



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DANIELLY ZILMA DE SOUSA HONORATO

**O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS QUE O VIVENCIAM**

**TERESINA
2016**

DANIELLY ZILMA DE SOUSA HONORATO

**O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS QUE O VIVENCIAM**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos
humanos na atenção à saúde da família

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Viana Ramos

TERESINA
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

H774s Honorato, Danielly Zilma de Sousa.

O Sistema de vigilância alimentar e nutricional sob a ótica dos profissionais que o vivenciam / Danielly Zilma de Sousa Honorato. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Carmen Viana Ramos; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2016.

96. p.; il. 23cm.

Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1. Vigilância Alimentar e Nutricional. 2. Profissional de saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. I.Título. II. Ramos, Carmen Viana.

CDD 616.39

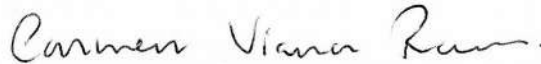
DANIELLY ZILMA DE SOUSA HONORATO

**O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOB A ÓTICA DOS
PROFISSIONAIS QUE O VIVENCIAM**

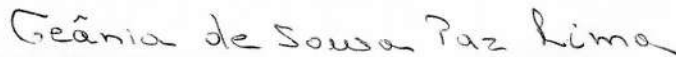
Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família.

Data da Aprovação: 16/03/2016

BANCA EXAMINADORA



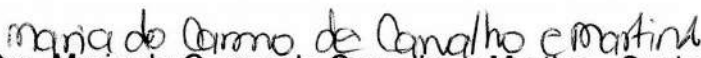
Profa. Dra. Carmen Viana Ramos - Presidente
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Geânia de Sousa Paz Lima - 1ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí



Profa. Dra. Eliana Campelo Lago - 2ª Examinadora
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins - Suplente
Centro Universitário UNINOVAFAPI

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo direito à vida, e por acompanhar todos os meus passos abençoando-me e iluminando meus caminhos.

Aos meus pais, Maria Zilma de Sousa e Domiciano Manoel de Sousa, meu incentivo e fortaleza, que batalharam todos os dias para que hoje eu pudesse concretizar esse sonho.

Ao meu irmão Dionilson de Sousa, meu amigo, confidente e apoio pras horas certas e incertas.

Ao meu marido, Marcos Henrique de Sousa Honorato, pessoa de um coração puro, que sempre me apoia e deseja constantemente que eu seja vitoriosa, além de toda a paciência de enfrentar todo esse período em que estive imensamente ocupada.

À Profª Drª Carmen Viana Ramos, por sua dedicação para auxiliar-me na realização deste trabalho e por todos os ensinamentos passados. Obrigada por toda paciência e disponibilidade nessa caminhada. É um exemplo de profissional ética e dedicada.

À Prof. Drª Geânia de Sousa Paz Lima, Prof. Dra. Eliana Campelo Lago, Prof. Drª. Maria do Carmo de Carvalho e Martins, por aceitarem participar da banca e dispor seu tempo para enriquecer meu trabalho com suas ilustres opiniões.

Aos professores e toda a organização do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, na pessoa da Profª. Drª. Eliana Campelo do Lago, que nos acompanharam por todo esse período e auxiliaram a trilhar esse caminho.

Aos meus amigos e companheiros de sala de aula, especialmente a Carlos, Daniel, Karen, Lorena, Denilson, Afonso, Anaíta e Lucilene, que compartilham do mesmo sonho e ideais, mesmas incertezas e medos, sempre auxiliando uns aos outros, e com uma troca de vivências que enriqueceram toda essa jornada.

A todos aqueles que colaboraram para realização deste trabalho, em especial à Secretaria de Saúde do município de Timon, à pessoa do Dr. Eulálio e aos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família que não se negaram em nenhum momento dividir suas experiências, obrigada!

RESUMO

A principal ferramenta para o desenvolvimento das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção básica é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), onde as informações geradas são utilizadas como apoio ao planejamento, acompanhamento e avaliação de políticas e programas de alimentação e nutrição. O estudo teve como objetivos: analisar a funcionalidade do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional a partir da visão dos profissionais que o vivenciam; caracterizar os participantes do estudo quanto aos indicadores sociodemográficos; investigar o conhecimento dos profissionais de saúde na ESF no que diz respeito ao SISVAN; descrever quais ações do sistema são desenvolvidas pelos profissionais; investigar a realização de capacitação acerca do sistema pelos gestores e profissionais da saúde da atenção básica; identificar as limitações em relação à operacionalização do SISVAN pelos profissionais; Desenvolver um aplicativo de celular informativo que contenha orientações necessárias para o manejo do SISVAN no cotidiano da atenção básica. Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa realizada junto à coordenadora do SISVAN e a 13 profissionais que desempenham suas atividades na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Timon – Maranhão. Foram realizadas entrevistas utilizando para tanto um questionário semiestruturado com roteiro temático. A análise dos dados realizou-se tomando por base a técnica de análise de conteúdo do tipo temática. Após a análise da fala dos entrevistados, identificaram-se quatro categorias: 1. Conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde acerca do SISVAN, que revelou a existência de deficiências acerca de saberes sobre o sistema; 2. Ações do SISVAN restritas aos usuários do PBF, categoria a qual mostra que o SISVAN é operacionalizado de forma predominante para os usuários que recebem o benefício do Programa Bolsa Família (PBF); 3. Dificuldades dos profissionais em realizar o SISVAN, que aborda os pontos que dificultam a execução do sistema dentro do município; 4. Necessidade de formação dos profissionais para atuarem com o sistema, que traz como realidade a ausência ou insuficiência de capacitação sobre o sistema, bem como, lacunas na formação profissional. Vale ressaltar que a inserção do nutricionista na ESF surgiu fortemente como sugestão de melhoria na execução do SISVAN. Evidenciou-se que é imprescindível a qualificação dos servidores de saúde quanto ao conhecimento dos procedimentos relacionados ao SISVAN, para que estes sejam realizados da forma correta e gerem informações confiáveis. Dessa forma, o investimento na formação e capacitação dos profissionais deve ser priorizado, objetivando a fundamentação dos processos de trabalho. Como contribuição para o serviço foi elaborado um aplicativo de celular, que contém orientações de utilização do SISVAN, de maneira sucinta, permitindo um acesso simples e rápido de informações necessárias para manejo do sistema.

Palavras-chave: Vigilância Alimentar e Nutricional. Profissional de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The main tool for the development of the Food and Nutrition actions on the Primary Care is the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN), where the generated information are used as support for the planning, the follow-up and the evaluation of food and nutrition policies and programs. The study had as objectives: to analyze the functionality of the Food and Nutrition Surveillance System from the view of the professionals who experience it; to characterize the participants of the study by the sociodemographic indicators; to investigate the knowledge of the health professionals on the ESF regarding the SISVAN; to describe which actions of the system are developed by the professionals; to investigate the execution of training about the system by the managers and health professionals of the primary care; to identify the limitations regarding the operationalization of the SISVAN by the professionals; to develop an informative cellphone application that has necessary orientations to manage the SISVAN on the primary care routine. This is a qualitative descriptive survey carried out along with the coordinator of the SISVAN and 13 professionals who execute their activities on the Estratégia Saúde da Família (ESF - Family Health Strategy) in Timon - Maranhão State. Interviews were performed using a semistructured questionnaire with thematic guide. The analysis of the data was done having the technique of content analysis of the thematic type as basis. After the analysis of the interviewees speech, four categories were identified: 1. Insufficient knowledge of the health professionals about the SISVAN, which revealed the existence of deficiencies concerning the knowledge about the system; 2. Actions of the SISVAN restricted to the PBF users, category which shows that the SISVAN is operationalized in a predominant form for the users who receive the benefit of the Programa Bolsa Família (PBF - Family Allowance Program); 3. Difficulties of the professionals in executing the SISVAN, which approach the points that hamper the execution of the system in the town; 4. Necessity of formation of the professionals to act with the system, which brings in fact the absence or insufficiency of training about the system, as well as gaps in the professional formation. It is worth highlighting that the insertion of the nutritionist on the ESF arose strongly as suggestion of improvement in the SISVAN execution. It was evidenced that it is indispensable the qualification of the health workers concerning the knowledge of the procedures related to the SIVAN, so these procedures are performed correctly and generate reliable information. This way, the investment on the formation and training of professionals must be prioritized, aiming the substantiation of the work processes. As a contribution to the service, it was created a cellphone application, which has orientations of usage of the SISVAN, succinctly, allowing a simple and quick access of necessary information to manage the system.

Keywords: Food and Nutrition Surveillance. Health Professional. Family Health Strategy.

RESUMEN

La principal herramienta para el desarrollo de las acciones de Alimentación y Nutrición en la Atención primaria es el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), donde las informaciones generadas son utilizadas como apoyo al planeamiento, acompañamiento y evaluación de políticas y programas de alimentación y nutrición. El estudio tuvo como objetivos: analizar la funcionalidad del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional a partir de la visión de los profesionales que lo vivencian; caracterizar los participantes del estudio cuanto a los indicadores sociodemográficos; investigar el conocimiento de los profesionales de la salud en la ESF con respecto al SISVAN; describir cuales acciones del sistema son desarrolladas por los profesionales; investigar la realización de capacitación acerca del sistema por los gerentes y profesionales de la salud de la atención primaria; identificar las limitaciones en relación a la operacionalización del SISVAN por los profesionales; desarrollar un aplicativo de teléfono móvil informativo que tenga orientaciones necesarias para el manejo del SISVAN en la rutina de la atención primaria. Se trata de una investigación descriptiva cualitativa realizada junto a la coordinadora del SISVAN y a 13 profesionales que hacen sus actividades en la Estratégia Saúde da Família (ESF - Estrategia Salud de la Familia) en Timon - Maranhão. Fueron realizadas entrevistas utilizando para eso un cuestionario semiestructurado con guía temática. La análisis de los datos se realizó basándose en la técnica de contenido del tipo temática. Después de la análisis del habla de los entrevistados, se identificaron cuatro categorías: 1. Conocimiento insuficiente de los profesionales de la salud acerca del SISVAN, que reveló la existencia de deficiencias acerca del conocimiento sobre el sistema; 2. Acciones del SISVAN restringidas a los usuarios del PBF, categoría a cual muestra que el SISVAN es operacionalizado de forma predominante para los usuarios que reciben el beneficio del Programa Bolsa Familia (PBF); 3. Dificultades de los profesionales en realizar el SISVAN, que se acerca de los puntos que dificultan la ejecución del sistema dentro de la ciudad; 4. Necesidad de formación de los profesionales para actuaren con el sistema, que trae como realidad la ausencia o insuficiencia de capacitación acerca del sistema, así como, lagunas en la formación profesional. Vale la pena destacar que la inserción del nutricionista en la ESF surgió fuertemente como sugerencia de mejoría en la ejecución del SISVAN. Se hizo evidente que es indispensable la cualificación de los trabajadores de la salud sobre el conocimiento de los procedimientos relacionados con el SISVAN, para que estos sean realizados de la forma correcta y generen informaciones de confianza. De esta manera, el investimento en la formación y capacitación de los profesionales debe ser priorizado, objetivando la fundamentación de los procesos de trabajo. Como contribución para el servicio fue elaborado un aplicativo de teléfono móvil, que tiene orientaciones de utilización del SISVAN, sucintamente, permitiendo un acceso sencillo y rápido de informaciones necesarias para el manejo del sistema.

Palabras clave: Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Profesional de la Salud. Estrategia Salud de la Familia.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agentes comunitários de saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CGPAN - Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CIAN - Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
DUM – Data da Última Menstruação
ENPACS - Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCN - Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais
IMC - Índice de Massa Corporal
INAN - Instituto de Nacional de Alimentação e Nutrição
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIS – Número de Identificação Social
OMS - Organização Mundial da Saúde
PBF - Programa Bolsa Família
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
PET- Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição
POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares
SAN - Segurança Alimentar e Nutricional
SciELO - Scientific Electronic Library Online
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNICEF – Fundo das Nações Unidas

VAN - Vigilância Alimentar e Nutricional

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
1.1	Contextualização do problema.....	10
1.2	Objetivos.....	12
1.3	Justificativa.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.....	15
2.2	Histórico do SISVAN no Brasil.....	16
2.3	O SISVAN na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....	20
2.4	Avaliação do estado nutricional: indicadores antropométricos e consumo alimentar.....	22
2.5	Contextualizações sobre a formação dos profissionais de saúde da atenção básica.....	28
3	METODOLOGIA.....	31
3.1	Tipo de pesquisa.....	31
3.2	Cenário do estudo.....	31
3.3	Participantes do estudo.....	32
3.4	Técnica e instrumentos de produção dos dados.....	32
3.5	Análise dos dados.....	33
3.6	Elaboração do produto.....	34
3.7	Aspectos éticos e legais.....	34
3.8	Riscos e benefícios.....	35
4	RESULTADOS.....	36
4.1	Manuscrito 1: O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional sob a ótica dos profissionais que o vivenciam.....	36
4.2	Produto: Aplicativo SISVAN na ESF.....	59
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	APÊNDICES.....	79
	ANEXOS.....	85

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) objetiva descrever continuamente e prever as disposições da alimentação e nutrição no país e seus fatores determinantes. Compreende as atividades cotidianas de coleta e análise de dados e informações acerca das condições alimentares e nutricionais da população (BRASIL, 2012a; COUTINHO et al., 2009)

Levando em conta o direito de toda a população ter acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, com a promoção da saúde, da nutrição, da alimentação, do monitoramento da situação alimentar e nutricional, a vigilância alimentar e nutricional (VAN) surge como um forte instrumento para mensurar o alcance da segurança alimentar e nutricional, assim como seus efeitos nas condições de saúde das pessoas (BRASIL, 2009a).

A principal ferramenta de desenvolvimento das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção básica é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), cujas informações geradas são utilizadas como apoio ao planejamento, acompanhamento e avaliação de políticas e programas de alimentação e nutrição (BRASIL, 2008a; JAIME et al, 2011).

O SISVAN apresenta dois módulos de acompanhamento: um específico para o Programa Bolsa Família (SISVAN – módulo de gestão) e outro que registra informação para todos os usuários da atenção básica (SISVAN Web). O módulo de gestão registra as condicionalidades relacionadas à saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família, cujo público são crianças menores de 7 anos e mulheres em idade fértil. São acompanhadas informações sobre o estado nutricional, quadro vacinal e cumprimento do pré-natal pelas gestantes (BRASIL, 2008b).

No SISVAN Web são informados dados da vigilância alimentar e nutricional de todos os indivíduos atendidos pela atenção básica, e elementos referentes ao estado nutricional e consumo alimentar são registrados. Neste módulo, toda a população em todas as fases da vida é acompanhada, inclusive as pessoas registradas no módulo de gestão (BRASIL, 2008b).

Atualmente, percebe-se que a implementação do SISVAN não ocorre de forma suficiente no país. Ao analisar os dados disponíveis no Módulo Gerador de Relatórios do SISVAN, especificamente o estado nutricional, constatou-se que no ano de 2014, no Brasil, apenas 2,75% das pessoas cobertas pela Estratégia Saúde da Família foram acompanhadas pelo sistema. Esse valor é referente ao SISVAN *Web*, modalidade na qual são informados apenas os dados dos usuários da atenção básica. Esse percentual eleva-se quando o SISVAN módulo gestão é analisado em conjunto, que para o ano em questão, foi de 19,98% (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

No Maranhão, ainda considerando o ano de 2014, esses percentuais foram de 0,75% e 36,05% para o SISVAN *Web* e SISVAN módulo gestão, respectivamente, realidade que também é refletida no município de Timon, com valores de 0% e 31,56% para este ano. Vale ressaltar que nenhum registro no *Sisvan Web* foi encontrado para este município em 2014, mostrando que não houve alimentação do sistema nesse período, ou que nenhum usuário foi acompanhado por esse módulo do sistema. Analisando os dois módulos em conjunto, obtêm-se um percentual de cobertura de 36,54% para o estado do Maranhão e 31,56% para Timon (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

Assim como no Maranhão, outros estados enfrentam a mesma problemática de implantação do sistema em seu território. Jung, Bairros e Neutzling (2014) encontraram em sua pesquisa baixo percentual (1,8%) de utilização e cobertura do SISVAN-Web no Rio Grande do Sul em 2010, ratificando que o monitoramento do estado nutricional da população resiste em fixar-se nas ações das equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde.

Em São Paulo, verificou-se que a maioria das regiões pesquisadas apresenta cobertura populacional reduzida, e mesmo considerando o registro dos dois módulos do SISVAN, observa-se que pouco mais da metade (57,1%) das regiões apresentou cobertura populacional entre 5 e 10%, valores bastante reduzidos. Ressalva-se ainda que a cobertura populacional do SISVAN WEB é praticamente inexpressiva quando comparada aos registros do SISVAN Bolsa Família (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014).

A maioria dos municípios prioriza a coleta de dados dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF). Esse fato, aliado as baixas coberturas, trazem vestígios de que atualmente a maior preocupação da inserção dos dados no

SISVAN, diz respeito ao recebimento de recursos e não aos reais objetivos do sistema (FERREIRA; CHERCHIGLIA; CÉSAR, 2013).

Outras dificuldades para implementação do SISVAN no país são destacadas no estudo de Vitorino *et al* (2013), como a priorização dos recursos financeiros para outros setores da saúde em detrimento desse sistema, carência de recursos materiais para coleta de dados como insuficiência de equipamentos de informática, além da baixa qualidade da internet para alimentação contínua e regular do SISVAN *Web* e má conservação dos equipamentos existentes.

Percebe-se que existem problemas de consolidação do SISVAN, o que reforça o entendimento de que a efetivação das ações de VAN demanda uma profunda reflexão acerca dos vários aspectos desse sistema. Há certa escassez de pesquisas avaliativas sobre o desempenho do SISVAN, e aponta-se a necessidade de realização de mais estudos, enfatizando a pesquisa qualitativa, pois esse método consente uma maior compreensão dos fatores que dificultam a implementação desse sistema (JUNG; BAIRROS; NEUTZLING, 2014).

Para que o funcionamento do SISVAN seja efetivo no diagnóstico da situação alimentar e nutricional, faz-se necessário que uma parcela significativa da população seja acompanhada. Nesse contexto, o comprometimento dos profissionais de saúde e gestores, que atuam diretamente com esse sistema de informação é extremamente necessário. Todos os profissionais envolvidos devem formar uma rede responsável pela geração de dados e focados no objetivo comum de manutenção do sistema, com a consolidação e uso das informações voltadas para ações de alimentação e nutrição e estratégias globais de saúde (COUTINHO *et al.*, 2009; FERREIRA; CHERCHIGLIA; CÉSAR, 2013).

Diante das considerações apresentadas, propôs-se este estudo que teve como objeto: a análise da funcionalidade do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional a partir da visão dos profissionais que o vivenciam.

1.2 Objetivos

- Analisar a funcionalidade do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional a partir da visão dos profissionais que o vivenciam;
- Caracterizar os participantes do estudo quanto aos indicadores sociodemográficos;

- Investigar o conhecimento dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) no que diz respeito ao SISVAN;
- Descrever quais ações do sistema são desenvolvidas pelos profissionais;
- Investigar a realização de capacitação acerca do sistema pelos gestores e profissionais de saúde da atenção básica;
- Identificar as limitações em relação à operacionalização do programa pelos profissionais;
- Desenvolver um aplicativo de celular informativo que contenha orientações necessárias para o manejo do SISVAN no cotidiano da atenção básica.

1.3 Justificativa

A alimentação é um direito essencial de todos os cidadãos, e no Brasil esse direito é assegurado pela Constituição. A segurança alimentar diz respeito à disponibilidade, de forma permanente, de acesso a alimentos, em quantidade suficiente que possam oferecer uma vida ativa e saudável. Porém as desigualdades sociais e a grande concentração de renda que existe no país, além de outros fatores, acarretam que, parte da população ainda convive em situação de insegurança alimentar (HOFFMANN, 2008; SOUZA et al, 2012).

Atualmente, há uma concomitância de problemas relacionados à falta de alimentos e nutriente, como a desnutrição, hipovitaminose A, anemia por deficiência de ferro entre outros, e também ao excesso de alimentos, como o sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis, fenômeno caracterizado como transição nutricional (BATISTA FILHO; BATISTA, 2010).

Nesse contexto, surgem políticas e programas de saúde relacionados à alimentação e nutrição, e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional veio com a proposta de monitoramento da situação nutricional de toda a população atendida pelo Sistema Único de Saúde e como fator condicionante da participação de famílias carentes em programas de redistribuição de renda, como o Programa Bolsa Família.

O conhecimento dos problemas de cunho alimentar e nutricional, que acometem determinada população, auxiliam na tomada de decisões para resolutividade desse quadro, permitindo a identificação da dimensão do impacto gerado pelas ações de saúde, com o intuito de aprimoramento das mesmas. Essa análise se faz necessária

para detecção de possíveis erros e consequentes modificações, não só do ponto de vista técnico-operacional, mas também no conceitual.

Têm-se percebido que esse sistema encontra-se subutilizado, com uma baixa cobertura da população em todas as regiões do país. Dessa forma, analisar a execução, as dificuldades e outros fatores que influenciam na alimentação do SISVAN, permitirá a adoção de medidas que visem o fortalecimento do sistema, contribuindo assim para o aumento da cobertura, e consequentemente, a geração de informações que podem representar a real situação nutricional do país, servindo como base para a criação de mecanismos efetivos para a resolução dos problemas nutricionais.

Apesar do aumento de estudos relacionados à avaliação dos sistemas, programas e políticas de saúde nos últimos anos no País, esse tipo de trabalho ainda ocorre de forma insuficiente. Ao realizar busca por artigos científicos, nos últimos 10 anos, na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando o descritor “vigilância nutricional”, encontrou-se um total de 35 artigos nas bases de dados nacionais. Na Scientific Electronic Library Online – SciELO, encontrou-se 22 publicações sobre o SISVAN, e no Portal Periódicos Capes, 117 artigos publicados em periódicos revisados por pares.

Os artigos, no geral, abordam a avaliação do estado nutricional, padrão dietético e perfil antropométrico dos usuários do sistema, determinação do percentual de cobertura, confiabilidade dos dados, utilização do SISVAN como estratégia para monitorar a alimentação complementar, segurança alimentar, programa Bolsa Família. Em relação aos estudos avaliativos do SISVAN, foram encontradas 3 dissertações de mestrado e 1 artigo científico, e sobre autores que utilizam abordagem qualitativa (apenas ela ou em conjunto com a quantitativa), com a participação dos profissionais no estudo, foram encontrados 2 artigos e 2 dissertações.

Percebe-se assim, que o presente estudo possui relevância científica, pois o tema possui número reduzido de publicações, que na sua maioria retratam abordagens quantitativas, relacionadas à cobertura e o estado nutricional, bem como, existem poucas pesquisas que investiguem a ótica dos profissionais em relação ao manejo, vantagens e dificuldades advindas da operacionalização desse sistema.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional consiste em um sistema de informação que tem como finalidade promover o conhecimento sucessivo sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Essas informações sustentam a tomada de decisões que auxiliem na formulação ou reorientação de políticas públicas (UNICEF, 2010; BRASIL, 2004a).

A análise da situação alimentar e nutricional da população brasileira permite que se conheça a natureza e magnitude dos problemas de nutrição, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais (BRASIL, 2004a).

O sistema informatizado do SISVAN permite o registro dos dados de alimentação e nutrição da população atendida na atenção básica por demanda espontânea nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, pela Estratégia Saúde da Família ou pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Todos os usuários da atenção primária à saúde devem ser cadastrados e acompanhados pelo sistema (BRASIL, 2010).

Avaliar o estado nutricional dos indivíduos, através de índices antropométricos, também consiste em um dos objetivos do SISVAN. O índice consiste na combinação de duas medidas antropométricas ou entre uma medida antropométrica e uma demográfica. Essa avaliação permite diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade, evitando as consequências decorrentes desses agravos à saúde (BRASIL, 2014; BRASIL, 2004a).

Um dos pontos fundamentais do SISVAN corresponde ao sistema informatizado, o SISVAN Web, que é acessado via internet pela Atenção Básica à Saúde no nível municipal, para o registro dos dados de alimentação e nutrição. Além do SISVAN Web, o sistema oferece a possibilidade de acompanhamento da situação nutricional dos beneficiários do Bolsa Família (UNICEF, 2010).

A cada semestre as condicionalidades da área da saúde no sistema de gestão do Programa Bolsa Família são informadas, contendo o acompanhamento do

crescimento das crianças e a realização do pré-natal entre as gestantes. Os dados registrados no sistema de gestão são exportados para o SISVAN Web, permitindo análises sobre o perfil nutricional desses grupos (UNICEF, 2010).

As ações executadas pela Vigilância Alimentar e Nutricional nos serviços de saúde incluem a avaliação antropométrica, com aferição do peso e altura, com posterior definição do estado nutricional através de índices antropométricos, e o consumo alimentar, através do registro das informações alimentares em formulários adequados para cada idade. Essas informações alimentam o SISVAN, permitindo que as prioridades da atenção nutricional sejam observadas (BRASIL, 2015c).

2.2 Histórico do SISVAN no Brasil

A primeira proposta para implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no país ocorreu em 1976 e foi designada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o INAN - autarquia do Ministério da Saúde cuja criação ocorreu em 1972 e posterior extinção em 1977. O intuito sugerido era de construção de um sistema de informação para vigilância do estado nutricional da população, dando ênfase ao diagnóstico e tratamento da desnutrição. Inicialmente, essa tentativa não abrangeu o nível nacional ocorrendo apenas poucas experiências locais (BRASIL, 2004a).

O SISVAN foi instituído através da Portaria Nº 1.156, de 31 de Agosto de 1990, pelo INAN/Ministério da Saúde, com os objetivos de manter atualizado o diagnóstico da situação nutricional do país, identificando as áreas geográficas e grupos populacionais em risco, bem como os fatores mais relevantes da problemática e oferecer subsídios para elaboração de medidas para melhoria da situação alimentar e nutricional da população (BRASIL, 1990a).

Com a regulamentação das ações e serviços de saúde em todo território nacional, através da promulgação da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, ficou recomendado, no capítulo I, artigo 6º, inciso IV, a adoção do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990b).

As Portarias 79 e 80 publicadas em 16/10/1990 pelo INAN/Ministério da Saúde estabeleceram a criação de um comitê assessor com a finalidade de prestar apoio técnico operacional à implementação do SISVAN e um grupo técnico para

coordenar esta implementação, tendo em vista a consecução dos objetivos do SISVAN (BRASIL, 2004a; BRASIL, 1990a).

Em 1993, o SISVAN foi utilizado como pré-requisito para adesão dos municípios ao Programa “Leite é Saúde” (Plano de Combate à Fome e à Miséria). Porém, dessa forma, a Vigilância Alimentar e Nutricional tornou-se apenas um instrumento de seleção do programa, não progredindo como um sistema de vigilância nacional (BRASIL, 2004a).

O Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), instituído em 1998, é o sucedâneo do Programa “Leite é Saúde”, e possuía como objetivos reduzir e controlar a desnutrição infantil em geral, as carências nutricionais específicas e promover o aleitamento materno. O monitoramento realizado através do SISVAN mais uma vez tornou-se um dos requisitos a serem atendidos pelos municípios para adesão e permanência no programa (BRASIL, 2001).

Através da Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999 do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição foi aprovada e nela, em sua terceira diretriz, destaca o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população, trazendo como proposta a ampliação e aperfeiçoamento do SISVAN, para assim agilizar seus procedimentos e estender sua cobertura em todo país. Ainda é apresentado como funções do SISVAN, nessa portaria, a descrição contínua e a predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como de seus fatores determinantes (BRASIL, 1999).

Durante o I Encontro de Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, em 2000, surgiu a solicitação de informatização e uniformização do SISVAN em nível nacional, com caráter de urgência (COUTINHO et al., 2009).

No ano subsequente, a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) realizou o diagnóstico da situação da Vigilância Alimentar e Nutricional no país. Inúmeras limitações foram descritas, entre elas a baixa cobertura, a descontinuidade do envio de dados e a baixa qualidade dos mesmos, a falta de integração entre os sistemas existentes, a duplicidade na coleta de informações, que na maioria das vezes eram somente sobre o estado nutricional, com poucos dados sobre o consumo alimentar (BRASIL, 2004a; COUTINHO et al., 2009).

Houve, em 2002, o início do processo de reestruturação da CGPAN, que com a informatização do SISVAN sendo de responsabilidade do DATASUS, ficou a cargo da definição técnico-científica do mesmo, contando com o auxílio de especialistas dos centros colaboradores e áreas técnicas da alimentação e nutrição, nas diversas secretarias estaduais de saúde do país. Em muitos municípios brasileiros a Vigilância Nutricional foi inserida com o respaldo de um sistema informatizado (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2004a).

A CGPAN em 2003, após a conclusão do projeto de concepção do sistema informatizado SISVAN, iniciou as capacitações de profissionais nas esferas estadual e municipal. Todo processo foi debatido e pactuado na Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição - CIAN do Conselho Nacional de Saúde - CNS, na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e ainda no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA (BRASIL, 2004a).

Em 2004, as orientações básicas para a implementação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional foram instituídas através da Portaria nº 2.246/GM de 18 de outubro de 2004. Nela foi recomendada a capacitação dos recursos humanos, que o nutricionista seja coordenador das ações da vigilância e que essas ações possam ser ofertadas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por estabelecimentos de assistência à saúde (BRASIL, 2004b).

O programa Bolsa Família (PBF) foi instituído através da Lei nº. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentada pelo Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004 e operacionalizado pela Portaria Interministerial 2.509, de 2004. Esta portaria trata das regras e atribuições para a oferta e acompanhamento das ações de saúde relacionadas ao cumprimento das condicionalidades pelas famílias inscritas. O programa Bolsa Família objetiva, através da transferência direta de renda, apoiar as famílias mais carentes na garantia do acesso aos serviços sociais básicos como à saúde, educação e assistência social (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2004c).

Novamente a utilização do SISVAN é uma das condicionalidades para execução de um programa. Implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional, que fornecerá as informações sobre o acompanhamento semestral das famílias do Programa Bolsa Família, bem como indicar um responsável técnico - profissional de saúde, com preferência ao nutricionista - para coordenar o acompanhamento dessas

famílias, são algumas das atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades dos beneficiários do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2004c).

Para o acompanhamento dessa condicionalidade do PBF desenvolveu-se um sistema on-line, para alimentação contínua dos municípios, ficando o SISVAN dividido em dois módulos: um passou a se chamar de SISVAN - municipal, que era dependente de software, e o outro, o SISVAN - módulo de gestão, acessado pela Internet. O módulo gestão é destinado ao acompanhamento das famílias beneficiadas pelo PBF. Já o módulo municipal, visa à inserção de informação de toda a população atendida pelo SUS no município, inclusive as informações dos beneficiários são repassadas para esse módulo (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2009c).

A aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ocorreu através da Portaria nº 648/MS, em 2006, e esta define pontos estratégicos a serem trabalhados na Atenção Básica, abordando a revisão de diretrizes e normas organizacionais desse nível de atenção à saúde. Essa política também reforça a utilização do SISVAN nos serviços de saúde, condicionando à falta de alimentação do sistema por parte dos municípios e distrito federal, a suspensão do envio dos recursos do Piso da Atenção Básica pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Em dezembro de 2007, o SISVAN “módulo municipal” foi substituído pelo SISVAN *Web* e apresentou vantagens sobre o modelo anterior ao incorporar as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2006 e 2007 para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes, a opção de registro de marcadores do consumo alimentar e uma interface mais simples para o usuário (COUTINHO et al., 2009).

Com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, foi frisada a importância das ações de Alimentação e Nutrição relacionadas aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional. Na agenda programática desse programa, encontra-se a realização da Vigilância Alimentar e Nutricional, através do SISVAN, com intuito de monitorar o estado alimentar e nutricional da população atendida no território (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2008c).

O monitoramento das ações da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável – ENPACS foi atribuído ao SISVAN *Web*. Essa estratégia tem o intuito de incentivar a orientação da alimentação complementar como

atividade cotidiana nos serviços de saúde, estimulando o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis desde a infância (BRASIL, 2010).

Em 2011 foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o objetivo principal de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais. A permanência das Equipes de Atenção Básica fica condicionada a algumas exigências, e uma delas é a alimentação do SISVAN, sendo assim utilizado como ferramenta de monitoramentos dos indicadores do programa (BRASIL, 2012b).

Através da Portaria Nº 2.387, de 18 de outubro de 2012, instituiu-se a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, contemplando os municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade e com população menor que 150 mil habitantes. As metas desse programa envolvem o aumento do acompanhamento do estado nutricional das crianças menores de 5 (cinco) anos no SISVAN e das condicionalidades do PBF, bem como a investigação dos casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil (BRASIL, 2012c).

Em março de 2013 o SISVAN Web lançou sua primeira versão revisada e trouxe inovações com o intuito de aprimorar a vigilância alimentar e nutricional do país. Essa versão contempla novas apresentações e funcionalidades, sendo possível a migração de pessoas de outros municípios, mesmo que sejam de outros estados, identificar povos e comunidades tradicionais bem como a escolha de outros filtros para o acompanhamento (REDENUTRI, 2013a).

Desde o início do SISVAN, as políticas e programas relativos à alimentação e nutrição utilizam-no como ferramenta de avaliação e monitoramento de resultados. Com o advento do Programa Bolsa Família, a alimentação do sistema vem sendo feita com maior compromisso e seriedade pelas equipes de saúde, porém, a cobertura populacional ainda é baixa, apresentando um percentual de 23% no ano de 2012 (REDENUTRI, 2013b).

2.3O SISVAN na Política Nacional de Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi homologada em 1999, através da Portaria nº 710, de 10 de junho desse mesmo ano, dimensionando

e formando um conjunto de políticas de governo voltadas para a garantia do direito universal à alimentação e nutrição adequadas, enfatizando que a segurança alimentar não consiste apenas em aquisição de alimentos em quantidade suficiente, mas que abrange também o ponto de vista nutricional, envolvendo questões relativas à composição, qualidade e aproveitamento biológico (BRASIL, 1999).

A atualização da PNAN através da Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, reforça a importância do SISVAN para a identificação de indivíduos com risco nutricional, dos possíveis determinantes da situação alimentar e nutricional da população, apoiando os profissionais na análise local, bem como na vigilância alimentar e nutricional de povos e comunidades tradicionais e de grupos populacionais em condições de vulnerabilidade e iniquidade (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011b).

Nessa nova proposta, a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população brasileira caracteriza-se como principal propósito da política (BRASIL, 2012a).

As diretrizes que compõem a PNAN sugerem as linhas de ações que auxiliarão para o alcance dos objetivos propostos, capazes de transformar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. São nove diretrizes que compõem a PNAN, sendo concretizadas em (BRASIL, 2012a):

- 1. Organização da Atenção Nutricional;*
- 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;*
- 3. Vigilância Alimentar e Nutricional;*
- 4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;*
- 5. Participação e Controle Social;*
- 6. Qualificação da Força de Trabalho;*
- 7. Controle e Regulação dos Alimentos;*
- 8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;*
- 9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.*

Baseado na terceira diretriz, a implantação do SISVAN para o monitoramento da situação alimentar e nutricional foi indicada, de maneira que acelerasse os procedimentos de coleta e análise de dados, estendendo a cobertura do mesmo para todo o País. O monitoramento do SISVAN abrange o estado nutricional e as carências específicas, o consumo alimentar, o desempenho e a qualidade do serviço (BRASIL, 2006b).

O sistema deverá dar suporte aos profissionais de saúde no diagnóstico dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento dos marcadores de consumo alimentar, que possam identificar fatores de risco ou proteção. Os dados do SISVAN devem ser analisados em conjunto com informações sobre natalidade, mortalidade, morbidade, cobertura de programas e outras referências disponíveis nos inúmeros sistemas de informação existentes (BRASIL, 2012a).

O desafio atual concerne na inserção da execução das propostas e avaliações do sistema no cotidiano das ações de saúde nos estabelecimentos assistenciais à saúde. Os indicadores deverão ser reforçados com a constituição de centros de informação em alimentação e nutrição, ressaltando sua utilização nos instrumentos de planejamento e pactuação do SUS (BRASIL, 2012a).

2.4 Avaliação do estado nutricional: indicadores antropométricos e consumo alimentar

O estado nutricional é a medida que reflete o quanto a necessidade fisiológica do indivíduo está sendo suprida. Quando os nutrientes adequados para suprir as necessidades diárias do corpo e qualquer aumento da demanda metabólica são consumidos, o indivíduo se coloca no estado nutricional ótimo, que é representado pelo equilíbrio entre a ingestão de nutrientes e a necessidade de nutrientes (MAHAN; ESCOTT-STUMP, RAYMOND, 2013).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional utiliza-se de indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional de indivíduos e coletividade, pois estes possuem vantagens como o baixo custo, a simplicidade de realização, sua facilidade de aplicação e padronização, amplitude dos aspectos analisados, além de não ser invasiva e ser aplicável a todos os ciclos de vida (BRASIL, 2011a).

No primeiro contato do usuário com o sistema, o indivíduo tem seus dados pessoais cadastrados no formulário de cadastro individual e primeiro acompanhamento nutricional. Este formulário armazena dados de identificação da unidade básica de saúde referente à sua área, dados individuais, com nome, data do nascimento, identificação do domicílio, sexo, escolaridade, programas vinculados, acompanhamento nutricional (onde o peso, altura são anotados), um setor de informações sobre morbidades, deficiências e intercorrências, entre outras informações (BRASIL, 2015d).

Após a coleta dos dados, para cada uma das fases da vida, são utilizados índices e parâmetros para o cálculo desse estado nutricional, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde (MS). Vale ressaltar que para obtenção de dados confiáveis e precisos, há a necessidade de capacitação do profissional que executará as medições, equipamentos em perfeito funcionamento, com manutenção assídua e calibrados, utilização correta das técnicas de aferição das medidas, instalações físicas adequadas, permitindo uma boa realização dos procedimentos (BRASIL, 2011a). O quadro 1 ilustra os dados a serem coletados e os parâmetros utilizados pelo sistema.

Quadro 1: Índices antropométricos, dados a coletar e demais parâmetros adotados para a vigilância nutricional, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

FASES DO CURSO DA VIDA	DADOS A COLETAR	ÍNDICES E PARÂMETROS
Crianças (<10 anos de idade)	Sexo Data de nascimento Peso Altura	Peso por idade ^{a, b.} Estatura por idade ^{a, b.} Peso por estatura ^a IMC (Índice de Massa Corporal) por idade ^{a, b.}
Adolescentes (≥ 10 anos e < 20 anos)	Sexo Data de nascimento Peso Altura	IMC por idade ^b Estatura por idade ^b
Adultos (≥ 20 anos e < 60 anos)	Sexo Data de nascimento Peso Altura Circunferência da cintura	IMC ^c Circunferência da cintura ^d
Idosos (≤ 60 anos)	Sexo Data de nascimento Peso Altura	IMC ^e
Gestante	Data de nascimento Data da última menstruação Peso Altura	IMC por semana gestacional ^f Ganho de peso gestacional ^{c, g.}

Fonte: ^a(WHO, 2006); ^b(WHO, 2007); ^c(WHO, 1995); ^d(WHO, 2000); ^e(THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE, 1994); ^f(ATALAH SAMUR, E., 1997); ^g(INSTITUTE OF MEDICINE, 1990); (BRASIL, 2011a).

A obtenção do estado nutricional da população é de extrema importância para o desfecho dos agravos à saúde. Nos dias atuais a diminuição da desnutrição tem sido constantemente notada nas diferentes regiões do mundo, paralelamente com as reduções graduais na ocorrência de doenças infecciosas e na mortalidade por essas causas. Uma alimentação apropriada, tanto em quantidade quanto em qualidade, oferece nutrientes essenciais para o bom funcionamento do organismo e

principalmente do sistema imunológico, auxiliando na repressão de agentes agressores (FERREIRA, 2010).

Apesar do baixo aporte calórico-proteico de crianças, em regiões como o continente africano e ainda em alguns lugares do nosso país, levá-las à subnutrição e vulnerabilidade a infecções, o distúrbio nutricional predominante na atualidade é a obesidade. Esse é o fenômeno da transição nutricional, caracterizado pela mudança do estado nutricional insuficiente para o nutricional excessivo, que, conseqüentemente, provoca o surgimento de outras morbidades, como as doenças crônicas não transmissíveis (FERREIRA, 2010).

Essa transição nutricional é perceptível no Brasil ao analisarmos dados referentes à Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A pesquisa mais recente ocorreu em 2008-2009, e um dos parâmetros investigados é a antropometria e o estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos.

Quanto ao estado nutricional de adultos, houve um declínio na prevalência de déficit de peso, que em homens, era de 8,0%, em 1974-1975, segundo o mesmo inquérito, para 4,4%, em 1989, para 3,1%, em 2002-2003, e para 1,8%, em 2008-2009. Em mulheres, de 11,8%, em 1974-1975, para 6,4%, em 1989, para 5,6%, em 2002-2003, e para 3,6%, em 2008- 2009 (IBGE, 2010).

Já as prevalências de excesso de peso e de obesidade aumentaram sucessivamente ao longo das quatro pesquisas para os dois sexos. Nos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência de excesso de peso em adultos aumenta em quase três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e em quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48,0%). No mesmo período, a prevalência de obesidade aumenta em mais de quatro vezes para homens (de 2,8% para 12,4%) e em mais de duas vezes para mulheres (de 8,0% para 16,9%) (IBGE, 2010).

O estado nutricional de adultos acompanhados pelo SISVAN no Brasil em 2014 foi de 3,4% para baixo peso, 41,2% para eutrofia, 33,01% para sobrepeso e 22,39% para obesidade, mostrando que mais da metade da população adulta brasileira possui sobrepeso e obesidade, corroborando os dados encontrados na última POF (BRASIL, 2015a).

A alta prevalência de sobrepeso e obesidade é um problema de saúde pública em escala mundial, que deixou de ser específico dos países desenvolvidos para

abranger também os países em desenvolvimento, sujeitando as populações infantil e adulta ao surgimento de morbidades como diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemias e doenças cardiovasculares (OLIVEIRA; BOSCO, 2009).

Devido a esse cenário, nos dias atuais, há um aumento da propaganda de uma provável relação entre o hábito alimentar e a perspectiva de melhoria da condição nutricional individual relativa ao peso corporal. Esse espectro associa-se normalmente à recomendação de adoção de um estilo de vida saudável, com prática de atividades físicas e consequente aumento no gasto energético e à manutenção das capacidades e habilidades vitais (MACIEL, 2012).

As escolhas cotidianas de consumo alimentar estão fortemente ligadas, de modo geral, pelos fatores que perpassam os aspectos das condições de vida mais gerais, como a renda familiar, urbanização local e acesso a alimentos, incluindo também a escolaridade, faixa etária e cultura alimentar da família (MACIEL, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda que a avaliação do consumo alimentar deva ser feita na rotina dos serviços da Atenção Básica, permitindo a observação do padrão alimentar da população e assim subsidiar as ações de atenção integral à saúde e de medidas que promovam a melhoria do perfil alimentar e nutricional (BRASIL, 2013).

O SISVAN conta com formulários para avaliação de marcadores de consumo alimentar que passaram por um processo de revisão em 2014, resultando em uma nova versão, que simplificou a coleta de dados e análise das informações. Antes desse período, SISVAN *Web* apresentava dois formulários: um destinava-se a crianças menores de cinco anos e o outro para indivíduos com 5 anos de idade ou mais. A principal mudança diz respeito à diminuição do bloco de questões, e a apresentação de três formulários, também organizados por faixas etárias: crianças menores de seis meses, de 6 meses a 23 meses e indivíduos de 2 ou mais anos de idade (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015c).

Com o advento do e-SUS Atenção Básica, o consumo alimentar será informado através dos softwares Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Coleta de Dados Simplificada, cujos dados irão compor os relatórios consolidados no Sistema Gerador de Relatórios do Sisvan *Web*. Os municípios que ainda não estiverem aderidos ao e-SUS só poderão informar os dados antropométricos no Sisvan *Web* (BRASIL, 2013).

O formulário de marcadores do consumo alimentar inicia com um campo reservado para os dados da equipe que acompanha o cidadão, informações do próprio usuário, como nome, data do nascimento, sexo, entre outras perguntas. Em seguida traz questões ligadas aos alimentos ingeridos no dia anterior, o que ameniza possíveis vieses de memória, e dependendo da faixa etária, grupos de alimentos específicos são contemplados. Por exemplo, para crianças menores de 6 meses, avalia-se a realização da amamentação, a ingestão de outros alimentos como mingau, leite industrializado, sucos, chás, entre outros. Para maiores de dois anos, é questionado o consumo de frutas, feijão, embutidos, bebidas adoçadas, verduras e legumes, guloseimas, salgadinhos entre outros (BRASIL, 2015e).

Dada à complexidade de realização de estudos com grande amplitude populacional, as informações sobre consumo alimentar da população passaram a ser estimadas a partir da disponibilidade de alimentos nos domicílios, dado coletado pela Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF. Na POF (2008-2009), os dados de consumo alimentar foram obtidos por registro dos alimentos, bebidas e preparações consumidas dentro e fora dos domicílios em dois dias não consecutivos, em amostra probabilística de brasileiros a partir de 10 anos (BRASIL, 2009b; IBGE, 2011).

Os resultados dessa pesquisa mostram que o consumo alimentar combina a dieta tradicional brasileira à base de arroz e feijão com alimentos de teor reduzido de nutrientes e de alto teor calórico. Há um consumo muito inferior ao recomendado para frutas, verduras e legumes e consumo elevado de bebidas com adição de açúcar, como sucos, refrigerantes e refrescos, que são particularmente referidos pelos adolescentes, classe pela qual também há um maior consumo de alimentos industrializados como linguiça, salsicha, mortadela, sanduíches e salgados (IBGE, 2011).

Abaixo de 10% da população atingiu as recomendações de consumo de frutas, verduras e legumes, e consequentemente, houve um baixo consumo de fibras (68% com consumo abaixo do recomendado). O consumo de leite também foi muito aquém do recomendado, o que se traduz em elevadas prevalências de inadequação de consumo de vitaminas e cálcio. Excessivo consumo de açúcar foi referido por 61% da população, a prevalência de consumo excessivo de gordura saturada (maior do que 7% do consumo de energia) foi de 82% na população e 70% da população consome quantidades superiores ao valor máximo de ingestão tolerável para o sódio (IBGE, 2011).

A ingestão média de energia fora do domicílio correspondeu a aproximadamente 16% do valor calórico total, e se caracterizou por participação importante na inserção dos refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados na dieta. Entre os grupos de alimentos estudados, o biscoito recheado destacou-se como um dos mais importantes marcadores de consumo não saudável, seguido pelos refrigerantes, doces, pizza e salgadinhos industrializados (IBGE, 2011).

Segundo dados do SISVAN, no ano de 2014, apenas 28% dos brasileiros consumiram salada crua, legumes e verduras cozidos, frutas frescas ou saladas de frutas e feijão os sete dias da semana e 12% não consumiu nenhum desses alimentos nos últimos sete dias. Em relação ao leite e derivados, 41% afirmaram consumi-los todos os dias, e 17% não consumiu nenhuma vez nesse período. Já os alimentos como batata frita, hambúrguer, embutidos, salgadinho de pacote, biscoitos e refrigerantes, 20% afirmaram que os ingerem pelo menos uma vez na semana (BRASIL, 2015a).

Dessa forma, fica nítido que o consumo alimentar no Brasil é principalmente constituído de alimentos de alto teor energético e apresenta baixo teor de nutrientes, em detrimento de alimentos reguladores, configurando uma dieta de risco para déficits em importantes nutrientes, obesidade e para muitas doenças crônicas não transmissíveis. (IBGE, 2011).

A qualidade da dieta tem implicações importantes na saúde dos indivíduos e os aspectos negativos da alimentação da população brasileira sugerem uma atenção prioritária às políticas públicas de promoção da alimentação saudável, políticas estas, que necessitam de subsídios informativos para serem realizadas. Assim, o SISVAN torna-se essencial, pois, é um sistema efetivo na identificação de riscos e problemas relacionados à alimentação e nutrição, servindo de diagnóstico e reconhecendo a necessidade da intervenção nutricional em todas as faixas etárias. A ampliação de sua utilização amparará o aumento da resolubilidade de ações que evitam o agravamento de situações mórbidas que demandam atenção de maior complexidade (COLONETTI; RIBEIRO, 2013; LEVY et al., 2012; PEREZ et al, 2013).

2.5 Contextualização sobre a formação dos profissionais de saúde da atenção básica

O Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de políticas de saúde, assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Nesse contexto, a atenção básica surge como sua principal porta de entrada, sendo o contato preferencial dos usuários (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012d).

O SUS e seus diferentes níveis de atenção possuem papel ativo na reorientação das estratégias de cuidado, tratamento e acompanhamento da saúde individual e coletiva e é neste mesmo sentido que se apresenta a necessidade de rever os modos de formação para se atuar neste sistema de saúde (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

A educação é instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade, e têm repercussões nos modos de produzir, nos diferentes campos do saber e de produção de bens e serviços. O processo de ensinar e aprender intercala-se ao cotidiano e também se desenvolve a partir dos problemas diários da atuação profissional, considerando os conhecimentos e as experiências preexistentes da equipe (BALBINO, et al 2010).

Formar profissionais para atuar no SUS, especificamente na atenção básica, sempre foi um desafio. Periodicamente novos profissionais com distintas graduações iniciam seus trabalhos e ao necessitarem da utilização dos conhecimentos adquiridos na sua formação enfrentam inúmeras dificuldades, tanto na área de gestão como na de atenção/assistência (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Junto a esses, outros trabalhadores que já atuam no sistema vêm, continuamente, encarando essa situação. Assim, todos os profissionais de saúde carecem de articulações, das instituições formadoras e dos diferentes níveis de gestão, de modo a permitir a construção de metodologias de educação permanente, oferecendo espaços de capacitação e reflexão crítica positiva, diante dos problemas e desafios da Saúde Pública nos municípios e regiões (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

O saber adquirido na universidade antecede o saber prático, sendo essencial para compreender e responder aos questionamentos perante os quais se defronta no cotidiano, assim como reelaborar as decisões e a forma como deve agir. Porém, a formação profissional dos estudantes da área da saúde necessita de uma estrutura que permita e facilite o trânsito entre teoria e prática, sendo os docentes intermediários fundamentais nesta relação, orientando e facilitando o processo de ensino-aprendizagem. Trazer a prática cotidiana dos profissionais, usuários e gestores mostra-se essencial para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos indivíduos (CAMPOS, 2005; BATISTA; GONÇALVES, 2011; FALCON; ERDMANN; MEIRELLES, 2006).

Uma das características ideais para a qualidade da assistência prestada à saúde é o aprimoramento de aspectos relacionados às competências profissionais e interpessoais. Conversar, demonstrar humildade, companheirismo, receptividade e interesse; gostar do trabalho comunitário; aceitar a comunidade como ela é; respeitar o trabalho do outro são características fundamentais para atuar na atenção básica (SOARES; REIS; FREIRE, 2014).

Ao trabalhar em uma equipe multiprofissional é necessário que haja integração e interação dos profissionais com troca de experiências e saberes com o intuito de ofertar cuidado integral em saúde, objetivo pelo qual é necessário ter competência, requer inovação e aprendizagem coletivas, possíveis compartilhamento das responsabilidades e resultados das ações. Porém requer uma transformação do comportamento social dos profissionais de saúde, uma ressignificação das práticas em saúde em todos os aspectos subjetivos, operacionais e organizacionais (SOARES; REIS; FREIRE, 2014).

Segundo Batista e Gonçalves (2011), apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil desses profissionais evidencia uma qualificação insuficiente para as mudanças das práticas, demonstrando uma necessidade crescente de educação permanente, designando um novo significado a seus perfis de atuação, o que é um grande desafio para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS.

Dentro desse contexto, como dispositivo amplificador, foi instituído em 2008, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para

viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS. O programa oferece bolsas para os tutores, preceptores e estudantes monitores inseridos no programa (BRASIL, 2008d).

Fonseca et al. (2014) se propuseram a avaliar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), os participantes reconhecem que a aproximação com os cenários de prática e com a comunidade é capaz de auxiliar no processo formativo, oferecendo benefícios na esfera profissional propriamente dita e no âmbito da cidadania e da humanização. O conhecimento da prática no SUS incita e desperta os alunos para as possibilidades de exercício futuro da profissão no setor, o que corrobora a ideia de que o programa é um potente indutor de melhorias também nos serviços de saúde, com a inserção futura de profissionais mais bem preparados.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é um dos programas cuja execução deve ser realizada na rotina dos profissionais de saúde inseridos na atenção básica. Porém, muitos deles não se encontram preparados para essa ação e há casos em que essa prática não é abordada na graduação, dificultando ainda mais a implementação do programa. Vitorino et al (2013) afirmam que entre os recursos humanos, que são referência técnica do SISVAN, há inadequação do perfil destes para a função, acúmulo de funções e elevada rotatividade, em função da precarização das relações de trabalho. Isso acaba provocando uma baixa utilização do sistema, impedindo que dados essenciais sobre a problemática nutricional sejam determinados.

O aperfeiçoamento e uniformização das capacitações nos procedimentos realizados pelo SISVAN poderão favorecer o aprendizado e desenvolvimento do profissional, bem como garantir o alcance dos objetivos de promoção e vigilância em saúde do Sistema Único de Saúde. Portanto, a promoção de programas de formação profissional é uma tática de grande valor para subsidiar a geração de informações nutricionais de boa qualidade e fortalecer o SISVAN no país, que é um sistema essencial para formular políticas e desenhos de programas públicos e motivar o retorno necessário para o aperfeiçoamento contínuo das medidas de intervenção em saúde (BAGNI; BARROS, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, de caráter qualitativo. A pesquisa de campo é utilizada com intuito de obtenção de informações e conhecimentos acerca de um problema, buscando respostas ou hipóteses para provar ou descobrir novos fenômenos ou relações sobre elas (LAKATOS; MARCONI, 2011).

Ainda segundo Lakatos & Marconi (2011), a pesquisa descritiva tem como finalidade principal a descrição das características, através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática, destacando também as pesquisas que objetivam descrever características de grupos.

A abordagem qualitativa propicia a compreensão das relações, das representações, da história e das opiniões, que resultam das interpretações dos humanos sobre suas vivências, atividades cotidianas, sentimentos e pensamentos. Ela atende as necessidades de aprofundamento nas percepções do entrevistado, suas emoções, motivações, dificuldades, pois a distinção do ser humano não se faz apenas pelo modo de agir, mas por pensar no que faz e nas consequências de suas decisões. Dessa forma, a pesquisa qualitativa é capaz de permitir uma maior interpretação das informações coletadas (MINAYO, 2013; GIL, 2010).

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada nas unidades de saúde de Timon – MA e na coordenação do SISVAN no referido município. O município de Timon conta com 56 equipes de Estratégias de Saúde da Família e 2 Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família as quais são vinculadas a Secretaria de Saúde do município (CNES, 2014).

Timon possui população estimada para 2015 de 164.869 habitantes, e população em 2010 de 155.460 habitantes, com área da unidade territorial 1.764, 610 km² e densidade geográfica de 89,18 hab/km². O total de homens da capital é

75.561 e de mulheres 79.899. Seus limites geográficos são ao leste, a capital do Piauí, Teresina; ao sul, municípios de Parnarama e Matões; e ao oeste, o município de Caxias (IBGE, 2016).

3.3 Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada com a coordenadora do SISVAN no município e 13 profissionais de saúde que desempenham suas atividades nas Estratégias Saúde da Família (ESF), e trabalham diretamente com o programa, totalizando 14 entrevistados.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: os funcionários com vínculo empregatício com ESF e coordenação do SISVAN, com experiência profissional na área de no mínimo um ano e envolvimento com as ações do SISVAN no município, que tivessem disponibilidade de participar do estudo e concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), que adota os preceitos éticos e legais da Resolução 466/12, além de terem capacidade de fornecer respostas que atendam aos objetivos do estudo.

Os profissionais que não atenderam os critérios acima mencionados foram automaticamente excluídos do estudo, como também os que exerciam atividades voluntárias, que estavam de licença e estagiários.

Entre os profissionais da ESF, foram entrevistados aqueles da equipe mínima (enfermeiras e agentes comunitários de saúde) em 6 equipes da ESF, que estavam diretamente relacionados com a operacionalização do sistema.

3.4 Técnica e instrumentos de produção dos dados

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, considerando a possibilidade de realizar uma averiguação mais ampla e flexível, os dados foram coletados a partir de um questionário semi-estruturado (APÊNDICES A e B).

As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã ou tarde, por adequação ao horário de trabalho dos participantes, no período de agosto a outubro de 2015. A primeira parte da entrevista constou de um questionário com perguntas fechadas sobre os indicadores sócio-demográficos e a formação profissional (APÊNDICE A).

Na segunda parte foi utilizada a seguinte questão indutora para a realização da entrevista (APÊNDICE B): *Fale sobre a sua experiência (visão) com o manejo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN na atenção básica?* As entrevistas foram conduzidas com o auxílio de um roteiro temático que contemplou as seguintes questões: conhecimento sobre o SISVAN (definição, importância, público-alvo, informações coletadas); ações propostas pelo sistema que são desenvolvidas; relação com usuários; normas/ rotinas e procedimentos adotados para coleta de dados; facilidades/dificuldades na implantação e/ou funcionamento do programa; sugestões de melhoria; expectativas futuras.

As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas em um local reservado no próprio estabelecimento de saúde, conforme disponibilidade dos participantes, obedecendo a horários e limitações dos entrevistados. Após o consentimento dos participantes, elas foram gravadas e transcritas na íntegra, preservando suas falas, com o estudo posterior e análise dos dados colhidos. O recurso utilizado como suporte para a realização das mesmas foi um celular. O encerramento das entrevistas e constituição da amostra se deu após a repetição das falas nos depoimentos (saturação) (MINAYO, 2013). O anonimato dos entrevistados foi preservado, realizado através da utilização do código depoente nº 1 a 14.

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin (2014), que faz alusão à contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação antecipadamente determinada, ou seja, constitui em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto analítico selecionado.

Seguindo as orientações de Bardin (2014), as entrevistas foram recortadas em redor de cada tema-objeto, ou seja, toda afirmação acerca de cada objeto preciso no decorrer da entrevista foi transcrito para uma ficha, seja qual for o momento em que a afirmação tenha tido lugar.

A primeira fase da análise consistiu em organizar as entrevistas, colocando as falas dentro de cada tema do roteiro temático. Na segunda fase, agruparam-se todas as entrevistas dentro do tema do roteiro temático, grifando os núcleos de sentido.

Posteriormente, as frases selecionadas de cada entrevista foram reunidas dentro de cada tema e por fim, elegeram-se as categorias e selecionaram-se as falas dentro de cada uma delas.

3.6 Elaboração do produto

Elaborou-se um aplicativo móvel, levando em consideração as Orientações para Coleta e Análise dos Dados Antropométricos em Serviços de Saúde (BRASIL, 2011a).

O aplicativo foi desenvolvido por meio do site eletrônico “Fábrica de aplicativos”, seguindo três passos básicos: criação do tema, adição de conteúdo e publicação on-line, estando o mesmo a partir desse processo apto para uso em smartphones, disponível para os sistemas operacionais IOS, Androide, Windows Phone e Firefox OS (FABRICA DE APLICATIVOS, 2016).

Para a realização do download do aplicativo é preciso digitar a URL do mesmo no navegador de internet do smartphone e digitar: http://app.vc/sisvan_na_esf. O sistema irá reconhecer a versão adequada e direcionar o navegador de acordo com o sistema operacional do smartphone. Para completar a instalação, após a página carregada, em alguns instantes aparecerá o ícone do aplicativo e, logo em seguida, a instalação deverá ser confirmada clicando em “Adicionar” e o aplicativo estará pronto para ser acessado. É necessário estar conectado à internet para obter os dados disponíveis no aplicativo.

3.7 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa foi iniciada somente após a emissão da autorização institucional da Secretaria de Saúde do município e submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, Parecer nº 1131767 (ANEXO A) respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Um termo de compromisso foi firmado pelo pesquisador para o uso dos dados na concretização do referido projeto, esclarecendo ainda o rigor técnico nas análises estatísticas dos dados e que a fonte das informações será enfatizada nos relatórios e artigos escritos.

3.8 Riscos e Benefícios

A pesquisa ofereceu riscos para os participantes, por se tratar de um estudo qualitativo, com utilização de informações adquiridas por meio de roteiro semiestruturado, que poderia ocasionar desconforto para os mesmos pela possibilidade de constrangimento relacionado às perguntas realizadas durante a entrevista.

Na tentativa de minimizar esses riscos ou desconfortos, as entrevistas foram realizadas em local privativo para que não houvesse exposição dos participantes. Foram esclarecidos os objetivos e benefícios da pesquisa e o participante ficou à vontade para responder ou não às perguntas, tendo seu anonimato e sigilo assegurado, e o direito de retirar o consentimento a qualquer momento sem nenhum ônus.

Como benefício direto da pesquisa desenvolveu-se um aplicativo de celular que contém orientações de utilização do SISVAN, de maneira sucinta, permitindo um acesso simples e rápido de informações necessárias para manejo do sistema.

Além disso, a aquisição de conhecimentos, através dos resultados deste estudo, poderá orientar o planejamento de ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas na atenção básica e na otimização da utilização do SISVAN pelos profissionais, permitindo o alcance dos objetivos propostos pelo sistema.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito 1:

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional sob a ótica dos profissionais que o vivenciam*

The Food and Nutrition Surveillance System from the perspective of the professionals who experience it

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional bajo la óptica de los profesionales que lo vivencian

Danielly Zilma de Sousa Honorato; Carmen Viana Ramos; Geânia de Sousa Paz Lima; Eliana Campelo Lago; Maria do Carmo de Carvalho e Martins.

RESUMO

Estudo cujo objetivo foi analisar a funcionalidade do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional a partir da visão dos profissionais que o vivenciam. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, realizada a partir de um questionário semi-estruturado com roteiro temático, junto a profissionais que desempenham suas funções na Estratégia Saúde da Família (ESF) e coordenação do SISVAN em um município do Maranhão. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temática. O estudo revelou a existência de deficiências acerca de saberes sobre o sistema, a operacionalização restrita aos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), insuficiência de capacitação sobre o sistema, entre outras dificuldades. Recomenda-se assim o aperfeiçoamento organizacional para conhecimento das fontes básicas de informações do SISVAN, a sensibilização dos profissionais da utilidade do mesmo e singularmente, o engajamento da gestão em corrigir a problemática apresentada.

Palavras-chave: Vigilância Alimentar e Nutricional. Profissional de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

* Artigo elaborado segundo as normas da revista Interface. Financiado pelo próprio pesquisador.

ABSTRACT

Study which the objective was to analyze the functionality of the Food and Nutrition Surveillance System from the view of the professionals who experience it. This was a qualitative survey, performed from a semistructured questionnaire with thematic guide, along with professionals who execute their functions on the Estratégia Saúde da Família (ESF - Family Health Strategy) and coordination of the SISVAN in a town in Maranhão State. For the data analysis it was used the technique of content analysis of the thematic type. The study revealed the existence of deficiencies concerning the knowledge about the system, the restrict operationalization to the beneficiaries of the Programa Bolsa Família (PBF - Family Allowance Program), insufficiency of training about the system, among other difficulties. So it is recommended the organizational improvement for the knowledge of the basic sources of information of the SISVAN, the sensibility of the professionals who use it and singularly, the engagement of the management to correct the presented problematics.

Keywords: Food and Nutrition Surveillance. Health Professional. Family Health Strategy.

RESUMEN

Estudio cuyo objetivo fue analizar la funcionalidad del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional a partir de la visión de los profesionales que lo vivencian. Se trató de una investigación cualitativa, realizada a partir de un cuestionario semiestructurado con guía temática, junto a los profesionales que realizan sus funciones en la Estratégia Saúde da Família (ESF - Estrategia Salud de la Familia) y coordinación del SISVAN en una ciudad de Maranhão. Para la análisis de los datos se utilizó la técnica de contenido del tipo temática. El estudio reveló la existencia de deficiencias en respecto a los conocimientos acerca del sistema, la operacionalización restringida a los beneficiarios del Programa Bolsa Família (PBF), insuficiencia de capacitación sobre el sistema, entre otras dificultades. Se recomienda que así el perfeccionamiento organizacional para conocimiento de las fuentes básicas de informaciones del SISVAN, la sensibilización de los profesionales de la utilidad del mismo y particularmente, el compromiso de la gestión en corregir la problemática presentada.

Palabras clave: Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Profesional de la Salud. Estrategia Salud de la Família.

INTRODUÇÃO

A principal ferramenta de desenvolvimento das ações de Alimentação e Nutrição na Atenção básica é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), cujas informações geradas são utilizadas como apoio ao planejamento, acompanhamento e avaliação de políticas e programas de alimentação e nutrição^{1,2}.

As ações executadas pela Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos serviços de saúde incluem a avaliação antropométrica, com aferição do peso e altura, com posterior definição do estado nutricional através de índices antropométricos, e o consumo alimentar, através do registro das informações alimentares em formulários adequados para cada idade. Essas informações alimentam o SISVAN, permitindo que as prioridades da atenção nutricional sejam observadas³.

O SISVAN apresenta dois módulos de acompanhamento: um específico para o Programa Bolsa Família (PBF) (SISVAN – módulo de gestão) e outro que registra informação para todos os usuários da atenção básica (SISVAN Web)⁴.

Atualmente, percebe-se que a implementação do SISVAN não ocorre de forma suficiente no país. Ao analisar os dados disponíveis no Módulo Gerador de Relatórios do SISVAN, especificamente o estado nutricional, constatou-se que no ano de 2014, no Brasil, apenas 2,75% das pessoas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) foram acompanhadas pelo sistema. Esse valor é referente ao SISVAN Web, modalidade na qual são informados apenas os dados dos usuários da atenção básica. Esse percentual eleva-se quando o SISVAN módulo gestão é analisado em conjunto, que para o ano em questão, foi de 19,98%. No Maranhão, esses percentuais foram de 0,75% e 36,05% para o SISVAN Web e SISVAN módulo gestão, respectivamente, realidade que também é refletida no município de Timon, com valores de 0% e 31,56% para este ano^{5,6}.

A maioria dos municípios prioriza a coleta de dados dos beneficiários do PBF. Esse fato, aliado as baixas coberturas, trazem vestígios de que atualmente a maior preocupação da inserção dos dados no SISVAN, diz respeito ao recebimento de recursos e não aos reais objetivos do sistema⁷.

Percebe-se que existem problemas de consolidação do SISVAN, o que reforça o entendimento de que a efetivação das ações de VAN demanda uma profunda reflexão acerca dos vários aspectos desse sistema. Há certa escassez de pesquisas avaliativas acerca do desempenho do SISVAN, e aponta-se a necessidade de

realização de mais estudos, dando ênfase a pesquisa qualitativa, pois esse método consente uma maior compreensão dos fatores que dificultam a implementação desse sistema⁸.

Para que o funcionamento do SISVAN seja efetivo no diagnóstico da situação alimentar e nutricional, faz-se necessário que uma parcela significativa da população seja acompanhada. Nesse contexto, o comprometimento dos profissionais de saúde e gestores, que atuam diretamente com esse sistema de informação é imprescindível. Todos os profissionais envolvidos devem formar uma rede responsável pela geração de dados e focados no objetivo comum de manutenção do sistema, com a consolidação e uso das informações voltadas para ações de alimentação e nutrição e estratégias globais de saúde^{7,9}.

Diante das considerações apresentadas, o objetivo do estudo foi analisar a funcionalidade do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional a partir da visão dos profissionais que o vivenciam. Também se buscou identificar as características sócio-demográficas dos participantes, o conhecimento e a realização de capacitações sobre o SISVAN, bem como descrever as ações realizadas e dificuldades encontradas na operacionalização do sistema na atenção básica.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, de caráter qualitativo. A pesquisa foi realizada junto as equipes de ESF de Timon – MA e a coordenação do SISVAN no referido município. Participaram da pesquisa a coordenadora do SISVAN no município e 13 profissionais de saúde que desempenham suas atividades nas equipes de ESF e trabalham diretamente com o sistema.

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: os funcionários com vínculo empregatício com ESF e coordenação do SISVAN, com experiência profissional na área de no mínimo um ano e envolvimento com as ações do SISVAN no município, que tivessem disponibilidade de participar do estudo e concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os profissionais que não atenderam os critérios acima mencionados foram automaticamente excluídos, como também os que exerciam atividades voluntárias, que estavam de licença e estagiários.

Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, no período de agosto a outubro de 2015, nas unidades básicas de saúde e na Secretaria Municipal de Saúde do município. A primeira parte da entrevista constou de um questionário com perguntas fechadas sobre os indicadores sócio-demográficos e a formação profissional. Na segunda parte, a entrevista focou em um tema, com uma pergunta norteadora, que serviu como base, juntamente com um roteiro temático.

Foi utilizada a seguinte questão indutora para a realização da entrevista: *Fale sobre a sua experiência (visão) com o manejo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN na atenção básica?* As entrevistas foram conduzidas com o auxílio de um roteiro temático que contemplou as seguintes questões: *conhecimento sobre o SISVAN (definição, importância, público alvo, informações coletadas); ações propostas pelo sistema que são desenvolvidas; relação com usuários; normas/rotinas e procedimentos adotados para coleta de dados; facilidades/dificuldades na implantação e/ou funcionamento do programa; sugestões de melhoria; expectativas futuras.*

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin¹⁰.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do município e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, Parecer nº 1131767 respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusas para participação do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados quatorze (14) profissionais de saúde, sendo um (1) nutricionista, oito (8) agentes comunitários de saúde (ACS) e cinco (5) enfermeiros, dez (10) eram do sexo feminino, sete (7) casados. Onze (11) participantes possuíam idade situada na faixa etária de 25 a 39 anos e os demais com 50 anos ou mais. Em relação à escolaridade, nove (9) dos profissionais possuíam graduação, e destes, oito (8) com pós-graduação.

Em relação ao tempo de formação, seis (6) dos nove (9) profissionais graduados mencionaram formatura entre cinco (5) e dez (10) anos ou mais. Já para a pós-graduação, cinco (5) citaram conclusão a menos de cinco (5) anos, dois (2) a

mais de cinco (5) anos e hum (1) a mais de dez anos. No que tange ao tempo de atuação dos profissionais na ESF, observou-se que nove (9) dos participantes relataram mais de dez (10) anos de atuação, e onze (11) deles atuam num período de cinco (5) anos ou mais com o SISVAN, ou seja, tempo relativamente extenso de experiência profissional na área da atenção básica e suficiente para estabelecer vínculo de confiança com os usuários do sistema.

Quanto à participação em treinamentos e capacitações, cinco (5) entrevistados afirmaram que nunca os realizaram; dois (2) afirmaram ter participado apenas de reunião na própria unidade básica para marcar as datas da realização das ações e sete (7) participaram de treinamento, num tempo médio de dois (2) anos e seis (6) meses. O principal promotor dos treinamentos foi a Secretaria Municipal de Saúde, citado em seis (6) respostas.

Após a análise temática da fala dos entrevistados, emergiram quatro categorias: 1. Conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde acerca do SISVAN; 2. Ações do SISVAN restrita aos usuários do PBF; 3. Dificuldades dos profissionais em realizar o SISVAN; 4. Necessidade de formação dos profissionais para atuarem com o sistema.

Categoria 01: Conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde acerca do SISVAN

A análise das falas dos entrevistados revelou que existe uma deficiência de saberes acerca do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, cujos muitos procedimentos não são conhecidos e que existem muitos questionamentos sobre a operacionalização do mesmo, conforme pode ser evidenciado abaixo:

[...] a gente não sabe muitas coisas, é obrigada a gente estar o dia todo abusando o enfermeiro quando a gente tem dúvida, aí ele pega, vai atrás [...] (Dep. 4).

[...] nessa questão do SISVAN, eu acho assim, que eu tenho muita dúvida, eu estou a mais de 2 anos na ESF, mas não é muito esclarecido, qual é realmente o objetivo, não tem um enfoque assim, muito direcionado pra essa área não (Dep. 11).

É possível perceber que algumas dúvidas são relatadas pelos profissionais. Muitos não sabem o que realmente é o sistema, nem como funciona, conhecem apenas o que realizam na prática, de forma vaga e insuficiente.

O SISVAN é uma ferramenta para obtenção de dados de monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar da população atendida na atenção básica, objetivando o fornecimento constante de informações sobre o perfil alimentar e nutricional da população brasileira, informações as quais serão o alicerce na tomada de decisões pelos responsáveis por políticas, planejamento e o gerenciamento de programas para melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional¹¹.

A falta de um conhecimento mais aprofundado por parte dos profissionais, pode acarretar na baixa cobertura populacional, gerando escassez de dados, além de comprometer a qualidade das informações prestadas, impedindo o alcance dos objetivos do mesmo. Conforme denota De Jesus et al¹², em pesquisa realizada em 37 municípios da Zona da Mata de Minas Gerais, grande parte dos profissionais envolvidos na atualização de diversos sistemas de saúde desconhece sua importância e finalidades, bem como o emprego dos dados registrados nos sistemas de informação.

No estudo de Machado et al¹³, os resultados obtidos também revelaram que a equipe participante possuía pouco conhecimento sobre o SISVAN e que pouca informação foi repassada. O acesso às fichas era mínimo e afirmaram ainda não saber como proceder quanto ao seu preenchimento.

A falta de explicações sobre a importância da avaliação nutricional como política pública para os profissionais executores diretos das novas políticas de alimentação e nutrição, foi um dos fatores que contribuiu para o descaso inicial com relação ao SISVAN¹⁴.

A maioria dos responsáveis pelo SISVAN não dão a devida importância ao uso de suas informações para orientar a gestão municipal, apesar de informarem que utilizam os relatórios para subsidiar ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado e reconhecerem o seu potencial para a melhoria do estado nutricional¹⁵.

Para minimização da problemática desse cenário, a realização de treinamentos com a equipe básica, deve ser estimulada, com uma abordagem mais dinâmica e efetiva, relacionando conceitos teóricos com a prática cotidiana do sistema, trazendo informações essenciais para o manejo do mesmo. É também fundamental a elucidação da importância do SISVAN para a situação atual da segurança alimentar e nutricional.

Nesse sentido, uma aproximação dos gestores com as ações de alimentação e nutrição, bem como com as diretrizes que abordam a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), poderá auxiliar na compreensão da necessidade de maior enfoque da temática nutricional, influenciando assim no planejamento das ações de saúde e um maior estímulo para realização das ações propostas pelo SISVAN na ESF.

Desse modo, o desenvolvimento de projetos de formação e de parcerias com instituições de ensino poderiam contribuir na disseminação dos saberes com os profissionais do município, momento pelo qual as duas vias seriam favorecidas, através da inserção de novas referências e como *feedback*, a troca de vivências que apoiariam na formação dos envolvidos.

Categoria 02: Ações do SISVAN restritas aos usuários do PBF

Levando em consideração a experiência profissional dos participantes da pesquisa, a operacionalização do sistema, a rotina do profissional, público-alvo, as ações desenvolvida por eles, constatou-se que o SISVAN é realizado predominantemente com aqueles que possuem Bolsa Família, como evidenciam as falas abaixo:

Nossa equipe faz o acompanhamento, a gente faz o cadastramento de 6 em seis meses, 1ª vigência no primeiro semestre, 2ª vigência no segundo semestre, sempre a gente começa em fevereiro a 1ª e a 2ª a gente começa em agosto (Dep. 1).

O número do NIS, o nome do titular do cartão, a data do nascimento, aí a gente coloca o peso e a altura, se está gestante, se a mãe tá amamentando, das crianças em relação ao esquema vacinal, se tá ok tem uma área que a gente coloca, se não, coloca também. (Dep. 12).

O público-alvo hoje é, geralmente são pessoas que são acompanhadas pelo BF (Dep. 13).

As falas afirmam que o SISVAN no município tem sua operacionalização preponderantemente para os usuários que recebem o benefício do PBF, com realização somente no período das vigências desse programa, e com ações nutricionais voltadas apenas para o campo da antropometria. Como apenas o peso e a altura dos usuários são coletados, não há, dessa forma, uma avaliação do estado nutricional de forma integral.

O sistema informatizado do SISVAN permite o registro dos dados de alimentação e nutrição da população atendida na atenção básica onde todos os usuários da atenção primária à saúde devem ser cadastrados e acompanhados pelo sistema¹⁶.

Como resultado da deficiência acerca do conhecimento das atividades instigadas pelo SISVAN, tem-se uma subutilização do sistema, com baixo índice de acompanhamento dos usuários da atenção básica, restringindo-se apenas a uma parcela restrita da comunidade.

O SUS tem responsabilidade pelo acompanhamento da saúde das famílias beneficiárias do PBF. As condicionalidades do programa na saúde incluem ações voltadas para gestantes, com o acompanhamento do pré-natal e participação de práticas educativas, além do acompanhamento de crianças menores de 7 anos, referente ao seu desenvolvimento, quadro vacinal e também atividades educativas. As informações devem ser registradas no Mapa de Acompanhamento do Bolsa Família, uma vez por semestre, no período de cada vigência do programa. O mapa exige dos participantes do PBF: número do NIS (Número de Identificação Social), data do nascimento, data do acompanhamento, sexo, peso, altura, tipo de alimentação (crianças menores de 2 anos), DUM (Data da Última Menstruação) para a gestante, doenças e intercorrências¹⁷.

Atualmente a execução do SISVAN tem como enfoque o diagnóstico da situação alimentar e nutricional no âmbito da realização de avaliação antropométrica (aferição de peso e estatura), quando na obrigatoriedade de preenchimento de planilhas e programas específicos como o PBF¹⁸.

O fato de que o acompanhamento das condicionalidades deve ser cumprido para que a família possa receber o benefício, faz com que haja a priorização da realização do SISVAN com esses usuários especificamente. No estudo realizado em municípios gaúchos de pequeno porte, encontrou-se que os sistemas de informações mais frequentemente alimentados e analisados relacionavam-se com controle orçamentário ou repasses financeiros do nível central^{7,19}.

Em relação ao SISVAN, em pesquisa realizada em Minas Gerais, a maioria dos municípios participantes prioriza a coleta e digitação de dados antropométricos de beneficiários do Bolsa Família, o que, juntamente com as baixas coberturas, indica que as informações presentes no SISVAN atendem mais a fins de recebimento de recursos do que às necessidades dinâmicas e específicas da população⁷.

Em Colombo (PR), essa situação também foi encontrada. Os dados relacionados às crianças, que alimentavam o SISVAN Web, restringiam-se àqueles dos programas sociais, ocorrendo defasagem de dados nutricionais das outras crianças que participavam somente da puericultura²⁰.

Uma das formas possíveis para modificação dessa situação deve ser baseada em um maior planejamento e organização das ações a serem aplicadas. Atentar-se aos fluxogramas normais da ESF, podendo usufruir do momento, em que a comunidade se encontra na unidade de saúde por demanda espontânea, para efetuar as atividades do sistema.

Outra ocasião oportuna para execução do sistema seria as visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da ESF, particularmente os ACS, que possuem um desígnio a atingir, e realizam essas visitas regularmente.

Vale ressaltar que, esses profissionais possuem inúmeras atribuições, e geralmente são sobrecarregados de atividades a cumprir. A valorização dos recursos humanos, com instituição de incentivos, não apenas de cunho financeiro, para a efetivação do SISVAN poderia ser proposta pelos gestores com o intuito de alavancar o progresso da funcionalidade do sistema.

Além do público-alvo do SISVAN no município ser restrito aos participantes do PBF, as informações relacionadas à nutrição obtidas nas chamadas públicas são estritamente antropométricas. Os marcadores de consumo alimentar que fazem parte do sistema não são realizados, ou até mesmo desconhecidos, como se pode observar nos relatos a seguir:

Pra te falar a verdade eu nem sei que ficha sobre alimentação é essa, a única coisa do SISVAN que eu conheço é a fichinha que a gente faz a alimentação na vigência do Bolsa família, e o livro que a gente tem de registro mesmo, dos dados antropométricos. Eu desconheço essa ficha, nunca vi nesse nem nos outros serviços que eu já trabalhei, nunca vi não, desconheço essa ficha (Dep. 6).

[...] mas esse SISVAN Web é pra gente executar na área, não é aqui não, eles queriam que a gente fizesse, aí acho que a maioria não aceitou, que tinha que tudo (pausa na fala). Porque você perguntar o que a pessoa comeu, o que come, nam (pausa na fala). A gente não concordou muito não, mas não veio pra cá essas fichas ainda não (Dep. 9).

Aqui só é feito esse trabalho mesmo, o ACS pesa e faz a altura e eles entregam a documentação para a enfermeira pra preencher a ficha, pra mandar pra secretaria (pausa na fala), não tem nenhuma pergunta sobre alimentação (Dep. 10).

As ações executadas pela VAN nos serviços de saúde incluem a avaliação antropométrica, e o consumo alimentar, através do registro das informações alimentares em formulários adequados para cada idade³.

O Ministério da Saúde recomenda que a avaliação do consumo alimentar deva ser feita na rotina dos serviços da Atenção Básica, permitindo a observação do padrão alimentar da população e assim subsidiar as ações de atenção integral à saúde e de medidas que promovam a melhoria do perfil alimentar e nutricional²¹.

O acompanhamento dos marcadores do consumo alimentar não foi relatado como ação por nenhum dos entrevistados, visto que muitos a desconheciam. A implantação dessa avaliação encontra resistência dos profissionais de saúde que a conhecem, sendo que alguns até descrevem que houve um treinamento com a tentativa de inserção dessa ação na atenção básica do município, porém muitos deles não aceitaram a realização da mesma. Isso demonstra que há uma desinformação quanto à objetivação do sistema, a importância da sua realização e a utilidade dos dados que são coletados.

O fenômeno da transição nutricional que abrange o país, caracteriza-se como uma mudança de um estado de nutrição insuficiente para uma nutrição excessiva e surgimento de todas as morbidades por ela desencadeado, como as doenças crônicas não transmissíveis²².

Diante dessa situação, a ausência da realização da avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar com a população brasileira pode acarretar no desconhecimento real da vulnerabilidade que esta se encontra, bem como a abrangência do fenômeno da transição nutricional no país. Mesmo que existam outras pesquisas governamentais, como a Pesquisa de Orçamento Familiar, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a realização, de fato, do SISVAN poderia contribuir com dados de maior alcance, auxiliando efetivamente no desenvolvimento de medidas preventivas prioritárias, voltadas para a problemática nutricional encontrada.

Como sugestão para implantação da avaliação dos marcadores de consumo alimentar na ESF, além da disseminação de esclarecimentos sobre a relevância do conhecimento do consumo alimentar da comunidade, é crucial uma maior integração entre as equipes de saúde da família com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A presença do nutricionista que compõe a equipe multiprofissional do NASF pode auxiliar no suporte das atividades relacionadas aos marcadores de consumo

alimentar, cujo formulário é mais específico para esse profissional, mas inteiramente executável pelos membros da equipe.

Categoria 3: Dificuldades dos profissionais em realizar o SISVAN

Dentro dessa categoria foram abordadas as falas dos participantes em relação aos pontos que dificultam a execução do SISVAN dentro do município, conforme especificado abaixo:

Falta boa vontade, da população deixar de querer só receber, e o gestor realmente assumir o seu papel de provedor de saúde. O espaço físico, por exemplo, é alugado, coisa que o dinheiro vem para construir, programado pra fazer a sua sala, minha sala (pausa na fala). Falta prédio adequado, condições favoráveis, e realmente o profissional habilitado para determinado programa (Dep.3).

[...] o problema principal que eu acho, é o retorno do nosso trabalho (pausa na fala), porque a gente avisa, vem pra cá, passa a manhã todinha, recolhe esses dados, e parece que os dados só são jogados no sistema, pra alimentar o sistema, a gente é só pra coletar informações (Dep. 4).

[...] a dificuldade de acesso ao ACS, o ACS não (pausa na fala), ele é muito resistente, alguns enfermeiros também, são resistentes pra gente estar implementando novas fichas. [...] às vezes demora um pouco porque tem pouco digitador [...] (Dep. 7).

Geralmente no período agora que a demanda tá alta do SISVAN, as balanças estão desreguladas, não tem assim um técnico pra regular ou calibrar (Dep. 12).

Com base nos relatos acima ficam evidentes inúmeras dificuldades de operacionalização do sistema, como a vinda dos usuários a unidade de saúde, o interesse dos mesmos apenas por receberem benefícios financeiros, falta de estrutura adequada e de equipamentos apropriados para a realização das ações. Há unidades de saúde que são casas alugadas, sem espaço físico apropriado para receber a demanda do SISVAN e para a realização de qualquer atividade educativa. Às vezes a falta das fichas do SISVAN, equipamentos quebrados ou descalibrados, o que inviabiliza a execução das ações e/ ou diminui a confiabilidade dos dados coletados.

Vitorino et al²³ encontraram em seu estudo que os recursos materiais para coleta de dados para o SISVAN estavam insuficientes em quantidade e estado de conservação. As dificuldades na execução da antropometria podem condicionar,

erroneamente, as ações de promoção da saúde, além de dificultar o progresso do conhecimento adquirido nas capacitações para os espaços de prática do agente²⁴.

Em Manaus, dificuldades com a infra-estrutura, equipamentos, insumos e outros materiais pontificam-se como os principais problemas enfrentados pelas ESF, aonde a estrutura física inadequada dificulta o atendimento à população²⁵.

Por consequência, novamente surge a indispensabilidade do comprometimento da gestão com o desenvolvimento das atividades em saúde na atenção básica. É preciso promover um ambiente propício a implementação de políticas de saúde, como a PNAN, através de conformidade dos equipamentos, estrutura física, insumos, recursos humanos, educação permanente, com fortalecimento do apoio tecnológico e financeiro.

Problemas com a equipe também foram relatados como a resistência de alguns profissionais em aceitarem realizar o SISVAN da forma adequada, com a utilização de todos os formulários propostos pelo sistema. Outro empecilho é a insuficiência de digitadores e de profissionais habilitados para trabalhar com o sistema, indicando assim a necessidade de recursos humanos para a operacionalização.

Rolim et al¹⁵ relataram em seu estudo cinco principais dificuldades na execução do SISVAN que foram: insuficiência e falta de manutenção de equipamentos antropométricos (balanças e antropômetros), sobrecarga de trabalho do enfermeiro, internet lenta, falta de profissionais capacitados para a coleta, sobrecarga do trabalho do digitador, e falta de profissionais para a digitação dos dados.

Uma das principais reclamações foi a ausência de um retorno de informações, acerca da utilização dos dados no sistema. Após o envio do peso, altura e outras variáveis, a equipe não tem mais conhecimento do seguimento dos mesmos, ou se esses elementos são convertidos em ações de saúde para a comunidade. Dessa forma, os profissionais e a população acabam desacreditando da utilidade do sistema, o que aumenta dos entraves no advento de implementações do mesmo.

O SISVAN possui um módulo gerador de relatórios, que pode ser acessado por qualquer pessoa, e fornece à situação do estado nutricional, tipo de aleitamento, consumo de alimentos, todos baseados nos formulários do SISVAN, mostrando o resultado por município, estado, região e país, a cada ano e em cada fase da vida. Esse instrumento, que não foi citado nenhuma vez no discurso dos participantes,

pode ser utilizado para que os profissionais norteiem-se quanto ao perfil alimentar e nutricional da sua cidade.

À vista disto, um melhor gerenciamento das atividades na própria ESF e nas coordenações da atenção básica, com planejamento estratégico, incluindo a propagação de informações e maior envolvimento dos profissionais, pode assisti-lo quanto às dúvidas e subsidiar apreciação da evolução da situação nutricional no município.

Para dados específicos de cada área adscrita à ESF, faz-se necessário a utilização dos formulários recomendados pelo sistema, e uma maior organização dos dados, bem como recursos humanos em número suficiente para o levantamento dessas informações.

Outros fatores integram-se ao fortalecimento das ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, o incentivo à educação e participação popular. O empoderamento da comunidade de informações quanto à relevância e necessidade de práticas alimentares saudáveis e monitoramento do estado nutricional promovem um cenário onde a aplicação do SISVAN não será apenas decorrente da exigência para recebimento de um benefício financeiro, mas sim da conscientização do investimento em promoção da saúde e prevenção de doenças.

A falta de ofertas de respostas consistentes e rápidas, pelo nível central, às demandas necessárias a nível periférico, gera grande desmotivação dos profissionais, o que, em grande parte, contribui para a perda de periodicidade do registro das informações. A consolidação e o uso das informações disponibilizadas para a gestão de ações e recursos voltados a ações de alimentação e nutrição e de estratégias gerais de saúde constitui-se como um desafio para o SISVAN. Os gestores e profissionais ligados à área da saúde precisam se apoderar dos dados do sistema, valorizar e aplicar esses consolidados como objetivo/meta ou critério para o planejamento das ações a partir da identificação das necessidades de saúde da população ^{9, 12, 14}.

Com a apreciação dos discursos é notório a falta de compromisso da gestão com a implementação do SISVAN no município. O desinteresse quanto à realização do SISVAN nos diversos níveis de gestão em saúde reflete na quantidade e qualidade das informações geradas pelo sistema em todo o país. Apesar do SISVAN ser uma importante ferramenta para o monitoramento da situação de saúde da população, apenas o mínimo de recursos é oferecido para a funcionalidade do

mesmo, e caso o sistema não fosse atrelado a outros tipos de benefícios, provavelmente não o fosse realizado.

Categoria 4. Necessidade de formação dos profissionais de saúde para execução do SISVAN na Atenção Básica

Na análise das falas dos profissionais, ressaltou-se a ausência de capacitação sobre o sistema, ou quando esta ocorreu foi de maneira vaga e/ou insuficiente. Também foi referido lacunas na formação, que explica em parte o conhecimento limitado acerca do programa:

Eu nunca participei de capacitação, já teve, mas mesmo assim é muito pouca em relação ao que a gente precisa [...] (Dep. 02).

Eu não lembro de ter estudado SISVAN na faculdade, se estudei foi muito vagamente, só questão de citar mesmo o sistema. (Dep. 05)

[...] eu não recebi nenhum treinamento para trabalhar com o SISVAN, apesar de eu ter especialização em PSF (Dep. 6).

Durante meu curso, se eu vi, um pouco que tinha esse sistema, foi explicado superficialmente o que era o sistema de vigilância alimentar e nutricional, a situação da população, mas nunca foi mostrado pra gente a questão da ficha.(Dep. 7).

Nesse contexto, nota-se que durante a graduação ou cursos técnicos, até mesmo em especializações, esses profissionais obtiveram pouco conhecimento para atuarem com o SISVAN, e que, portanto, há a necessidade da realização de treinamentos e capacitações para operar esse sistema, conhecer seus objetivos, metodologias e ações propostas e assim sensibilizar-se da importância do mesmo.

No nosso país, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a referência para uma adequada formação profissional na área de saúde. As instituições de ensino superior, embasadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para cumprir as demandas e diretrizes desse sistema, devem construir e/ou reconstruírem seus projetos pedagógicos vislumbrando tanto a formação dos estudantes como a Educação Permanente dos profissionais em serviços²⁶.

A formação dos profissionais deve estar também voltada para o desempenho da prática, no campo de atuação, para promover a qualidade da assistência e cumprir os objetivos dos serviços de saúde²⁷.

Os programas de treinamento do SISVAN não devem limitar-se a abordar apenas pontos referentes à teoria, mas também em práticas que facilitem a

operacionalização cotidiana do sistema, abordar ideias que agilizem o processo, treinar os procedimentos da forma adequada de execução, preparando os profissionais para coleta de dados fidedignos.

Para que haja uma análise sobre o processo de trabalho, se faz necessário o investimento na qualificação, com referencial teórico que seja o alicerce para a sua realização, a distribuição de responsabilidades entre os diversos sujeitos envolvidos, a autenticidade das práticas possíveis àquele contexto, as especificidades de cada ator social envolvido e o contexto a qual a ação educacional é voltada²⁸.

Percebeu-se a pouca ênfase dada ao SISVAN nos cursos de graduação da área da saúde, em particular no curso de enfermagem. No momento em que o profissional inicia a sua atuação na ESF, acaba se deparando com a necessidade de executar e informar o sistema com os dados nutricionais, tendo assim dificuldades para operacionalizá-lo, e inclusive em dar-lhe a importância devida para a elaboração das políticas públicas.

Dos Santos²⁹ relata que médicos e enfermeiros que participaram de seu estudo, apontam dificuldades, pois não têm formação adequada para atuar na área nutricional, visto que o currículo de seus cursos não possui disciplina específica de nutrição ou, quando possui, apresenta um conteúdo muito superficial sobre o tema.

Na fala dos participantes, notou-se que a realização de capacitações, treinamentos, seria uma forma de fortalecer o sistema:

Eu acho que seria treinamento, entendeu, vir o (pausa na fala), o treinamento partir de cima, ver na questão do estado. (Dep. 07).

A primeira coisa era que a ESF tinha que juntar todos os profissionais e aí fazer tipo uma reciclagem, uma capacitação, e falar da importância pra aquilo dali sensibilizar os profissionais, pra que eles se sintam responsáveis de fazer e cumprir esse programa. (Dep. 11).

Dessa forma, a necessidade de capacitação sobre a temática deve envolver todos os profissionais relacionados com políticas de alimentação e nutrição e não apenas os nutricionistas, compreendendo a resolução dos problemas relacionados às questões alimentares e nutricionais de forma interdisciplinar nas unidades de saúde³⁰.

Conjuntamente, emergiu-se nos relatos dos entrevistados de forma incisiva, a afirmação de que, para a melhoria da realização do SISVAN, faz-se necessário a presença do nutricionista na ESF:

[...] então deveria ter pelo menos uma nutricionista pra cada PSF, pra estar agilizando isso e também orientando a gente, seria mais prático. Eu queria muito um nutricionista pra cá, faz muita falta, até porque às vezes a gente quer fazer alguma reunião, palestra, e quer falar sobre alimentação. (Dep. 5).

Seria bom um nutricionista no posto, pelo menos estar aqui umas duas vezes por mês, pra ajudar, a disposição do posto. (Dep. 8)

Eu acho que o profissional nutricionista, pra estar aqui do nosso lado, mesmo que tivesse a presença do enfermeiro, era fundamental pra melhorar mesmo. (Dep. 14).

Os profissionais da ESF relatam a primordialidade do nutricionista para auxiliar com as atividades da equipe, principalmente em ações de alimentação e nutrição, como a realização do SISVAN. Na operacionalização do sistema, não são realizadas ações educativas sobre alimentação e nutrição, os relatos são esporádicos quanto a essas atividades. Muitas vezes, os profissionais da equipe aproveitam esse momento em que a comunidade se encontra na unidade básica de saúde para conversarem sobre outros temas, também falam sobre alimentação, mas de uma forma superficial.

A integralidade da atenção se conjuntura como um dos princípios essenciais na proposta de reorientação do modelo de saúde preconizada na atenção básica. Para que esse princípio seja aplicado de fato, a presença de uma equipe multiprofissional, uma das especificidades da ESF, deve ser respeitada.

A oferta restrita de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica acaba limitando a efetivação do princípio da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção. A ESF manifesta-se como uma estratégia propícia para o desenvolvimento dessas ações, qualificando a atenção à saúde, por meio do fortalecimento do cuidado nutricional dos usuários do SUS, possibilitando o estreitamento do vínculo com a população atendida e aumento da resolubilidade da atenção^{31, 32}.

Como o nutricionista não está inserido na composição da equipe mínima preconizada pela ESF, profissional presente apenas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi possível perceber nos relatos dos entrevistados que a quantidade de nutricionistas nos NASF da cidade não consegue suprir a necessidade da comunidade, comprometendo assim a atenção integral do usuário. Essa problemática também acarreta em dificuldades para o profissional comprometer-se no acompanhamento das atividades propostas pelo SISVAN,

somando isso a vários outros desafios enfrentados para efetivar o sistema na rotina da atenção básica.

Dessa forma, a ESF surge como campo fundamental para a atuação do nutricionista, permitindo a aproximação com premissas que ancoram essa estratégia. No convívio com os outros profissionais, o nutricionista foi compreendido como atuante de promoção à saúde e prevenção de agravos na amplitude de cenários em que a ESF permite desenvolver estratégias. A valorização de seu conhecimento específico tornou-se relevante diante de seu olhar diferenciado para a alimentação e sua estreita relação com os fatores culturais, sociais e psicológicos³³.

Durante o processo de implantação do SISVAN, no município de Juazeiro do Norte (CE), a ausência do profissional de nutrição para o desempenho de funções referente ao diagnóstico e acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população, foi tida como uma das dificuldades. Devido à falta do nutricionista nas equipes da ESF, muito do trabalho a ser desenvolvido na Atenção Primária fica prejudicado, requerendo a inclusão de outros profissionais para a realização de ações, como as referentes ao diagnóstico da situação alimentar e nutricional. Essa situação corrobora que a presença do nutricionista na ESF torna-se cada vez mais urgente³⁴.

O subsídio a programas de formação profissional é uma estratégia de grande valor para a geração de informações nutricionais de boa qualidade e fortalecimento do SISVAN no país. A realização habitual de capacitações deve perfazer de forma sucessiva a agenda de atividades preferenciais dos serviços de saúde, para garantir que os programas não sejam simples transmissores de informações, mas um ambiente propício para o aprimoramento profissional com garantia do alcance dos objetivos de promoção, atenção e vigilância em saúde do Sistema Único de Saúde³⁵.

Apesar da contribuição que as ações de alimentação e nutrição possam ter na garantia dos princípios que regem o SUS, as dificuldades encontradas para a oferta dessas ações de alimentação e nutrição, além da carência de profissionais especialistas nesta área, têm limitado o cumprimento desses princípios. Para ultrapassar esse desafio, é indispensável, além de fomentar a inserção das ações de alimentação e nutrição, no âmbito das estratégias de atenção à saúde, de forma multidisciplinar, solicitando o apoio e a incorporação qualificada do nutricionista neste nível de atenção^{31, 32}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que o SISVAN não é executado no município como preconizado, sendo limitado apenas ao acompanhamento das condicionalidades dos beneficiários do PBF. As atividades são apenas de cunho antropométrico, não sendo investigado o consumo alimentar da população.

As dificuldades permeiam entre a falta de estrutura física, de profissional habilitado, carência de saberes referentes ao sistema, instrumentos e recursos humanos em quantidade insuficiente, resistência de funcionários a novos procedimentos e atividades, precária retroalimentação do sistema, dentre outros.

Deficiências no processo de formação também foram relatadas bem como a quantidade inadequada de capacitações e treinamentos realizados com a equipe. Dessa forma, o investimento na formação e capacitação dos profissionais deve ser priorizado, objetivando a fundamentação dos processos de trabalho.

Diante dos relatos das dificuldades que limitam a operacionalização do SISVAN, tendo como consequência a baixa cobertura e pouca qualidade dos dados informados, torna-se evidente a necessidade da elaboração de estratégias que possam minimizar, em curto prazo, tais problemas, além de realizar estudos que avaliem o impacto das ações implementadas.

Na narrativa dos participantes, a inserção do nutricionista na ESF e nas ações voltadas para a execução do SISVAN emergiu como proposta de melhoria para o sistema, por tratar-se de um profissional mais sensível e capacitado para os problemas referentes ao diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população.

Outrossim, recomenda-se o aperfeiçoamento organizacional para conhecimento das fontes básicas de informações do SISVAN, a sensibilização dos profissionais da utilidade do mesmo na ESF e o seu impacto no acompanhamento da situação de saúde e singularmente, o engajamento da gestão em corrigir a problemática apresentada, fornecendo, assim, subsídios necessários para a instrumentalização do sistema. Para isso, faz-se necessário um maior comprometimento dos gestores na implementação das ações de alimentação e nutrição na atenção básica nos municípios.

REFERÊNCIAS

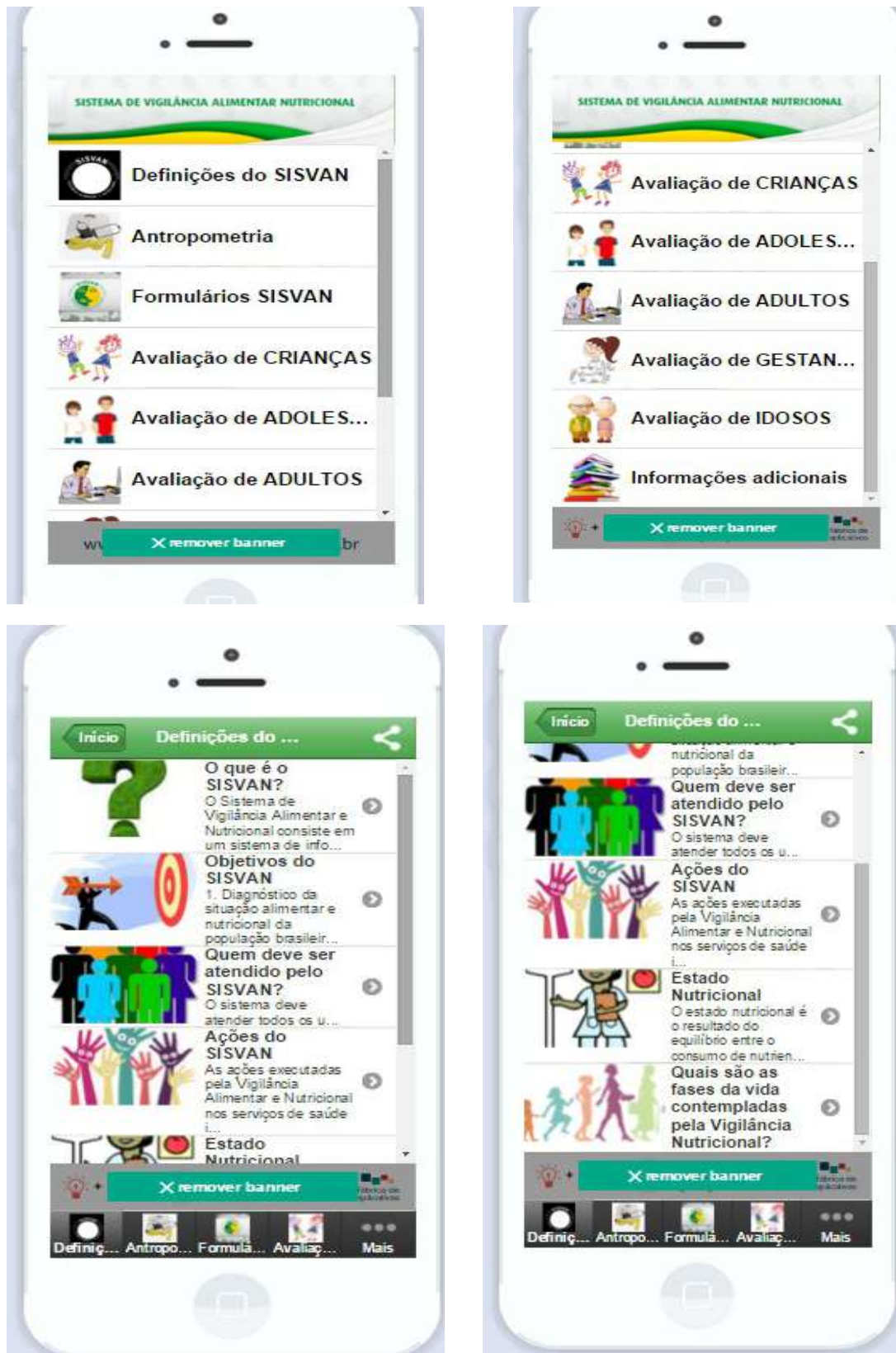
1. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Rev. Nutr., 2011; 24 (6):809-824.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Ministério da Saúde, 2008. [acesso 2015 out 06] Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf
3. _____. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Parâmetros para Avaliação Nutricional. 2015.[acesso 2015 mar 20] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=parametros.
4. _____. Informe técnico Bolsa Família Nº 11: SISVAN – módulo de gestão (Bolsa Família) e SISVAN-Web. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. [acesso 2015 out 06] Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/pbf_informes/pbfinfo11_cgpan.pdf
5. _____. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Módulo gerador de relatórios – SISVAN. 2015. [acesso 2015 mar 20]. Disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php> . Acesso em 15 mar. 2015.
6. Datasus [Internet]. Informações de saúde (TABNET). 2015. [acesso 2015 mar 20] Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
7. Ferreira CS, Cherchiglia ML, Cesar CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2013; 13 (2):167-177.
8. Jung NM, Bairros FS, Neutzling, MB. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc. Saúde Col., 2014; 19(5);1379-1388.
9. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JÁ, Aquino KKN et AL. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. Rev. Bras. Epidemiol., 2009; 12 (4): 688-699.

10. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Ed. Revista e Ampliada. Lisboa: Edições 70, 2014.
11. Santos DV, Santini AP, Dorneles TC, Annes TI, De Matos KM, Blumke AC et al. Verificação de peso elevado para idade entre crianças de 0 a 5 anos cadastradas no SISVAN de cinco coordenadorias regionais de saúde do Rio Grande do Sul. *Nutr.*, 2011; 36 (Sup): 42-42.
12. Jesus MCP, Santos SMR, Goulart TP, Martins, NA, Peres, RB, Coelho, VS. Atualização dos dados nos sistemas de informação em saúde. *Rev. enferm. UERJ*, 2012; 20(Esp. 2): 795-801.
13. Machado AD, Callejas EFC, Duarte SJH, Rodrigues VB, Pereira ACFC, Curty IPS et al. Diagnóstico do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em uma unidade básica de saúde - Cuiabá/MT. *Rev. Eletr. Gestão & Saúde*. 2011; 2 (1): 318-325.
14. Camilo SMB, Camilo GB, Toledo GC, Camilo Júnior, RD, Toledo CC. Vigilância nutricional no Brasil: criação e implementação do SISVAN. *Rev APS*. 2011; 14 (2): 224-228.
15. Rolim MD, Lemos-Lima SM, Barros DC, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. *Cienc. & Saúde Col.*, 2015; 20 (8): 2359-2369.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégia Nacional Para a Alimentação Complementar Saudável – Caderno do tutor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [acesso 2015 out 17] Disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/estrategia.pdf>.
17. _____. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [acesso 2015 out 17] Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/alimento/bfamilia/3-3-van-bf-bolsa-familia.pdf>.
18. Marcon MC, Machado, PMO, Moretti-Pires, RO. Os Discursos Envolvendo o Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional na Prática dos Profissionais de Saúde. *Sau. & Transf. Soc.*, 2013; 4 (4): 83-91.

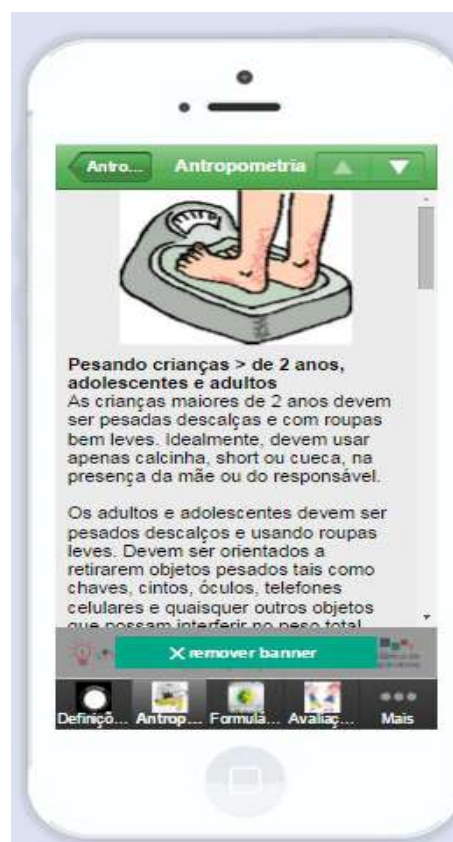
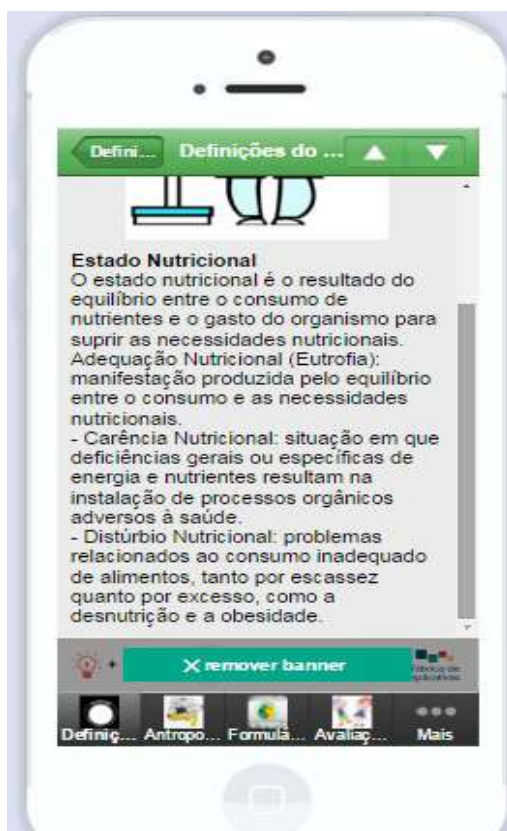
19. Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saude Pub.*, 2011; 45 (1): 24-30.
20. Silva DI, Gonçalves JB, Plucheg VC, Mazza VA, Slomp Júnior, HI. Reorganização da atenção a saúde da criança em Colombo, Paraná, Brasil. *Rev. Bai. de Saúde Pub.* 2012; 36 (1): 251-262.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica: Registro dos acompanhamentos da Vigilância alimentar e nutricional na Atenção Básica. 2013. [acesso 2015 out 20]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_van_esus.pdf.
22. Ferreira SRG. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. *Cienc. Cult.*, 2010;62 (4): 31-33.
23. Vitorino SAS, Barreto CM, Corrêa MS, Bezerra, OMPA, Passos MC, Bonomo E, et al. Avaliação da estrutura organizacional e do processo de implantação do Sisvan-Web no âmbito da Atenção Básica no Estado de Minas Gerais *Rev. Saúde Públ. do SUS/MG*, 2013; 1(1): 117-18.
24. Silva LBA, Silva CA, Rezende FAC. Fragilidades da atuação do agente comunitário de saúde na vigilância alimentar e nutricional de crianças. *Rev Enferm Atenção Saúde*, 2015; 4 (1): 109-116.
25. Neves Junior, O, Meneghim, MC, Pereira AC. Estratégia da Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais. *Odonto*, 2010; 20 (39): 99-109.
26. Junqueira, TS, Cotta, RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Cienc. & Saúde Col.*, 2014; 19 (5): 1459-1474.
27. Viana MRP, Moura MEB, Nunes BMVT, Monteiro CFS, Lago EC. Formação do enfermeiro para prevenção do câncer do colo uterino no contexto da estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ*, 2013; 21 (esp. 1): 624-630.
28. Melo MB, Quintão AF, Carmo RF. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. *Saúde soc.*, 2015; 24 (1): 86-99.

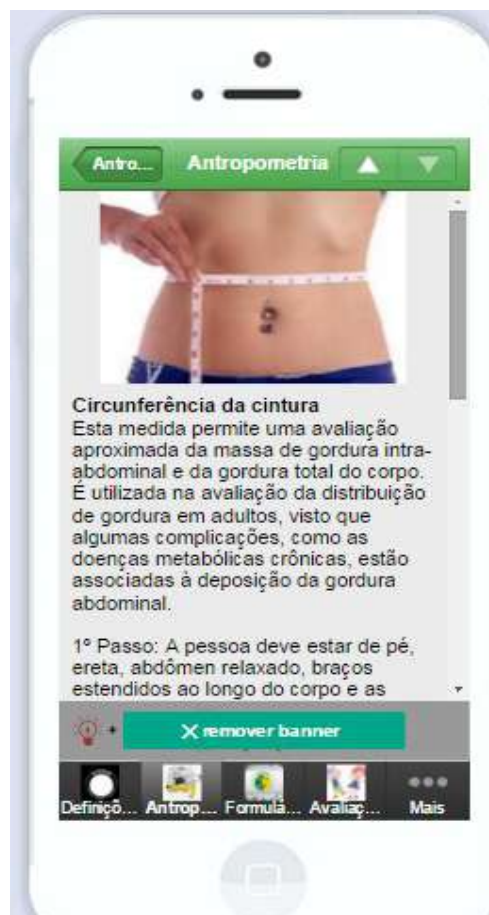
29. Dos Santos, AC. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv.*, 2005; 7 (3): 257-265.
30. Menezes RCE. Alimentação e nutrição na atenção básica à saúde: a educação permanente como instrumento de aproximação ensino-serviço. *Rev. Baiana de Saúde Pub.* 2013; 37 (4): 1051-1070.
31. Da Silva, MAP, Menezes RCE, Oliveira MAA, Longo-Silva, G, Asakura, L. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. *Saúde Deb.*, 2014; 38 (103): 720-732
32. Pimentel, VRM, Sousa, MF, Hamann, EM, Mendonça, AVM. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Cienc & Saúde Col.*, 2014; 19 (1): 49-57.
33. Dos Santos IG, Batista, NA, Devincenzi, MU. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. *Interface Com. Saúde Educ.* 2015; 19 (53): 349-60.
34. Pereira SMPD, Brito, LAMH, Palácio MAV, Monteiro, MPA. Operacionalização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em Juazeiro do Norte, Ceará. *Rev. Baiana de Saúde Pub.* 2012; 36 (2): 577-586.
35. Bagni UV, Barros, DC. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. *Rev. Nutr.*, 2012; 25 (3): 393-402.

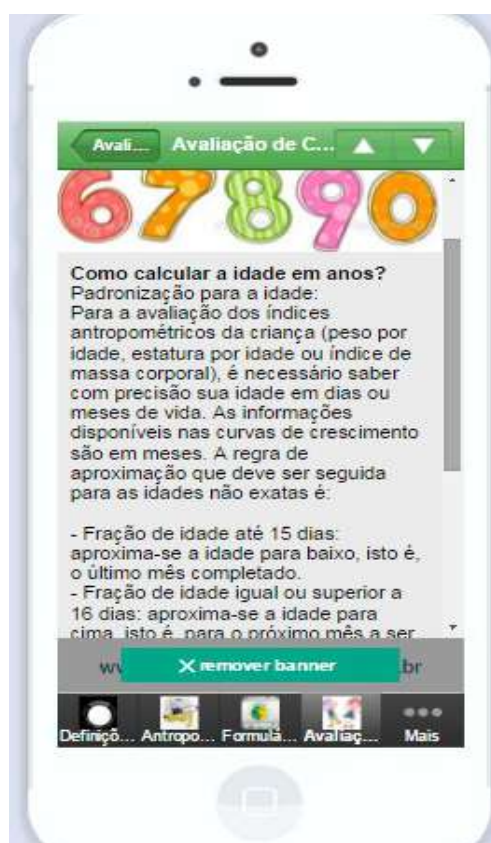
4.2. Produto: Aplicativo SISVAN na ESF

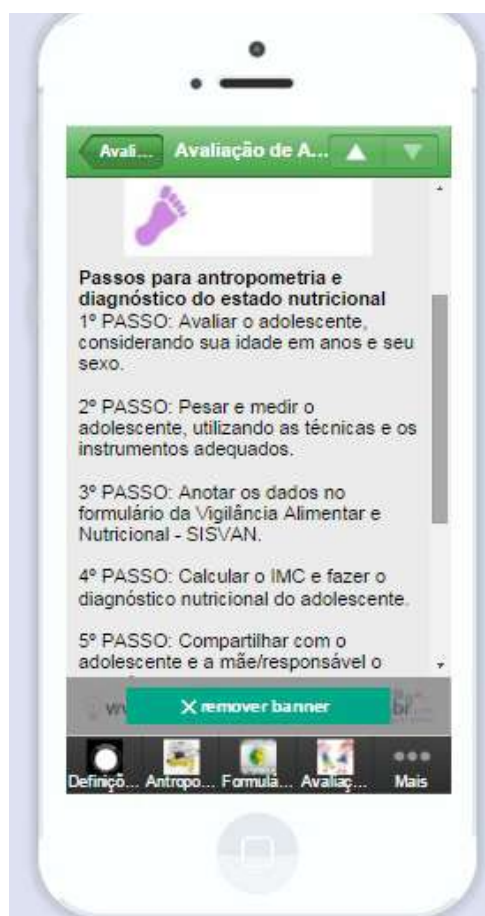


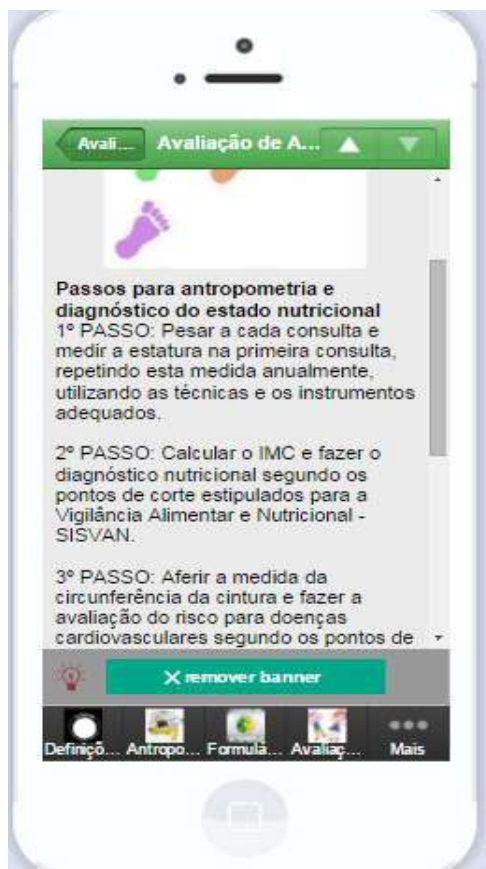
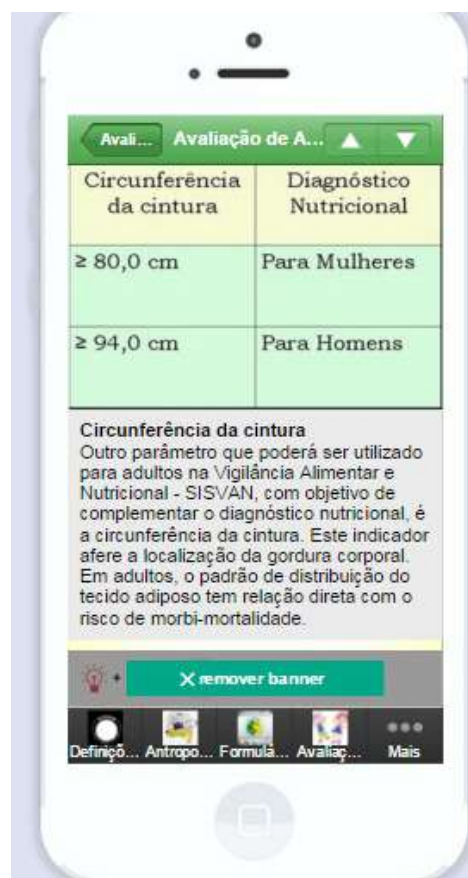
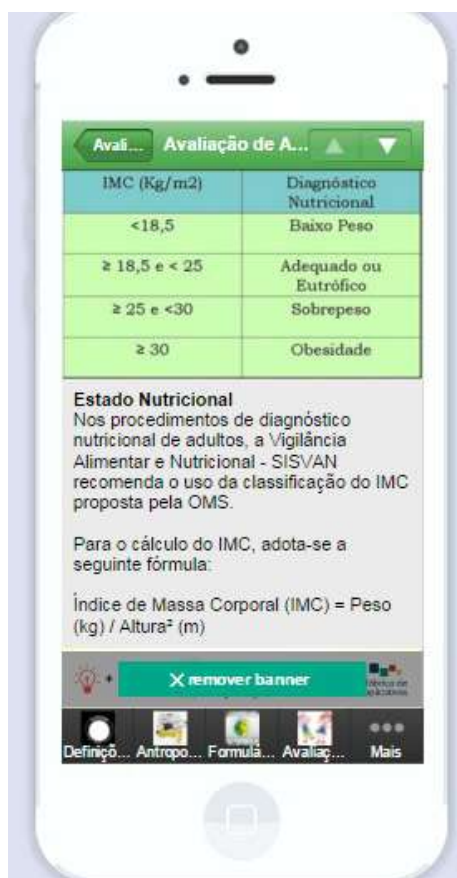


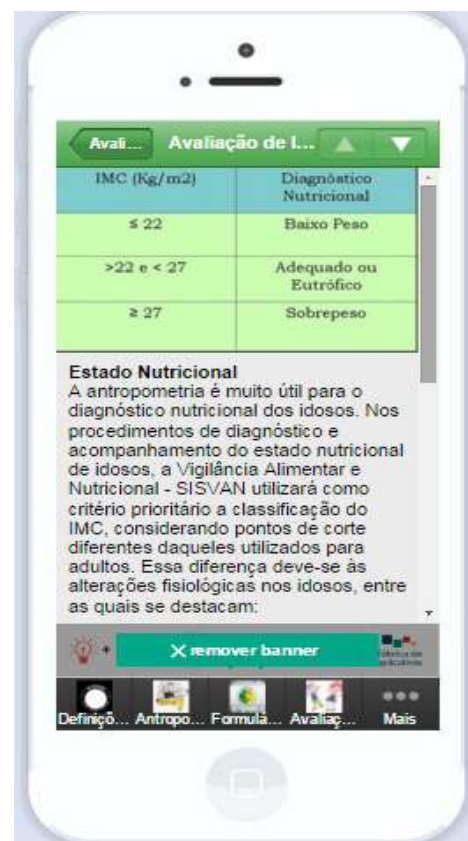


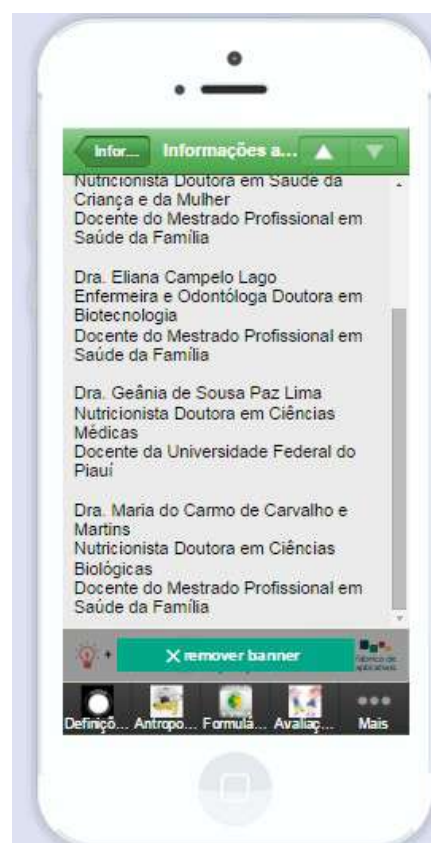
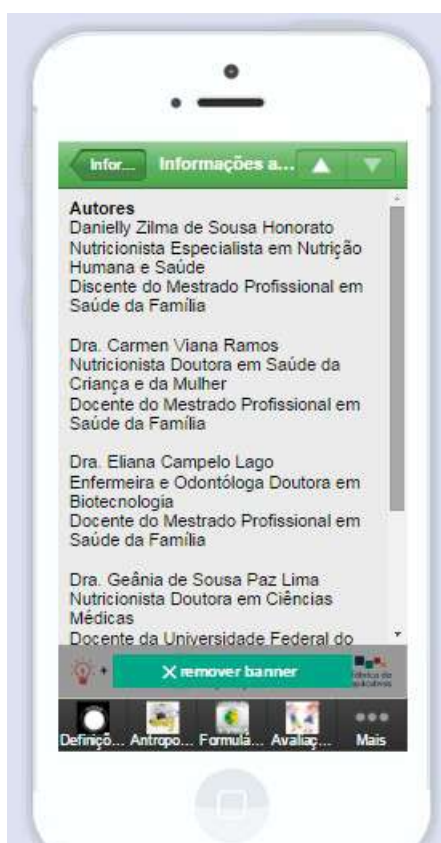
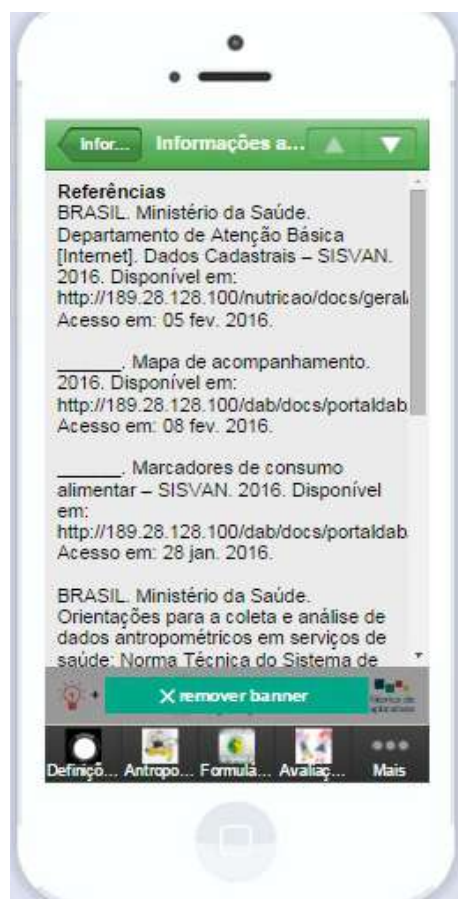
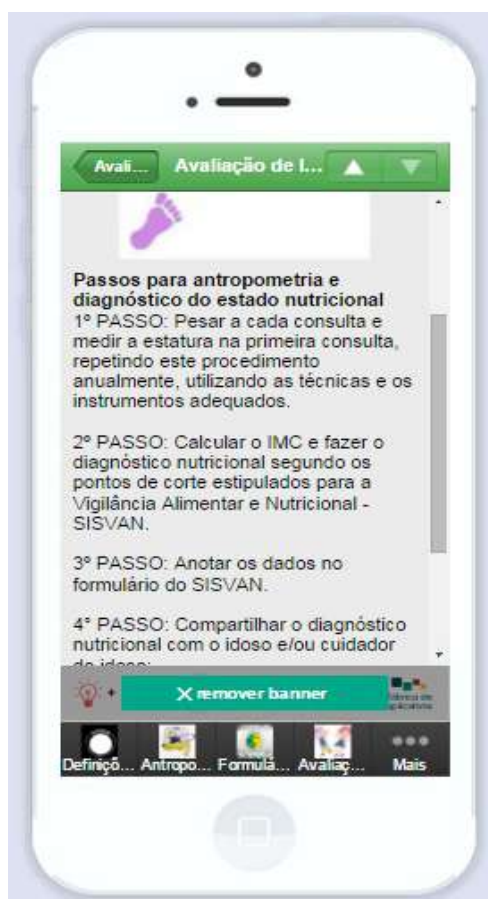












5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SISVAN tem o intuito de avaliar a situação alimentar e nutricional da população, identificando os problemas relacionados às desordens nutricionais e através de seus resultados, permitir a elaboração de programas e políticas de saúde. Através de seus relatórios, o gestor municipal, estadual ou federal pode providenciar ações, em seu respectivo nível, para reversão de problemáticas encontradas.

O conhecimento sobre os objetivos, importância, protocolos, cadastro entre outras atividades relacionadas ao sistema, permite a correta execução das ações propostas pelo mesmo, e otimiza os processos de trabalho, gerando também, informações com maior confiabilidade.

Porém, ficou evidenciado que o SISVAN não é executado no município como preconizado, sendo limitado ao acompanhamento das condicionalidades dos beneficiários do Programa Bolsa Família. As atividades são apenas de cunho antropométrico, não sendo investigado o consumo alimentar da população.

Constatou-se que o conhecimento dos participantes da equipe sobre o SISVAN encontra-se deficitário. Seus relatos revelam que houve uma lacuna no processo de formação. Além das informações obtidas na formação não serem suficiente, muitos profissionais não participaram de capacitações, ou quando participaram, estas foram definidas como vagas e/ou insuficiente.

Dessa forma, o investimento na formação e capacitação dos profissionais por parte dos gestores, e também dos profissionais, deve ser priorizado, com incentivo a atividades de educação permanente em saúde, objetivando a fundamentação dos processos de trabalho. Parcerias com instituições de ensino devem ser realizadas visando a ampliação da oferta de oportunidades no aprofundamento teórico e prático do SISVAN.

Também é imprescindível a sensibilização dos servidores de saúde quanto à importância e conhecimento dos procedimentos relacionados ao SISVAN, para que todo esse processo culmine no fortalecimento do sistema. Delegar as responsabilidades para cada ator social dentro desse processo, gerando uma reflexão acerca da busca de aquisição de habilidades necessárias para o

desenvolvimento de seu trabalho, é indispensável para concretização do sistema na rotina da atenção básica.

Outras dificuldades permeiam nesse processo, como a falta de estrutura física, de insumos, de instrumentos e de recursos humanos assim como a precária retroalimentação do sistema, entre outros. Assim é indispensável o compromisso da gestão com o desenvolvimento das atividades em saúde na atenção básica, sendo fundamental a promoção de um cenário propício a implementação de políticas de saúde.

De forma pertinente nos relatos dos entrevistados, surge a necessidade da inclusão do nutricionista na equipe de ESF, para auxiliar na execução das ações de alimentação e nutrição dessa estratégia. Além do auxílio direto na execução das atividades do SISVAN, o nutricionista pode contribuir na elucidação de atividades educativas, de caráter preventivo, tanto com a população, como com os próprios servidores da saúde, somando os seus saberes às atribuições da estratégia. A cooperação desse profissional com o restante da equipe poderá contribuir para a consolidação da SISVAN, bem como de outras atividades de promoção e proteção da saúde.

Espera-se que os resultados desse estudo possam colaborar na melhoria da execução do SISVAN, com efetiva vinculação de seus dados a outras ações de alimentação e nutrição, e na sensibilização dos profissionais de saúde, para que assumam uma atitude pró-ativa, buscando sempre oferecer uma melhor assistência aos usuários.

É necessária a realização de ações que possam minimizar as dificuldades na operacionalização do SISVAN e estudos que avaliem o impacto dessas ações na quantidade e qualidade das informações geradas.

REFERÊNCIAS

ATALAH SAMUR, E. et al. Propuesta de um nuevo estándar de Evaluación nutricional em embarazadas. **Rev. Med. Chile**, [S. l.], v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BAGNI, U. V.; BARROS, D. C. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. **Rev. Nutr.**, v. 25, n. 3, p. 393-402, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000300009>. Acesso em 07 abr. 2015.

BALBINO, A. C. et al . Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Trab. educ. saúde**, v. 8, n. 2, p. 249-266, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a05v8n2.pdf>>. Acesso em: 06 abr.2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. Revista e Ampliada. Lisboa: Edições 70, 2014

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, v.20, n.4, p.884-899, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29725/31602>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

BATISTA FILHO, M; BATISTA, L. V. Transição alimentar/ nutricional ou mutação antropológica?. **Cienc. Cult.**, v. 62, n. 4, p. 26-30, 2010. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília DF, 2012e. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2014.

_____. Datasus [Internet]. **Informações de saúde (TABNET)**. 2015b. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 20 mar. 2015.

_____. Datasus [Internet]. **SISVAN - Notas Técnicas**. 2014. Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html> Acesso em: 28 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

_____. Departamento de Atenção Básica [Internet]. **Marcadores de consumo alimentar – SISVAN**. 2015e. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/marcadores_de_consumo.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Módulo gerador de relatórios – SISVAN**. 2015a. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php>. Acesso em 15 mar. 2015.

_____. **Parâmetros para Avaliação Nutricional**. 2015c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=parametros>. Acesso em: 4 abr. 2015.

_____. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: dados cadastrais**. 2015d. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/formulario_cadastro.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2015.

_____. **Estratégia Nacional Para a Alimentação Complementar Saudável – Caderno do tutor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/estrategia.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2014.

_____. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasil 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://www.fasi.edu.br/files/biblioteca/nut/indicadores_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

_____. **Informe técnico Bolsa Família Nº 11: SISVAN – módulo de gestão (Bolsa Família) e SISVAN-Web**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/pbf_informes/pbfinfo11_cgpan.pdf>. Acesso em 27 nov. 2014

_____. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 05 nov 2014.

_____. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em:

<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/alimento/bfamilia/3-3-van-bf-bolsa-familia.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica: Avaliação de marcadores do consumo alimentar e registro nos Sistemas de Informação da Atenção Básica.**

2013. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_consumo_alimentar.pdf

> Acesso em 05 abr. 2015.

_____. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível

em:<<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015

_____. Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2008d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em: 07 abr. 2015.

_____. Portaria nº 710 de 10 de Junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 15 jun. 1999. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria710_10_06_1999.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2014.

_____. Portaria Nº 1.156 de 31 de Agosto de 1990. Fica instituído, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1 set. 1990a. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_sisvan.pdf> Acesso em: 04 dez. 2014.

_____. Portaria nº 154/ GM/MS, em 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 04 mar. 2008c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 04 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 out. 2012c.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2387_18_10_2012.html>.

Acesso em: 04 dez. 2014.

_____. Portaria Nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 nov. 2011b.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2715_17_11_2011.html>.

Acesso em: 04 dez. 2014.

_____. Portaria nº 2246/ GM, em 18 de Outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 out. 2004b. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2246.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2014.

_____. Portaria nº 648/ GM, em 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 mar. 2006a. Disponível em: <

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2014.

_____. **Programa de Combate às Carências Nutricionais – PCCN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_13.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

_____. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em:

<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em 06 abr. 2015.

_____. **Relatório das capacitações macrorregionais em atitude de vigilância: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_capacitacoes_atitude_vigilancia_sisvam2005.pdf>. Acesso em: 05 nov.2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ) - **Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2014.

_____. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf>. Acesso em 05 nov. 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Portaria Interministerial MS/MDS Nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 nov. 2004c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/mds/portarias/2004/Portaria,P20Interministerial,P20no,P202.509-,P20de,P2018,P20de,P20novembro,P20de,P202004.pdf.pagespeed.ce.VEB_CTZe4K.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES. Ministério da Saúde. **Consulta equipes**. 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp> Acesso em: 28 nov. 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes: documento preliminar**. Rio de Janeiro: ABEM, 2005.

COLONETTI, T.; RIBEIRO, R. Diagnostico nutricional de uma população acompanhada pelo Sisvan. **Nutr.**, v. 38, n. S, p. 180, 2013. Disponível em: <<http://www.revistanutrire.org.br/articles/view/id/5255ae695ce02a6b08000004>> Acesso em: 4 abr. 2015.

COUTINHO, J. G. et al . A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev. Bras. Epidemiol.**,v. 12,n. 4, p. . 688-699, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000400018&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 06 Dez 2014.

ENES, C. C.; LOIOLA, H.; OLIVEIRA, M. R. M. de. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Col.**, v. 19, n. 5, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501543&lng=en&nrm=iso> Acesso em 06 Dez 2014.

FABRICA DE APLICATIVOS. Criação de aplicativos. Brasil, 2015. Disponível em: <<http://fabricadeaplicativos.com.br>>. Acesso: 23 jan. 2016.

FALCON, G. S.; ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, n. 2, p. 343-351, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200020> Acesso em 07 abr. 2015.

FERREIRA, C. S.; CHERCHIGLIA, M. L.; CESAR, C. C. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 13, n. 2, p. 167-177, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292013000200010>.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v. 34, n. 2, p. 207 – 215, 2010. Disponível em: <<http://www.famema.br/famema/ensino/capacdoc/docs/formacaoprofsus.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

FERREIRA, S. R. G.. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. **Cienc. Cult.**, v. 62, n. 4, p. 31-33, 2010. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2015.

FONSECA, G. S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface**, v. 18, n. 50, p. 571-83, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000300571&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 abr. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: orientações para implementação nos municípios**. Brasília: UNICEF, 2010. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cartilha_sisvan.pdf> Acesso em: 29 nov. 2014.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ed. São Paulo. Atlas, 2010.

HOFFMANN, R. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: Análise dos Dados da PNAD de 2004. **Seg. Alimentar e Nut.**, v. 15, n. 1, p. 49-61, 2008. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/4_artigo_1415_Determinantes_da_Inseguranca_Alimentar.pdf> Acesso em: 15 fev 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Nutrition during pregnancy**. Washington D.C. US: National Academy Press, 1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE [Internet]. **Cidades**. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211220&search=maranhao|timon>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf> Acesso em 29 mar. 2015.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf>. Acesso em 06 abr. 2015.

JAIME, P. C. et al . Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.**, v. 24,n. 6, p. 809-824, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 mar. 2015.

JUNG, N. M.; BAIRROS, F. S.; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. Saúde Col.**, v. 19, n. 5, p. 1379-1388, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Dez 2014.

LEVY, R. B. et al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 6-15, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MACIEL, E. S. et al . Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. **Rev. Nutr.**,v. 25, n. 6, p. 707-718, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2015.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S; RAYMOND, J. L. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 6º . ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 13ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2013.

OLIVEIRA, P.; BOSCO, S.D. Hábitos alimentares de crianças com dois anos de idade em escolas municipais da cidade de Lajeado, RS. **Dest. Acad. Univates**, v.1, n.3, p. 53-60, 2009.

REDENUTRI [Internet]. **Nota Técnica**. 2013b. Disponível em: < http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=449>. **Acesso em: 28 nov.** 2014.

REDENUTRI. [Internet]. **SISVAN web lança sua primeira versão revisada a partir de março de 2013**. 2013a. Disponível em:<http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=646>. Acesso em: 02 dez. 2014.

SOARES. C.A.M.; FALHEIROS, M. R.; SANTOS E.O. A enfermagem e as ações de prevenção primária da hipertensão arterial em adolescentes. **Rev. adolesc. e saúde**, v.8 ,n.2, p. 46 a 55, 2011. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=273#> Acesso em 07 abr. 2015.

SOUZA, N. N. et al . Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 655-662, 2012 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2015.

THE NUTRITION SCREENING INITIATIVE. **Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice**: a monograph for physicians. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association, National Council on Aging Inc., 1994.

VITORINO, S. A. S. et al. Avaliação da estrutura organizacional e do processo de implantação do Sisvan-Web no âmbito da Atenção Básica no Estado de Minas Gerais **Rev. Saúde Públ. do SUS/MG**, v. 1, n.1, p. 117-18, 2013. Disponível em: <https://recriarse.files.wordpress.com/2013/09/revistagerais_saudepublica_2013v1n1.pdf>. Acesso em 18 abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHOconsultation on obesity. (WHO Technical Report Series n. 894). Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

_____. **Physical Status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

_____. **Who child growth standards:** length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

_____. **WHO child growth standards:** Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO



PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TÍTULO DA PESQUISA: O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS QUE O VIVENCIAM

Depoente nº: _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Idade em anos, entre:

- () 20 -24
- () 25 – 29
- () 30 – 34
- () 35 – 39
- () 40 – 44
- () 45 – 49
- () 50 ou mais

Estado Civil

- () Solteiro(a)
- () Casado(a)
- () Viúvo(a)
- () Divorciado(a)
- () União estável

Formação Acadêmica: _____ Ano de Formação: _____

Pós-graduação:

Ano: _____ Área: _____

Ano: _____ Área: _____

Tempo de atuação na Atenção Básica: _____

Motivos da escolha profissional:

- () Identificação com a formação/vocação/realização profissional.
- () Realização financeira.
- () Ajudar as pessoas de acordo com a formação/atuação profissional.
- () Impossibilidade de escolher a formação profissional desejada.
- () Outros. Quais? _____

Trabalha com SISVAN? _____ Há quanto tempo? _____

Já participou de alguma capacitação/ treinamento/ reunião sobre o SISVAN?

Não () Sim ().

Há quanto tempo: _____ Quem promoveu: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

TÍTULO DA PESQUISA: O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS QUE O VIVENCIAM

Depoente nº: _____

Fale sobre a sua experiência (visão) com o manejo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN na atenção básica?

Roteiro temático: conhecimento sobre o SISVAN (definição, importância, público alvo, informações coletadas); ações propostas pelo sistema que são desenvolvidas; relação com usuários; normas/ rotinas e procedimentos dotados para coleta de dados; importância/facilidades/dificuldades na realização; sugestões de melhoria; expectativas futuras.



APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional sob a ótica dos profissionais que o vivenciam”**, desenvolvida por **Danielly Zilma de Sousa Honorato**, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob orientação do Professor (a) Dr. (a). **Carmen Viana Ramos**. O objetivo central do estudo é analisar os alcances e limites do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVSAN), a partir da visão dos profissionais que o vivenciam.

O convite a sua participação decorre da necessidade de analisar a operacionalização, as dificuldades e outros fatores que influenciam na alimentação do SISVAN através da sua vivência com o programa. Considerando que o SISVAN encontra-se subutilizado, e estudos em todo o país mostram uma baixa cobertura da população, esta pesquisa permitirá a adoção de medidas que visem o fortalecimento do sistema. Dessa forma, sua participação é muito importante.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Como toda pesquisa, há risco direto ou indireto de identificação do participante, porém todas as medidas serão tomadas para minimização deste risco. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo a identificação utilizada será depoentes nº__.

Este é um estudo descritivo qualitativo, com profissionais de saúde da atenção básica e gestores do SISVAN no município, onde sua participação consistirá em responder perguntas de uma entrevista semiestruturada, à pesquisadora do projeto. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra, para o estudo posterior e análise dos dados colhidos. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a). Para

a análise dos dados utilizar-se-á a análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Bardin.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e do questionário de 15 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às estas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPÍ.

Como benefício direto da pesquisa, têm-se o desenvolvimento de um aplicativo de celular que conterà os protocolos de utilização do SISVAN, de maneira sucinta, permitindo um acesso simples e rápido das informações essenciais para manejo do sistema. Outros benefícios, mesmo que não imediatos, surgirão através da aquisição de conhecimentos relacionados à operacionalização do SISVAN no município, e as principais dificuldades da implementação do programa, e isso poderá otimizar e facilitar a utilização do sistema pelos profissionais de saúde, permitindo o alcance dos objetivos propostos.

A pesquisa oferece riscos para os participantes, pois a realização da entrevista pode ocasionar desconforto para os participantes pela possibilidade de haver constrangimento relacionado às perguntas que serão realizadas. Neste sentido, esta pesquisa busca minimizar o máximo de riscos ou desconfortos para os participantes, seguindo todas as considerações éticas citadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas serão realizadas em local privativo para não haja exposição dos participantes, que terão seu anonimato assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus. Neste sentido, para a preservação do anonimato e sigilo dos participantes do estudo, como dito anteriormente, a identificação utilizada será depoentes nº ___. Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Os resultados finais desta pesquisa ainda irão contribuir para o meio científico, pois serão divulgados ao público por meio de revistas científicas, fortalecendo deste modo, a construção de novas informações e produzindo maior visibilidade a utilização do SISVAN na saúde pública.

Caso aceite participar do estudo, assinarão duas vias (uma do próprio participante e outra do pesquisador responsável) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todas as páginas estão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página. Durante todas as etapas do estudo todos os pesquisadores respeitarão impreterivelmente a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que

trata da ética de pesquisas que incluem, sejam de forma direta ou indiretamente os seres humanos.

O estudo tem como pesquisadores responsáveis a Profª Dra. Carmen Viana Ramos e a mestranda Danielly Zilma de Sousa Honorato, com endereço profissional situado na Rua Vitorino Orthiges Fernandes, número 6123, Bairro: Uruguai, CEP: 64073-505, e-mail: cvramos@uninovafapi.edu.br; daniellyzilma@hotmail.com, telefones para contato: 2106-0723 e 32129283.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Carmen Viana Ramos
CPF: 38690284320

Danielly Zilma de Sousa Honorato
CPF: 03786399352

Carmen Viana Ramos. Telefone: 2106-0723 e-mail: cvramos@uninovafapi.edu.br

Timon, _____ de _____ de 2015.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG e CPF:

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS QUE O VIVENCIAM

Pesquisador: Carmen Viana Ramos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46264115.1.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.131.767

Data da Relatoria: 29/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, a ser realizada com os profissionais da Estratégia Saúde da família de um município do Maranhão. Para a coleta dos dados será realizada uma entrevista com questionário semi-estruturado com roteiro temático. Para a análise dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) consiste em um sistema de informação que tem como finalidade promover o conhecimento sucessivo sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. As ações executadas pela Vigilância Alimentar e Nutricional nos serviços de saúde incluem a avaliação antropométrica, com aferição do peso e altura, com posterior definição do estado nutricional através de índices antropométricos, e o consumo alimentar, através do registro das informações alimentares em formulários adequados para cada idade. Atualmente, percebe-se que a implementação do SISVAN não ocorre de forma suficiente no país. .

Assim como no Maranhão, outros estados enfrentam a mesma problemática de implantação do sistema em seu território. Diante disso, definiu-se como objeto de estudo a análise dos alcances e

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theonias Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.131.767

limites do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, a partir da visão dos profissionais que o vivenciam.

Serão incluídos no estudo funcionários do município de Timon – MA com vínculo empregatício com a ESF, NASF e coordenadorias da atenção básica e do SISVAN com pelo menos um ano de atuação; que estejam diretamente envolvidas com as ações do SISVAN no município; que tenham disponibilidade e aceitem participar do estudo, concordando em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE; e ter capacidade de fornecer respostas que atendam aos objetivos do estudo.

Dentre os critérios de exclusão ressalta-se: profissionais que exercem atividades voluntárias ou de estágios; funcionários que estejam há menos de um ano vinculados a ESF, NASF e coordenadorias da atenção básica e do SISVAN; e que não aceitem assinar o TCLE.

As entrevistas serão gravadas, após o consentimento dos participantes e transcritas na íntegra, preservando a fala dos entrevistados, para o estudo posterior e análise dos dados colhidos, obedecendo a horários e limitações dos mesmos. O encerramento das entrevistas se dará após a saturação dos depoimentos. Aos participantes será garantido o anonimato e estes, serão identificados, como depoente nº. As informações obtidas serão analisadas por meio da Análise de conteúdo modalidade temática, que é um conjunto de técnicas que analisa as comunicações, e tem como finalidade o enriquecimento das informações coletadas. Essa análise faz alusão à contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação antecipadamente determinada, ou seja, constitui em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto analítico selecionado. As entrevistas serão recortadas em redor de cada tema-objeto, ou seja, tudo o que será afirmado acerca de cada objeto preciso no decorrer da entrevista será transcrito para uma ficha, seja qual for o momento em que a afirmação tenha tido lugar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os alcances e limites do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional a partir da visão dos profissionais que o vivenciam.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.131.767

Objetivo Secundário:

Caracterizar os participantes do estudo quanto aos indicadores sócio demográficos; descrever quais ações preconizadas pelo SISVAN são desenvolvidas pelos profissionais; investigar a realização de capacitação acerca do sistema pelos gestores e profissionais de saúde da atenção básica; investigar o conhecimento dos profissionais de saúde na ESF no que diz respeito do SISVAN; identificar as dificuldades e facilidades dos profissionais em relação a operacionalização do programa; desenvolver um aplicativo de celular informativo que contenha os protocolos essenciais para o manejo do SISVAN no cotidiano da atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes poderão sofrer risco ocasionado pela pesquisa, como constrangimentos no momento da entrevista. Para minimizar esse risco, os pesquisadores realizarão as entrevistas em salas privadas, onde os mesmos não serão expostos, e ainda serão esclarecidos os objetivos e benefícios da pesquisa. É importante destacar que o entrevistado ficará à vontade para responder ou não às perguntas, terão seu anonimato e sigilo assegurado, e serão esclarecidos quanto ao direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus.

Benefícios:

Os benefícios, mesmo que em longo prazo, surgirão com a aquisição de conhecimentos relacionados aos alcances do sistema no município, e as principais dificuldades da implementação do programa. Como esse programa tem o intuito de avaliar a situação alimentar e nutricional, identificando os problemas relacionados às desordens nutricionais e através de seus resultados, permitir a elaboração de programas e políticas de saúde populacionais, a aquisição de novos conhecimentos poderá otimizar e facilitar a utilização do sistema pelos profissionais, permitindo o alcance dos objetivos propostos. Além disso, será elaborado um aplicativo móvel para smartphones voltados aos profissionais que conterà os protocolos de utilização do SISVAN, de maneira sucinta, permitindo um acesso simples e rápido das informações essenciais para manejo do sistema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os sistemas de informação possuem grande importância para a tomada de decisões governamentais e para pesquisas epidemiológicas, daí a importância do estudo. Outra faceta que dá importância ao estudo é a constante avaliação desses sistemas e a correção de distorções.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Theon
Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.131.767

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários à submissão do protocolo foram postados e de acordo com as normas vigentes, bem como com a qualidade necessária para sua avaliação.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do presente protocolo de pesquisa, declaro que o mesmo se adequa à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

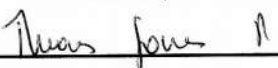
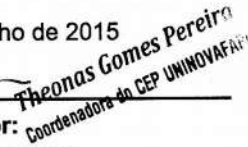
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado conclui pela aprovação do protocolo de pesquisa porque está elaborado conforme recomendações da Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

TERESINA, 30 de Junho de 2015


Assinado por: 
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA INTERFACE

Interface Comunicação Saúde Educação

Manual Orientação Autor Scholarone Manuscripts



MANUAL – ORIENTAÇÃO AUTOR INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO

Sumário

Normas de submissão revista Interface Comunicação, Saúde, Educação.....	2
Fazendo login na Área do Autor (Author Center).....	9
A PÁGINA DE BOAS-VINDAS.....	10
O PAINEL DE CONTROLE DE AUTOR.....	11
O PROCESSO DE SUBMISSÃO DE MANUSCRITO.....	12
<i>Passos para efetuar a submissão.....</i>	13
PASSO 1 – TIPO, TÍTULO E RESUMO (Type, Title and Abstract).....	13
PASSO 2 – ATRIBUTOS/PALAVRAS-CHAVE.....	15
PASSO 3 – AUTORES E INSTITUIÇÕES.....	16
PASSO 4 – REVISORES.....	18
PASSO 5 – DETALHES E COMENTÁRIOS.....	20
PASSO 6 – UPLOAD DO ARQUIVO.....	22
PASSO 7 – REVISÃO E SUBMISSÃO.....	24
DICA PARA AUTORES PARA SUBMETEREM UMA REVISÃO.....	27

Normas de submissão revista Interface Comunicação, Saúde, Educação

PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita **apenas on-line**, pelo sistema ***Scholar One Manuscripts***.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível no link: http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor_revista_miriam_15.

No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar seu cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu usuário e senha, entre no menu no item "Edit Account", que está localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3 de seu cadastro, no sistema as áreas de atuação estão descritas como "KeyWord".

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na Internet.

Criação — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, **incluem-se quadros** e **excluem-se** título, resumo e palavras-chave.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icsse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em "Author Center" e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em **Word** ou **RTF**, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Citações no texto

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira^{1,4,10,12}

Nota Importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

"Os 'Requisitos Uniformes' (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM."¹

c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separado entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:
 Dar um espaço após ponto.
 Dar um espaço após ponto e vírgula.
 Dar um espaço após dois pontos.
 Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Miglioni R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tiberio (FLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzaneli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida GF, Andrade BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br.

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal, Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano:v(n):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação,

Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;7:15-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013;7:15-29.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão "acesso em"]. Endereço do site com a expressão "Disponível em:"

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet]. 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre haverá o Doi; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato jpeg ou tiff, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos vetor podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.