



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

SAF Sul, Quadra 02, Lote 05/06 – Ed. Premium, Torre II, Auditório, Sala 8
Brasília/DF CEP: 70070-600 Tel: (61) 3315-9004. E-mail: cgan@saude.gov.br

Ofício Circular nº 2/2015-CGAN/DAB/SAS/MS

Brasília, 16 de janeiro de 2015.

Aos (Às) Coordenadores (as) Estaduais de Alimentação e Nutrição

Assunto: **Orientações para o uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Web**

Senhores (as) Coordenadores (as),

1. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (*Sisvan Web*) tem por objetivo realizar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios. A primeira versão desse sistema foi lançada em 2004, caracterizada pela utilização de formulários em papel e uso de ferramenta *off-line*, passando a ser utilizado em 2008, o sistema informatizado *on-line* e o registro de dados sobre o consumo alimentar.
2. Para que o *Sisvan Web* permita a gestão das informações de VAN, o Ministério da Saúde investe em medidas para que todos os registros de dados nutricionais do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, e mais recentemente, do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) sejam integrados ao conjunto de registros inseridos no próprio *Sisvan Web*, proporcionando assim o conhecimento da situação nutricional da população brasileira.
3. Frente à perspectiva de compartilhamento de dados entre os sistemas, a identificação do indivíduo no *Sisvan Web* passará a ser realizada obrigatoriamente por um dos documentos de identificação a seguir: 1) Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou 2) Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou 3) Número de Identificação Social (NIS).
4. Considerando a necessidade de ajustes para o bom uso dos sistemas de informação em saúde, determina-se:
 - a) Ratificar que todos os registros (avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar) realizados no ano de 2014 poderão ser inseridos no *Sisvan Web* até o dia 30 de janeiro de 2015;
 - b) Estabelecer que os registros (avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar) realizados a partir de janeiro de 2015 somente poderão ser digitados no *Sisvan Web* a partir do dia 02 de fevereiro de 2015;
 - c) Atualizar o módulo de consumo alimentar do *Sisvan Web*, destacando-se que as questões para avaliação de marcadores do consumo alimentar são compatíveis entre o *Sisvan Web* e o SISAB;

- d) A partir de 2015 passa a vigorar nova Ficha de Cadastro e Acompanhamento Nutricional (**Anexo 1**) e de Marcadores do Consumo Alimentar (**Anexo 2**). Também disponível no endereço http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php e no acesso restrito do Sisvan *Web*.


5. Outrossim, informamos que o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde está empenhado na garantia da importação dos dados nutricionais do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família e do e-SUS Atenção Básica para o Sisvan *Web* e se disponibiliza para prestar os esclarecimentos necessários.

6. Solicitamos, por oportuno, que essas informações sejam repassadas a todos os envolvidos em ações de VAN em seu estado com a maior brevidade possível.

Atenciosamente,



EDUARDO AUGUSTO FERNANDES NILSON
Coordenador-Geral de Alimentação e Nutrição

		Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
		Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Equipe de Saúde	Nº INE (Identificador Nacional das Equipes)		
Microárea			
Ficha: <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração			
DADOS CADASTRAIS			
Cadastro de domicílio			
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*			
Bairro*	CEP	DDD	Telefone
Cadastro do indivíduo			
NCNS (Nº Cartão Nacional de Saúde)**	CPF (Nº Cadastro de Pessoa Física)**	NIS (Nº Identificação Social)**	
Nome completo (sem abreviaturas)*			Data de Nascimento* / /
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*		Nome completo do pai	
Sexo* <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	Raça / Cor* <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena	Povo / Comunidade tradicional ⁽¹⁾	Escolaridade* ⁽²⁾
Situação familiar ⁽³⁾	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem	UF Nascimento* Município Nascimento*
Programas Vinculados: <input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL***			
Data do acompanhamento*: / /			
Criança (<10 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em cm)*:	Aleitamento Materno**** ⁽⁴⁾
Adolescente (>10 e <20 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Peso ao nascer (em gramas):
Adulto (> 20 e < 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Circunferência da cintura (em cm): Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idoso (> 60 anos)	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	
Gestante	Peso (em kg)*:	Altura (em m)*:	Peso pré-gestacional (em kg): Data da última menstruação:* / /
Doenças*:	Deficiências e/ou intercorrências*:	Tipo de Acompanhamento*:	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências	<input type="checkbox"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Chamada Nutricional <input type="checkbox"/> Saúde na Escola <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	

* Campos de preenchimento obrigatório.

** Apenas um dos campos de preenchimento obrigatório.

*** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

**** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Legendas:**(1) Povo / Comunidade tradicional:**

1. Povos quilombolas
2. Agroextrativistas
3. Caatingueiros
4. Caiçaras
5. Comunidades de fundo e fecho de pasto
6. Comunidades do cerrado
7. Extrativistas
8. Faxinalenses
9. Geraizeiros
10. Marisqueiros
11. Pantaneiros
12. Pescadores artesanais
13. Pomeranos
14. Povos ciganos
15. Povos de terreiro
16. Quebradeiras de coco-de-babaçu
17. Retireiros
18. Ribeirinhos
19. Seringueiros
20. Vazanteiros
21. Outros

(3) Situação familiar:

1. Convive com companheira(o) e filho(s)
2. Convive com companheira(o), com laços conjugais e sem filho(s)
3. Convive com companheira(o), com filho(s) e/ou outros familiares
4. Convive com familiar(es), sem companheira(o)
5. Convive com outras pessoas sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais
6. Vive só

(2) Escolaridade:

1. Creche
2. Pré-escola (exceto CA)
3. Classe Alfabetizada - CA
4. Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
5. Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
6. Ensino Fundamental Completo
7. Ensino Fundamental Especial
8. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)
9. Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 5ª a 8ª)
10. Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc)
11. Ensino Médio Especial
12. Ensino Médio EJA (Supletivo)
13. Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
14. Alfabetização para Adultos (Mobral, etc)
15. Nenhum

(4) Aleitamento materno:

1. Exclusivo
2. Predominante
3. Complementar
4. Inexistente



MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

DIGITADO POR:

DATA:

/ /

CONFERIDO POR:

FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*

CBO:*

Cód. CNES UNIDADE:*

Cód. EQUIPE (INE):*

DATA:*

/ /

Nº CARTÃO SUS: _____

Nome do Cidadão:*

Data de Nascimento:*

/ /

Sexo:*

 Feminino Masculino

Local de Atendimento:*

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
	Mingau	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fórmula Infantil	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fruta	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez	<input type="radio"/> 2 vezes	<input type="radio"/> 3 vezes ou mais	<input type="radio"/> Não Sabe		
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços	<input type="radio"/> Amassada	<input type="radio"/> Passada na peneira	<input type="radio"/> Liquidificada	<input type="radio"/> Só o caldo	<input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>						
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	iogurte	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Fígado	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS,** ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã	<input type="checkbox"/> Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem você consumiu:</i>						
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe				

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo
09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa