consumo de bebidas adoçadas entre os adultos foi elevado (54%).

Por fim, a Tabela 11 mostra o percentual de acompanhados de acordo com o sistema de informação no qual os registros foram realizados em 2017. Tais dados evidenciam mais claramente a origem dos dados que compõem os relatórios do Sisvan Web, de acordo com a realidade dos municípios brasileiros. Destaca-se que os dados podem ser gerados a partir dos relatórios do Sisvan.

Tabela 5. Indicadores de consumo alimentar de crianças até 2 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses	Introdução de Alimentos em crianças de 6 a 8 meses	Aleitamento Materno Continuado	Diversidade Alimentar Mínima	Frequência Mínima e Consistência Adequada	Consumo de Alimentos Ricos em Ferro	Consumo de Alimentos Ricos em Vitamina A	Consumo de Alimentos Ultraprocessados
DF	53%	25%	76%	54%	62%	4%	66%	32%
GO	53%	32%	53%	70%	68%	16%	65%	58%
MS	66%	30%	60%	70%	67%	14%	64%	53%
MT	46%	24%	50%	73%	66%	15%	62%	60%
Centro-Oeste	61%	29%	57%	71%	67%	14%	64%	55%
AL	39%	15%	53%	70%	43%	19%	46%	57%
BA	50%	19%	57%	73%	54%	13%	69%	44%
CE	50%	25%	60%	74%	51%	19%	54%	37%
MA	38%	23%	62%	66%	55%	9%	49%	55%
PB	45%	14%	47%	74%	52%	14%	50%	56%
PE	42%	12%	49%	70%	40%	14%	45%	55%
PI	38%	23%	64%	72%	57%	14%	54%	52%
RN	49%	19%	60%	73%	43%	13%	59%	49%
SE	21%	20%	57%	72%	36%	9%	46%	44%
Nordeste	45%	18%	54%	71%	48%	15%	53%	51%
AC	63%	-	71%	61%	38%	3%	30%	48%
AM	62%	20%	71%	69%	49%	9%	35%	57%
AP	50%	26%	73%	78%	62%	15%	61%	57%
PA	79%	15%	65%	63%	48%	9%	49%	53%
RO	66%	16%	39%	72%	69%	5%	44%	54%
RR	78%	-	64%	59%	73%	-	55%	91%
TO	38%	31%	50%	73%	62%	9%	48%	51%
Norte	69%	22%	61%	69%	55%	9%	46%	54%
ES	52%	33%	57%	64%	87%	10%	65%	61%
MG	53%	28%	50%	77%	74%	13%	68%	50%
RJ	48%	20%	64%	76%	59%	23%	59%	48%
SP	64%	29%	51%	75%	68%	14%	66%	44%
Sudeste	55%	28%	50%	77%	73%	13%	68%	49%
PR	56%	30%	42%	77%	67%	13%	60%	57%
RS	62%	26%	53%	72%	66%	8%	62%	47%
SC	56%	33%	46%	79%	65%	11%	61%	54%
Sul	59%	29%	46%	76%	66%	11%	61%	54%
Brasil	56%	27%	51%	76%	68%	13%	64%	50%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em abril de 2018.

Tabela 6. Indicadores de consumo alimentar de crianças entre 2 e 5 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	Consumo de feijão	Consumo de fruta	Consumo de verduras e legumes	Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	Consumo de bebidas adoçadas	Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas
DF	50%	58%	87%	83%	75%	21%	52%	42%	44%
GO	4%	52%	88%	73%	70%	26%	68%	65%	43%
MS	16%	58%	89%	79%	71%	30%	65%	58%	45%
MT	10%	38%	88%	77%	64%	29%	64%	63%	52%
Centro-Oeste	12%	51%	88%	78%	68%	29%	65%	60%	47%
AL	4%	54%	86%	73%	56%	36%	61%	65%	60%
BA	2%	47%	90%	81%	71%	24%	46%	50%	37%
CE	23%	43%	72%	74%	49%	23%	53%	48%	38%
MA	5%	52%	72%	72%	51%	24%	59%	49%	50%
PB	1%	51%	83%	79%	54%	37%	69%	62%	58%
PE	2%	58%	88%	75%	56%	40%	68%	70%	61%
PI	20%	55%	85%	76%	53%	27%	56%	57%	54%
RN	6%	51%	82%	71%	56%	31%	65%	50%	43%
SE	22%	48%	88%	84%	68%	32%	61%	63%	54%
Nordeste	6%	52%	85%	76%	58%	31%	59%	58%	51%
AC	8%	27%	55%	72%	59%	8%	57%	53%	40%
AM	8%	32%	56%	70%	52%	34%	65%	59%	53%
AP	10%	25%	80%	82%	67%	40%	63%	57%	54%
PA	11%	45%	73%	73%	55%	28%	63%	53%	46%
RO	0%	40%	92%	74%	63%	25%	53%	54%	44%
RR	14%	68%	77%	64%	45%	18%	59%	45%	59%
TO	13%	46%	84%	69%	57%	24%	61%	53%	46%
Norte	10%	39%	71%	72%	56%	30%	63%	55%	49%
ES	2%	59%	93%	73%	66%	33%	59%	57%	42%
MG	18%	57%	93%	80%	75%	30%	64%	61%	43%
RJ	4%	78%	72%	66%	62%	49%	64%	60%	54%
SP	16%	55%	88%	80%	73%	35%	64%	58%	42%
Sudeste	17%	57%	92%	80%	74%	31%	64%	60%	43%
PR	6%	48%	89%	80%	71%	40%	68%	62%	49%
RS	9%	44%	82%	81%	66%	40%	64%	62%	49%
SC	4%	41%	80%	83%	69%	43%	65%	65%	52%
Sul	6%	45%	84%	81%	69%	41%	66%	63%	50%
Brasil	13%	53%	87%	78%	68%	32%	63%	60%	46%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em abril de 2018.

Tabela 7. Indicadores de consumo alimentar de crianças entre 5 e 9 anos de idade acompanhadas no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	Consumo de feijão	Consumo de fruta	Consumo de verduras e legumes	Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	Consumo de bebidas adoçadas	Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas
DF	23%	78%	80%	61%	55%	28%	69%	56%	41%
GO	3%	64%	87%	69%	69%	33%	68%	57%	41%
MS	9%	63%	82%	75%	66%	33%	61%	54%	40%
MT	7%	53%	87%	73%	66%	34%	66%	62%	50%
Centro-Oeste	7%	59%	85%	73%	67%	34%	65%	58%	44%
AL	1%	64%	85%	63%	51%	44%	63%	63%	56%
BA	2%	58%	92%	79%	70%	37%	50%	54%	39%
CE	8%	70%	69%	59%	35%	40%	58%	53%	43%
MA	6%	65%	75%	67%	50%	29%	58%	48%	46%
PB	4%	63%	81%	71%	49%	35%	72%	60%	55%
PE	2%	72%	88%	72%	54%	47%	73%	71%	62%
PI	13%	67%	82%	70%	46%	29%	57%	51%	50%
RN	4%	67%	74%	57%	43%	45%	71%	53%	44%
SE	31%	56%	89%	78%	71%	43%	63%	63%	49%
Nordeste	4%	65%	84%	71%	54%	38%	61%	58%	50%
AC	2%	28%	57%	41%	60%	12%	38%	40%	34%
AM	9%	29%	60%	75%	57%	41%	67%	62%	51%
AP	3%	25%	84%	81%	67%	42%	57%	59%	53%
PA	10%	57%	74%	67%	53%	33%	59%	52%	45%
RO	0%	54%	94%	74%	63%	27%	60%	56%	36%
RR	-	50%	75%	42%	33%	8%	42%	25%	17%
TO	16%	59%	83%	67%	57%	30%	60%	54%	45%
Norte	10%	50%	74%	69%	56%	34%	61%	55%	46%
ES	3%	61%	91%	65%	60%	25%	63%	51%	30%
MG	13%	71%	92%	74%	71%	38%	68%	61%	44%
RJ	3%	83%	69%	61%	57%	50%	63%	60%	52%
SP	10%	65%	86%	72%	67%	42%	68%	58%	42%
Sudeste	12%	71%	90%	73%	70%	39%	68%	60%	44%
PR	3%	60%	85%	72%	66%	46%	72%	62%	48%
RS	6%	65%	71%	70%	58%	48%	66%	62%	48%
SC	6%	45%	77%	78%	69%	55%	70%	66%	52%
Sul	5%	54%	80%	75%	67%	50%	70%	64%	50%
Brasil	8%	64%	85%	72%	64%	40%	66%	59%	47%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em abril de 2018.

Tabela 8. Indicadores de consumo alimentar de adolescentes acompanhadas no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	Consumo de feijão	Consumo de fruta	Consumo de verduras e legumes	Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	Consumo de bebidas adoçadas	Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas
DF	23%	72%	73%	53%	56%	30%	69%	53%	31%
GO	2%	66%	87%	66%	68%	34%	67%	53%	38%
MS	5%	68%	78%	69%	70%	37%	60%	50%	33%
MT	7%	59%	87%	69%	69%	39%	68%	58%	46%
Centro-Oeste	6%	64%	83%	68%	69%	37%	64%	54%	39%
AL	2%	64%	84%	65%	58%	42%	55%	54%	46%
BA	3%	65%	88%	68%	61%	32%	55%	48%	43%
CE	9%	63%	78%	58%	46%	38%	58%	53%	45%
MA	4%	68%	78%	68%	58%	31%	53%	44%	43%
PB	2%	64%	83%	68%	57%	37%	62%	55%	51%
PE	2%	71%	87%	69%	62%	52%	70%	62%	53%
PI	8%	64%	85%	61%	53%	32%	52%	41%	43%
RN	6%	68%	78%	54%	47%	47%	71%	53%	47%
SE	32%	52%	94%	80%	70%	42%	57%	54%	43%
Nordeste	5%	66%	83%	66%	58%	38%	58%	50%	45%
AC	-	39%	76%	46%	49%	20%	46%	41%	34%
AM	11%	31%	58%	71%	62%	36%	66%	54%	44%
AP	6%	33%	72%	67%	61%	45%	54%	55%	50%
PA	8%	57%	76%	66%	55%	32%	57%	45%	38%
RO	0%	58%	95%	72%	71%	27%	60%	48%	32%
RR	7%	51%	91%	49%	13%	40%	69%	16%	36%
TO	14%	66%	83%	65%	57%	32%	60%	49%	38%
Norte	10%	53%	75%	67%	57%	33%	60%	48%	39%
ES	5%	76%	84%	57%	64%	35%	52%	50%	29%
MG	10%	75%	92%	69%	73%	42%	69%	57%	42%
RJ	3%	85%	69%	58%	57%	53%	63%	57%	49%
SP	6%	74%	81%	61%	65%	46%	74%	59%	42%
Sudeste	9%	76%	89%	67%	71%	43%	69%	58%	43%
PR	2%	62%	88%	73%	74%	50%	73%	59%	46%
RS	4%	63%	65%	65%	62%	48%	66%	56%	40%
SC	1%	49%	76%	78%	74%	57%	69%	58%	46%
Sul	2%	56%	79%	75%	73%	54%	70%	58%	45%
Brasil	7%	67%	84%	68%	66%	42%	65%	55%	43%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em abril de 2018.

Tabela 9. Indicadores de consumo alimentar de adultos acompanhadas no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	Consumo de feijão	Consumo de fruta	Consumo de verduras e legumes	Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	Consumo de bebidas adoçadas	Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas
DF	27%	62%	74%	74%	71%	26%	59%	36%	23%
GO	2%	45%	88%	67%	76%	25%	52%	34%	26%
MS	3%	52%	78%	76%	82%	34%	50%	36%	22%
MT	6%	41%	87%	71%	76%	31%	55%	37%	30%
Centro-Oeste	5%	47%	83%	72%	78%	31%	52%	36%	26%
AL	2%	48%	89%	70%	68%	29%	45%	34%	33%
BA	2%	44%	91%	74%	73%	22%	42%	29%	31%
CE	11%	40%	85%	64%	61%	24%	45%	31%	32%
MA	3%	50%	78%	69%	60%	23%	44%	29%	33%
PB	4%	46%	88%	72%	69%	29%	45%	33%	34%
PE	2%	50%	90%	73%	73%	38%	57%	38%	37%
PI	7%	45%	90%	63%	58%	19%	39%	26%	29%
RN	7%	45%	84%	65%	62%	31%	54%	30%	31%
SE	22%	42%	94%	82%	76%	31%	50%	37%	33%
Nordeste	4%	46%	87%	70%	67%	26%	46%	31%	33%
AC	3%	28%	67%	47%	62%	12%	53%	27%	28%
AM	11%	21%	61%	74%	70%	31%	57%	37%	33%
AP	8%	31%	72%	69%	68%	35%	52%	42%	37%
PA	7%	43%	75%	68%	62%	25%	50%	30%	29%
RO	0%	42%	94%	74%	77%	19%	48%	24%	23%
RR	12%	50%	94%	60%	25%	41%	89%	19%	40%
TO	8%	46%	87%	68%	68%	25%	49%	30%	29%
Norte	7%	40%	77%	69%	65%	26%	51%	31%	29%
ES	5%	54%	84%	63%	73%	25%	54%	34%	24%
MG	8%	56%	93%	73%	84%	35%	58%	35%	30%
RJ	3%	80%	71%	65%	66%	49%	58%	49%	47%
SP	6%	57%	81%	68%	75%	37%	61%	43%	30%
Sudeste	7%	58%	89%	72%	81%	36%	58%	38%	31%
PR	2%	45%	89%	77%	83%	45%	63%	41%	36%
RS	4%	50%	65%	72%	76%	41%	51%	38%	27%
SC	1%	32%	76%	82%	85%	46%	55%	36%	29%
Sul	2%	39%	79%	79%	83%	45%	57%	38%	31%
Brasil	6%	50%	85%	72%	77%	34%	54%	36%	31%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em abril de 2018.

Tabela 10. Indicadores de consumo alimentar de idosos acompanhadas no Sisvan Web em 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia	Hábito de realizar as refeições assistindo à televisão	Consumo de feijão	Consumo de fruta	Consumo de verduras e legumes	Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	Consumo de bebidas adoçadas	Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas
DF	28%	38%	77%	85%	85%	10%	35%	19%	25%
GO	1%	26%	92%	68%	79%	18%	37%	25%	20%
MS	2%	33%	81%	77%	85%	30%	41%	26%	18%
MT	5%	24%	88%	69%	76%	23%	45%	26%	20%
Centro-Oeste	3%	29%	85%	73%	81%	25%	41%	26%	19%
AL	1%	26%	91%	72%	70%	12%	33%	11%	18%
BA	2%	28%	91%	72%	75%	13%	30%	17%	28%
CE	8%	22%	87%	71%	63%	10%	34%	18%	24%
MA	0%	24%	75%	70%	59%	11%	25%	13%	22%
PB	1%	25%	91%	77%	70%	15%	34%	14%	25%
PE	2%	30%	91%	76%	74%	20%	39%	16%	25%
PI	3%	30%	87%	74%	65%	9%	28%	15%	20%
RN	14%	24%	88%	77%	68%	16%	31%	14%	24%
SE	22%	29%	96%	87%	77%	19%	35%	22%	26%
Nordeste	3%	27%	88%	73%	69%	13%	31%	15%	24%
AC	-	17%	72%	79%	79%	15%	28%	11%	4%
AM	7%	12%	63%	81%	74%	22%	49%	28%	30%
AP	10%	5%	56%	46%	36%	21%	49%	18%	49%
PA	4%	28%	73%	71%	63%	17%	33%	16%	19%
RO	-	24%	94%	81%	78%	14%	41%	16%	22%
RR	-	58%	75%	75%	58%	25%	50%	17%	17%
TO	7%	26%	88%	70%	71%	17%	32%	19%	23%
Norte	5%	24%	76%	73%	68%	18%	37%	20%	23%
ES	4%	37%	88%	55%	74%	15%	35%	17%	20%
MG	8%	35%	95%	76%	86%	25%	43%	24%	23%
RJ	3%	75%	68%	65%	65%	43%	47%	41%	41%
SP	5%	34%	85%	75%	80%	26%	43%	30%	21%
Sudeste	7%	39%	91%	75%	83%	27%	43%	26%	25%
PR	2%	27%	90%	84%	88%	38%	47%	32%	28%
RS	3%	37%	65%	81%	81%	34%	36%	30%	20%
SC	1%	19%	76%	86%	89%	36%	38%	26%	20%
Sul	1%	23%	79%	85%	88%	36%	41%	29%	22%
Brasil	5%	32%	87%	76%	81%	26%	41%	25%	23%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em abril de 2018.

Tabela 11. Percentual de acompanhados de acordo com o sistema de informação no qual os registros foram realizados em 2017.

UF	Total de indivíduos com acompanhamento do estado nutricional			Total de indivíduos com acompanhamento de consumo alimentar	
	Sisvan Web Contribuição %	PBF	e-SUS AB	Sisvan Web	e-SUS AB
		Contribuição %	Contribuição %	Contribuição %	Contribuição %
AC	0,60%	87,50%	17,80%	43,80%	62,80%
AL	3,60%	77,10%	30,20%	24,80%	76,20%
AM	1,20%	76,80%	31,40%	39,80%	62,60%
AP	2,50%	87,80%	14,80%	89,70%	10,30%
BA	2,60%	87,20%	18,30%	27,00%	77,00%
CE	0,70%	84,20%	21,80%	62,50%	38,50%
DF	2,30%	97,20%	1,00%	99,70%	0,30%
ES	10,00%	81,00%	14,50%	42,40%	58,80%
GO	0,80%	72,60%	32,70%	11,00%	89,70%
MA	0,60%	84,60%	24,90%	19,90%	80,40%
MG	53,70%	39,60%	27,10%	90,50%	16,50%
MS	12,10%	57,00%	40,90%	38,90%	65,70%
MT	4,90%	54,90%	49,40%	48,80%	55,80%
PA	2,50%	84,50%	21,40%	66,20%	37,90%
PB	6,80%	80,70%	24,60%	20,90%	80,10%
PE	3,60%	86,40%	16,90%	29,50%	72,20%
PI	1,00%	78,50%	31,40%	32,10%	70,20%
PR	20,00%	42,50%	47,60%	32,40%	69,20%
RJ	5,10%	86,00%	12,10%	29,60%	71,40%
RN	2,50%	84,40%	20,40%	58,70%	43,70%
RO	1,00%	49,60%	57,40%	27,40%	74,70%
RR	0,40%	84,10%	20,00%	83,10%	17,70%
RS	13,30%	44,70%	51,20%	53,40%	47,30%
SC	9,00%	18,40%	80,00%	9,00%	91,90%
SE	1,60%	91,40%	12,50%	57,00%	45,20%
SP	9,70%	57,90%	39,30%	69,10%	36,00%
TO	4,00%	56,30%	52,80%	48,00%	57,00%
Brasil	12,00%	68,00%	29,90%	59,80%	44,60%

Fonte: CGAN/DAB/SAS/MS, 2018.

Nota: Dados preliminares em virtude da possibilidade de envio da produção do e-SUS com 12 meses de atraso. Extração realizada em março de 2018.

1.1 Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional

Frente à necessidade de ampliar e qualificar as ações de VAN e promover condições adequadas para o diagnóstico nutricional como parte do cuidado integral à saúde, o MS instituiu em 2011 um incentivo financeiro para aquisição de equipamentos antropométricos pelos municípios (Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011).

O incentivo financeiro é repassado na modalidade fundo a fundo, em parcela única anual, para contemplar: I) Polos do Programa Academia da Saúde já construídos e em funcionamento, que foram contemplados com incentivo para custeio das ações de promoção da saúde (R\$1.500,00 a cada polo); II) Unidades Básicas de Saúde dos municípios com equipe de Atenção Básica com adesão ao PMAQ (R\$ 3.000,00 por UBS), a partir do estrato 1, em seguida do estrato 2 e assim sucessivamente até atingir o limite de recurso orçamentário disponível em cada ano.

Entre 2011 e agosto de 2017 foram contempladas 19.443 Unidades Básicas de Saúde e 731 polos do Programa Academia da Saúde, investimento correspondente a R\$ 58.537.500,00.

Cabe salientar a necessidade de acompanhar a situação da infraestrutura de equipamentos antropométricos nas UBS, tendo em vista a sumária importância para a realização da VAN. Neste sentido, concomitantemente aos investimentos realizados para a aquisição, seja pelo repasse de incentivo financeiro aos municípios ou estabelecimento de ata de registro de preços, é necessário investir em mecanismos para o monitoramento do real cenário encontrado nas UBS.

Tabela 12. Valores repassados pelo Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos antropométricos.

PORTARIA	VALOR TOTAL	DESTINAÇÃO
Portaria nº 3.156/GM/MS, de 27/12/2011	R\$ 10.176.000,00	Unidades Básicas de Saúde
Portaria nº 3.157/GM/MS, de 27/12/2011	R\$ 133.500,00	Academias da Saúde
Portaria nº 2.392/GM/MS, de 19/10/2012	R\$ 11.094.000,00	Unidades Básicas de Saúde
Portaria nº 2.388/GM/MS, de 19/10/2012	R\$ 1.500,00	Academias da Saúde
Portaria nº 2.883/GM/MS, de 26/11/2013	R\$ 11.622.000,00	Unidades Básicas de Saúde
Portaria nº 2.268/GM/MS, de 16/10/2014	R\$ 7.800.000,00	Unidades Básicas de Saúde e Academias da Saúde
Portaria nº 1.056/GM/MS, de 24/05/2016	R\$ 9.199.500,00	Unidades Básicas de Saúde e Academias da Saúde
Portaria nº 3.437/GM/MS, de 29/12/2016	R\$ 9.399.000,00	Unidades Básicas de Saúde

*Os valores repassados para cada município se encontra no tópico “III – Dados por Municípios, item 1.1 Incentivo Financeiro para Estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional”.

2. Programa Bolsa Família (PBF)

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades destinado às famílias em situação de pobreza ou em extrema pobreza. Tendo em vista a diretriz de equidade e os compromissos do Sistema Único de Saúde (SUS) na redução das desigualdades sociais e pobreza, e considerando a Atenção Básica (AB) à saúde como principal porta de entrada do cidadão aos serviços, o acompanhamento das condicionalidades de saúde insere-se no rol das atividades pactuadas na AB, oportunizando o olhar para a condição de saúde da unidade familiar.

Na área da Saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos e/ou gestantes, sendo acompanhadas semestralmente quanto o acompanhamento da vacinação e da vigilância alimentar e nutricional de crianças menores de sete anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério, dentre outras ações disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde. O registro das informações de acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é feito pelos gestores municipais do programa, por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, disponibilizado em bolsafamilia.datasus.gov.br.

Na 2ª vigência de 2017, era preconizado o acompanhamento de 10.981.383 famílias com perfil saúde (famílias com mulheres em idade fértil e crianças menores de 7 anos em sua composição), das quais a saúde acompanhou 8.507.592 (77,47%), englobando 18.634.691 pessoas com acompanhamento individualizado, sendo 5.408.880 crianças menores de 7 anos e 13.225.811 mulheres, das quais 369.377 eram gestantes.

Comparando-se os resultados alcançados na 1ª vigência de 2017 com a 2ª vigência de 2017, observamos um aumento de 2,25 pontos percentuais no desempenho do acompanhamento das condicionalidades de saúde.

Em relação ao acompanhamento infantil, na 2ª vigência de 2017, 5.408.880 crianças foram acompanhadas, de um total de 7.276.492 a serem acompanhadas (74,33%), dessas 99,02% estavam com o calendário vacinal em dia e 84,76% tiveram dados nutricionais coletados. E com relação às gestantes, foram localizadas 369.377 gestantes, representando 79,41% do número estimado de gestantes no Brasil para o ano de 2017 (465.160), no qual 99,62% estavam com o pré-natal em dia e 92,87% tiveram dados nutricionais coletados.

O Programa Bolsa Família possui relatórios específicos para o acompanhamento das famílias indígenas e quilombolas. Na 2ª vigência de 2017, foram acompanhadas 80.027 (79,74%) famílias indígenas (aldeadas e não aldeadas), das 100.358 famílias para acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, em 938 municípios brasileiros. Entre o acompanhamento das famílias quilombolas, foram acompanhadas 80.358

(85,35%) famílias residentes em comunidades quilombolas, das 94.146 famílias identificadas em 1.156 municípios.

Figura 2. Percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família nas condicionalidades de saúde, por estado, dezembro de 2017.

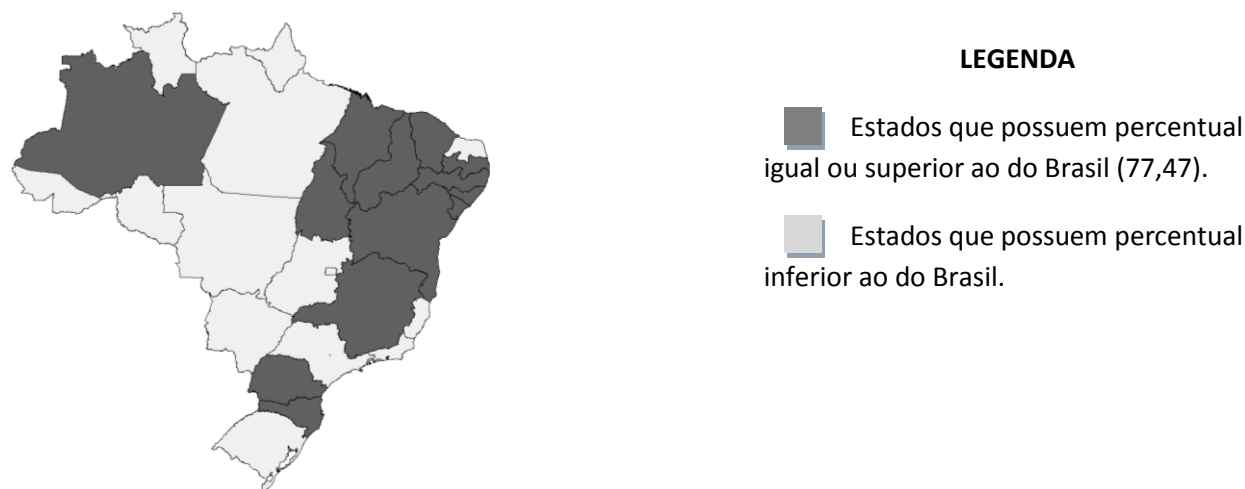


Tabela 13. Acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família nas condicionalidades de saúde, por estado, macrorregião e Brasil na 2ª vigência de 2017.

UF	Nº de famílias com perfil saúde	Nº de famílias com perfil saúde totalmente acompanhadas	Percentual de cobertura (%)
AC	74.311	52.453	70,59
AL	335.061	271.342	80,98
AM	336.967	297.374	88,25
AP	56.341	34.735	61,65
BA	1.427.884	1.157.523	81,07
CE	878.378	770.519	87,72
DF	58.435	21.662	37,07
ES	132.794	93.915	70,72
GO	254.929	188.853	74,08
MA	820.336	660.485	80,51
MG	855.241	713.609	83,44
MS	105.814	73.801	69,75
MT	132.216	95.880	72,52
PA	783.951	605.967	77,30
PB	415.212	343.732	82,78
PE	893.282	701.283	78,51
PI	355.541	295.893	83,22
PR	297.794	242.669	81,49
RJ	602.881	393.170	65,22
RN	274.669	205.632	74,87
RO	70.919	45.545	64,22
RR	36.287	24.088	66,38
RS	280.474	192.712	68,71
SC	97.134	75.446	77,67
SE	221.198	182.102	82,33
SP	1.074.756	675.055	62,81
TO	108.578	92.147	84,87
BRASIL	10.981.383	8.507.592	77,47

3. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA)

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) foi instituído oficialmente por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade. Em 2012, o programa passou a fazer parte da Ação Brasil Carinhoso constante no Plano Brasil Sem Miséria, que objetiva o combate à pobreza absoluta e reforça a assistência à saúde das crianças menores de cinco anos. Com a ampliação, o programa passou a prever a garantia do acesso e disponibilidade dos suplementos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para todas as crianças nessa faixa etária residentes nas Regiões Norte e Nordeste e nos municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste contemplados no Plano Brasil Sem Miséria, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Em 2017, 3.573 municípios participaram do Programa em todo o país, dentre os quais 3.058 (85,6%) registraram a administração das doses no sistema de gestão. Portanto, 515 municípios não registraram nenhuma informação no sistema ao longo do ano de 2017.

A meta para 2017 era suplementar 5.861.430 crianças de 6-59 meses de idade, sendo suplementadas 2.967.410 crianças, o que representa 50,63% da meta anual. Ao longo do ano, 2.081 municípios (68,05% dos que registraram dados no sistema) apresentaram cobertura de suplementação acima da média nacional.

A Figura 3 apresenta os dados de cobertura de suplementação de Vitamina A em crianças de 6 a 59 meses em 2017, por estado. A Tabela 14 apresenta a cobertura nacional de suplementação de Vitamina A em 2017 para crianças de 6 a 59 meses de idade.

Figura 3. Cobertura de suplementação de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade - 2017.

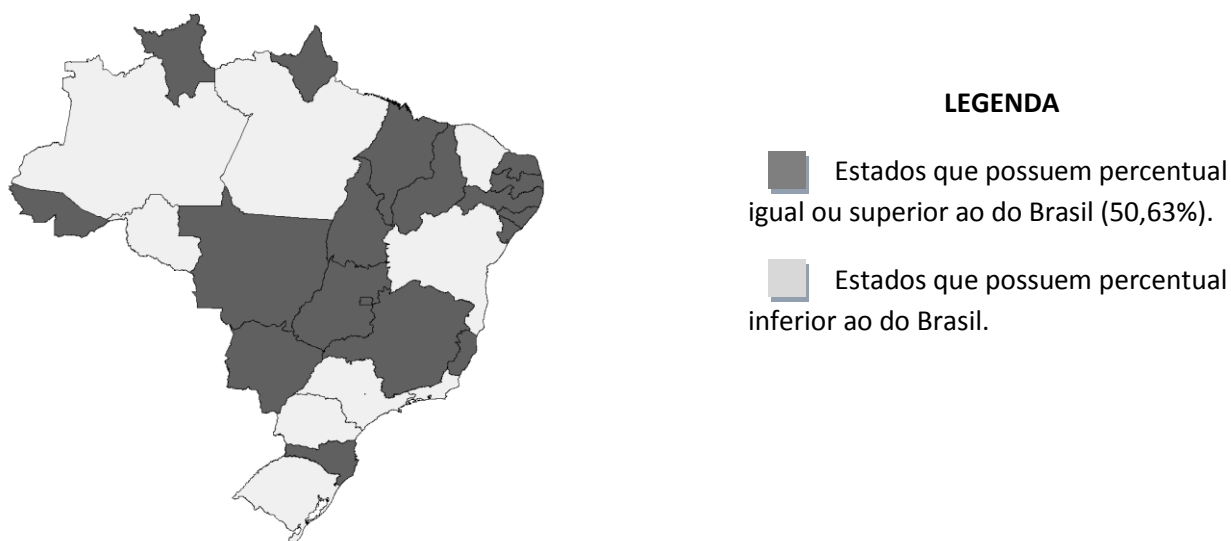


Tabela 14. Cobertura de suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade, por estados, Brasil – dezembro de 2017.

UF	6 a 11 meses – 100.000 UI			12 a 59 meses – 200.000 UI						Cobertura de suplementação de crianças - 6- 59 meses
				1ª dose			2ª dose			
	Meta	Quantidade de crianças suplementad as	Percentual de crianças suplementadas (%)	Meta	Quantidade de crianças supplementa das	Percentual de crianças suplementadas (%)	Meta	Quantidade de crianças suplementada s	Percentual de crianças suplementadas (%)	
AC	16.245	10.040	61,80%	43.438	22.130	50,95%	16.531	6.843	41,39%	53,90%
AL	54.842	28.342	51,68%	112.165	82.760	73,78%	86.011	21.755	25,29%	66,53%
AM	75.256	46.285	61,50%	209.681	97.036	46,28%	115.816	52.047	44,94%	50,30%
AP	7.275	11.856	162,97%	40.523	26.951	66,51%	23.155	8.002	34,56%	81,19%
BA	199.878	97.807	48,93%	576.634	240.825	41,76%	319.696	82.552	25,82%	43,61%
CE	128.005	71.821	56,11%	254.444	120.269	47,27%	147.996	52.844	35,71%	50,23%
DF	2.346	16.063	684,70%	77.872	43.877	56,35%	46.723	9.618	20,59%	74,72%
ES	17.518	12.216	69,73%	74.352	36.592	49,21%	44.604	12.353	27,69%	53,13%
GO	51.067	42.117	82,47%	159.620	97.704	61,21%	100.101	35.196	35,16%	66,36%
MA	116.209	80.919	69,63%	339.599	199.327	58,69%	198.409	80.111	40,38%	61,48%
MG	58.060	45.576	78,50%	190.401	150.909	79,26%	107.626	62.899	58,44%	79,08%
MS	17.923	12.411	69,25%	56.967	30.020	52,70%	34.173	9.215	26,97%	56,66%
MT	27.768	29.646	106,76%	87.029	61.729	70,93%	49.010	24.539	50,07%	79,60%
PA	143.176	62.486	43,64%	397.131	144.141	36,30%	223.203	53.757	24,08%	38,24%
PB	53.507	40.123	74,99%	159.648	93.913	58,83%	92.679	48.455	52,28%	62,88%
PE	136.400	87.577	64,21%	349.035	182.513	52,29%	210.518	97.182	46,16%	55,64%
PI	50.717	28.828	56,84%	138.018	72.346	52,42%	80.085	35.984	44,93%	53,61%
PR	25.569	6.079	23,77%	79.728	20.171	25,30%	47.739	5.737	12,02%	24,93%
RJ	37.497	6.850	18,27%	122.416	12.624	10,31%	83.254	3.045	3,66%	12,18%
RN	48.071	32.399	67,40%	133.156	86.090	64,65%	76.650	32.211	42,02%	65,38%
RO	26.099	17.624	67,53%	71.632	30.362	42,39%	39.009	10.154	26,03%	49,10%
RR	10.097	8.904	88,18%	26.400	16.042	60,77%	15.796	5.917	37,46%	68,35%
RS	12.345	1.902	15,41%	71.958	7.334	10,19%	43.162	2.173	5,03%	10,96%
SC	5.424	2.690	49,59%	17.362	9.784	56,35%	10.411	3.999	38,41%	54,74%
SE	36.466	26.129	71,65%	89.576	66.019	73,70%	54.404	27.244	50,08%	73,11%
SP	34.931	7.302	20,90%	494.223	103.772	21,00%	291.302	34.642	11,89%	20,99%
TO	25.538	21.759	85,20%	70.193	56.419	80,38%	38.877	22.190	57,08%	81,66%
Brasil	1.418.229	855.751	60,34%	4.443.201	2.111.659	47,53%	2.596.940	840.664	32,37%	50,63%

4.NutriSUS

A estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó – NutriSUS consiste na adição de uma mistura de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições diárias oferecidas às crianças de 06 a 48 meses. Os micronutrientes em pó são embalados individualmente na forma de sachês (1g).

A Estratégia NutriSUS ocorre por meio de ciclos de fortificação. Adiciona-se um sachê de 1g, diariamente por 60 dias (de segunda a sexta-feira), em uma das refeições da criança até finalizar o ciclo de 60 sachês. Em seguida, é realizada uma pausa na administração de 3 a 4 meses. Após esse período, inicia-se outro ciclo de 60 dias; seguindo essa sequência até a criança completar 48 meses.

O programa teve início em 2014 nas creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) pactuadas pelos municípios e contemplou 1.717 municípios, 6.864 creches e 330.376 crianças.

Em 2016, de 12 a 30 de setembro, o Ministério da Saúde reabriu a adesão somente para os 1.717 municípios que já haviam participação do NutriSUS em 2014. Ao final da adesão, foram contemplados 1.045 municípios, 6.340 creches e 304.719 crianças, conforme a tabela a seguir.

Tabela 15. Resultado Final da Adesão ao NutriSUS 2017 por Estado.

UF	Municípios	Nº creches	Nº crianças
AC	9	22	2.634
AM	7	17	2.108
AP	5	10	665
PA	18	80	4.852
RO	11	20	1.723
RR	5	9	869
TO	24	52	4.500
Norte	79	210	17.351
AL	53	294	15.051
BA	185	918	41.919
CE	106	1.387	52.891
MA	79	783	25.160
PB	66	266	14.266
PE	62	376	12.746
PI	48	383	6.636
RN	61	331	13.030
SE	18	72	2.527
Nordeste	678	4810	184.226
DF	1	2	53
GO	35	124	9.918
MS	6	25	2.588
MT	33	85	9.551
Centro-Oeste	75	236	22.110
PR	42	168	11.691
RS	8	45	2.305

UF	Municípios	Nº creches	Nº crianças
SC	18	86	6.996
Sul	68	299	20.992
ES	3	9	670
MG	88	411	28.871
RJ	20	179	11.995
SP	34	186	18.504
Sudeste	145	785	60.040
Brasil	1.045	6.340	304.719

Em 2016, de acordo com a quantidade de creches e crianças pactuadas pelos municípios, o MS, através do Departamento de Assistência Farmacêutica, enviou os sachês para os estados, que encaminharam os insumos para os municípios, por meio das Coordenações Estaduais de Assistência Farmacêutica. Segue abaixo a tabela referente ao quantitativo de sachês que foram distribuídos.

Tabela 16. Quantitativo de sachês enviados para os estados.

UF	Municípios	Nº de creches	Nº crianças	Nº sachês por criança	Total de sachês (unidade)	Nº de caixas terciárias fechadas	Total de sachês a receber
AC	9	22	2.634	60	158040	34	159120
AM	7	17	2.108	60	126480	28	131040
AP	5	10	665	60	39900	9	42120
PA	18	80	4.852	60	291120	63	294840
RO	11	20	1.723	60	103380	23	107640
RR	5	9	869	60	52140	12	56160
TO	24	52	4.500	60	270000	58	271440
Norte	79	210	17.351		1041060	227	1062360
AL	53	294	15.051	60	903060	193	903240
BA	185	918	41.919	60	2515140	541	2531880
CE	106	1.387	52.891	60	3.173.460	679	3.177.720
MA	79	783	25.160	60	1509600	323	1511640
PB	66	266	14.266	60	855960	183	856440
PE	62	376	12.746	60	764760	164	767520
PI	48	383	6.636	60	398160	86	402480
RN	61	331	13.030	60	781800	168	786240
SE	18	72	2.527	60	151620	33	154440
Nordeste	678	4810	184.226		11053560	2370	11091600
DF	1	2	53	60	3180	1	4680
GO	35	124	9.918	60	595080	128	599040
MS	6	25	2.588	60	155280	34	159120
MT	33	85	9.551	60	573060	123	575640
Centro-Oeste	75	236	22.110		1326600	286	1338480
PR	42	168	11.691	60	701460	150	702000
RS	8	45	2.305	60	138300	30	140400
SC	18	86	6.996	60	419760	90	421200
Sul	68	299	20.992		1259520	270	1263600
ES	3	9	670	60	40200	9	42120
MG	88	411	28.871	60	1732260	371	1736280
RJ	20	179	11.995	60	719700	154	720720
SP	34	186	18.504	60	1110240	238	1113840

Sudeste	145	785	60.040		3602400	772	3612960
Brasil	1.045	6.340	304.719	-	18.283.140	3.925	18.369.000

A partir de outubro de 2017, foi disponibilizado para os municípios participantes do NutriSUS o Sistema Micronutrientes - Módulo NutriSUS para o registro do número de crianças suplementadas, ou seja, o registro daquelas que receberam pelo menos 36 sachês durante o ciclo. Devido a questões burocráticas, o sistema de monitoramento foi liberado apenas em novembro de 2017, desse modo, serão apresentados apenas os dados referentes ao 1º ciclo de 2017.

Tabela 17. Cobertura de crianças suplementadas com NutriSUS: Ciclo do Primeiro Semestre de 2017.

UF	Meta	Número de Crianças Suplementadas	Cobertura
AC	2.634	861	32,7%
AL	15.051	19.126	127,1%
AM	2.108	1.213	57,5%
AP	665	261	39,2%
BA	41.919	7.975	19,0%
CE	52.891	12.086	22,9%
DF	53	0	0,0%
ES	670	101	15,1%
GO	9.918	4.286	43,2%
MA	25.160	2.014	8,0%
MG	28.871	8.734	30,3%
MS	2.588	385	14,9%
MT	9.551	4.088	42,8%
PA	4.852	975	20,1%
PB	14.266	2.787	19,5%
PE	12.746	12.886	101,1%
PI	6.636	1.563	23,6%
PR	11.691	1.881	16,1%
RJ	11.995	1.134	9,5%
RN	13.030	2.701	20,7%
RO	1.723	238	13,8%
RR	869	174	20,0%
RS	2.305	368	16,0%
SC	6.996	1.510	21,6%
SE	2.527	463	18,3%
SP	18.504	2.460	13,3%
TO	4.500	1.273	28,3%
Brasil	304.719	91.543	30,0%

Ressaltamos que, como o Sistema de Micronutrientes – Módulo NutriSUS só foi liberado no final de 2017, muitos municípios não conseguiram inserir seus dados de suplementação o que implicou no baixo alcance das metas. Contamos com o apoio das Referências Estaduais de Alimentação e Nutrição para incentivarem a utilização desse Sistema para registro do segundo ciclo de suplementação de 2017 (aberto para registro das informações de fevereiro a maio) e, com isso, termos um maior registro de dados que reflitam a realidade municipal e estadual.

5. Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, instituído pela Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005, e atualizado pela Portaria nº 1.977, de 12 de setembro de 2014, é uma das estratégias da Política Nacional de Alimentação e Nutrição para o combate da deficiência de ferro no Brasil. O programa objetiva a prevenção e controle da anemia por meio da administração profilática de suplementos de ferro às crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes (incluindo também o ácido fólico) e mulheres até 3º mês pós-parto e/ou pós-aborto.

Em 2013 o programa foi reformulado sendo descentralizada a aquisição dos suplementos para a esfera municipal, distrital e estadual (onde couber) através do recurso do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.

Em outubro de 2017 foi criado o Sistema de Micronutrientes – Módulo Ferro para inserção dos dados de suplementação de crianças com sulfato ferroso e de gestantes com sulfato ferroso e ácido fólico. Esse Sistema tem como objetivo acompanhar o número de pessoas suplementadas. Ressaltamos que o monitoramento do estoque, entrada e saída dos medicamentos deve ser feito pelo Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus).

É preconizada a suplementação com os suplementos e dosagens conforme tabela a seguir:

Tabela 18. Conduta para suplementação com ferro

Público alvo:	Suplemento utilizado:	Dosagem:	Periodicidade:	Apresentação na RENAME *
Crianças 6-24 meses	Sulfato ferroso gotas 25 mg/mL	1 mg/Kg peso/dia	Diariamente	Solução oral 25mg/mL Fe++
Gestantes	Sulfato ferroso Ácido fólico	40 mg de ferro elementar 400mcg de ácido fólico	Diariamente	- Comprimido de 40mg FE++ - solução oral 0,2mg/mL de ácido fólico
Puérperas	Sulfato ferroso	40 mg de ferro elementar	Diariamente	- Comprimido de 40mg FE++

Fonte: manual de condutas do PNSF;

*RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – 2014.

Para maiores informações: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsf.php>

Em 2017, foram suplementadas com Sulfato Ferroso para prevenção da anemia 119.378 crianças, o que corresponde a 2,69% da meta de 4.441.081 crianças. Com relação às gestantes, 250.526 (12,93%) foram

suplementas com sulfato ferroso e 217.089 (11,20%) foram suplementadas com ácido fólico. A meta era suplementar 1.937.472 gestantes com sulfato ferroso e ácido fólico.

Ressaltamos que, como o Sistema de Micronutrientes – Módulo Ferro só foi liberado no final de 2017, por isso muitos municípios não conseguiram inserir seus dados de suplementação o que implicou no baixo alcance das metas. Contamos com o apoio das Referências Estaduais de Alimentação e Nutrição para incentivarem a utilização desse Sistema a partir de 2018 e, com isso, termos um maior registro de dados que reflitam a realidade municipal e estadual.

Seguem abaixo as tabelas que mostram a cobertura de suplementação por estado:

Tabela 19. Cobertura de suplementação de Sulfato Ferroso em crianças de 6-24 meses de idade por estado, Brasil – 2017.

Estado	Crianças a serem suplementadas com Sulfato Ferroso (Meta)	Nº de Crianças suplementadas com Sulfato Ferroso	Cobertura
AC	25.237	0	0,00%
AL	86.725	131	0,15%
AM	120.769	17.604	14,58%
AP	23.255	5.401	23,23%
BA	333.235	7.289	2,19%
CE	211.019	25.214	11,95%
DF	61.221	4.057	6,63%
ES	78.611	0	0,00%
GO	141.496	8.344	5,90%
MA	204.315	2.504	1,23%
MG	407.146	2.564	0,63%
MS	62.703	0	0,00%
MT	79.581	3.292	4,14%
PA	239.419	8.313	3,47%
PB	92.089	2.930	3,18%
PE	215.455	7.577	3,52%
PI	78.834	2.295	2,91%
PR	230.722	1.047	0,45%
RJ	318.749	34	0,01%
RN	76.110	6.075	7,98%
RO	40.844	3.066	7,51%
RR	15.680	0	0,00%
RS	204.358	102	0,05%
SC	132.321	170	0,13%
SE	55.230	4.875	8,83%
SP	866.288	6.356	0,73%
TO	39.669	138	0,35%
Brasil	4.441.081	119.378	2,69%

Fonte: Sistema Micronutrientes, Módulo PNSF, 2017.

Tabela 20. Cobertura de suplementação de Sulfato Ferroso em gestantes por estado, Brasil – 2017.

Estado	Gestantes a serem suplementadas com Sulfato Ferroso (Meta)	Gestantes suplementadas com Sulfato Ferroso	Cobertura
AC	14.190	29	0,20%
AL	34.397	667	1,94%
AM	53.812	2.844	5,29%
AP	13.990	0	0,00%
BA	132.645	29.667	22,37%
CE	85.243	50.692	59,47%
DF	28.852	7.348	25,47%
ES	37.348	0	0,00%
GO	65.158	14.885	22,84%
MA	77.930	1.741	2,23%
MG	176.343	5.102	2,89%
MS	29.195	0	0,00%
MT	34.580	6.443	18,63%
PA	94.776	10.385	10,96%
PB	40.055	4.739	11,83%
PE	98.190	94.309	96,05%
PI	32.089	1.918	5,98%
PR	98.409	3.858	3,92%
RJ	155.063	1.627	1,05%
RN	31.696	5.459	17,22%
RO	15.067	3.970	26,35%
RR	7.412	0	0,00%
RS	94.083	22	0,02%
SC	63.824	288	0,45%
SE	22.654	3.725	16,44%
SP	385.213	508	0,13%
TO	15.258	300	1,97%
Brasil	1.937.472	250.526	12,93%

Tabela 21. Cobertura de suplementação de Ácido Fólico em gestantes por estado, Brasil – 2017.

Estado	Gestantes a serem suplementadas com Ácido Fólico (Meta)	Gestantes suplementadas com Ácido Fólico	Cobertura
AC	14.190	18	0,13%
AL	34.397	645	1,88%
AM	53.812	2.334	4,34%
AP	13.990	0	0,00%
BA	132.645	18.981	14,31%
CE	85.243	50.092	58,76%
DF	28.852	7.319	25,37%
ES	37.348	0	0,00%
GO	65.158	10.850	16,65%
MA	77.930	1.417	1,82%
MG	176.343	4.349	2,47%
MS	29.195	0	0,00%
MT	34.580	6.147	17,78%
PA	94.776	9.992	10,54%
PB	40.055	4.634	11,57%
PE	98.190	79.030	80,49%

Estado	Gestantes a serem suplementadas com Ácido Fólico (Meta)	Gestantes suplementadas com Ácido Fólico	Cobertura
PI	32.089	1.844	5,75%
PR	98.409	4.509	4,58%
RJ	155.063	969	0,62%
RN	31.696	5.181	16,35%
RO	15.067	3.710	24,62%
RR	7.412	0	0,00%
RS	94.083	22	0,02%
SC	63.824	234	0,37%
SE	22.654	4.021	17,75%
SP	385.213	491	0,13%
TO	15.258	300	1,97%
Brasil	1.937.472	217.089	11,20%

6. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), instituída pelo Capítulo I do Anexo III da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, tem como objetivo a qualificação do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica (AB) para o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade no âmbito da AB. Tendo como princípio a educação permanente em saúde e como base a metodologia crítico-reflexiva, a estratégia busca criar espaços para o desenvolvimento de um processo de educação, formação e de práticas em saúde compartilhado coletivamente, de forma a potencializar a qualidade do cuidado.

As ações da Estratégia são fomentadas pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS) e pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS), do Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, que vêm colaborar com as iniciativas para a atenção integral da saúde das crianças.

A EAAB é baseada na formação de tutores, que são profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que tem como atribuição a implementação e multiplicação da Estratégia nos municípios brasileiros. A implementação da Estratégia é realizada por meio de ações que visam garantir o alcance dos objetivos e a efetividade da proposta, que são: elaboração de plano de implementação da Estratégia; formação de facilitadores para apoiar a formação de tutores; formação de tutores da Estratégia; realização de oficinas de trabalho nas UBS; acompanhamento do processo de implementação da Estratégia nas UBS; monitoramento do processo de implementação da Estratégia; e, certificação das UBS que aderirem à Estratégia e cumprirem os critérios estabelecidos em portaria.

A tabela a seguir apresenta os dados sobre as oficinas, os profissionais da AB qualificados na EAAB e o número de tutores formados nos anos de 2013 a 2017 em todo Brasil.

Tabela 22. Informações sobre a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, por estado, macrorregião e Brasil, nos anos de 2013 a 2017 (referência dezembro de 2017)

UF	Oficinas de formação de tutores realizadas					Tutores formados					UBS envolvidas					Profissionais da AB qualificados				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
AC	1	0	0	1	0	20	0	0	1	0	1	5	0	0	0	0	63	0	0	0
AM	2	0	2	1	0	19	0	32	20	0	2	2	15	10	21	36	67	388	297	242
AP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA	11	4	7	1	1	197	61	88	8	15	45	27	44	14	1	526	430	721	312	13
RO	1	1	2	0	0	9	1	24	0	0	0	0	2	0	0	0	0	23	0	0
RR	1	0	0	0	0	20	0	0	0	0	1	21	0	5	3	21	272	0	49	47
TO	2	2	2	1	1	40	23	49	21	12	10	6	25	25	6	246	38	425	405	106
Norte	18	7	13	4	2	305	85	193	50	27	59	61	86	54	31	829	870	1557	1063	408
AL	3	3	1	0	1	55	63	19	0	2	41	50	14	0	6	365	685	175	0	90
BA	2	2	3	0	0	58	31	45	0	0	18	20	3	36	1	235	275	101	545	25
CE	0	2	5	0	0	0	27	98	0	0	0	6	13	13	6	0	108	249	175	79
MA	2	4	1	0	2	51	68	21	0	53	9	45	14	1	8	203	566	241	26	239
PB	2	0	3	0	0	47	0	47	0	0	6	5	1	4	0	325	294	11	40	0
PE	2	2	2	3	2	44	55	55	66	76	0	4	13	33	7	0	63	197	454	108
PI	3	1	0	0	2	60	10	0	0	33	7	8	8	8	0	86	203	242	110	0
RN	2	0	0	0	0	34	0	0	0	0	8	23	0	0	0	114	336	0	0	0
SE	2	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	18	14	15	3	7	368	254	285	66	164	89	161	66	95	28	1328	2530	1216	1350	541
DF	7	2	3	1	0	110	46	15	23	0	22	10	6	2	0	205	109	76	16	0
GO	4	1	2	2	0	151	1	59	35	0	58	3	34	8	3	514	52	315	85	2
MS	2	1	3	0	0	48	24	54	0	0	12	37	19	0	0	76	601	515	0	0
MT	0	0	3	0	0	0	0	67	0	0	0	0	41	16	0	0	0	468	177	0
C. Oeste	13	4	11	3	0	309	71	195	58	0	92	50	100	26	3	795	762	1374	278	2
PR	4	5	4	2	2	100	55	106	41	26	8	89	38	31	13	268	2325	1084	474	251
RS	3	4	1	1	1	75	105	28	30	21	37	36	24	9	12	460	535	290	152	147
SC	3	5	1	0	1	40	103	26	0	24	8	12	37	4	10	192	154	342	66	205
Sul	10	14	6	3	4	215	263	160	71	71	53	137	99	44	35	920	3014	1716	692	603
ES	3	2	1	0	0	50	46	26	0	0	20	40	27	11	0	510	503	356	133	0
MG	8	27	9	3	18	143	452	101	47	290	26	292	66	45	110	217	3184	764	1287	1952
RJ	1	1	3	0	0	21	16	60	0	0	0	12	24	37	9	0	97	271	336	69
SP	2	3	5	4	2	51	72	135	88	50	39	44	136	102	54	54	580	1998	1526	713
Sudeste	14	33	18	7	20	265	586	322	135	340	85	388	253	195	173	781	4364	3389	3282	2734
BRASIL	73	72	63	20	33	1462	1259	1155	380	602	378	797	604	414	270	4653	11540	9252	6665	4288

7. Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade

A prevalência de obesidade cresceu nas últimas décadas, configurando-se como um dos problemas prioritários de saúde pública da atualidade, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (FERREIRA; BENICIO, 2015).

No Brasil, o comportamento das prevalências de excesso de peso e de obesidade da população adulta com 20 anos ou mais de idade, a partir dos últimos inquéritos nacionais - Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003; POF 2008-2009 e Pesquisa Nacional de Saúde 2013 apresentou um aumento contínuo tanto para os homens quanto para as mulheres. Para os homens, a prevalência de excesso de peso aumentou de 42,4% em 2002-2003 para 57,3% em 2013 e a obesidade de 9,3 % para 17,5%. No caso das mulheres, este aumento foi mais acentuado, passando de 42,1% em 2002-2003 para 59,8% em 2013, ao passo que a obesidade passa de 14,0% para 25,2%.

Estima-se que mais da metade da população apresenta excesso de peso (56,9 %), ou seja, cerca de 82 milhões de pessoas apresentaram o Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou maior do que 25 kg/m², indicando uma prevalência maior de excesso de peso no sexo feminino (58,2 %), sendo do sexo masculino (55,6%). A obesidade, caracterizada por IMC igual ou superior 30 kg/m², foi diagnosticada para 16,8% dos homens, 24,4% das mulheres.

De acordo com informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) vigente na Atenção Básica no Brasil, em 2016, mais de 4 milhões de crianças menores de cinco anos foram avaliadas e a prevalência de excesso de peso é de 16,4% (SISVAN, 2016).

Nesse contexto, as Linhas de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade (LCSO) representam uma forma de articulação de recursos e práticas de produção de saúde entre as unidades de atenção de uma região de saúde. Ao proporcionarem uma coordenação contínua e a conectividade de papéis e tarefas entre equipes, situadas em diferentes pontos de atenção, as linhas de cuidado e a integralidade da assistência à saúde, busca superar o grande problema da fragmentação do cuidado. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde. (FRANCO, 2012).

Existem inúmeras publicações e legislações para garantir o cuidado integral ao indivíduo com obesidade, tanto na atenção básica como na atenção especializada. Na atenção básica pode-se citar a elaboração de

políticas de prevenção e promoção da alimentação saudável, publicação do Guia Alimentar para a população Brasileira o Caderno de Atenção básica nº 38, que tem como objetivo subsidiar os profissionais de Saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do SUS para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.

No âmbito hospitalar a obesidade grave é tratada por meio do procedimento cirúrgico denominado gastroplastia - cirurgia bariátrica. A assistência hospitalar tem por objetivo oferecer assistência diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados.

Em fevereiro de 2013, foi publicada a Portaria GM/MS nº 252, que institui a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), revogada pela Portaria GM/MS nº 483, de 1 de abril de 2014, que apenas a atualizou. A partir destas portarias, foram publicadas as Portarias GM/MS nº 424 e nº 425, ambas de 19 de março de 2013.

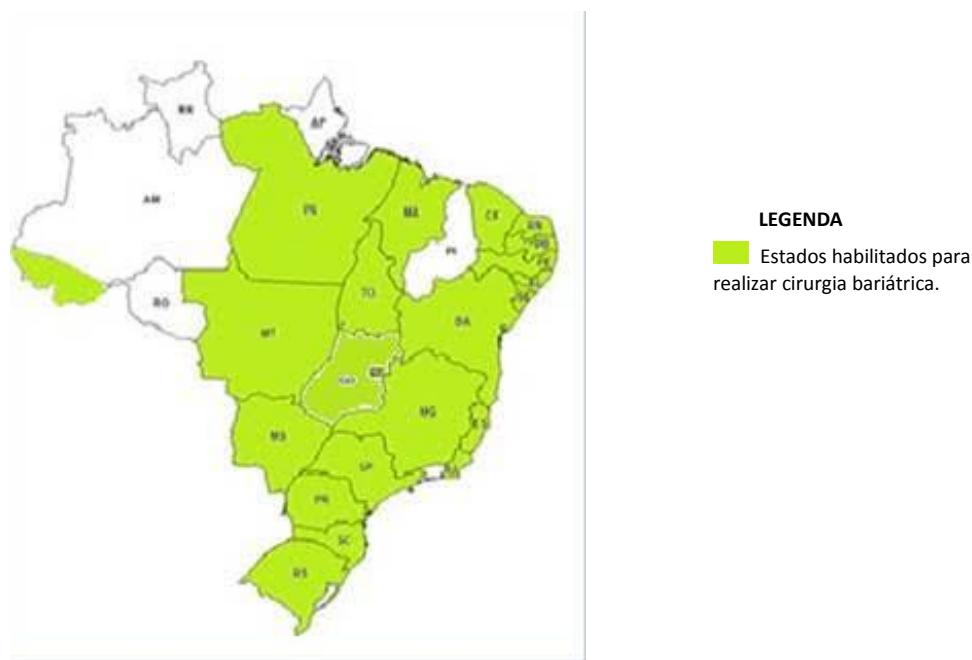
A Portaria GM/MS nº 424 redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A Portaria GM/MS nº 425 restabeleceu o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. A partir dessas publicações, o Ministério da Saúde instituiu prazo de 1 ano para que os serviços de saúde se adequassem à organização do cuidado integral da pessoa com sobrepeso e obesidade, no âmbito do SUS.

Dessa forma, estados e municípios deveriam pactuar ações entre os diversos atores dos pontos de atenção na RAS, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência para acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento dentro da RAS.

Nesse contexto o Ministério da Saúde, para não haver descontinuidade de assistência, alongou os prazos das portarias para que estados e municípios organizassem suas linhas de cuidado do sobrepeso e obesidade. Após prorrogações, em janeiro deste ano, foi publicada a Portaria GM/MS nº 62/2017 que desvinculou da habilitação hospitalar a obrigatoriedade de aprovação da LC, contudo, o compromisso dos gestores de saúde em manter a organização da LC permanece.

Atualmente o SUS conta com 80 serviços de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, em 22 estados. Os 5 estados da Federação nos quais não existem serviços habilitados pelo SUS em cirurgia Bariátrica são, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima e Piauí, conforme Figura4.

Figura 4 . Regiões com hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde para a realização de cirurgia bariátrica, nas Unidades Federadas



Na tabela a seguir, os estabelecimentos de saúde habilitados para realização da cirurgia bariátrica, no SUS.

Tabela 23. Hospitais habilitados à realização da cirurgia bariátrica e cirurgia plástica reparadora pós-bariátrica, no SUS.

UF	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
AC	Rio branco	Hospital de Clínicas do Acre, antiga Fundação Hospitalar Estadual do Acre (FUNDHACRE)
AL	Maceió	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
BA	Salvador	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
CE	Fortaleza	HGCC Hospital Geral Dr. Cesar CALS
		Hospital Universitário Walter Cantídio
DF	Brasília	Hospital Universitário de Brasília
ES	Cachoeiro de Itapemirim	HECI - Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim
	Vila velha	Hospital Evangélico de Vila Velha
	Vitória	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes/ Hospital das Clínicas
GO	Goiânia	Hospital Geral de Goiânia Dr. Alberto Rassi HGG
MA	São Luís	Hospital Universitário – HUUFMA
MG	Belo horizonte	Hospital de Clínicas da UFMG
		Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
	Governador Valadares	Hospital Samaritano/ Beneficência Social Bom Samaritano
	Juiz de Fora	Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus
	Poços de Caldas	Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas
	Uberlândia	Hospital das Cínicas de Uberlândia

UF	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
	Uberaba	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
	Itajubá	Hospital Escola AISI Itajubá
MS	Campo Grande	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian
		Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande
		Hospital Regional de Mato Grosso do Sul
MT	Cuiabá	Hospital Universitário Júlio Müller
		Hospital Geral Universitário
PA	Belém	Hospital Ophir Loyola
PB	João Pessoa	Hospital Universitário Lauro Wanderley
PE	Recife	Hospital Agamenon Magalhães
		Hospital de Clínicas da UFPE
		Hospital Oswaldo Cruz
		Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP - Recife/PE
PR	Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron
	Campo Largo	Hospital Nossa Senhora do Rocio
		Hospital São Lucas/ Hospital e Maternidade Parolin
	Cascavel	Hospital São Lucas de Cascavel LTDA
	Curitiba	Hospital de Clinicas da Universidade Federal do Paraná
		Hospital de Caridade Santa de Misericórdia de Curitiba
		Hospital Universitário Evangélico de Curitiba
	Londrina	Hospital Santa Casa de Londrina
	Maringá	Hospital Universitário Regional de Maringá
	Paranavaí	Santa Casa de Paranavaí
RJ	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
		Hospital Geral de Ipanema
RN	Natal	Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL
RS	Canoas	Hospital Universitário São Carlos – AESC
	Porto Alegre	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
		Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A
		Hospital São Lucas da PUCRS
		Hospital Santo Ângelo
SC	Caxias do Sul	Hospital Geral/ Fundação Universidade de Caxias do Sul
	Blumenau	Hospital Santo Antônio
	Florianópolis	Hospital Universitário
	Joinville	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
	Lages	Hospital-Geral e Maternidade Tereza Ramos
SE	São José	Hospital Regional de São José Dr. Homero Miranda Gomes
SP	Aracaju	Hospital Universitário de Aracajú
	Araçatuba	Santa casa de Araçatuba Hospital Sagrado Coração de Jesus
	Araraquara	Santa Casa de Misericórdia de Araraquara
	Barretos	Fundação Pio XII Barretos

UF	MUNICIPIO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
	Botucatu	Hospital de Clinicas de Botucatu
	Campinas	Hospital Universitário – UNICAMP
	Jau	Hospital Amaral Carvalho
	Marília	Hospital das Clínicas de Marília – FAMAR
	Piracicaba	Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba
	Presidente prudente	Hospital Domingos Leonardo Ceravolo de Presidente Prudente
		Santa Casa - Hospital Dr. Aristóteles Oliveira Martins de Presidente Prudente
	Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP USP
	São José do Rio Preto	Hospital de Base de São José do Rio Preto
		Hospital IELAR/Instituto Espírita Nosso Lar
	São José dos Campos	Hospital Pio XII/ Instituto das Pequenas Missionárias de Maria Imaculada
		Santa Casa de Misericórdia de São José dos Campos
	São Paulo	Conjunto Hospitalar do Mandaqui São Paulo
		HC da FMUSP - Hospital de Clinicas de São Paulo
		Hospital Santa Marcelina São Paulo
		Hospital São Paulo Hospital de Ensino da Unifesp São Paulo
		Santa Casa de São Paulo/ Hospital Central São Paulo
	Sorocaba	Conjunto Hospitalar Sorocaba
TO	Araguaína	Hospital Regional de Araguaína
	Palmas	Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres

Fonte: Ministério da Saúde - <http://cnes2.datasus.gov.br> acesso em 20/01/2018.

Desde a publicação das portarias que versam sobre LC do sobrepeso e obesidade, o Ministério da Saúde tem promovido encontros com técnicos de secretarias de saúde para apoiar a construção dos planos regionais de atenção à saúde tendo a LC do sobrepeso e obesidade como linha prioritária das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) na RAS.

Nesse contexto, foi possível identificar um esforço para a organização de diversas LC nas redes de atenção municipais e estaduais de saúde. A tabela a seguir ilustra o interesse dos gestores para que a organização das linhas fossem aprovadas.

Tabela 24. Estados que aprovaram as linhas de cuidado em suas regiões para organização das ações e serviços às pessoas com excesso de peso.

ESTADOS QUE ENVIARAM LC	QUANTIDADE DE LC APROVADAS E PUBLICADAS
Acre	Acre - 1
Bahia	Maranhão - 1
Ceará	Rio Grande do Sul - 1
Distrito Federal	Minas Gerais - 6
Espirito Santo	São Paulo - 16
Goiás	
Maranhão	
Paraíba	
Paraná	

Pernambuco Piauí Rio de Janeiro Rio Grande do Norte Rio Grande do Sul São Paulo Tocantins	
Total 17 Estados	25 linhas de cuidado

Fonte: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN/DAB/SAS/MS, janeiro de 2017

Tabela 25. Linhas de Cuidado aprovadas pelo Ministério da Saúde

Acre: Região de Saúde do Baixo Acre e Purus.
Maranhão: São Luís do Maranhão.
Minas Gerais: Centro: Belo Horizonte/Sete Lagoas; Leste: Governador Valadares, Sudeste: Juiz de Fora; Sul: Alfenas/Pouso Alegre/ Poços de Caldas/ Passos e Varginha; Triângulo do Norte: Uberlândia e Triângulo do Sul.
Rio grande do Sul: - Macrorregião Serra (Caxias e Hortênsias, Campos de Cima Serra, Vinhedos e Basalto, Uva Vale RS).
São Paulo: RRAS 1 (Grande ABC): Santo André, São Bernardo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra; RRAS 2 (Alto Tietê): Arujá, Biritiba Mirim, Guararema, Guarulhos, Itaquaquacetuba, Moji das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano; RRAS 3 (Franco da Rocha): Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã; RRAS 4 (Mananciais): Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra, Juquitiba, São Lourenço, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista; RRAS 5 (Rota dos Bandeirantes): Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba; RRAS 6/ DRS I (Grande São Paulo): São Paulo; RRAS 9 (Bauru): Vale do Jurumirim, Bauru, Polo Cuesta, Jau e Lins; RRAS 10 (Marília): Adamantina, Assis, Marília, Ourinhos e Tupã; RRAS 11 (Presidente Prudente): Alta Paulista, Alta Sorocaba, Alto Capivari, Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema; RRAS 13/ DRS III - de Araraquara; RRAS 13/ DRS V - de Barretos; RRAS13/ DRS XIII - de Ribeirão Preto; RRAS 12/ DRS XV - de São José do Rio Preto/ Catanduva; RRAS 7/DRS IV - de Baixada Santista e RRAS 7/DRS XII - de Registro/ Vale do Ribeira.

Chamada:

Estamos com a proposta de fazer vídeos conferências e visitas técnicas para apoiar a elaboração das Linhas de Cuidado do sobrepeso e Obesidade. Desta forma, colocamo-nos à disposição para prestar esclarecimentos e auxiliar a elaboração dos Planos de Enfrentamento do Sobrepeso e Obesidade nas Regiões de Saúde, por meio de contato 3315-9004/ 9036 ou por e-mail: cgan@saude.gov.br.

8. Programa Crescer Saudável

Considerando o papel das equipes de Atenção Básica no diagnóstico da obesidade infantil, por meio do monitoramento da situação alimentar e nutricional e seu protagonismo no desenho e implementação de ações de cunho intersetorial e multidisciplinar, o Ministério da Saúde lançou em 2017 o Programa Crescer Saudável, que consiste em um conjunto de ações articuladas, a serem implementadas na Rede de Atenção à Saúde do SUS para garantir o adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, com vistas a prevenir, controlar e tratar a obesidade infantil. Estas ações abrangem os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento da obesidade, incentivo à prática corporal e de atividade física e por ações voltadas à mudança de comportamento. O Programa Crescer Saudável engloba ações de prevenção, controle e tratamento da obesidade infantil, considerando os seguintes eixos e desafios:

- » Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, observando-se as recomendações expressas no Guia Alimentar da População Brasileira e Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos;
- » Promoção da prática de Atividade Física, aliada às rotinas de lazer, adequadas à faixa etária e às condições físicas da criança;
- » Mudança de comportamento, considerando as diferentes percepções e motivações para realizar mudanças em sua dieta ou em seu estilo de vida, como reconhecer e transformar hábitos inadequados à manutenção e/ou redução do peso ou modificação do padrão alimentar e incorporação da prática regular de atividade física;
- » Ações intersetoriais, com vistas a combinar um conjunto de ações e estratégias que envolvam iniciativas de caráter intersetorial que apoiem a provisão de espaços para atividade física e medidas para aumentar a disponibilidade e acessibilidade de alimentos adequados e saudáveis.
- » Ampliação do diagnóstico, com o objetivo de intensificar a ação de vigilância alimentar e nutricional, pois um monitoramento eficiente pode ser decisivo na identificação precoce de casos de obesidade infantil e permite o início oportuno do tratamento adequado, com vistas a impedir a evolução da doença e o surgimento de outros agravos crônicos que possam comprometer a saúde e a qualidade de vida da criança.
- » Tratamento da obesidade infantil, tendo como base o fluxo contendo as recomendações para o manejo dos casos de excesso de peso infantil dos 2 aos 10 anos na atenção básica do SUS e o plano de cuidado individualizado a ser prescrito por meio da abordagem multidisciplinar.

Todos os municípios brasileiros podem implementar as ações que compõem o Programa Crescer Saudável, pois a obesidade infantil é um problema e uma prioridade em todo o país, mas a Portaria nº 2.706, de 18 de Outubro de 2017, destinou recursos financeiros do Ministério da Saúde para municípios prioritários, para o desenvolvimento de ações desse Programa com escolares, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE). Nessa Portaria foram considerados municípios prioritários aqueles com adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/18, que possuem população acima de 30 mil habitantes, cobertura do Sistema de

Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) maior que 10% em 2015 e prevalência de excesso de peso maior que 20% em crianças menores de 10 anos em 2015.

Tabela 26. Valores repassados pelo Programa Crescer Saudável para os municípios prioritários em 2017.

UF	MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS		
	Quantidade de Municípios	Nº. HABITANTES	Valor Repassado
AC	1	36.763	R\$ 50.000,00
AM	7	371.495	R\$ 380.000,00
AP	1	41.668	R\$ 50.000,00
PA	18	1.633.355	R\$ 1.100.000,00
RO	3	116.942	R\$ 160.000,00
RR	1	296.959	R\$ 90.000,00
TO	4	402.044	R\$ 250.000,00
Norte	35	2.899.226	R\$ 2.080.000,00
AL	15	892.106	R\$ 850.000,00
BA	54	6.406.892	R\$ 3.440.000,00
CE	63	6.562.912	R\$ 3.910.000,00
MA	18	2.024.677	R\$ 1.240.000,00
PB	14	1.802.047	R\$ 965.000,00
PE	50	4.134.487	R\$ 3.045.000,00
PI	7	440.866	R\$ 390.000,00
RN	16	1.933.472	R\$ 1.065.000,00
SE	11	1.193.575	R\$ 680.000,00
Nordeste	248	25.391.034	R\$ 15.585.000,00
DF	1	2.648.532	R\$ 350.000,00
GO	25	1.715.363	R\$ 1.420.000,00
MS	9	413.305	R\$ 460.000,00
MT	8	999.378	R\$ 520.000,00
C. Oeste	43	5.776.578	R\$ 2.750.000,00
PR	31	3.136.074	R\$ 1.920.000,00
RS	35	4.918.205	R\$ 2.480.000,00
SC	8	521.740	R\$ 460.000,00
Sul	74	8.576.019	R\$ 4.860.000,00
ES	8	599.886	R\$ 470.000,00
MG	37	5.530.161	R\$ 2.490.000,00
RJ	41	14.448.459	R\$ 3.600.000,00
SP	62	8.120.097	R\$ 4.315.000,00
Sudeste	148	28.698.603	R\$ 10.875.000,00
BRASIL	548	71.341.460	R\$ 36.150.000,00

9. Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, instituído em 2007 pelo do Decreto Presidencial nº 6.285, que busca unir as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. Tem como objetivo promover saúde e educação integral. É, portanto, uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

Por meio de sua significativa expansão, o PSE garantiu a indução de políticas voltadas para educação e saúde, mas ao longo da sua implementação, alguns entraves foram observados por todas as suas esferas de gestão, assim, o Programa foi reestruturado com a publicação da portaria interministerial no 1.055, de 25 de abril de 2017. Essa portaria buscou desburocratizar o repasse financeiro, qualificar os registros e o monitoramento (gestão da informação), ampliar o número de escolas e educandos participantes e valorizar o planejamento e gestão local (GTI).

A adesão ocorreu no primeiro semestre de 2017 e contou com o envolvimento dos gestores locais, representantes estaduais e Conselhos Municipais de Saúde e de Educação, resultando em 90% dos municípios aderidos ao Programa. A nova portaria estabelece doze ações a serem realizadas pelos gestores por dois anos, ciclo 2017/2018. No novo modelo, os estudantes terão atualização do calendário vacinal e ações de promoção da saúde, como prevenção à obesidade, cuidados com a saúde bucal, auditiva e ocular, combate ao mosquito *Aedes aegypti*, incentivo às práticas corporais e atividade física, prevenção de DST/Aids, entre outras.

Trata-se de uma importante iniciativa para acompanhar as condições de saúde dos estudantes por meio de avaliações e orientações, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar.

As informações sobre o Programa podem ser acessadas na página dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php.

Figura 4. Percentual de municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola em 2017.

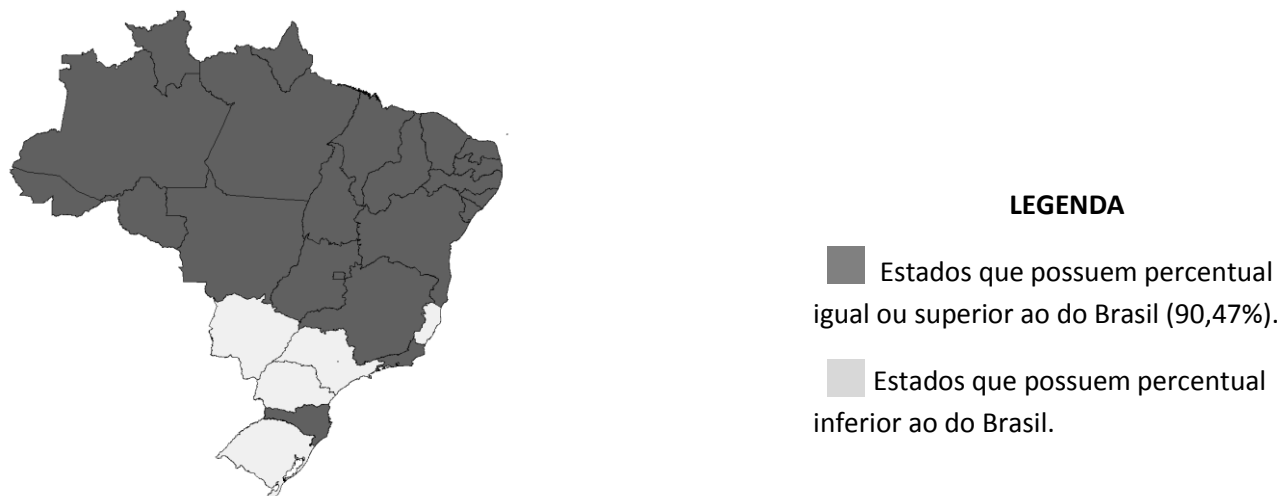


Tabela 27. Percentual de adesão e educandos pactuados no programa Saúde na Escola no ano de 2017, por estado, macrorregião e Brasil.

UF	Municípios PSE	% adesão	Total educandos pactuados	QNT. escolas	QNT. equipes
AC	21	95,45%	95.124	422	129
AM	62	100,00%	520.956	1.904	654
AP	16	100,00%	73.229	229	144
PA	139	96,53%	1.245.459	4.719	1.455
RO	52	100,00%	204.363	619	343
RR	14	93,33%	63.354	261	107
TO	138	99,28%	269.952	1.097	561
Norte	442	98,22%	2.472.437	9.251	3.393
AL	102	100,00%	564.724	2.172	922
BA	417	100,00%	2.139.027	11.214	3.734
CE	184	100,00%	1.263.992	4.569	2.235
MA	217	100,00%	1.327.721	7.486	2.006
PB	221	99,10%	693.955	3.863	1.474
PE	185	100,00%	1.156.289	4.872	2.040
PI	222	99,11%	635.423	3.601	1.396
RN	167	100,00%	495.177	2.325	1.026
SE	75	100,00%	324.544	1.413	639
Nordeste	1.790	99,78%	8.600.852	41.515	15.472
DF	1	100,00%	145.298	258	136
GO	246	100,00%	694.196	2.512	1.347
MS	57	71,25%	251.355	628	416
MT	136	96,45%	357.361	1.273	630
Centro-Oeste	440	94,02%	1.448.210	4.671	2.529
PR	342	85,71%	787.747	3.892	1.689
RS	352	70,82%	769.525	3.436	1.586
SC	291	98,64%	675.302	3.168	1.556
Sul	985	82,70%	2.232.574	10.496	4.831
ES	53	67,95%	262.931	1.150	515
MG	804	94,26%	2.172.032	8.370	4.793
RJ	87	94,57%	1.311.600	3.751	2.252
SP	439	68,06%	2.021.194	6.502	3.205
Sudeste	1.383	82,91%	5.767.757	19.773	10.765
Brasil	5.040	90,47%	20.521.830	85.706	36.990

10. Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, por meio de espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, denominados polos.

Os polos são espaços públicos construídos para o desenvolvimento das ações previstas e planejadas para o Programa. Eles deverão estar localizados na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica, portanto, são considerados estabelecimentos da Atenção Básica e compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

O Programa tem como princípios: participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde; intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações; interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado; integralidade do cuidado; intergeracionalidade, promovendo o diálogo e a troca entre gerações; e territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde.

As atividades poderão ser desenvolvidas no âmbito do Programa Academia da Saúde conforme os eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade.

Existem três modalidades de polos, para construção, que se diferenciam pelo valor do repasse financeiro ao município, pela área total do polo e pelo número de espaços e equipamentos.

Tabela 28. Modalidades e especificidades dos polos do Programa Academia da Saúde.

Modalidade do polo Especificidades	Básica¹ (R\$ 80 mil)	Intermediária (R\$ 100 mil)	Ampliada (R\$ 180 mil)
Área total do polo	250 m ²	263,2 m ²	451,2 m ²
Área Descoberta²	150 m ²	150 m ²	250 m ²
Área Coberta	50 m ²	63,2 m ² (com estrutura de apoio: sala de vivência, depósito e sanitários adaptados)	101,2 m ² (com estrutura de apoio: depósito, sala de vivência, sala de orientação, copa, DML e sanitários adaptados)
Área de acessos, circulação e paisagismo	50 m ²	50 m ²	100 m ²

² Barras paralelas, espaldar duplo, bancos, prancha para abdominal, barra horizontal tripla, barras marinho. O número de equipamentos por modalidade e demais detalhes, podem ser consultados no Manual de Infraestrutura.

Há duas formas de adesão ao Programa Academia da Saúde: por processo de **similaridade**, quando ocorre análise de projetos locais que atendem a critérios normatizados; e por **construção**, no qual é repassado recurso de investimento, de acordo com a modalidade escolhida. Como a principal forma de adesão ao Programa é por meio da construção de polos, o Ministério da Saúde, juntamente com os municípios, acompanha e monitora as obras por meio do Sistema de Monitoramento de Obras - <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob>), conforme Portaria nº 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013, e Portaria nº 1.707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016, atualmente incorporadas às portarias de consolidação nº 5 GM/MS de 28 de setembro de 2017 e nº 6 GM/MS de 28 de setembro de 2017.

Para as propostas habilitadas antes da publicação da Portaria nº 381/GM/MS, de 6 de fevereiro de 2017, também incorporada às portarias de consolidação, que dispõe sobre as transferências, fundo a fundo, dos recursos financeiros de capital ou corrente destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma, o repasse financeiro de investimento é realizado em três parcelas, atreladas às aprovações das etapas da obra (obra em preparação, obra iniciada e obra concluída):

- O repasse da primeira parcela, equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, ocorre após a publicação da portaria de habilitação.
- O repasse da segunda parcela (equivalente a 60% do valor total aprovado) ocorre após aprovação da inserção ordem de serviço, assinada por profissional habilitado pelo CREA ou CAU e pelo gestor local, e do ofício encaminhado à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) ou ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com informação sobre o início da obra;
- O repasse da terceira parcela (equivalente a 20% do valor total aprovado) ocorre após aprovação da inserção do atestado de conclusão da obra assinado por profissional habilitado pelo CREA ou CAU e pelo gestor local, e do ofício encaminhado à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) ou ao Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com informação sobre a conclusão da obra.

As propostas que foram habilitadas após a publicação da Portaria nº 381/GM/MS, de 6 de fevereiro de 2017, receberão o incentivo para construção dos polos em parcela única, seguindo as regras estipuladas nessa portaria com relação aos prazos e aos documentos para alimentação do Sistema de Monitoramento de Obras - SISMOB.

Uma vez que o município é habilitado com o polo similar ou a obra está concluída, poderá solicitar o incentivo de custeio ao Ministério da Saúde. Tal recurso tem como objetivo estimular a manutenção do Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e como ponto da RAS. Assim, é feito um

repassa mensal de recursos de custeio para o cofinanciamento das ações, que são oriundos do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável) e são repassados de forma regular, fundo a fundo, às Secretarias Municipais de Saúde. Tal repasse, no entanto, consiste em um incentivo, devendo o Programa contar também com cofinanciamento dos estados e municípios.

Ao longo de 2017, o Ministério da Saúde ficou impedido de credenciar novos polos para custeio por falta de ação orçamentária para o Programa Academia da Saúde. No final do ano, no entanto, foi criada a nova linha e o repasse mensal do custeio passou a ser realizado por meio da ação **10.301.2015.217U.0001** - Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde, Plano Orçamentário **(PO) 0000**. O repasse para estruturação dos polos não sofreu alteração e continua sendo realizado por meio da ação **10.301.2015.20YL** - Estruturação de Academias da Saúde.

O Programa Academia da Saúde credenciou 1.172 polos para recebimento do incentivo de custeio em dezembro de 2017. Desses polos, 973 receberam incentivo na competência financeira de dezembro. O valor mensal repassado para cada polo foi de R\$3.000,00 por mês. É importante ressaltar que o incentivo de custeio não é repassado automaticamente para o município após o credenciamento em portaria. O município necessita registrar o CBO e a carga horária mínima de 40 horas semanais do profissional responsável pelo polo no CNES para que o repasse tenha início.

Tabela 29. Distribuição do total de polos habilitados no Programa Academia da Saúde por tipo de adesão.

UF	Concluída	Em ação preparatória	Em cancelamento	Em execução e conclusão	Em funcionamento	Obra cancelada	Obra paralisada	Polos credenciados	Total Geral
AC	30			5	9		1	7	52
AC	1								1
AL	33	28		19	12			25	118
AM	6	2		2	2	9		2	24
AP	6	1		10	2	3			22
BA	139	12		50	35	7		87	334
CE	95	3		25	20	6		38	187
DF		1				16			17
ES	12	1		10	3	18		10	54
GO	81	13		29	25	3	3	53	213
MA	63	10		45	10	4		22	158
MG	262	49		92	42	62	1	199	708
MS	56	7		18	8	6		16	111
MT	42	3		17	11	4		20	97
PA	75	10		40	19	8		42	196
PB	107	40		51	37	3		61	312
PE	53	24		54	26	4		139	303
PI	85	6		33	29	3		41	198
PR	153	11	2	22	26	13	1	81	309
RJ	48	45	9	45	12	31		9	200
RN	49	9		33	21	4	1	23	140
RS	231	46		36	47	39	1	96	497
SC	87	5		16	29	10		47	194
SE	22	5	1	11	6	5		14	64
SP	166	30	2	42	48	98		106	493
TO	65	7		26	9	6		29	144
Total Geral	1982	369	14	737	494	363	8	1172	5182

11. Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN)

O recurso para Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) tem como propósito apoiar a efetivação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, considerando sua natureza transversal às demais políticas públicas. Caracteriza-se por recurso de custeio, com periodicidade de repasse anual e destina-se, prioritariamente, à organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial no âmbito da Atenção Básica, tendo como diretrizes prioritárias:

1. Promoção da alimentação adequada e saudável;
2. A vigilância alimentar e nutricional;
3. A prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, especialmente sobrepeso e obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e Beriberi; e
4. Qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição.

São elegíveis para o recebimento do recurso de custeio das ações de alimentação e nutrição todos os estados do Brasil e os municípios que apresentam população acima de 150 mil habitantes. Os valores do repasse anual do FAN em 2017 foram definidos pela Portaria nº 2.512/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Os valores autorizados aos estados são descritos na tabela a seguir:

Tabela 30. Valor autorizado aos estados pelo Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição – FAN (Portaria nº 2.512/GM/MS, de 28 de setembro de 2017).

Porte populacional (IBGE, 2012)	Estados	Valor de repasse por Estado	Valor total do repasse em 2016
< 2,5 milhões de hab.	RR, AP, AC, TO, RO, SE	R\$ 90.000,00	R\$ 540.000,00
2,5 milhões a < 4 milhões de hab.	DF, MT, RN, PI, AL, AM, ES, PB, MS	R\$ 110.000,00	R\$ 990.000,00
4 milhões a 9 milhões de hab.	GO, SC, MA, PA, CE	R\$ 130.000,00	R\$ 650.000,00
> 9 milhões de hab.	PE, PR, RS, BA, RJ, MG, SP	R\$ 150.000,00	R\$ 1.050.000,00
Total	26	-	R\$ 3.230.000,00

Os valores repassados aos municípios de cada estado com mais de 150 mil habitantes referentes a Portaria nº 2.512/2017 podem ser encontrados na Parte III deste informe, item 8 - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN). Eles correspondem a seguinte faixa de valores:

Tabela 31. Valor autorizado aos municípios com mais de 150 mil habitantes pelo Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição – FAN.

Porte populacional	Valor de repasse
150 mil a < 200 mil hab.	R\$ 20.000,00
200 mil a < 300 mil hab.	R\$ 30.000,00
300 mil a < 400 mil hab.	R\$ 35.000,00
400 mil a < 500 mil hab.	R\$ 40.000,00
500 mil a < 600 mil hab.	R\$ 50.000,00
600 mil a < 1 milhão de hab.	R\$ 60.000,00
1 milhão a < 2,5 milhão de hab.	R\$ 80.000,00
> 2,5 milhões de hab.	R\$ 100.000,00

Com vistas a ampliar o número de municípios contemplados com esse incentivo, foram publicadas portarias estabelecendo o incentivo de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias de Saúde dos municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes. Os valores também podem ser encontrados na Parte III deste informe, item 8 - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN).

- Referente ao exercício de 2016, foi publicada a Portaria nº 55/GM/MS, de 6 de janeiro de 2017. Ela contemplou 942 municípios, além de estabelecer o incentivo para o Distrito Federal, que até então era transferido considerando o município de Brasília.
- Referente ao exercício de 2017, foi publicada a Portaria nº 3.799/GM/MS, de 26 de dezembro de 2017 (319 municípios), a Portaria nº 3.943 de 28 de dezembro de 2017 (429 municípios), e a Portaria nº 423/GM/MS, de 23 de fevereiro de 2018 (193 municípios). Foi necessário fazer a divisão em três portarias devido a disponibilidade de orçamentária da CGAN/DAB/SAS.

Os valores repassados aos municípios com população entre 30.000 e 149.999 habitantes referentes as portarias acima citadas podem também ser encontrados na Parte III deste informe, item 8 - Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN). Eles correspondem a seguinte faixa de valores:

Tabela 32. Valor autorizado aos municípios com população entre 30.000 e 149.999 habitantes pelo Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição – FAN.

Porte populacional	Valor de repasse
30 mil a < 50 mil hab.	R\$ 12.000,00
50 mil a < 100 mil hab.	R\$ 13.000,00
100 mil < 150 mil hab.	R\$ 16.000,00

Os dados sobre execução orçamentária do FAN nos estados e municípios para o ano de 2014 a 2016 foram coletados por meio de formulário semi-estruturado em formato eletrônico do FORMSUS, tendo o período de coleta para o exercício de 2016 ocorrendo entre 16/10/2017 a 28/02/2018. As informações acerca

do percentual de execução orçamentária (tabela 33) foram geradas a partir de dados autoreferidos por gestores municipais e estaduais responsáveis pelo FAN. Responderam ao formulário 74 referências municipais de alimentação e nutrição e 19 referências estaduais, representando 39,2% e 70,4%, respectivamente, do total de municípios e estados que recebem o incentivo.

Tabela 33. Execução orçamentária do Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN) nos estados, em 2014, 2015 e 2016.

Estado	% de Execução do Estado			Nº de municípios que recebem o FAN	Nº de municípios que responderam ao FormSUS	% Médio de Execução dos Municípios		
	2014	2015	2016			2014	2015	2016
AC	16,7	7,5	0	1	1	51,5	83,1	31,3
AL	S/I	S/I	0	2	0	S/I	S/I	S/I
AM	74,6	31,8	S/I	1	1	0,0	9,3	63,1
AP	S/I	S/I	S/I	1	1	38,0	17,9	7,0
BA	42,3	16,8	11,9	9	8	17,2	33,6	147,9
CE	S/I	67,5	S/I	5	1	54,5	12,3	23,4
DF	S/I	S/I	0	1	1	0,3	1,4	0
ES	S/I	S/I	5,3	5	4	0,5	S/I	4,9
GO	25,3	23,9	10,5	6	3	41,8	41,3	S/I
MA	31,9	73,4	8,6	5	5	27,5	54,9	0
MG	0,0	1,7	31,3	15	14	94,2	22,4	108,1
MS	66,1	49,7	52,5	2	1	S/I	72,6	S/I
MT	S/I	S/I	4,4	3	0	S/I	S/I	S/I
PA	S/I	S/I	S/I	6	5	44,3	44,8	S/I
PB	S/I	S/I	S/I	2	1	S/I	S/I	S/I
PE	16,1	1,7	S/I	7	5	674,5	1257,3	S/I
PI	23,5	25,5	S/I	1	1	S/I	S/I	2,5
PR	S/I	S/I	5,8	9	9	2,2	16,6	22,5
RJ	6,3	19,3	S/I	20	15	11,7	38,6	19,7
RN	S/I	S/I	S/I	3	2	0,0	50,0	S/I
RO	100,0	85,6	5,2	1	1	S/I	42,9	0
RR	S/I	S/I	S/I	1	1	100,0	100,0	S/I
RS	8,9	94,1	34,4	12	12	27,7	32,8	52,9
SC	S/I	S/I	8,6	8	8	30,1	22,2	17,3
SE	S/I	S/I	S/I	2	2	5,8	8,2	S/I
SP	S/I	S/I	S/I	50	32	27,9	17,3	29,7
TO	S/I	S/I	34,5	2	1	S/I	32,5	S/I

*S/I: Sem informação

Fonte: Dados referidos pelos gestores estaduais e municipais pelo FormSUS

12. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi instituído pela Portaria nº 1.654/GM/MS, do dia 19 de julho de 2011, e possui como principal objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Ainda, busca produzir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica (AB).

No primeiro ciclo do PMAQ (2011/2012) aderiram 71,2% dos municípios brasileiros, com 17.482 equipes de AB participantes. Já no segundo ciclo (2013/2014) a adesão aumentou para 91% dos municípios, com 32.336 equipes de AB. Atualmente, o PMAQ encontra-se no seu terceiro ciclo, com 42.975 equipes de AB participantes, iniciado com a publicação da Portaria nº 1.658, de 12 de setembro de 2016, a qual homologa a contratualização/recontratualização dos municípios. A Figura 06 mostra a evolução de adesão das equipes ao Programa.

Figura 6. Evolução da adesão de Equipes de Atenção Básica ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).





O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica está organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB, a saber:

- 1 – Adesão e Contratualização
- 2 – Certificação
- 3 – Recontratualização

No terceiro ciclo do PMAQ todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio a Saúde da Família, independente do modelo pelo

qual se organizam, aderiram ao PMAQ-AB, desde que se encontrassem em conformidade com os princípios da atenção básica. As adesões e (re)contratualizações ao PMAQ foram realizadas no Portal do Gestor no endereço eletrônico <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>, em período pré-estabelecido, com data de início e término, divulgada no Portal do DAB <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Cabe salientar que a Adesão e (Re)contratualização das equipes é voluntária e pressupõe um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local. O PMAQ possui como instrumentos de avaliação o AMAQ (Autoavaliação para melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=3_ciclo) e o Instrumento de avaliação externa - “Manual para o Trabalho de Campo PMAQ - 3º Ciclo (Avaliação Externa) Orientações Gerais”, disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_de_campo_pmaq_3ciclo.pdf.

Nesse sentido, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/SAS/MS) tem buscado incluir indicadores e padrões de qualidade nos instrumentos de avaliação do PMAQ que permitam o diagnóstico sobre a implementação de suas ações estratégicas. A partir do instrumento de avaliação externa do PMAQ é possível avaliar dimensões da atenção nutricional, especialmente os aspectos da estrutura dos serviços e do processo de trabalho das equipes, como a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS).

É possível verificar características estruturais e ambiência das Unidades Básicas de Saúde, bem como a disponibilidade de equipamentos antropométricos, suplementos de vitaminas e minerais e da caderneta de

saúde na Unidade Básica de Saúde, bem como identificar práticas de trabalho desenvolvidas pela equipe relacionadas à atenção à saúde da criança, pré-natal, acompanhamento de pessoas com obesidade, oferta de atividades educativas e de promoção da saúde, incentivo e desenvolvimento de práticas corporais e atividade física, acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

Os resultados do PMAQ são divulgados em relatórios organizados em diferentes volumes como uma estratégia do Ministério da Saúde para promover a transparência dos resultados alcançados. Para maiores informações, acesse:

1. Retratos da Atenção Básica nº 1 - Satisfação dos Usuários da Atenção Básica
Volume 1 - Acesso aos Serviços, Ações de Saúde e Participação do Usuário,
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_vol1.pdf
2. Retratos da Atenção Básica nº 1 - Satisfação dos Usuários da Atenção Básica
Volume 2 - Programas e Redes Prioritárias do Ministério da Saúde
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_vol2
3. Retratos da Atenção Básica nº 2 - Gestão da Atenção Básica
Volume 1- Características das Unidades Básicas de Saúde
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_2_vol_1
4. Retratos da Atenção Básica nº 2 - Gestão da Atenção Básica
Volume 2 - Insumos e Medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde,
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_2_vol_
5. Retratos da Atenção Básica nº 2 - Gestão da Atenção Básica
Volume 3 - Ações da Gestão para Qualificação das Equipes
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_2_vol_3
6. Retratos da Atenção Básica nº 3 - Equipes de Atenção Básica
Volume 2 - Atenção à Saúde
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_3_vol_2
7. Retratos da Atenção Básica nº 3 - Equipes de Atenção Básica
Volume 2 - Atenção à Saúde
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_3_vol_2
8. Retratos da Atenção Básica nº 4 - Áreas Específicas
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/retratos_ab_4

13. e-SUS Atenção Básica

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. Isso significa ter o registro individualizado dos atendimentos de cada cidadão e a integração gradual de todos os sistemas na Atenção Básica.

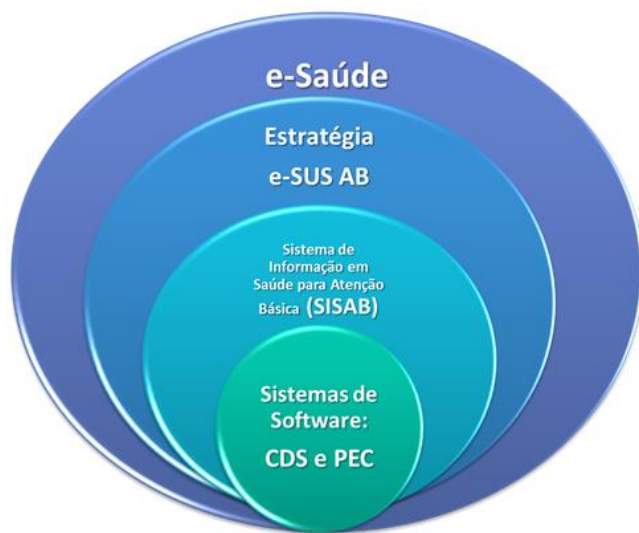
O objetivo é reduzir a carga de trabalho na coleta, inserção, gestão e uso da informação na AB, permitindo que a coleta de dados esteja inserida nas atividades já desenvolvidas pelos profissionais. Por meio do e-SUS AB, a rede de serviço que compõe a Atenção Básica alimentará o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), que substitui o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

A estratégia é composta por:

- Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC: Uso em cenários com nível de informatização médio a alto.
- Coleta de Dados Simplificada - CDS: Uso em cenários sem informatização ou com nível mínimo.
- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB: Base de dados nacional da Atenção Básica.

As possibilidades de utilização da estratégia se adaptam à realidade dos municípios, especialmente no que diz respeito à informatização e à conectividade dos estabelecimentos de saúde. Nos locais em que os

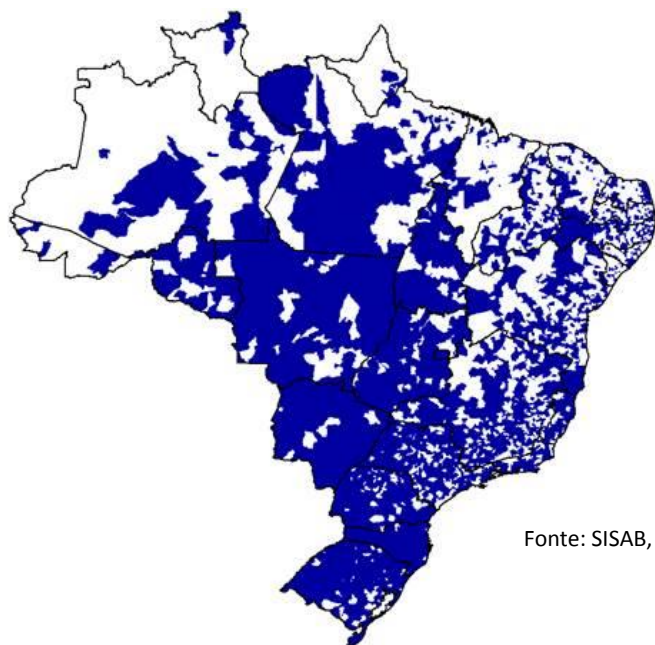
ambientes de atendimento (recepção, consultórios, sala de procedimentos) contam com computadores, é possível a utilização do Sistema com PEC, mesmo sem acesso à internet, que fornece informações individualizadas de cada um dos usuários da unidade e contém funcionalidades que facilitam o dia a dia das equipes, como a organização das agendas dos profissionais que atuam na AB. Já os estabelecimentos que possuem menos infraestrutura de informática poderão adotar o Sistema com CDS, em que as informações são registradas



em fichas de papel e depois digitadas no sistema. Já os municípios que já contavam com sistema próprio podem transmitir seus dados a partir da integração dos dois softwares, de acordo com as orientações técnicas disponíveis no site do e-SUS AB.

Nas figuras abaixo podemos observar a distribuição do uso do e-SUS AB no Brasil.

Figura 7. Panorama Nacional de implantação do Prontuário Eletrônico no Brasil:



Fonte: SISAB, DEZ/2016 a DEZ/ 2017

- **8.930 UBS** utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão do Ministério da Saúde em **2.576 municípios**;
- **42,8 mil UBS** no país, em **5.564 municípios**
- **18.510 UBS** utilizam prontuário eletrônico em **3.656 municípios**
- **9.580 UBS** adotam sistemas próprios ou terceiros;

Figura 8. Consolidação da estratégia E-SUS AB

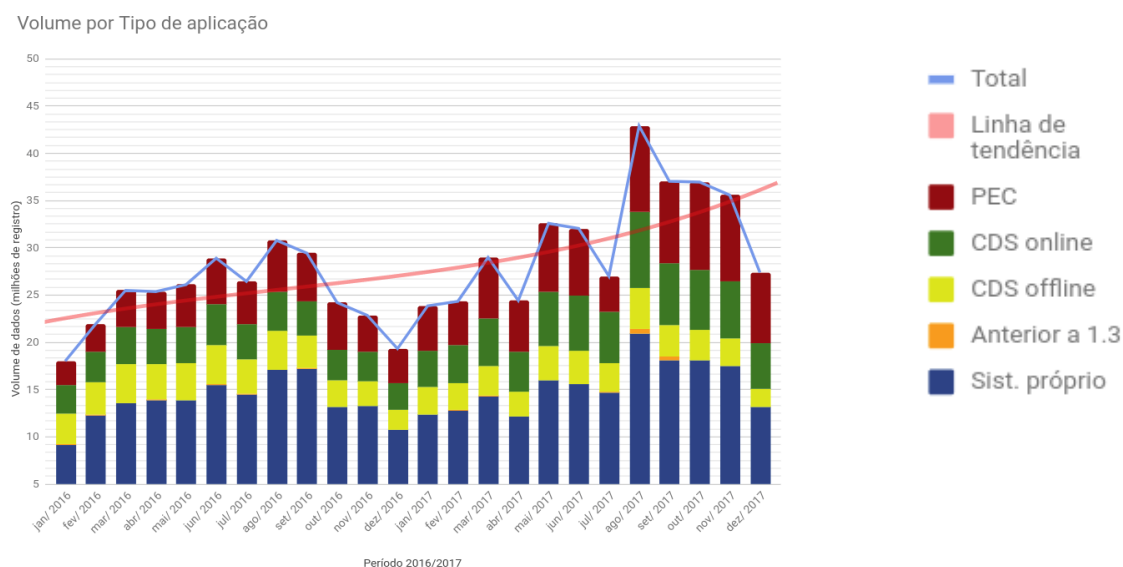


Figura 6. Sistemas cujo cadastro e acessos são pelo e-Gestor.

Sistemas

Os sistemas abaixo possuirão acesso integrado ao e-Gestor AB (1ª versão):

