

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO
BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA

SABRINA TEODOSIO SILVA

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: PROPOSTA DE PROTOCOLO

CRICIÚMA
2013

SABRINA TEODOSIO SILVA

VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: PROPOSTA DE PROTOCOLO

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, para a obtenção do título de Especialista na modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família.

Orientadora (Tutora): Prof. MSc. Rita Suselaine Vieira Ribeiro

CRICIÚMA
2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus, pela presença constante em minha vida e por iluminar meus caminhos nessa trajetória.

Aos meus pais Elias e Vilma, por serem meus exemplos de vida e por incentivarem e apoiarem sempre o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu esposo Michael e meu filho amado, Leonardo, pelo amor e compreensão durante os períodos de ausência.

À Tutora e orientadora deste trabalho, Professora Rita Suselaine Vieira Ribeiro, por seu apoio, orientação e inspiração essenciais durante toda a Residência e para a execução e conclusão desta monografia.

À professora Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões, pelo auxílio essencial na análise dos dados deste trabalho.

À Coordenação de Atenção Básica da Secretaria do Sistema de Saúde do município de Criciúma, pela autorização do desenvolvimento desta pesquisa.

Aos gerentes das Unidades de Saúde, pela disponibilidade para a realização das entrevistas deste trabalho.

Aos acadêmicos do curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense, pela contribuição durante a coleta de dados.

À todos os Residentes da turma de 2011, pelos momentos de estudo, trabalho e lazer compartilhados nesses dois anos de convivência e pela bela amizade que construímos.

Enfim, à todas as pessoas e instituições que, de várias maneiras e em diversos momentos, contribuíram para a realização deste trabalho.

**“Nem tudo que se enfrenta pode ser
modificado, mas nada pode ser modificado
até que seja enfrentado.”**

Albert Einstein

RESUMO

Introdução: O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) constitui uma ferramenta que tem como objetivo monitorar a situação alimentar e nutricional da população, sendo um instrumento de apoio à detecção de situações de risco e à realização de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia de reversão ao quadro de adequação. Estas ações, entretanto, ainda configuram-se como um desafio para os serviços de saúde. As diretrizes do SUS enfatizam o atendimento integral e orientam a organização dos serviços e o aporte de ciência e tecnologia às ações de saúde, que muitas vezes acontecem com o emprego de protocolos. Estes são instrumentos que apresentam as rotinas dos cuidados e as ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde. **Objetivo:** Este trabalho buscou desenvolver uma proposta de protocolo para estruturar as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional no município de Criciúma (SC). **Metodologia:** O trabalho foi realizado em duas fases. Inicialmente, foi desenvolvido um estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem quantitativa, que buscou verificar como se dá a sistematização e o fluxo de dados da Vigilância Alimentar e Nutricional no município. Foram incluídas no estudo as equipes das Unidades de Saúde que seguem o modelo Estratégia Saúde da Família, totalizando 34 equipes. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas a partir de um modelo desenvolvido pelos autores da pesquisa. Na segunda fase do estudo, realizou-se uma revisão de literatura para embasamento da proposta de protocolo para Vigilância Alimentar e Nutricional, baseado na realidade encontrada nas Unidades de Saúde. **Resultados:** O SISVAN estava implantado em todas as Unidades. Grande parte das equipes não tinha conhecimento das recomendações do Ministério da Saúde com relação à periodicidade das ações de monitoramento da população. A vinculação da coleta de dados do SISVAN às Campanhas de Vacinação foi a estratégia para captação de indivíduos para cadastramento/acompanhamento no SISVAN mais citada pelos participantes do estudo. Verificou-se que, na maioria das equipes, o diagnóstico nutricional não é repassado ao usuário. Metade dos participantes afirmou realizar ações com a população a partir dos resultados do SISVAN. O problema que impede o bom funcionamento do SISVAN mais citado foi a “equipe incompleta” e a sugestão mais relatada para a melhoria do SISVAN foi a “informatização”. A partir dos resultados descritos, elaborou-se a proposta de protocolo para a organização do serviço de Vigilância Alimentar e Nutricional do município, apresentada ao final do trabalho. **Conclusão:** Faz-se necessário a ampliação da cobertura populacional do SISVAN e capacitação dos recursos humanos, além da interpretação e utilização dos dados advindos do Sistema. Além disso, a implantação do sistema informatizado nas Unidades de Saúde facilitaria a alimentação dos dados coletados na rotina do serviço de saúde.

Palavras-chave: Vigilância Nutricional. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: The System for Food and Nutrition Surveillance (SISVAN) is a tool that aims to monitor the food and nutrition situation of the population, being an instrument to support the detection of risk situations and to carry out actions that enable the prevention of its effects and reversion to guarantee adequacy framework. These actions, however, still appear as a challenge to health services. SUS guidelines emphasize comprehensive care and guide the organization of services and the contribution of science and technology in health care, which often occur with the use of protocols. These are instruments that present the routines of care and management actions for a particular service, team or department, and they serve to guide flows, behaviors and clinical procedures of health service workers. **Objective:** This study aimed to develop a proposal for a protocol to structure the actions of Food and Nutritional Surveillance in the town of Criciúma (SC). **Methodology:** The study was conducted in two phases. Initially, we developed a descriptive, cross-sectional and quantitative approach, which aims to evaluate the systematic and data flow of Food and Nutritional Surveillance in the city. The study included teams of health units that follow the model of the Family Health Strategy, totaling 34 teams. For data collection, interviews were conducted from a model developed by the authors of the research. In the second phase of the study, there was a basis for the literature review of the proposed protocol for Food and Nutrition Surveillance of the municipality, based on the reality found in the Health Units. **Results:** SISVAN was deployed in all units. Much of the team was not aware of the recommendations of the Ministry of Health with respect to the frequency of monitoring activities of the population. The linking of data collection to SISVAN Vaccination campaigns was the strategy to attract individuals to registration / monitoring in SISVAN most cited by study participants. It was found that most of the teams, the nutritional diagnosis is not passed to the user. Half of the participants said performing actions with the population from the results of SISVAN. The problem that prevents the proper functioning of SISVAN most cited was "incomplete team" and reported more suggestion for improving SISVAN was the "computerization". From the results described, we elaborated the draft protocol for the service organization Nutritional Surveillance of the municipality, presented at the end of the work. **Conclusion:** It is necessary to expand the coverage of the population SISVAN and training of human resources, as well as the interpretation and use of data coming from the system. Furthermore, the implementation of the computerized system in the health units facilitate feeding data routinely collected by the health service.

Keywords: Nutritional Surveillance. Primary Health Care. Public Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 OBJETIVOS	10
1.1.1 Objetivo Geral	10
1.1.2 Objetivos Específicos	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E TRANSIÇÃO NUTRICIONAL	12
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	13
2.3 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	15
2.3.1 Histórico da Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil	16
2.3.2 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – perspectivas e desafios	19
2.4 PROTOCOLOS EM SAÚDE	20
3 MATERIAL E MÉTODOS	22
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	22
3.2 LOCAL DO ESTUDO	22
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	23
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	23
3.5 COLETA DE DADOS	23
3.6 ANÁLISE DE DADOS	24
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	24
4 RESULTADOS	25
4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	25
4.2 FUNCIONAMENTO/SISTEMATIZAÇÃO DO SISVAN NAS UNIDADES DE SAÚDE	26
4.2.1 Implantação e funcionalidade do SISVAN	26
4.2.2 Equipamentos antropométricos	27
4.2.3 Instrumentos SISVAN	29
4.2.4 Priorização de fases da vida e conhecimento da periodicidade de cadastramento/acompanhamento	30
4.2.5 Estratégias para cadastramento/acompanhamento	32
4.2.6 Avaliação do estado nutricional dos usuários	33
4.2.7 Realização de ações/intervenções	36
4.2.8 Problemas e sugestões relacionados ao SISVAN	37

4.3 FLUXO DE DADOS DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	38
5 DISCUSSÃO	41
6 CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNCIDE - Proposta de Protocolo para a Vigilância Alimentar e Nutricional do município de Criciúma (SC).....	68
ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Para o cumprimento da tarefa de promover e proteger a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) organiza-se conforme diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo ainda alguns princípios descritos na Lei 8080/1990, os quais destacam-se: a Universalidade, a Integralidade, a Equidade, a Participação Comunitária e a Descentralização (BRASIL, 1990).

As diretrizes do SUS enfatizam o atendimento integral e orientam a organização dos serviços e o aporte de ciência e tecnologia às ações de saúde, que muitas vezes acontecem com o emprego de protocolos (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

De forma sucinta, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, sustentados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Em 2006, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) buscou incentivar a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo esteja amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados.

Ao citar a importância da adoção das diretrizes do SUS na elaboração dos protocolos, Werneck, Faria e Campos (2009), afirmam que a qualidade da atenção à saúde deve-se a uma integração dos serviços e aplicação dos recursos disponíveis, para que se alcance os melhores índices possíveis de saúde dos usuários do sistema, ao mais baixo custo de recursos e com os mais baixos riscos e efeitos adversos sobre os indivíduos, às comunidades e ao sistema. Além disso, dependendo de como ocorre o processo de discussão, adoção e implantação de protocolos, é possível afirmar a efetividade destes como instrumentos de mudanças e de aumento da capacidade crítica dos profissionais, melhora de desempenho e postura individual e coletiva, gerando um trabalho capaz de produzir mais saúde.

Como resultado da Conferência Mundial de Alimentação, realizada em Roma, no ano de 1974, foi recomendado que os países implantassem e mantivessem atualizados os Sistemas de informações de Vigilância Alimentar e Nutricional, provendo indicadores de avaliação de programas e serviços de saúde e

nutrição, de insegurança alimentar e da avaliação do estado nutricional da população, garantindo um fluxo ágil destas informações entre as esferas do governo (ENGSTRON, 2002).

No Brasil, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), atualmente, constitui uma ferramenta tecnológica disponibilizada para os estados e municípios que tem como objetivo monitorar a situação alimentar e nutricional da população atendida pelo SUS, sendo um instrumento de apoio à detecção de situações de risco e à realização de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia de reversão ao quadro de adequação. Ou seja, o SISVAN deve servir de embasamento para a tomada de decisões no que diz respeito a ações preventivas, curativas, de reabilitação ou de emergência, sendo que estas devem modificar a situação existente, além de avaliar a eficácia de tais ações. Estas ações, entretanto, ainda configuram-se como um desafio para os serviços de saúde, tendo em vista que não basta reunir, analisar e publicar dados, é preciso interpretá-los e utilizá-los com regularidade (BRASIL, 2008).

A partir da contextualização apresentada e considerando que protocolos são importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços e que a ausência de padronização das ações pode levar a uma grande variação nas práticas dos profissionais, este trabalho buscou desenvolver uma proposta de protocolo para estruturar as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional no município de Criciúma (SC), com o objetivo de se tornar um elemento útil na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde no âmbito da Atenção Básica.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de protocolo de organização dos serviços de Vigilância Alimentar e Nutricional para o Município de Criciúma, SC.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar o funcionamento/sistematização do SISVAN nas Unidades de Saúde do município;
- Verificar como ocorre o fluxo de dados da Vigilância Nutricional no município de Criciúma;
- Elaborar uma proposta de protocolo para as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Nos últimos anos, o Brasil, assim como vários outros países, tem passado por processos de transição que produziram importantes alterações no perfil de doenças na população. A chamada Transição Epidemiológica caracteriza-se por mudanças nos padrões de morbi-mortalidade relacionadas à redução da mortalidade precoce, principalmente devido às doenças infecto-contagiosas associadas à desnutrição, fome, falta de saneamento básico e pobreza. Em contrapartida, houve aumento da morbidade por Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) associadas a um padrão de vida mais urbano e industrializado (OLIVEIRA, 2004; MALTA et al, 2006).

Outro processo verificado no Brasil é a chamada Transição Nutricional, a qual advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna (OLIVEIRA, 2004; MALTA et al, 2006).

O intenso declínio da desnutrição infantil no Brasil ocorreu graças às melhorias observadas no poder aquisitivo das famílias de menor renda, na escolaridade das mães e na ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde e saneamento (MONTEIRO et al, 2009).

Por outro lado, a ocorrência de sobrepeso e obesidade demonstra o desequilíbrio entre ingestão e gasto de calorias pelo organismo humano, e a explicação para o aumento dessas condições é decorrente das mudanças nos padrões de alimentação e de atividade física da população. As prevalências crescentes de excesso de peso e obesidade, por sua vez, contribuem para o aumento das DCNT (LEVY-COSTA et al, 2005).

Essa transição epidemiológica e nutricional tem colocado novos desafios aos gestores do setor saúde e de outros distintos setores governamentais, principalmente no que se refere ao financiamento das ações de saúde. As DCNT são onerosas para o SUS e aumentam a necessidade de prevenção, pesquisas e vigilância para que sejam adequadamente gerenciadas (MONTEIRO et al, 2009).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

No final da década de 30 e no decorrer do primeiro governo Vargas, o campo da Alimentação e Nutrição teve sua emergência, como ciência, profissão e como Política Pública do Estado brasileiro (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2002).

Como Política Pública, no período 1930-1963, a intervenção estatal em Alimentação e Nutrição realizou-se através de ações e programas de assistência alimentar e nutricional para os trabalhadores vinculados à previdência social, às gestantes, nutrizes e crianças menores de cinco anos de idade e os escolares (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2005; ARRUDA; ARRUDA, 2007).

A partir da década de 60, passou-se a discutir, no âmbito da comunidade latino-americana de Nutrição, a formação de um profissional de nível superior, qualificado por formação e experiência, para atuar nos serviços de saúde pública com o objetivo de melhorar a nutrição humana, essencial para que se mantenha um nível de saúde adequado (YPIRANGA; GIL, 1989).

Desta forma, o processo de formação do profissional Nutricionista no Brasil, antes focado apenas na elaboração e a orientação dietética dentro dos serviços de atenção à saúde e na administração de serviços de alimentação de trabalhadores da Previdência Social, começou a passar por algumas alterações. Este fato foi essencial no processo de inclusão do campo da Nutrição em Saúde Pública dentro do contexto internacional e, particularmente, nos países latino-americanos (YPIRANGA, GIL, 1989).

No período de 1964 a 1984, são realizadas pesquisas nutricionais de base populacional com amostras representativas das diferentes regiões geográficas do país, bem como o aumento do número de cursos de graduação em Nutrição (VASCONCELOS, 2002; ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Como resultado da evolução das políticas sociais de Alimentação e Nutrição e das instituições responsáveis por sua execução, foi criado, em 1972, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cujo papel era formular uma política na área de alimentação e nutrição para o país. A partir de 1974, portanto, a questão nutricional passou a assumir importância na agenda pública, representando um dos principais

instrumentos da política social conduzida pelo Estado (VASCONCELOS, 2002; ARRUDA; ARRUDA, 2007).

O primeiro modelo de uma política social com dimensão nacional foi sistematizado, em 1976, no Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONANII, já que o PRONAN I foi apenas idealizado, mas não chegou a ser implementado. O PRONANII englobava programas de suplementação alimentar, alimentação do trabalhador, amparo ao pequeno produtor rural, combate às carências específicas e apoio à realização de pesquisas e capacitação de recursos humanos. Além disso, a partir do desenvolvimento do II PRONAN, ocorreu o processo de institucionalização de ações de Alimentação e Nutrição no interior da rede pública de serviços de saúde, educação e assistência social em todo Brasil (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2002; ARRUDA; ARRUDA, 2007).

No período situado entre a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (novembro de 1986) e a promulgação do Projeto de Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010, o qual incluiu no artigo 6º da Constituição de 1988 a alimentação como um direito social de todo cidadão brasileiro (BRASIL, 2010), pode-se citar a realização de diversos eventos, fatos históricos, ações e serviços relacionados direta ou indiretamente ao processo de construção do SUS e conquista do direito à saúde e à alimentação. Como exemplos, destacam-se: a criação do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.156, de 31 de agosto de 1990 (BRASIL, 1990); a constituição da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, liderada por Herbert de Souza (Betinho) a partir de 1993 (BRASIL, 1993); as Conferências Nacionais de Segurança Alimentar realizadas a partir de 1994; a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) por meio da Portaria nº 710 do Ministério da Saúde, de 10 de junho de 1999 (BRASIL, 1999); o Programa Fome Zero, lançado em janeiro de 2003; a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), regulamentado pelo Decreto nº 4.582, de 30 de janeiro de 2003 (BRASIL, 2003); o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), a partir da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN (BRASIL, 2006); e a aprovação da Lei nº 11.947, de 16 de julho de 2009 a qual, entre outras providências, amplia a cobertura do Programa Nacional de Alimentação Escolar

(PNAE) para toda a rede pública e filantrópica de Educação Básica, Ensino médio e Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999 e atualizada em 2011 através da Portaria nº 2.715 (BRASIL, 2011), apresenta-se com o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.

Neste contexto, no período situado entre 1985 e 2011, a Política Pública de Alimentação e Nutrição brasileira sofreu mudanças, passando do planejamento autoritário ao participativo; da centralização à descentralização administrativa; do controle estatal ao social; dos programas de distribuição de alimentos em espécie aos de tíquetes e aos de transferência de renda em dinheiro; do financiamento público às parcerias entre público e privado, entre sociedade civil e Estado, entre instituições governamentais e não governamentais; das ações emergenciais ou assistenciais às mediatas ou estruturais (VASCONCELOS, 2005).

Portanto, ressalta-se tanto a importância da multidisciplinaridade como o papel dos profissionais do campo da Alimentação e Nutrição na Saúde Coletiva pela garantia do direito humano à alimentação saudável, a qual incorpora um conjunto de serviços e condições e serviços essenciais para a prevenção de doenças, promoção, manutenção e recuperação da saúde (VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011).

2.3 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) prevê, em uma de suas diretrizes, o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população que é realizado através do SISVAN. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá ser considerada a partir de um enfoque ampliado que incorpore a vigilância nos serviços de saúde e a integração de informações derivadas de sistemas de informação em saúde, dos inquéritos populacionais, das chamadas nutricionais e da produção científica. Desta forma, para um diagnóstico amplo, nos territórios sob a responsabilidade da Atenção Básica à Saúde, é necessária a análise conjunta dos dados de VAN com outras informações de natalidade, morbidade, mortalidade,

cobertura de programas e dos serviços de saúde, entre outras disponíveis nos demais sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2012).

A partir do diagnóstico, é possível realizar o planejamento com vistas à estruturação das ações de prevenção e controle das carências nutricionais e de promoção da alimentação saudável no serviço, contemplando as peculiaridades e as diversidades locais. O conhecimento do perfil epidemiológico da população também permite definir os mecanismos de apoio, os espaços intersetoriais e os potenciais atores para uma atuação conjunta da saúde com a educação, a assistência social e o desenvolvimento agrário, entre outros setores (COUTINHO et al, 2009).

De acordo com a PNAN, a VAN deverá fornecer dados desagregados para os distintos âmbitos geográficos, categorias de gênero, idade, raça/etnia, populações específicas (como indígenas e povos e comunidades tradicionais) e outras de interesse para um amplo entendimento da diversidade e dinâmicas nutricional e alimentar da população brasileira. O seu fortalecimento institucional possibilitará documentar a distribuição, magnitude e tendência da transição nutricional, identificando seus desfechos, determinantes sociais, econômicos e ambientais (BRASIL, 2012).

2.3.1 Histórico da Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil

No Brasil, a VAN foi preconizada pela primeira vez em 1968, durante a 21ª Assembléia Mundial de Saúde, atendendo às propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO). Foi sugerido que as ações da Vigilância Epidemiológica não deveriam ser restritas às doenças transmissíveis, mas deveriam ser também aplicáveis a outros problemas de saúde pública, incluindo aqueles relacionados à alimentação e à nutrição (SANTANA; SANTOS, 2004).

Em 1974, na Conferência Mundial de Alimentação em Roma, formalizou-se a proposta de Vigilância Nutricional. Nos países subdesenvolvidos, esta ganhou caráter emergencial, principalmente devido às precárias condições de vida de grupos vulneráveis. Na ocasião, a Vigilância Nutricional foi apresentada reduzida a um sistema de informação e de coleta, processamento e análise de informações,

com o objetivo de se ter dados contínuos sobre o estado nutricional de populações (SANTANA; SANTOS, 2004).

Em 1976, quatro anos após a criação do INAN, foi proposta a construção de um Sistema de Informações para a Vigilância Alimentar e Nutricional. Este sistema era direcionado principalmente para o diagnóstico e o tratamento da desnutrição infantil. Contudo, a proposta não foi concretizada em nível nacional, restringindo-se apenas ao desenvolvimento de algumas experiências locais (VASCONCELOS, 2005; ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Segundo Arruda e Arruda (2005) a proposta não vingou em decorrência de uma formatação complexa, embora teoricamente correta, que se tornou inoperável tendo em vista a precariedade das condições e disponibilidades das estruturas de saúde, da dificuldade de conseguir a participação multissetorial, da dependência de recursos de fontes externas ao setor saúde e da ausência de interligação efetiva ao sistema de informação em saúde.

Em 31 de agosto de 1990, foi publicada pelo INAN a Portaria nº 1.156, criando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Também no mesmo ano, foi criado o Comitê Assessor para prestar apoio técnico-operacional à sua implementação e um Grupo Técnico de Coordenação para a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional no país (SANTANA; SANTOS, 2004).

Entretanto, o próprio INAN reconhecia que a VAN não era executada nos municípios. Assim, deu-se início a uma estreita vinculação do SISVAN aos programas assistenciais do governo, o que marcou a história desta vigilância no país durante muitos anos. A realização da vigilância nutricional foi vinculada ao Programa de Atendimento a Crianças Desnutridas e Gestantes de Risco Nutricional “Leite é Saúde”, direcionado para crianças desnutridas de seis meses a dois anos de idade, seus contatos familiares e gestantes sob risco nutricional. O Programa foi desenvolvido de 1994 a 1998 em inúmeros municípios do Brasil e o SISVAN foi definido como requisito para a adesão dos municípios a este Programa, o que restringiu a vigilância nutricional a um instrumento de triagem do Programa (SANTANA; SANTOS, 2004).

Com a aprovação da PNAN, em 1999, determinou-se, em sua terceira diretriz, que a VAN fosse ampliada e aperfeiçoada, de modo a agilizar seus procedimentos e sua cobertura a todo o país, visando dar suporte para o desenho e o ajuste de programas por meio da atualização contínua e avaliação do perfil

alimentar e nutricional da população brasileira. A Política apontou também para a compatibilização com outros sistemas de informação do SUS, como, por exemplo, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Além disto, sugeriu que fossem aproveitados os dias nacionais de vacinação como oportunidades para a realização de estudos sobre Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2008).

No ano 2000 foi realizado o I Encontro de Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, no qual foi solicitada a urgente informatização e uniformização do SISVAN em nível nacional. No ano seguinte, a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) realizou o diagnóstico da situação da VAN no país. Foram encontradas diversas limitações, entre elas a baixa cobertura do sistema, a descontinuidade do envio de dados, a falta de integração entre os sistemas existentes e a duplicidade na coleta de informações (SANTANA; SANTOS, 2004).

Na tentativa de superar os obstáculos encontrados, iniciou-se, em 2002, um processo de reestruturação e informatização da vigilância nutricional sob a direção da CGPAN e do Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Nos dois anos seguintes, o processo foi concluído e a Vigilância Nutricional foi implantada por meio de um sistema informatizado em diversos municípios brasileiros. Em 2004, a Portaria nº 2.246 instituiu e normatizou a VAN no âmbito da Atenção Básica em todo o território nacional, sendo lançadas as “Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde” (BRASIL, 2004).

Em 2004, foi criado o Programa Bolsa Família, pela Lei nº 10.836, o qual prevê também que o SISVAN deve prover informações do acompanhamento da saúde das famílias beneficiadas quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, conforme o estabelecido no calendário mínimo de consultas para cada faixa etária, e ao cumprimento do calendário vacinal e à realização do pré-natal (BRASIL, 2004).

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, tem como uma das áreas estratégicas de atuação a eliminação da desnutrição infantil e prevê a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando

não houver alimentação regular por parte dos mesmos, dos bancos de dados nacionais de informação, dentre estes, do SISVAN (BRASIL, 2006).

2.3.2 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – perspectivas e desafios

Desde a idealização do SISVAN até a atualidade, muitas mudanças e avanços ocorreram. O Sistema, atualmente, possui importantes ferramentas que, se utilizadas corretamente, possibilitam inúmeros levantamentos relativos ao estado nutricional e ao consumo alimentar da população brasileira. A informatização do Sistema possibilitou agilidade na consolidação das informações em diferentes níveis e áreas de abrangências e a inserção dos dados nos municípios, de forma constante e em volume crescente, refletiu na alimentação contínua no banco de dados centralizado nacionalmente (COUTINHO et al, 2009).

As capacitações do SISVAN visam sua implementação e ampliação, como também a expansão do uso do sistema informatizado em todos os municípios brasileiros. O que ainda se faz necessário é a capacitação para a coleta de dados e registro das informações com maior qualidade, além de melhorar o conhecimento dos profissionais envolvidos na interpretação dos dados da VAN de sua população. Essas medidas aumentarão a confiabilidade da base de dados gerada pelo SISVAN e farão com que o sistema se torne um referencial na avaliação do perfil alimentar e nutricional da população brasileira, que é o maior desafio enfrentado até o momento (COUTINHO et al, 2009).

Outro desafio para o SISVAN é a consolidação e o uso das informações disponibilizadas para a gestão de ações e recursos voltados a Alimentação e Nutrição e de estratégias gerais de saúde. Os gestores e profissionais ligados à área da saúde precisam tomar conhecimento dos dados do sistema. Todos os profissionais envolvidos desde a coleta de dados, inserção de dados no sistema, gerenciamento do banco de dados e dos relatórios formam uma rede responsável pela geração dos dados e devem trabalhar em consonância e focados no objetivo comum da manutenção do Sistema (COUTINHO et al, 2009).

2.4 PROTOCOLOS EM SAÚDE

Protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, por profissionais experientes e especialistas em uma área. Servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde. Direcionados por diretrizes diferenciadas, são agrupados, quanto à natureza, como protocolos clínicos e protocolos de organização dos serviços (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, às ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, através do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados em evidências científicas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Os protocolos de organização dos serviços são instrumentos a serviço da gestão, abrangendo a organização do trabalho em uma Unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as conexões entre as diversas Unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais. De modo geral, exigem a definição do “que fazer” e de “quem fazer”. São referências para a organização das diversas ações da equipe em uma unidade de saúde e exigem que a equipe realize a discussão sobre a forma como trabalha diagnosticar situações e problemas, planejar, decidir pela implementação das ações e por sua avaliação. E, também, que sejam feitas as pactuações necessárias e as divisões de tarefas e responsabilidades (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Apesar disso, os protocolos apresentam limites, nem sempre conduzindo às mudanças no processo de trabalho, eliminando tensões e conflitos ou respondendo às demandas de cada usuário. Nesses casos, é importante que os profissionais se preparem para enfrentar situações imprevistas sem perder de vista os objetivos de um processo de trabalho integrado e possível de ser avaliado (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

As ações clínicas, preventivas e educativas desenvolvidas nos serviços acontecem tanto com base no conhecimento científico e tecnológico quanto nas

vivências e valores dos profissionais que as planejam e executam, ou à responsabilidade de cada profissional (e da equipe) na decisão pela escolha da tecnologia, pelo emprego de um protocolo. Para o enfrentamento de um problema ou necessidade da população, há que haver consenso e equilíbrio entre o que é embasado pelas evidências científicas e o que é necessário e possível em cada Unidade de Saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa descritiva, de corte transversal e com abordagem quantitativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Criciúma, atualmente, é o maior município do Sul Catarinense e um dos cinco maiores de Santa Catarina. Localiza-se à 192 km ao sul da capital, Florianópolis, e 90 km ao norte da divisa com o Rio Grande do Sul. Dados do IBGE (2010) apontam que, no ano de 2010, o município possuía 191.473 habitantes, distribuídos em uma área de 235,628 km².

O município conta com uma extensa rede de saúde. Os serviços estão distribuídos em 5 grandes regionais, sendo que cada uma possui uma área de abrangência, oferecendo serviços especializados para as Unidades de Saúde. No município, totalizam 32 Unidades de Saúde ESF, 12 Unidades Básicas (rede), 2 Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, o Centro de Especialidades em Saúde – CES (reúne as Unidades Policlínica Municipal - PAM, Unidade Materno Infantil Criança Saudável e Saúde da Mulher), SAMU, Farmácia Popular, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i), Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Programa de Hepatites Virais, Tuberculose e Hanseníase; CEREST; Centro de Zoonoses; Programa de Atenção Municipal às DST/HIV/AIDS - PAMDHA), Banco de Olhos, Laboratório Municipal, Central de Ambulâncias, Hospital Infantil “Santa Catarina” e o Almoxarifado da Saúde.

Para chegar aos seus propósitos, a área Técnica de Alimentação e Nutrição está organizada também por regionais de saúde, atuando com 1 profissional Nutricionista por região, estando presente também na composição dos NASF (Núcleo de Atenção a Saúde da Família), onde conta com 3 profissionais Nutricionistas, além de outros com atuação na Rede CAPS, Unidade Materno Infantil Criança Saudável, Vigilância Nutricional e PAMDHA.

Entre as atividades desenvolvidas está a Vigilância Alimentar e Nutricional, que tem por objetivo a implantação e implementação do SISVAN no município. Em Criciúma, o processo de implantação do SISVAN teve início no ano de 1994. Porém, o cadastramento informatizado dos dados de referência a Vigilância Nutricional no SISVAN-Web teve início em julho de 2009, após capacitação.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo as equipes das Unidades de Saúde do município de Criciúma (SC) que seguem o modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando 32 unidades e 34 equipes. Foram excluídas as Unidades que não seguem este modelo (Unidades Básicas de Saúde) e as Unidades de Referência, as quais fazem atendimentos com especialidades.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas a partir de um modelo desenvolvido pelos autores desta pesquisa (Apêndice A), com questões relacionadas à percepção dos profissionais em relação ao SISVAN e como se dá sistematização da Vigilância Alimentar e Nutricional nas Unidades de Saúde.

3.5 COLETA DE DADOS

O presente trabalho foi realizado em duas fases. Inicialmente, após solicitação à Secretaria do Sistema de Saúde do município de Criciúma, foi dado início às entrevistas. Para a coleta de dados, o estudo contou com o auxílio de acadêmicos voluntários do Curso de Nutrição da UNESC, os quais passaram por uma capacitação. As entrevistas foram aplicadas nas próprias Unidades de Saúde, em horário de funcionamento, após contato com cada gerente para agendamento da visita. A coleta de dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2012 e, tendo em vista que alguns gerentes encontravam-se de férias neste período, as entrevistas nestas Unidades de Saúde foram realizadas em abril de 2013, finalizando a coleta de dados.

Na segunda fase do estudo, realizou-se uma revisão de literatura em normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos publicados pelo Ministério da Saúde a fim de levantar as melhores evidências científicas que respaldassem a proposta de protocolo desenvolvida, baseado na realidade encontrada nas Unidades de Saúde.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi elaborado um banco de dados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17. Foi calculada a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas, e frequência absoluta e relativa para as qualitativas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) com seres humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, sob o parecer 104.467 (Apêndice B) e foi realizado somente após aprovação do Comitê. A autorização do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice C) foi encaminhada aos indivíduos que participaram da pesquisa.

4 RESULTADOS

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados 34 gerentes de equipes de 32 Unidades ESF do município. Houve predomínio do sexo feminino, com 94,11% (n=32) da amostra. A idade mínima encontrada foi 23 anos e a máxima, 57 anos, resultando em uma média de 34,3 anos ($\pm 9,2$ anos).

Todos os gerentes entrevistados possuíam Ensino Superior completo, com formação em Enfermagem, sendo que 70,6% (n=24) haviam concluído pelo menos uma Especialização/Residência. Dos que possuíam especialização, 66,6% (n=16) haviam concluído uma especialização, 29,2% (n=7) concluíram duas e 4,2% (n=1) possuía três especializações. Dentre as mais citadas, 36,4% dos gerentes (n=12) possuíam Especialização em Saúde da Família, 12,1% (n=4) em Saúde do Trabalhador, 9,1% (n=3) em Urgência e Emergência e 6,1% (n=2) em Enfermagem do Trabalho. Nenhum entrevistado possuía Mestrado e/ou Doutorado. As características da amostra estão disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Escolaridade	
Superior Completo	10 (29,4)
Especialização/Residência	24 (70,6)
Número de Especializações/Residência	
Uma Especialização/Residência	16 (66,6)
Duas Especializações/Residência	7 (29,2)
Três Especializações/Residência	1 (4,2)
Especialização/Residência	
Saúde da Família	12 (36,4)
Saúde do Trabalhador	4 (12,1)
Urgência e Emergência	3 (9,1)
Enfermagem do Trabalho	2 (6,1)
Outros	12 (36,4)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2 FUNCIONAMENTO/SISTEMATIZAÇÃO DO SISVAN NAS UNIDADES DE SAÚDE

4.2.1 Implantação e funcionalidade do SISVAN

Todos os entrevistados (100%; n=34) afirmaram que o SISVAN estava implantado na Unidade de Saúde. A maioria dos gerentes (76,5%; n=26) relatou que os responsáveis pela coleta de dados do SISVAN são os próprios Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 14,7% das equipes (n=5) apenas os Técnicos de Enfermagem são responsáveis pela coleta e, em 8,8% (n=3) são responsáveis os Técnicos de Enfermagem juntamente com o Enfermeiro (Tabela 2).

Com relação às capacitações/atualizações sobre o SISVAN, 85,3% (n=29) dos gerentes afirmaram que os responsáveis pela coleta de dados já participaram de capacitações e 14,7% (n=5) não souberam responder à questão. (Tabela 2).

Em relação ao objetivo geral do SISVAN para os gerentes, observaram-se duas linhas de respostas, sendo que 64,7% (n=22) dos entrevistados afirmaram que o SISVAN tem como objetivo a “Avaliação e acompanhamento do estado nutricional da população”. Para 35,3% dos gerentes (n=12) o objetivo do SISVAN é o “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento” (Tabela 2).

Tabela 2 – Implantação e funcionalidade do SISVAN nas Unidades de Saúde, segundo relato dos gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Responsáveis pelo SISVAN	
Enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS	26 (76,5)
Enfermeiro e técnicos de enfermagem	3 (8,8)
Técnicos de enfermagem	5 (14,7)
Participação em Capacitação	
Sim	29 (85,3)
Não sabe	5 (14,7)
Objetivo do SISVAN	
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	12 (35,3)
Avaliação e acompanhamento do estado nutricional da população	22 (64,7)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.2 Equipamentos antropométricos

Com relação à presença de equipamentos antropométricos, todas as equipes (100%; n=34) possuíam balança plataforma e fita métrica. Em 5,9% das equipes (n=2) a balança pediátrica e/ou o estadiômetro vertical estavam quebrados e, em 14,7% (n=5), o estadiômetro horizontal encontrava-se quebrado (Tabela 3).

Em relação à frequência de aferição das balanças, 47,1% dos entrevistados (n=16) relataram que não há uma frequência e que são aferidas apenas quando acham necessário; 17,6% (n=6) aferem semestralmente; 14,7% (n=5), anualmente e 14,7% (n=5), semanalmente (Tabela 3).

Verificaram-se os equipamentos antropométricos presentes nas Unidades de Saúde e foi observado que, em 50% dos locais (n=17) a balança pediátrica e/ou a balança plataforma não estavam aferidas (Tabela 3).

A maioria das Unidades de Saúde (79,4%; n=27) possuía uma sala específica para aferição de peso e estatura. Entretanto, em 70,4% (n=19) destas Unidades, outros procedimentos eram realizados na mesma sala. Observou-se também que em apenas 40,7% das Unidades (n=11) que possuíam a sala específica, a porta era mantida fechada no momento da aferição e, em 44,4% (n=12), foi verificado a presença de estufa (Tabela 3).

Tabela 3 – Equipamentos antropométricos e locais de triagem presentes nas Unidades de Saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Balança Plataforma	
Sim	34 (100,0)
Balança Pediátrica	
Sim	32 (94,1)
Não	2 (5,9)
Estadiômetro Vertical	
Sim	32 (94,1)
Não	2 (5,9)
Estadiômetro Horizontal	
Sim	29 (85,3)
Não	5 (14,7)
Fita Métrica	
Sim	34 (100,0)
Frequência de aferição das balanças	
Anualmente	5 (14,7)
Mensalmente	2 (5,9)
Não há frequência, quando necessário	16 (47,1)
Semanalmente	5 (14,7)
Semestralmente	6 (17,6)
Balança pediátrica aferida	
Sim	17 (50,0)
Não	17 (50,0)
Balança plataforma aferida	
Sim	17 (50,0)
Não	17 (50,0)
Sala específica para coleta de peso e altura	
Sim	27 (79,4)
Não	7 (20,6)
Realização de outros procedimentos na sala	
Sim	19 (70,4)
Não	8 (29,6)
Porta fechada no momento da coleta	
Sim	11 (40,7)
Não	16 (59,3)
Presença de estufa na sala	
Sim	12 (44,4)
Não	15 (55,6)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.3 Utilização dos instrumentos

Em relação à utilização dos instrumentos, 100% das equipes (n=34) utilizam o formulário “cadastro individual”, 61,8% (n=21) utilizam o formulário “mapa de acompanhamento”, 23,5% (n=8) sempre fazem uso do formulário “marcadores de consumo alimentar” e 32,4% (n=11) nem sempre fazem uso. Os gerentes afirmaram que as equipes nunca ou nem sempre aplicam os marcadores de consumo alimentar devido à falta de tempo (61,5%; n=16), ausência de recebimento do formulário (15,4%; n=4) e desconhecimento do formulário (15,4%; n=4). Outros motivos foram citados, como dificuldade na coleta de dados (3,8%; n=1) e por não saber que era obrigatório (3,8%; n=1) (Tabela 4).

Tabela 4 – Utilização dos instrumentos do SISVAN, de acordo com o relato dos gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Utilização do formulário de cadastramento	
Sim	34 (100,0)
Utilização do mapa de acompanhamento	
Sim	21 (61,8)
Não	13 (38,2)
Uso do marcador de consumo alimentar	
Sempre	8 (23,5)
Nem sempre	11 (32,4)
Nunca	15 (44,1)
Motivo da ausência de preenchimento	
Não sabia que era necessário	1 (3,8)
Falta de tempo	16 (61,5)
Desconhecimento do formulário	4 (15,4)
Dificuldade na coleta de dados	1 (3,8)
Ausência de recebimento do formulário	4 (15,4)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.4 Priorização de fases da vida e conhecimento da periodicidade do cadastro/acompanhamento

Foi relatado por 79,4% dos gerentes (n=27) que suas equipes priorizam algumas fases da vida para o cadastramento/acompanhamento. Destas, 74% (n=20) priorizam crianças menores de cinco anos e gestantes. As demais equipes (26,0%; n=7), além do grupo materno-infantil, dão prioridade para idosos e portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Tabela 5).

Tabela 5 – Priorização de fases da vida para o cadastramento/acompanhamento no SISVAN, segundo os gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Priorização de faixa etária	
Sim	27 (79,4)
Não	7 (20,6)
Faixa etária priorizada	
Crianças menores de 5 anos e gestantes	20 (74,0)
Crianças menores de 5 anos, gestantes, idosos e portadores de HAS e DM	7 (26,0)

Fonte: Dados da pesquisa

Dezenove entrevistados (55,9%) afirmaram que tinham conhecimento da periodicidade de acompanhamento no SISVAN que é preconizada para cada fase da vida. Para a faixa etária de 0 a 2 anos, 52,6% (n=10) relataram que o acompanhamento deve ser mensal, 36,8% (n=7) afirmaram que o acompanhamento deve ser realizado com a mesma periodicidade do calendário vacinal, 5,3% (n=1), afirmou que deve ser bimestralmente e 5,3% (n=1), anualmente (Tabela 6).

Na faixa etária de 2 a 10 anos, 47,3% (n=9) dos gerentes afirmaram que o acompanhamento deve ser realizado anualmente, 26,3% (n=5), semestralmente, 15,8% (n=3), trimestralmente e 10,5% (n=2), mensalmente (Tabela 6).

Para os adolescentes, a maioria (84,2% n=16) dos entrevistados relatou que o acompanhamento deve ser anual. Dois gerentes (10,5%) afirmaram que deve ser mensal e um (5,3%), semestral (Tabela 6).

Com relação à faixa etária dos adultos, a maioria dos entrevistados (94,7% n=18) afirmou que o acompanhamento deve ser anual e apenas um gerente (5,3%) relatou que deve ser mensal (Tabela 6).

Para os idosos, 68,42% dos entrevistados (n=13) relataram que o acompanhamento deve ser anual. Três gerentes (15,8%) afirmaram que deve ser semestral; dois (10,5%), que deve ser trimestral e um gerente (5,3%), relatou que o acompanhamento dos idosos deve ser realizado mensalmente (Tabela 6).

Com relação às gestantes, grande parte dos entrevistados (94,7%; n=18) afirmaram que deve-se realizar o acompanhamento mensalmente, em cada consulta de pré-natal. Um entrevistado (5,3%) relatou que a mulher deve ser acompanhada apenas uma vez durante o período de gestação (Tabela 6).

Tabela 6 – Conhecimento da periodicidade do cadastramento/acompanhamento no SISVAN, segundo os gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Conhecimento da periodicidade de registro	
Sim	19 (55,9)
Não	15 (44,1)
Periodicidade para crianças de 0 a 2 anos	
Anualmente	1 (5,3)
Bimestralmente	1 (5,3)
Igual ao calendário vacinal	7 (36,8)
Mensalmente	10 (52,6)
Periodicidade para crianças de 2 a 10 anos	
Anualmente	9 (47,3)
Mensalmente	2 (10,5)
Semestralmente	5 (26,3)
Trimestralmente	3 (15,8)
Periodicidade para adolescentes	
Anualmente	16 (84,2)
Mensalmente	2 (10,5)
Semestralmente	1 (5,3)
Periodicidade para adultos	
Anualmente	18 (94,7)
Mensalmente	1 (5,3)
Periodicidade para idosos	
Anualmente	13 (68,4)
Mensalmente	1 (5,3)
Semestralmente	3 (15,8)
Trimestralmente	2 (10,5)
Periodicidade para gestantes	
Anualmente	1 (5,3)
Mensalmente (pré-natal)	18 (94,7)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.5 Estratégias para cadastramento/acompanhamento

A maioria dos gerentes (91,2%; n =31) afirmou fazer uso de estratégias para captação de indivíduos para cadastramento/acompanhamento no SISVAN. A estratégia mais comum e utilizada por 30,7% destas equipes (n=25) é a vinculação da coleta de dados do SISVAN às Campanhas de Vacinação. Outras estratégias foram citadas, como mutirões nas escolas (17,04%; n=15); utilização dos dados do HiperDia (13,6%; n=12); utilização dos dados do Sispré-natal (12,5%; n=11);

beneficiários do Bolsa Família (12,5%; n=11); Campanhas de Saúde do Homem, da Mulher e do Idoso (6,8%; n =6); cadastro/acompanhamento no momento do preventivo (3,4% n=3); clube de mães (1,1%; n=1); parcerias com Centro de Referência de Assistência Social - CRAS (1,1%; n=1) e com Conselho Local de Saúde (1,1%; n=1) (Tabela 7).

Tabela 7 – Estratégias utilizadas pelas equipes de saúde para cadastramento/acompanhamento no SISVAN. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Estratégias para captação de indivíduos	
Sim	31 (91,2)
Não	3 (8,8)
Estratégias utilizadas	
Campanhas de Vacinação	25 (30,7)
Mutirão na escola	15 (17,04)
HiperDia	12 (13,6)
Sispré-natal	11 (12,5)
Bolsa Família	11 (12,5)
Campanhas de Saúde Preventivo	6 (6,8)
Clube de mães	3 (3,4)
Parcerias com CRAS	1 (1,1)
Conselho local de Saúde	1 (1,1)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.6 Avaliação do estado nutricional dos usuários

Com relação à avaliação do estado nutricional, para a faixa etária das crianças, 64,7% dos gerentes (n=22) afirmaram que sempre avaliam o estado nutricional e repassam o resultado para a mãe. Onze (32,4%) gerentes nunca realizam e um (2,9%) nem sempre faz a avaliação e repassa (Tabela 8).

Em relação à faixa etária dos escolares, a maioria (85,3%; n=29) afirmaram que nunca avaliam o estado nutricional e repassam a informação. Quatro gerentes (11,8%) sempre avaliam e repassam e um (2,9%), nem sempre (Tabela 8).

Na faixa etária dos adultos e dos idosos, 79,4% (n=27) nunca avaliam e repassam, 17,6% (n=6) sempre repassam e 2,9% (n=1) nunca repassam a informação ao usuário (Tabela 8).

Em todos os casos em que é realizada a avaliação do estado nutricional, os gerentes relataram que utilizam como parâmetro as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006) para crianças menores de 5 anos e, para as crianças de 5 a 10 anos incompletos e adolescentes, a referência da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007). Para os adultos, seguem os pontos de corte do IMC recomendados pela Organização Mundial da Saúde (1995) e, para os idosos, a recomendação proposta pela Associação Dietética norte-americana (ADA, 1994).

A maioria dos entrevistados (91,2%; n=31) afirmou que sempre preenche a Caderneta de Saúde com os dados antropométricos. Destes, 48,4% (n=15) sempre preenchem os gráficos com as curvas de crescimento; 38,7% (n=12), nem sempre e 12,9% (n=4), nunca a registram. Doze gerentes (75,0%) alegaram que não fazem o preenchimento por falta de tempo, três (18,7%) relataram que apenas o Enfermeiro preenche e um (6,3%) relatou que possui dificuldade no preenchimento dos gráficos das curvas de crescimento (Tabela 8).

Dez entrevistados (29,4%) afirmaram que, em sua Unidade, são produzidos outros dados, além de peso e estatura, que fornecem estado nutricional. Vinte e três (67,6%) responderam que não é produzido mais nenhum dado e um gerente (2,9%) não soube responder. Dentre os dados, foram citados a circunferência da cintura (50,0%; n=5), o estado físico (20,0%; n=2), o inquérito alimentar (20,0%; n=2) e os exames bioquímicos (10,0%; n=1) (Tabela 8).

Tabela 8 – Avaliação do estado nutricional dos usuários do Sistema de Saúde, por fase da vida, segundo relato dos gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Avaliação nutricional de crianças e repasse	
Sempre	22 (64,7)
Nem sempre	1 (2,9)
Nunca	11 (32,4)
Avaliação nutricional de escolares e repasse	
Sempre	4 (11,8)
Nem sempre	1 (2,9)
Nunca	29 (85,3)
Avaliação nutricional de adultos e repasse	
Sempre	6 (17,6)
Nem sempre	1 (2,9)
Nunca	27 (79,4)
Avaliação nutricional de idosos e repasse	
Sempre	6 (17,6)
Nem sempre	1 (2,9)
Nunca	27 (79,4)
Preenchimento Caderneta de Saúde	
Sim	31 (91,2)
Não	3 (8,8)
Preenchimento da curva de crescimento	
Sempre	15 (48,4)
Nem sempre	12 (35,3)
Nunca	4 (12,9)
Motivo da ausência do preenchimento	
Falta de tempo	12 (75,0)
Apenas o enfermeiro preenche	3 (18,7)
Dificuldade no entendimento da curva	1 (6,3)
Existência de outros dados de estado nutricional	
Sim	10 (29,4)
Não	23 (67,6)
Não sabe	1 (2,9)
Dados de estado nutricional	
Circunferência abdominal	5 (50,0)
Estado físico	2 (20,0)
Inquérito alimentar	2 (20,0)
Exames bioquímicos	1 (10,0)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.7 Realização de ações/intervenções

Com relação à realização de ações/intervenções a partir dos resultados do SISVAN, 52,9% (n=18) mencionaram a utilização das informações. Nove entrevistados (50,0%) relataram que realizam grupos de orientação com temas variados, como Alimentação Saudável e Adequada, obesidade, atividade física, oficinas culinárias. Estes grupos são realizados em parceria com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Oito gerentes (44,4%) relataram utilizar as informações do SISVAN na identificação de público para encaminhamento à consulta de nutrição. Um entrevistado (5,6%) afirmou que realiza ações educativas na escola do bairro a partir dos resultados do SISVAN. Dezesesseis gerentes (47,1%) relataram não utilizar as informações (Tabela 9).

A maioria dos entrevistados (79,4%; n=27) relataram que possuem dificuldades em promover ações/intervenções com as informações do SISVAN. A dificuldade mais citada (48,1%; n=13) foi “falta de adesão da população aos grupos”. Cinco (18,5%) entrevistados alegaram “falta de tempo para planejamento em equipe”; outros cinco (18,5%) relataram que a “equipe incompleta” dificulta a promoção de ações/intervenções; dois (7,4%) possuem “dificuldade no planejamento, pois são muitos programas e não há uma sistematização” e dois gerentes (7,4%) relataram “falta de comprometimento da equipe” (Tabela 9).

Tabela 9 – Realização de ações/intervenções e dificuldades encontradas, segundo relato dos gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Realização de ações/intervenções	
Sim	18 (52,9)
Não	16 (47,1)
Ações/intervenções realizadas	
Encaminhamento serviço de referência	8 (44,4)
Ações educativas na escola	1 (5,6)
Grupos com temas variados	9 (50,0)
Presença de dificuldades	
Sim	27 (79,4)
Não	7 (20,6)
Dificuldades na promoção de ações	
Equipe incompleta	5 (18,5)
Falta de tempo para planejamento	5 (18,5)
Falta de adesão da população	13 (48,1)
Muitos programas sem sistematização	2 (7,4)
Falta de comprometimento da equipe	2 (7,4)

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.8 Problemas e sugestões relacionados ao SISVAN

Para 29,4% dos entrevistados (n=10), o principal problema que impede o bom funcionamento do SISVAN é a “equipe incompleta”. Outros problemas foram citados, como “falta de comprometimento da equipe” (17,6%; n=6), “mães que não levam os filhos para fazer o acompanhamento” (14,7%; n=5), “formulário complexo” (11,8%; n=4), “falta de um profissional responsável apenas pelo SISVAN” (11,8%; n=4), “falta de manutenção dos equipamentos” (8,8%; n=3) e “falta de uma listagem das pessoas que já estão cadastradas para apenas acompanhar” (5,9%; n=2) (Tabela 10).

A sugestão mais citada pelos entrevistados para a melhoria do SISVAN no município foi a “informatização” (40,0%; n=12). “Ter a equipe completa” foi citado por 20,0% (n=6) dos gerentes; “estagiários de Nutrição para auxiliar no SISVAN”, por 16,7% (n=5) e “mais capacitações sobre o SISVAN” foi sugerido por 10,0% (n=3) dos gerentes. Outras sugestões mencionadas foram “maior cobrança por parte da coordenação do SISVAN, com estabelecimento de prazos para envio dos

formulários” e “orientações para a realização de ações educativas”, sugeridos por 6,7% (n=2) dos entrevistados. Quatro gerentes não fizeram sugestões (Tabela 10).

Tabela 10 – Problemas e sugestões relacionados ao SISVAN, de acordo com os gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Problemas funcionamento SISVAN	
Equipe incompleta	10 (29,4)
Falta de comprometimento da equipe	6 (17,6)
Formulário complexo	4 (11,8)
Falta de um profissional responsável	4 (11,8)
Mães que não levam os filhos na UBS	5 (14,7)
Ausência de listagem de pessoas	2 (5,9)
Falta de manutenção dos equipamentos	3 (8,8)
Sugestões para melhoria SISVAN	
Informatização	12 (40,0)
Ter a equipe completa	6 (20,0)
Estagiários de Nutrição	5 (16,7)
Mais capacitações	3 (10,0)
Mais cobrança por parte da coordenação	2 (6,7)
Orientações para ações educativas	2 (6,7)

Fonte: Dados da pesquisa

4.3 FLUXO DE DADOS DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A periodicidade de acompanhamento no SISVAN, por fase da vida, na Unidade de Saúde, foi relatada por cada entrevistado. Para a faixa etária de 0 a 2 anos, 41,2% dos gerentes (n=14) afirmaram que, em sua Unidade, o acompanhamento é realizado mensalmente; outros 41,2% (n=14) realizam o acompanhamento quando a criança comparece na Unidade para fazer vacina ou consulta; 8,8% (n=3) acompanham anualmente e 5,8% (n=2), semestralmente. Um gerente (2,9%) afirmou que, em sua Unidade, não está sendo realizado o acompanhamento dos usuários nesta faixa etária (Tabela 11).

Na faixa etária de 2 a 10 anos, 38,2% dos gerentes (n=13) relataram fazer o acompanhamento quando a criança comparece na Unidade para fazer vacina ou

consulta; 23,5% (n=8) acompanham mensalmente; 20,6% (n=7), anualmente; 14,7% (n=5), semestralmente e um (2,9) relatou que, em sua Unidade, não estão fazendo o acompanhamento (Tabela 11).

Para os adolescentes, 35,3% (n=12) dos entrevistados afirmaram que realizam o acompanhamento anualmente. Outros 12 (35,3%) afirmaram que acompanham quando o adolescente vai à Unidade de Saúde e quatro (11,8%) acompanham mensalmente. Seis entrevistados (17,6%) relataram que, em suas Unidades, não estão fazendo o acompanhamento desta faixa etária (Tabela 11).

Com relação aos adultos, 44,1% (n=15) dos entrevistados afirmaram que realizam o acompanhamento anualmente e 38,2% (n=13) quando o usuário vai à Unidade de Saúde. Dois (5,9%) relataram que acompanham mensalmente e três (8,8%) não estão fazendo o acompanhamento de adultos (Tabela 11).

Para os idosos, dezessete entrevistados (50,0%) relataram que acompanham anualmente; dez (29,4%) fazem o acompanhamento quando o idoso comparece na Unidade de Saúde; três (8,8%) relataram que apenas nas Campanhas de Vacinação e dois (5,9%), mensalmente. Dois gerentes (5,9%) afirmaram não estar fazendo o acompanhamento dos idosos (Tabela 11).

Com relação às gestantes, grande parte dos entrevistados (85,3%; n=29) afirmaram que realizam o acompanhamento em cada consulta de pré-natal. Quatro (11,8%) fazem o acompanhamento uma vez durante a gestação e um entrevistado (2,9%) relatou que, em sua Unidade, não estão acompanhando as gestantes (Tabela 11).

Quanto à periodicidade de envio dos formulários para a coordenação do SISVAN, na Vigilância Epidemiológica, 52,9% (n=18) dos gerentes afirmaram que encaminham mensalmente; 14,7% (n=5), trimestralmente; 14,7% (n=5) relataram que não há uma periodicidade definida, pois aguardam acumular formulários para enviar; 11,8% (n=4), semanalmente; e 5,9% (n=2) não estavam enviando, pois o SISVAN não estava sendo realizado na Unidade (Tabela 11).

Todos os entrevistados (100%; n=34) relataram que recebem relatórios da coordenação do SISVAN com as informações sobre os números de cadastros/acompanhamentos.

Ressalta-se que não foi possível apresentar um fluxograma de dados da Vigilância Alimentar e Nutricional devido a grande variabilidade na periodicidade de cadastro/acompanhamento no SISVAN, por fase da vida, nas equipes de Saúde e

de envio dos formulários para a coordenação do SISVAN. Este fato constituiu uma dificuldade para a formulação do desenho do fluxo de dados.

Tabela 11 – Periodicidade de cadastramento/acompanhamento e envio dos formulários do SISVAN, segundo os gerentes das equipes de saúde. Criciúma, 2013.

Variável	n (%) n=34
Periodicidade crianças de 0 a 2 anos na UBS	
Quando faz vacina ou consulta	14 (41,2)
Mensalmente	14 (41,2)
Semestralmente	2 (5,8)
Anualmente	3 (8,8)
Não é realizado	1 (2,9)
Periodicidade crianças de 2 a 10 anos na UBS	
Quando faz vacina ou consulta	13 (38,2)
Mensalmente	8 (23,5)
Semestralmente	5 (14,7)
Anualmente	7 (20,6)
Não é realizado	1 (2,9)
Periodicidade adolescentes na UBS	
Quando vão na UBS	12 (35,3)
Mensalmente	4 (11,8)
Anualmente	12 (35,3)
Não é realizado	6 (17,6)
Periodicidade adultos na UBS	
Quando vão na UBS	13 (38,2)
Mensalmente	2 (5,9)
Anualmente	15 (44,1)
Apenas nas Campanhas	1 (2,9)
Não é realizado	3 (8,8)
Periodicidade idosos na UBS	
Quando vão na UBS	10 (29,4)
Mensalmente	2 (5,9)
Anualmente	17 (50,0)
Apenas nas Campanhas	3 (8,8)
Não é realizado	2 (5,9)
Periodicidade gestantes na UBS	
Nas consultas de pré-natal	29 (85,3)
Uma vez	4 (11,8)
Não é realizado	1 (2,9)
Periodicidade de envio dos formulários	
Semanalmente	4 (11,8)
Mensalmente	18 (52,9)
Trimestralmente	5 (14,7)
Quando acumula	5 (14,7)
Não é enviado	2 (5,9)

5 DISCUSSÃO

Em nosso estudo, todos os gerentes entrevistados possuíam formação em Enfermagem, com predomínio do gênero feminino. Esta característica também foi observada em um estudo descritivo realizado no ano de 2006, com 24 enfermeiros que trabalhavam em Unidades ESF no município de Floriano – Piauí (ROCHA; ZEITOUNE, 2007) e no estudo desenvolvido em Goiânia – Goiás, com 94 enfermeiros de ESF, em 2007 (ROCHA et al, 2009).

O exercício de cargos de coordenação, chefia de serviços, supervisão e chefias de equipes de enfermagem, em instituições de saúde, subentende a adoção de comportamentos de liderança tais como iniciativa, defesa de pontos de vista, comprometimento com o trabalho e incentivo à equipe de trabalho (MARQUIS; HUSTON, 2002). Observa-se que, mesmo em se tratando de chefia e de liderança, quem mais assume esse cargo e papel nessa profissão é a mulher, caracterizando maior força de trabalho na enfermagem (SANTOS; CASTRO, 2010).

Nossa casuística revelou que a maioria dos entrevistados havia concluído pelo menos uma Especialização/Residência, com destaque para a Especialização em Saúde da Família, corroborando com os estudos realizados em Floriano (ROCHA; ZEITOUNE, 2007) e Goiânia (ROCHA et al, 2009). Esse fato permite inferir o interesse desses profissionais em qualificar-se e de adquirir conhecimentos não obtidos na graduação que podem contribuir de forma positiva na prática profissional (ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

Nossa pesquisa revelou que o SISVAN estava implantado em todas as Unidades de Saúde, sendo que, na maior parte dos locais (76,5% n=26), a responsabilidade pela coleta de dados ficava a cargo da equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem) e dos ACS. O artigo 6º da Portaria nº 2.246 de 18 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004), estabelece que as ações do SISVAN devem ser ofertadas aos usuários do SUS atendidos tanto nos Estabelecimentos de Saúde, como por equipes de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Portanto, toda a equipe de saúde é responsável pelas ações do SISVAN, incluindo a coleta de dados, fato que não faz parte da realidade das equipes da nossa pesquisa. No relato de experiência sobre o percurso para a operacionalização do SISVAN em Juazeiro do Norte – Ceará, durante o período de agosto de 2009 a maio de 2010 (PEREIRA et al, 2012) é feita uma reflexão com

relação às atribuições do(as) enfermeiro(as) e à falta de apoio de outros profissionais, principalmente da classe médica, os quais fazem parte das equipes e, portanto, também são responsáveis pelas ações do SISVAN. Outras dificuldades também foram percebidas durante todo o processo, como, por exemplo, a ausência do profissional Nutricionista nas Unidades ESF para o desempenho de funções referentes ao diagnóstico e acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população (PEREIRA et al, 2012).

Em nosso estudo, nem todos os entrevistados (85,3%; n=29) afirmaram que os responsáveis pelo SISVAN participaram de capacitações. Segundo Romeiro (2006), as capacitações de profissionais de saúde e gestores consistem nas primeiras atividades recomendadas para a implantação do SISVAN. Portanto, é importante que todos os profissionais envolvidos participem das capacitações e, caso não seja possível a participação de todos, que as informações sejam replicadas para toda a equipe de saúde.

Um estudo avaliativo sobre a implantação do SISVAN, realizado nos anos de 2005 e 2006 com os Coordenadores da área técnica de Alimentação e Nutrição das 27 Unidades Federativas e 241 municípios brasileiros revelou que 54,6% dos municípios e 72% das Regionais de Saúde do Brasil haviam recebido treinamentos sobre o SISVAN, desencadeados pelos estados. Segundo o estudo, o país possuía 4.416 municípios capacitados em SISVAN, totalizando 79,3% dos municípios brasileiros (ROMEIRO, 2006).

Nos Protocolos do SISVAN na Assistência à Saúde, documento elaborado coletivamente pelo Grupo de Trabalho do SISVAN, estabelecido pela Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição em parceria com Coordenações Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição, em 2008, são apresentados os protocolos de atendimento que devem ser aplicados em cada situação nutricional diagnosticada dentro das competências dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2008). Neste material, recomenda-se a ampliação da cobertura da Vigilância Alimentar e Nutricional para todos os grupos populacionais, ou seja, criança, adolescente, adulto, idoso e gestante, considerando que no país as situações de insegurança nutricional perpassam todas as fases da vida em diferentes magnitudes (BRASIL, 2008).

Corroborando com esta ideia, em nosso estudo, 64,7% dos entrevistados afirmaram que o SISVAN tem como objetivo a “Avaliação e acompanhamento do estado nutricional de toda a população”. Entretanto, para 35,3% dos gerentes, o objetivo do SISVAN é o “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento”. Esta ideia remete ao fato de que, no período de implantação do SISVAN no Brasil, o público-alvo das ações eram as crianças menores de 5 anos e as gestantes, pois eram os grupos de maior risco e também por serem os principais beneficiários dos programas de suplementação alimentar do governo (PEDROSO, 2010). Indo de encontro com esta ideia, nossa casuística também revelou que a maioria das equipes priorizam as crianças menores de cinco anos e gestantes para o cadastramento/acompanhamento.

Em relação à presença de equipamentos antropométricos, todas as equipes do nosso estudo possuíam balança plataforma; em 5,9% (n=2) das equipes a balança pediátrica e/ou o estadiômetro vertical estavam quebrados e, em 14,7% (n=5), o estadiômetro horizontal encontrava-se quebrado. Quase metade dos entrevistados (47,1% n=16) relataram que não há uma frequência de aferição das balanças e que são aferidas apenas quando acham necessário; 17,6% (n=6) aferem semestralmente; 14,7% (n=5), anualmente e 14,7% (n=5), semanalmente. Foi verificado que, em 50% (n=17) dos locais, a balança pediátrica e/ou a balança plataforma não estavam aferidas.

De acordo com o Manual de Orientações Básicas para a Coleta, o Processamento e Análise de Dados em Serviços de Saúde, material disponibilizado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004, com o objetivo de divulgar as informações básicas para a implantação e a implementação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional em todo o país é descrito que erros nos procedimentos, na leitura ou na anotação de medidas antropométricas são frequentes e podem ser evitados com um bom treinamento das equipes e por meio da manutenção frequente dos equipamentos, sendo que cada profissional deve conferir os equipamentos que utiliza, rotineiramente, antes de cada pesagem ou medição e verificar se a balança está calibrada (BRASIL, 2004).

Além disso, o local de instalação dos equipamentos deve ser escolhido de modo a oferecer clareza suficiente para que se possa fazer uma boa leitura da escala de medidas; permitir a privacidade do indivíduo e de sua família; proporcionar conforto térmico, evitando-se correntes de ar que podem afetar, especialmente, os

bebês e as pessoas idosas; e ter espaço suficiente para permitir o trabalho dos profissionais e a presença da mãe e/ou familiares (BRASIL, 2004).

Neste contexto, 79,4% (n=27) das Unidades de Saúde possuíam uma sala específica para aferição de peso e estatura. Entretanto, em 70,4% (n=19) destas, outros procedimentos eram realizados na mesma sala. Observou-se também que em apenas 40,7% (n=11) destas Unidades, a porta era mantida fechada no momento da aferição, oferecendo privacidade ao usuário e, em 44,4% (n=12), foi verificado a presença de estufa para proporcionar conforto térmico.

Muito tem se discutido sobre a qualidade dos dados coletados pelo SISVAN. Pedroso (2010) levanta a questão sobre qual seria a credibilidade do sistema para o uso na tomada de decisões, defendendo a necessidade de um processo de avaliação deste. A autora defende que o valor da informação é função da qualidade dos dados iniciais, do seu grau de precisão e forma de tratamento, do modo de desagregação a que são submetidos, da maneira como são divulgados e também do seu custo. Os indicadores devem, então, apresentar adequados níveis de simplicidade, confiabilidade e representatividade e fornecer somente as informações necessárias para a tomada de decisões. Um problema relatado pela autora é a falta de capacitação dos profissionais e a falta de equipamentos antropométricos adequados.

Com o SISVAN-Web, foram disponibilizados quatro formulários para registro das informações da população sob vigilância: “cadastro individual”, “mapa de acompanhamento”, “marcadores do consumo alimentar para menores de 5 anos” e “marcadores do consumo alimentar para indivíduos de 5 anos ou mais” (BRASIL, 2013).

Em relação à utilização dos instrumentos, no estudo que avaliou a implantação do SISVAN no Brasil, nos anos de 2005 e 2006 (ROMEIRO, 2006), 22 estados (81,4% da amostra) faziam uso dos formulários “cadastro individual” e “mapa de acompanhamento”. Em nossa pesquisa, todos os participantes afirmaram que suas equipes utilizam o formulário “cadastro individual”, porém, apenas 61,8% (n=21) utilizam o formulário “mapa de acompanhamento”.

O formulário de “cadastro individual” permite o registro das informações necessárias para realizar o cadastro dos indivíduos no sistema. Aqueles que já constam na base de dados do SISVAN Web, como os beneficiários do Programa Bolsa Família e demais pessoas já cadastradas, não precisam preencher novamente

tais dados. Os acompanhamentos subsequentes devem ser realizados no “mapa de acompanhamento” (BRASIL, 2013).

Com relação aos formulários “marcadores do consumo alimentar”, a maioria das equipes do nosso estudo não os utilizavam, alegando, dentre os motivos mais citados, a falta de tempo, a ausência de recebimento do formulário e o desconhecimento do mesmo. A recomendação de adoção dos formulários “marcadores do consumo alimentar” sugere que estes podem caracterizar de forma ampla o padrão alimentar do indivíduo, não pretendendo quantificar a dieta em termos de calorias e nutrientes, mas indicando a qualidade da alimentação em suas características tanto positivas como negativas (BRASIL, 2013). Portanto, verifica-se a necessidade de capacitações sobre a aplicação deste formulário bem como esclarecimento sobre a importância da sua utilização para a caracterização do consumo alimentar da população.

A periodicidade da realização das ações de monitoramento, ou seja, da tomada de medidas antropométricas para o acompanhamento do usuário, é definida pelo Ministério da Saúde nos Protocolos do SISVAN na Assistência à Saúde (BRASIL, 2008).

O registro do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar de crianças deve seguir o calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, determinado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Isto é, deve ser realizado o registro aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses. A partir dos 3 anos, recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro (acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar) por ano até que a criança complete 10 anos. A partir da fase da adolescência (10 anos de idade), a recomendação é de pelo menos um registro por ano. Tais registros consistem no conjunto de avaliação nutricional e avaliação do consumo alimentar, nos formulários correspondentes. Para as gestantes, recomenda-se a realização de, no mínimo, um registro do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar durante a gestação.

No presente estudo, 55,9% dos entrevistados (n=19) afirmaram que tinham conhecimento das recomendações do Ministério da Saúde. Para a faixa etária de 0 a 2 anos, apenas 36,8% (n=7) afirmaram que o acompanhamento deve ser realizado com a mesma periodicidade do calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Porém,

41,2% dos participantes da pesquisa (n=14) afirmaram que realizam o acompanhamento quando a criança comparece na Unidade fazer vacina ou consulta.

Na faixa etária de 2 a 10 anos, 47,3% dos gerentes (n=9) afirmaram que o acompanhamento deve ser realizado anualmente, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Entretanto, apenas 20,6% (n=7), fazem o acompanhamento anual e 38,2% dos gerentes (n=13) relataram acompanhar quando a criança comparece na Unidade fazer vacina ou consulta, fato que, em muitos casos, pode levar mais de um ano.

Para os adolescentes, a maioria dos entrevistados (84,2%; n=16) relatou que o acompanhamento deve ser anual, corroborando com a recomendação do Ministério da Saúde. Todavia, apenas 35,3% (n=12) afirmaram que realizam o acompanhamento anualmente.

Com relação à faixa etária dos adultos, a maioria (94,7% n=18) afirmou que o acompanhamento deve ser anual, porém 44,1% (n=15) relataram que realizam o acompanhamento com esta periodicidade.

Para os idosos, 68,42% dos entrevistados (n=13) afirmaram que o acompanhamento deve ser anual e 50,0% (n=17) acompanham uma vez ao ano.

Em relação às gestantes, apenas um entrevistado (5,3%) relatou que o acompanhamento deve ser realizado no mínimo uma vez durante o período de gestação, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Os demais (94,7% n=18) afirmaram que deve ser mensalmente, em cada consulta de pré-natal. Grande parte dos entrevistados (85,3% n=29) relatou que realiza o acompanhamento em cada consulta de pré-natal e 11,8% (n=4) acompanha uma vez durante a gestação.

Ressalta-se ainda que, o acompanhamento de crianças de 0 a 2 anos não estava sendo realizado por uma equipe (2,9%), assim como de crianças de 2 a 10 anos; seis equipes (17,6%) não realizavam o acompanhamento de adolescentes; três (8,8%) não faziam o acompanhamento de adultos; duas (5,9%) não coletavam os dados para o acompanhamento dos idosos e uma (2,9%) não estava acompanhando as gestantes.

Verifica-se, portanto, que grande parte das equipes não tinha conhecimento das recomendações do Ministério da Saúde e não estavam realizando as ações de monitoramento da população com a periodicidade preconizada.

Nossa casuística revelou que a maioria das equipes (91,2% n =31) fazia uso de estratégias de captação de indivíduos para cadastramento/acompanhamento no SISVAN, sendo mais comum (30,7% n=27) a vinculação às Campanhas de Vacinação. Em consonância, o Ministério da Saúde recomenda que os eventos mobilizadores de grandes contingentes de população, como os Dias Nacionais de Vacinação devem ser aproveitados como oportunidades para a realização de coleta de dados para o SISVAN (BRASIL, 2004). Além disso, outras fontes de dados podem ser utilizadas pelos profissionais, como creches, escolas e outras entidades pertinentes; outros bancos de dados do SUS, por exemplo, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos-Vivos (SINASC), Sistema de Atenção Básica (SIAB), entre outros (BRASIL, 2004).

Corroborando com esta ideia, em nosso estudo, outras estratégias foram citadas, como mutirões nas escolas; utilização dos dados do HiperDia; utilização dos dados do Sispré-natal; beneficiários do Bolsa Família; Campanhas de Saúde do Homem, da Mulher e do Idoso; cadastro/acompanhamento no momento do preventivo; parcerias com clube de mães, com CRAS e com Conselho Local de Saúde.

Nos Protocolos do SISVAN na Assistência à Saúde (BRASIL, 2008), são listados os procedimentos para a avaliação do perfil alimentar e nutricional, por fase da vida. Neste documento, observa-se que, para todas as fases da vida, é recomendado que o profissional que esteja coletando os dados compartilhe com o usuário ou responsável o seu diagnóstico nutricional. Também é preconizado que os dados da criança, do adolescente e da gestante, sejam registrados na Caderneta de Saúde da Criança, na Caderneta de Saúde do Adolescente e no Cartão da Gestante, respectivamente, bem como o devido preenchimento das curvas de crescimento e de estado nutricional. Além disso, recomenda-se que a mãe ou responsável deve ser muito bem orientada para compreender as informações contidas na Caderneta de Saúde da Criança, guardá-la em boas condições e apresentá-la em todos os contatos com profissionais e/ou serviços de saúde, pois se trata de instrumento de caráter motivacional e educativo para a melhoria da saúde infantil, dentro da abordagem dos cuidados primários de saúde (BRASIL, 2008).

Em nossa pesquisa, a maioria dos participantes afirmou que o diagnóstico nutricional não é compartilhado com o usuário ou seu responsável. Apenas com relação à faixa etária das crianças, um número maior de entrevistados afirmou

repassar este dado. A maioria dos gerentes afirmou que sempre registra os dados antropométricos nas Cadernetas de Saúde. Porém, destes, apenas metade preenchem os gráficos com as curvas de crescimento. Percebe-se, portanto, a falta de cumprimento da preconização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) com relação ao direito do usuário do Sistema de Saúde de receber informações sobre seu estado nutricional, bem como de ser orientado para compreender as informações contidas na Caderneta de Saúde.

É de suma importância que o profissional de saúde não se atenha apenas às medidas de peso e estatura para avaliar o estado nutricional dos indivíduos. Outro parâmetro que pode ser utilizado para adultos na Vigilância Alimentar e Nutricional, com o objetivo de complementar o diagnóstico nutricional, é a circunferência da cintura. Este indicador afere a localização da gordura corporal, sendo que, em adultos, o padrão de distribuição do tecido adiposo tem relação direta com o risco de morbi-mortalidade. Além disso, recomenda-se avaliar os resultados de exames bioquímicos, avaliar os hábitos alimentares, e avaliar outros dados clínicos, como por exemplo, sinais clínicos de deficiências de micronutrientes (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, apenas 29,4% dos entrevistados do nosso estudo tinham conhecimento de outros dados, além de peso e estatura, que fornecem estado nutricional. Foram citados a circunferência da cintura, o estado físico, o inquérito alimentar e exames bioquímicos, corroborando com as recomendações supracitadas.

Destacam-se dois objetivos básicos das informações geradas pelo SISVAN na Atenção Básica: 1) monitorar a situação nutricional de grupos populacionais específicos segundo características definidas; 2) subsidiar políticas e ações para promoção da saúde e da alimentação saudável, prevenção e controle de agravos nutricionais. As informações têm como utilidade a tomada de decisões dos gestores da área em todas as esferas de governo e, no nível local, orientar ou reorientar ações para melhorar a assistência prestada aos usuários dos serviços básicos de saúde e programas comunitários (BRASIL, 2004).

É de suma importância que a informação gerada rotineiramente não sirva apenas para retroalimentar o SISVAN e subsidiar as programações locais e as instâncias superiores, mas também que seja utilizada para repensar a prática e

qualificar a assistência prestada àqueles indivíduos que diariamente são atendidos na rede de saúde (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, nosso estudo identificou as equipes de saúde que faziam uso das informações do SISVAN para a realização de ações/intervenções. Os resultados demonstraram que apenas metade dos participantes mencionaram utilizar as informações. Dentre as ações, foram citadas: grupos de orientação com temas variados, encaminhamentos para consulta de nutrição e ações educativas na escola.

Na pesquisa que avaliou a implantação do SISVAN em 241 municípios brasileiros (ROMEIRO, 2006) foi observado que 61,8% destes utilizavam as informações geradas pelo SISVAN, focando a utilização destas, principalmente, na divulgação aos profissionais de saúde e seu uso na identificação de público para programas de governo. Outras ações relatadas por aproximadamente 45% dos municípios foram a de definição de intervenções e norteamiento das políticas públicas de saúde (ROMEIRO, 2006).

As informações tanto de nossa pesquisa, como do estudo supracitado, confirmam que o SISVAN ainda não superou problemas descritos no estudo de Batista Filho e Rissin (1993), que fez uma análise do SISVAN no Brasil e, como resultado, apontou que a interpretação dos dados têm ficado para segundo plano, não sendo, muitas vezes, utilizadas para seus fins específicos nos locais onde são gerados.

Alguns problemas com relação ao SISVAN foram citados pelos participantes do nosso estudo, como falta de comprometimento da equipe, mães que não levam os filhos para fazer o acompanhamento, formulário complexo, falta de um profissional responsável apenas pelo SISVAN, falta de manutenção dos equipamentos e a falta de uma listagem das pessoas que já estão cadastradas para apenas acompanhar.

No estudo que avaliou a implantação do SISVAN nos estados e municípios brasileiros foram citadas dificuldades semelhantes, como deficiência de capacitação, problemas com recursos humanos e dificuldade com o manuseio do instrumento principal – o sistema, bem como a informatização e conexão (ROMEIRO, 2006).

Na publicação do Ministério da Saúde sobre os Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL 2009), elaborada pela Coordenação-Geral da

Política de Alimentação e Nutrição, destaca alguns problemas relacionados ao sistema informatizado do SISVAN que têm contribuído para uma baixa alimentação pelos municípios. Destacam-se: a falta de estrutura nos municípios para operar o sistema e realizar a vigilância alimentar e nutricional (como ausência de computadores e de equipamentos antropométricos) e a alta rotatividade da mão-de-obra que participa das capacitações. Entre outras limitações, destaca-se também o efeito do usuário do SUS, tendo em vista que este apresenta uma tendência maior a ser atendido na rede de atenção básica quando está doente e tem piores condições socioeconômicas. Dessa forma, é criado um viés de seleção da população que tem seus dados registrados no sistema. Também são vieses do SISVAN: a ausência de priorização política, o tempo reduzido para realizar as atividades locais, tendo em vista que o SISVAN compete com outras atividades de Atenção Básica e com outros sistemas dentro do SUS e a existência de locais com baixa cobertura de programas como ESF/ PACS (BRASIL, 2009).

De acordo com Romeiro (2006), compete aos estados e Regionais de Saúde a replicação dos treinamentos recebidos aos municípios e estes, replicarem aos profissionais envolvidos. Cabe também aos estados a reprodução dos materiais técnicos de apoio às capacitações e a reprodução destes, em quantitativo adequado às realidades locais, bem como a aquisição de equipamentos antropométricos e sua devida manutenção, em parceria com a gestão municipal.

No SISVAN, é preciso dar prioridade ao nível local, pois é neste onde os dados são coletados, necessitando assim realizar capacitações nas normas e procedimentos para os profissionais de campo, além de estabelecer uma supervisão constante e eficaz (PEDROSO, 2010).

Uma característica fundamental do SISVAN é a difusão sistemática dos dados e sua interpretação aos usuários e organismos responsáveis, para que decisões mais adequadas sejam tomadas. Não basta reunir, analisar e publicar os dados, é preciso interpretá-los e utilizá-los com regularidade. A Vigilância Alimentar e Nutricional sem um programa de ação concomitante se acaba se convertendo em um mero exercício acadêmico com o fim exclusivo de obter informações (PEDROSO, 2010).

No SISVAN-Web, todas as informações registradas, referentes ao estado nutricional e consumo alimentar podem gerar relatórios. Estes servem de subsídio para a realização de ações voltadas ao restabelecimento das condições adequadas

de saúde e nutrição da população acompanhada. Atualmente, os relatórios podem ser desagregados até os Estabelecimentos de Saúde dos municípios, incluindo o acompanhamento do histórico individual. Tais dados são importantes e valiosos porque permitem traçar o perfil epidemiológico e nutricional da população e refletem o impacto das ações realizadas em determinadas comunidades (BRASIL, 2013).

Todos os gerentes participantes do nosso estudo afirmaram que recebem relatórios da coordenação do SISVAN com as informações sobre o número de cadastros/acompanhamentos realizados. Além disso, nas atualizações sobre o SISVAN, que são realizadas semestralmente pela coordenação do sistema, são repassados os dados de estado nutricional e consumo alimentar da população cadastrada no SISVAN no município. Verificou-se, contudo, que estas informações nem sempre são analisadas e utilizadas para orientar ações que visem à melhoria da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, tendo em vista a ausência de realizações de ações/intervenções a partir dos resultados do SISVAN, relata pela maioria dos participantes do estudo.

Verificou-se, em nosso estudo, que não há uma periodicidade regular de envio das informações coletadas nas Unidades (através dos formulários) para a Coordenação do SISVAN, para digitação. Observou-se também que não há uma cobrança de periodicidade definida pela própria coordenação.

Segundo a Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, o SISVAN deve ser alimentado mensalmente para evitar a suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica.

Um estudo desenvolvido no Chile (ACOSTA, 2001) fez um levantamento dos erros mais comuns em relação à implantação do SISVAN e destacou o planejamento insuficiente das atividades iniciais, posteriores e de estratégias de delineamento da Vigilância Nutricional; ausência de ordem e prioridade das atividades; divulgação e discussão insuficientes dos resultados do processo; falta de programação no processo de coleta e processamento de dados; análises insuficientes dos resultados obtidos; insuficiente informação técnica e escassa motivação dos profissionais de saúde executores da Atenção Básica e subestimação dos recursos necessários.

Os resultados do nosso estudo mostraram que o SISVAN, no município de Criciúma, continua a seguir este caminho, ainda com a reprodução de alguns

erros. Verificou-se, portanto, a necessidade de ampliação da cobertura do SISVAN para todos os grupos populacionais, bem como o adequado monitoramento dos usuários, conforme as recomendações do Ministério da Saúde. Para tanto, faz-se necessário a padronização das rotinas de monitoramento nutricional. Dessa forma, visa-se sistematizar, por meio de um protocolo, a avaliação do estado nutricional e a atenção à saúde do público que busca atendimento na Atenção Básica, considerando a realidade da Vigilância Alimentar e Nutricional encontrada no município. No Apêndice D apresenta-se a proposta de protocolo desenvolvida pela autora desta pesquisa, com os fluxogramas para cada fase da vida bem como o fluxograma para a organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no município, destinado aos profissionais de saúde que fazem parte da Atenção Básica. Para a elaboração da proposta, utilizou-se como base teórica o material disponibilizado pelo Ministério da Saúde que apresenta os protocolos de atendimento que devem ser aplicados em cada situação nutricional diagnosticada dentro das competências dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2008) e o material sobre Vigilância em Segurança Alimentar e Nutricional disponibilizado pelo Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP, 2013).

6 CONCLUSÃO

Podemos concluir, mediante os resultados apresentados, que é necessário a ampliação de cobertura do SISVAN, bem como a necessidade de sensibilização e capacitação dos recursos humanos.

As estratégias de captação de indivíduos para cadastramento/acompanhamento, como as Campanhas de Vacinação e demais situações citadas pelas equipes, devem ser replicadas e utilizadas como forma de ampliação da cobertura populacional.

As capacitações sobre a utilização dos instrumentos (formulários) e sobre avaliação antropométrica se fazem necessárias tendo em vista as dificuldades relatadas pelos participantes deste estudo.

Para a melhoria do SISVAN, é necessário também, o fortalecimento da área técnica de Alimentação e Nutrição, com infra-estrutura, equipamentos e recursos humanos. Além disso, a implantação do Sistema Informatizado nas Unidades de Saúde facilitaria a alimentação dos dados coletados na rotina do serviço de saúde, sem a necessidade do preenchimento manual, fornecendo um diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais.

Sabe-se que é comum o SISVAN, nas mais diversas localidades, coletar grande quantidade de informação para avaliar o problema, mas, por outro lado, gerar pouca quantidade de informações para as análises de causa e soluções, com grande dificuldade de fazê-lo servir para seu real objetivo, que é a tomada de decisões. Verificou-se, infelizmente, que no município de Criciúma, ainda ocorre este equívoco, haja visto a ausência de realização de ações/intervenções a partir das informações geradas pelo SISVAN.

Desta forma, ainda há um longo caminho para a Vigilância Alimentar e Nutricional percorrer. É necessário melhorar a qualidade dos dados coletados, introduzindo outros indicadores que permitam o diagnóstico e o monitoramento dos agravos nutricionais prevalentes nas diversas faixas etárias da população. Essencialmente, o SISVAN deve garantir que as informações sejam utilizadas para tanto para ações imediatas como de longo prazo e sirvam de subsídios para a gestão das políticas públicas de intervenção do sistema de saúde e melhoria da assistência prestada.

Recomenda-se, portanto, incentivar a análise das informações advindas do SISVAN por parte dos profissionais e gestores na esfera municipal, como forma de orientar a gestão de programas e ações, bem como possibilitar-lhes analisar ações e seus impactos, resultantes de sua atividade profissional.

As limitações deste estudo residem na possível inconsistência de informações por parte de alguns participantes, tendo em vista que não possuíam real conhecimento das atividades de Vigilância Alimentar e Nutricional, por atuarem a pouco tempo na Unidade de Saúde, quando da realização das entrevistas. Além disso, a amostra reduzida pode ser considerada um viés do estudo, uma vez que os dados foram oriundos apenas das Unidades de Saúde que seguiam o modelo Estratégia Saúde da Família, sendo excluídas as Unidades Referência e Unidades Básicas de Saúde, as quais também devem realizar as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Sugere-se, por fim, que a proposta de protocolo seja discutida em reunião da área técnica de Alimentação e Nutrição para analisar a viabilidade de implantação do mesmo no município.

REFERÊNCIAS

Acosta SJ. Errores em que se puede incurrir en lós sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional. *Rev Cubana Aliment Nutr.* 2001; 15(1):68-73.

American Dietetic Association (ADA). Definition for nutrition screening and assessment. *J Am Diet Assoc.* 1994; 94(8):838-9.

Arruda BKG, Arruda IKG. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7(3):319-26.

Batista Filho M, Rissin A. Vigilância Alimentar e Nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades. A VAN no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 1993; 9(1):99-105.

Brasil. Ação da Cidadania Contra a Miséria e pela Vida. Cartilha para ajudar a formar comitês. Brasília: Secretaria Nacional da Ação da Cidadania contra a Miséria e pela Vida; 1993.

Brasil. Decreto nº 4.582 de 30 de janeiro de 2003. Regulamenta o funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 30 jan.

Brasil. Emenda Constitucional nº 64 de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. *Diário Oficial da União* 2010; 4 fev.

Brasil. Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 30 jan.

Brasil. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 15 set.

Brasil. Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nºs 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 16 jun.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN – na assistência à saúde. Brasília: MS; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006. Brasília: MS; 2009.

Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Coordenação Geral Da Política De Alimentação e Nutrição. Uso dos formulários e registro das informações no novo sistema informatizado da vigilância alimentar e nutricional – SISVAN Web. Brasília, MS; 2013.

Brasil. Portaria nº 1.156 de 31 de agosto de 1990. Institui, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 ago.

Brasil. Portaria nº 2.715 de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União*; 17 nov.

Brasil. Portaria nº 2246 de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações e 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* 2004; 18 out.

Brasil. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União* 2006; 22 fev.

Brasil. Portaria nº 648 de 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* 2006; 28 mar.

Brasil. Portaria nº 710 de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. *Diário Oficial da União* 1999; 10 jun.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

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):688-99.

Engstrom EM. *Sisvan*: Instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde. O diagnóstico nutricional. 3ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [homepage na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010 [atualizada em 2010; acesso em 25 abr 2013]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=420460>

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Vigilancia para Seguridad Alimentaria y Nutricional [homepage na Internet]. Guatemala, Centroamérica: 2013. [atualizada em 2013; acesso em 10 jun 2013]. Disponível em <http://www.incap.org.gt/sisvan/index.php/es/>

L'Abbate S. As políticas de alimentação e nutrição no Brasil: período de 1940 a 1964. *Rev Nutr*. 1988; 1(2):87-138.

Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saude Publica*. 2005; 39(4):530-40.

Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3):47-65.

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.

Monteiro CA, Benício MHD, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(1):35-43.

Oliveira RC. A transição nutricional no contexto da transição demográfica e epidemiológica. *Rev Min Saúde Pública*. 2004; 5(3):16-23.

Pedroso MRO. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): uma revisão na América Latina e Brasil [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; 2010.

Pereira SMPD, Brito LAMH, Palácio MAV, Monteiro MPA. Operacionalização do sistema de vigilância alimentar e nutricional em Juazeiro do Norte, Ceará. *Rev baiana saúde pública*. 2012; 36(2):577-86.

Rocha BS, Munari DB, Bezerra ALQ, Melo LKA. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. *Rev enferm. UERJ*. 2009; 17(2):229-33.

Rocha JBB, Zeitoun RCG. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. *Rev enferm. UERJ*. 2007; 15(1):46-52.

Romeiro AAF. Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde; 2006.

Santana LAA, Santos SMC. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa leite é saúde: avaliação em municípios baianos. *Rev Nutr*. 2004; 17(3):282-90.

Santos I, Castro CB. Características pessoais e profissionais de enfermeiros com funções administrativas atuantes em um hospital universitário. *Rev esc enferm USP*. 2010; 44(1):154-60.

Vasconcelos FAG, Batista Filho M. História do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(1):81-90.

Vasconcelos FAG. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev Nutr*. 2005; 18(4):439-57.

Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev Nutr*. 2002; 15(2):127-138.

Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.

World Health Organization (WHO). WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weightfor-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.

World Health Organization (WHO). WHO school-aged children and adolescents growth Standards: hight-for-age, weight-for-age and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2007.

Ypiranga L, Gil MF. Formação profissional do nutricionista: por que mudar? In: CUNHA DTO, Ypiranga L, Gil MF. II Seminário Nacional sobre o ensino de nutrição. Goiânia: FEBRAN; 1989. p. 20-36.

**APÊNDICE – Proposta de Protocolo para a Vigilância Alimentar e Nutricional
do município de Criciúma (SC)**

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE
DA FAMÍLIA

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CRICIÚMA, SC

SABRINA TEODOSIO SILVA
RITA SUSELAINE VIEIRA RIBEIRO

CRICIÚMA,
2013

1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi criado através da Portaria nº 1.156 de 31 de agosto de 1990 e da Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde.

De acordo com a terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que se refere à avaliação e ao monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira, as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional realizadas com os usuários do SUS devem ser incorporadas às rotinas de atendimento na rede básica de saúde. O objetivo é a detecção precoce de situações de risco nutricional e à prescrição de ações que possibilitem prevenir agravos à saúde e reverter ao quadro de normalidade quando possível (BRASIL, 2012).

Mais recentemente, com o movimento nacional em direção à discussão da temática da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na gestão pública, o fortalecimento das ações de Alimentação e Nutrição em todos os níveis de atenção à saúde tem constituído o elenco de diretrizes estratégicas para a consolidação dessa política. Nesse campo, a ampliação da cobertura do SISVAN para todos os grupos populacionais, a capacitação de profissionais para as ações de VAN, bem como a disponibilização dos indicadores nutricionais como base para a formulação e implementação de políticas públicas de SAN figuram entre as principais exigências para o cumprimento dessa diretriz (BRASIL, 2007).

Para tanto, é necessário a padronização dos indicadores de diagnóstico do estado nutricional em diferentes fases da vida, bem como as rotinas de monitoramento nutricional. Dessa forma, visa-se sistematizar, por meio de protocolos, as ações de VAN do município de Criciúma, SC, levando em consideração a realidade e as particularidades desta localidade.

São apresentados os protocolos de atendimento que devem ser aplicados em cada fase da vida dentro das competências dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica. Trata-se de um material resultante da monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

2 PROTOCOLOS DO SISVAN POR FASE DA VIDA

2.1 CRIANÇAS

Público alvo: todas as crianças menores de 10 anos.

Passos para cumprimento das exigências do SISVAN:

- a) Calcular a idade da criança em meses.
- b) Pesar e medir a criança usando a técnica e instrumentos adequados (Anexo A).
- c) Registrar os dados na Caderneta de Saúde da Criança, incluindo a marcação dos gráficos.
- d) Avaliar os índices antropométricos a partir dos gráficos (presentes na Caderneta de Saúde da Criança) ou tabelas de crescimento infantil (Anexo B).
- e) Avaliar a orientação da curva de crescimento (ascendente, horizontal ou descendente), segundo os índices antropométricos utilizados.
- f) Realizar o preenchimento do formulário do SISVAN (“Formulário de Cadastro” – ou, caso a criança já seja cadastrada, “Mapa de Acompanhamento”)*.
- g) Investigar a prática de aleitamento materno ou a introdução de alimentos ou ainda a alimentação habitual da criança, dependendo de sua idade (através do preenchimento do formulário “Marcadores do consumo alimentar”.
- h) Investigar sobre o recebimento de benefício proveniente do Programa Bolsa Família e, caso receba, verificar a necessidade de preenchimento do mapa.
- i) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes e funcionamento intestinal) e verificar a necessidade de solicitação de exames bioquímicos.
- j) Compartilhar com a mãe ou responsável o diagnóstico nutricional da criança, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso.
- k) Avaliar a necessidade de encaminhamento para especialidades e/ou grupos de Educação Nutricional/Educação em Saúde.
- l) Orientar a mãe ou responsável quanto à adoção de uma alimentação adequada com o objetivo de que a criança supra suas necessidades nutricionais e garanta crescimento e desenvolvimento adequados. Fundamentar as orientações de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos” (Anexo C) e os “Dez passos para a alimentação saudável de crianças de 2 a 10 anos” (Anexo D).

*Tendo em vista que os serviços de saúde do município estão em processo de informatização, como sugestão, recomenda-se que a Unidade de Saúde adote um carimbo para sinalizar, no prontuário da criança, se esta foi cadastrada no SISVAN. Desta forma, ao consultar o prontuário, verifica-se se é necessário realizar apenas o acompanhamento no Mapa de Acompanhamento. Outra sugestão é numerar a Caderneta da Criança e adotar um livro na Unidade de Saúde, com a numeração identificada na Caderneta e os dados pessoais da criança (nome, endereço) para, no momento da avaliação nutricional, consultar o livro e verificar a necessidade de realizar apenas o acompanhamento.

São situações de alerta entre crianças:

- Peso elevado para idade, com curva de crescimento ascendente;
- curvas de crescimento horizontal ou descendente entre crianças eutróficas;
- muito baixo peso;
- déficit de altura.

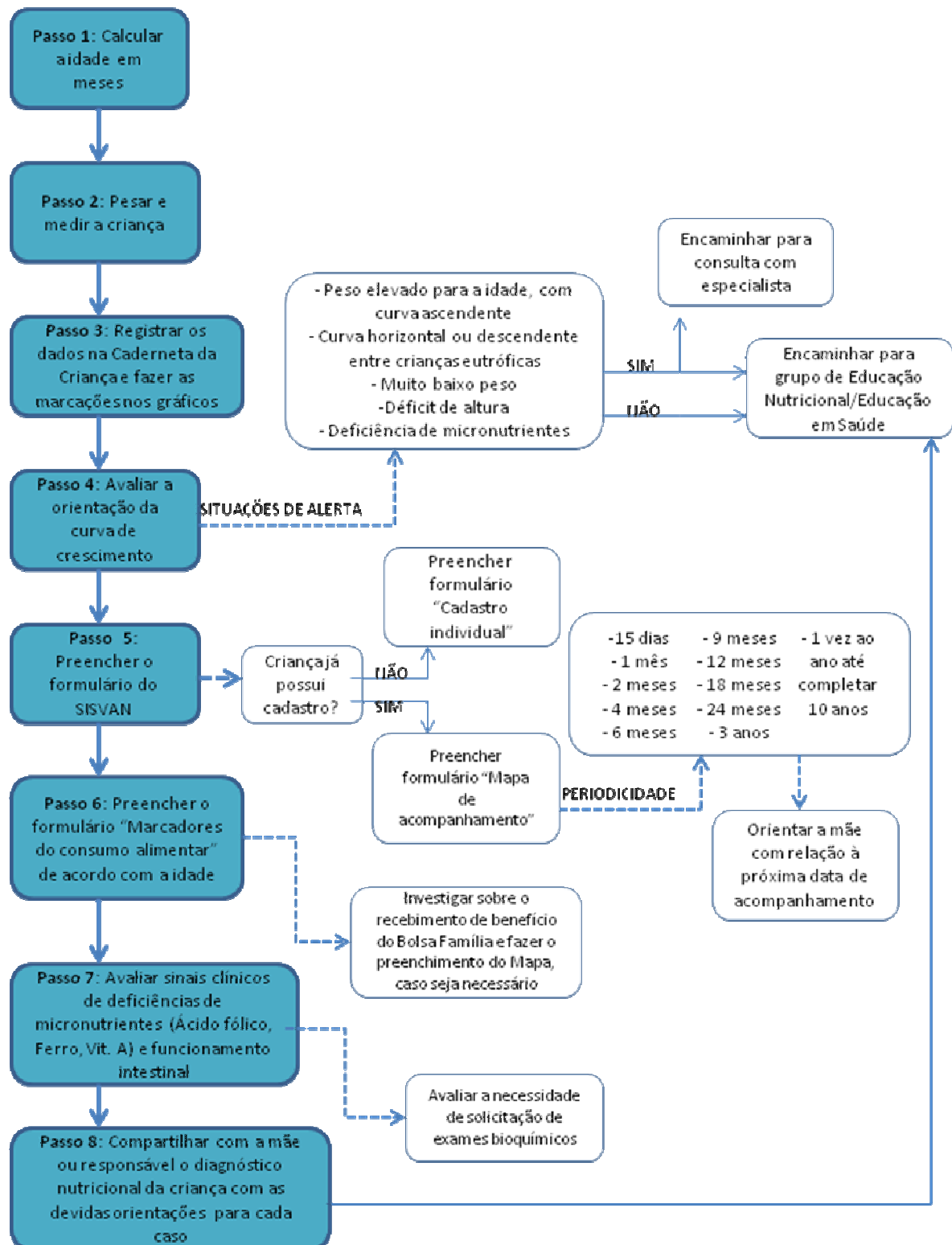
Periodicidade de acompanhamento para crianças: O registro do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar deve seguir o calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, conforme quadro abaixo.

Número de acompanha- mentos	Idade																
	dias	meses								anos							
	15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6	7	8	9	10
1º ano - sete	X	X	X	X	X	X	X										
2º ano - duas								X	X								
3º ano - uma										X							
4º ano - uma											X						
5º ano - uma												X					
6º ano - uma													X				
7º ano - uma														X			
8º ano - uma															X		
9º ano - uma																X	
10º ano -uma																	X

Situações/momentos oportunos para a realização de cadastro/acompanhamento das crianças no SISVAN:

- Triagem para consulta na Unidade de Saúde
- Vacina
- Utilização dos dados do Sispré-natal
- Mutirões na Escola e Centro de Educação Infantil
- Grupos
- PSE (Programa Saúde na Escola)

Fluxograma SISVAN - Crianças (0 a 10 anos incompletos)



2.2 ADOLESCENTES

Público alvo: indivíduos com idade entre 10 e 20 anos incompletos.

Passos para cumprimento das exigências do SISVAN:

- a) Calcular a idade do adolescente em anos.
- b) Pesar e medir o adolescente usando a técnica e instrumentos adequados (Anexo A).
- a) Avaliar os índices antropométricos a partir das tabelas de crescimento (Anexo B).
- b) Realizar o preenchimento do formulário do SISVAN (“Formulário de Cadastro” – ou, caso o adolescente já seja cadastrado, “Mapa de Acompanhamento”)*.
- c) Avaliar os hábitos alimentares do adolescente através do preenchimento do formulário “Marcadores do consumo alimentar” e o recebimento de benefício proveniente do Programa Bolsa Família. Caso receba o benefício, verificar a necessidade de preenchimento do mapa.
- d) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes e funcionamento intestinal) e verificar a necessidade de solicitação de exames bioquímicos.
- e) Compartilhar com o adolescente ou responsável o diagnóstico nutricional, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso.
- f) Avaliar a necessidade de encaminhamento para especialidades e/ou grupos de Educação Nutricional/Educação em Saúde.
- g) Orientar o adolescente e/ou responsável quanto à adoção de uma alimentação adequada para que sejam supridas suas necessidades nutricionais e garantia do seu crescimento e desenvolvimento adequados. Fundamentar as orientações de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável” (Anexo E).

*Tendo em vista que os serviços de saúde do município estão em processo de informatização, como sugestão, recomenda-se que a Unidade de Saúde adote um carimbo para sinalizar, no prontuário do adolescente, se este foi cadastrado no SISVAN. Desta forma, ao consultar o prontuário, verifica-se se é necessário realizar apenas o acompanhamento no Mapa de Acompanhamento. Outra sugestão é adotar um livro na Unidade de Saúde, com dados pessoais dos adolescentes (nome, endereço), em ordem alfabética, para, no momento da avaliação nutricional, consultar o livro e verificar a necessidade de realizar apenas o acompanhamento.

São situações de alerta entre adolescentes:

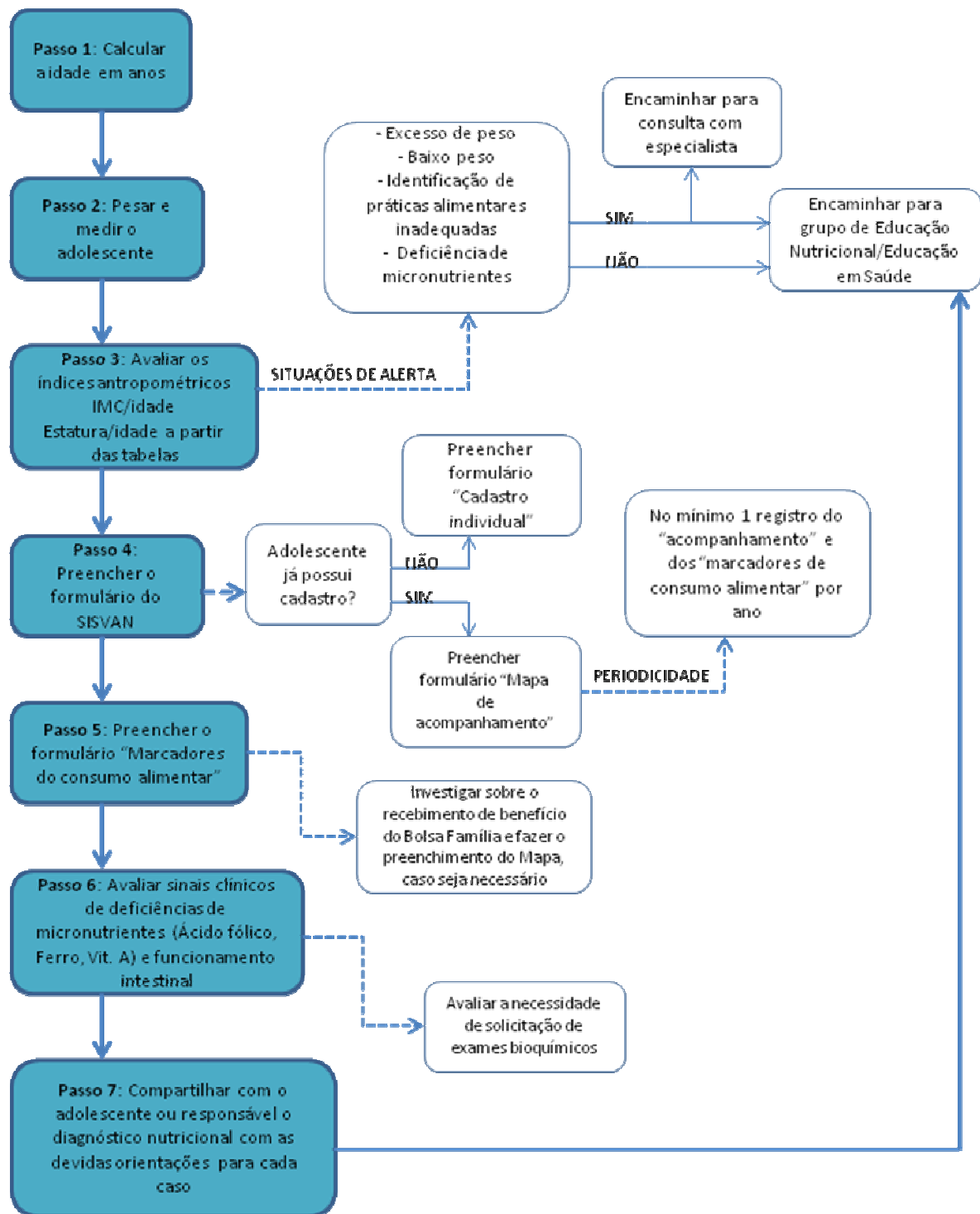
- Excesso de peso;
- baixo peso;
- identificação de práticas alimentares inadequadas.

Periodicidade de acompanhamento para adolescentes: no mínimo um registro por ano do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar.

Situações/momentos oportunos para a realização de cadastro/acompanhamento dos adolescentes no SISVAN:

- Triagem para consulta na Unidade de Saúde
- Vacina
- Mutirões na Escola
- Grupos

Fluxograma SISVAN - Adolescentes (10 a 20 anos incompletos)



2.3 ADULTOS

Público alvo: indivíduos com idade entre 20 e 60 anos incompletos.

Passos para cumprimento das exigências do SISVAN:

- a) Pesar e medir o adulto usando a técnica e instrumentos adequados (Anexo A).
- b) Realizar a aferição da medida da cintura usando a técnica e instrumento adequado (Anexo A).
- c) Calcular o IMC e classificar seu estado nutricional de acordo com os parâmetros recomendados (Anexo B).
- d) Realizar o preenchimento do formulário do SISVAN (“Formulário de Cadastro” – ou, caso o adulto já seja cadastrado, o “Mapa de Acompanhamento”)*.
- e) Avaliar os hábitos alimentares do adulto através do preenchimento do formulário “Marcadores do consumo alimentar” e o recebimento de benefício proveniente do Programa Bolsa Família. Caso receba o benefício, verificar a necessidade de preenchimento do mapa.
- f) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes e funcionamento intestinal) e verificar a necessidade de solicitação de exames bioquímicos.
- g) Compartilhar com o adulto o diagnóstico nutricional, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso.
- h) Avaliar a necessidade de encaminhamento para especialidades e/ou grupos de Educação Nutricional/Educação em Saúde.
- i) Orientar o adulto quanto à adoção de uma alimentação adequada que supra suas necessidades nutricionais e garanta a manutenção ou restabelecimento da saúde. Fundamentar as orientações de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável” (Anexo E).

*Tendo em vista que os serviços de saúde do município estão em processo de informatização, como sugestão, recomenda-se que a Unidade de Saúde adote um carimbo para sinalizar, no prontuário do adulto, se este foi cadastrado no SISVAN. Desta forma, ao consultar o prontuário, verifica-se se é necessário realizar apenas o acompanhamento no Mapa de Acompanhamento. Outra sugestão é adotar um livro na Unidade de Saúde, com dados pessoais dos adultos (nome, endereço), em ordem alfabética, para, no momento da avaliação nutricional, consultar o livro e verificar a necessidade de realizar apenas o acompanhamento.

São situações de alerta entre adultos:

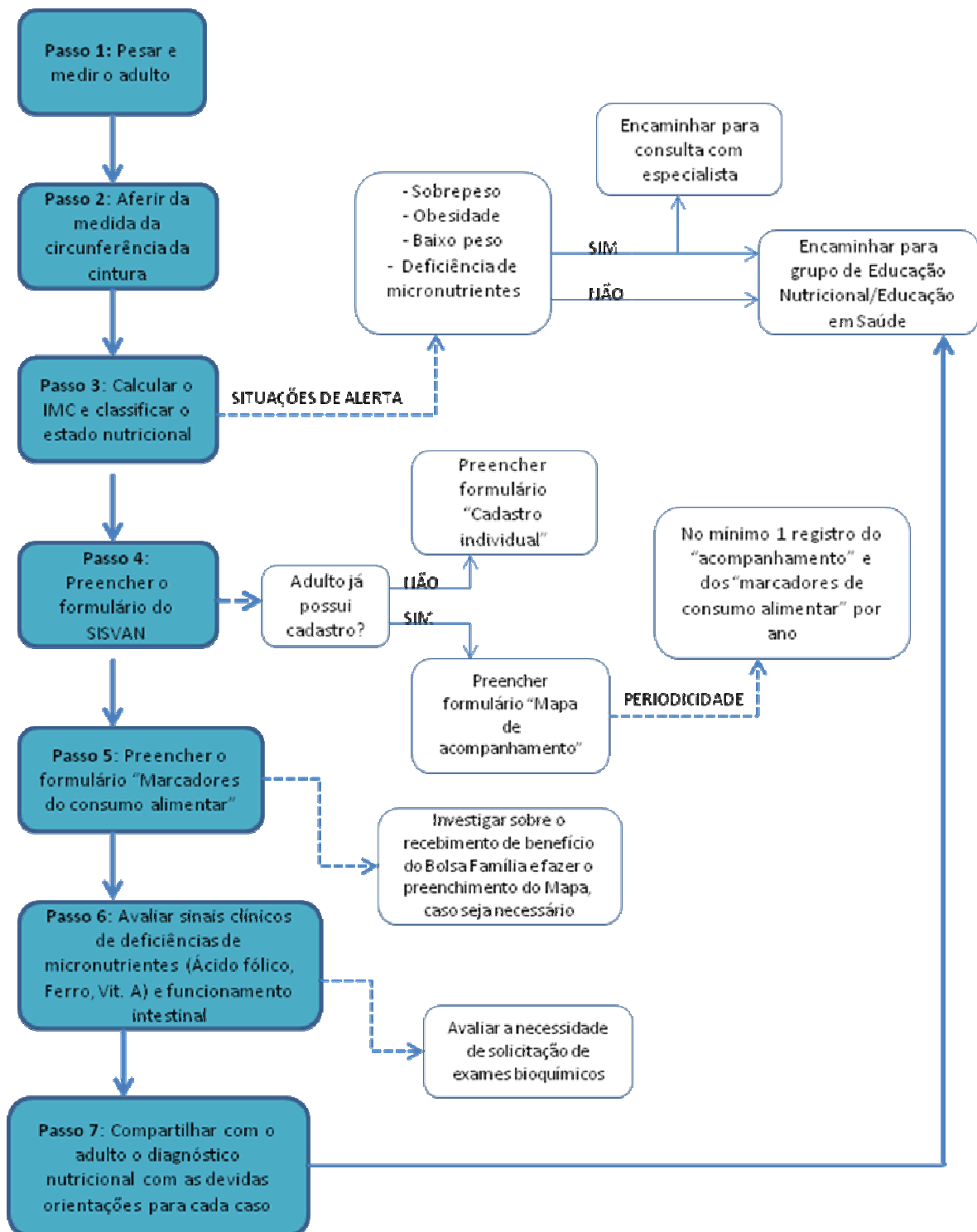
- Sobrepeso;
- obesidade;
- baixo peso.

Periodicidade de acompanhamento para adultos: no mínimo um registro por ano do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar.

Situações/momentos oportunos para a realização de cadastro/acompanhamento dos adultos no SISVAN:

- Triagem para consulta na Unidade de Saúde
- Vacina
- Preventivo
- Cadastro/acompanhamento no HiperDia
- Campanhas de Saúde (do homem, da mulher...)
- Grupos

Fluxograma SISVAN - Adultos (20 a 60 anos incompletos)



2.4 IDOSOS

Público alvo: indivíduos com idade igual ou maior do que 60 anos.

Passos para cumprimento das exigências do SISVAN:

- a) Pesar e medir o idoso usando a técnica e instrumentos adequados (Anexo A).
- h) Calcular o IMC do idoso e classificar seu estado nutricional de acordo com os parâmetros recomendados (Anexo B).
- b) Realizar o preenchimento do formulário do SISVAN (“Formulário de Cadastro” – ou, caso o adulto já seja cadastrado, o “Mapa de Acompanhamento”)*
- c) Avaliar os hábitos alimentares do idoso através do preenchimento do formulário “Marcadores do consumo alimentar”.
- d) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes e funcionamento intestinal) e verificar a necessidade de solicitação de exames bioquímicos.
- e) Compartilhar com o idoso ou responsável o diagnóstico nutricional, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso.
- f) Avaliar a necessidade de encaminhamento para especialidades e/ou grupos de Educação Nutricional/Educação em Saúde.
- g) Orientar o idoso ou seu responsável quanto à adoção de uma alimentação adequada que supra suas necessidades nutricionais e garanta a manutenção ou restabelecimento da saúde. Fundamentar as orientações de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável” (Anexo E).

*Tendo em vista que os serviços de saúde do município estão em processo de informatização, como sugestão, recomenda-se que a Unidade de Saúde adote um carimbo para sinalizar, no prontuário do idoso, se este foi cadastrado no SISVAN. Desta forma, ao consultar o prontuário, verifica-se se é necessário realizar apenas o acompanhamento no Mapa de Acompanhamento. Outra sugestão é adotar um livro na Unidade de Saúde, com dados pessoais dos idosos (nome, endereço), em ordem alfabética, para, no momento da avaliação nutricional, consultar o livro e verificar a necessidade de realizar apenas o acompanhamento.

São situações de alerta entre idosos:

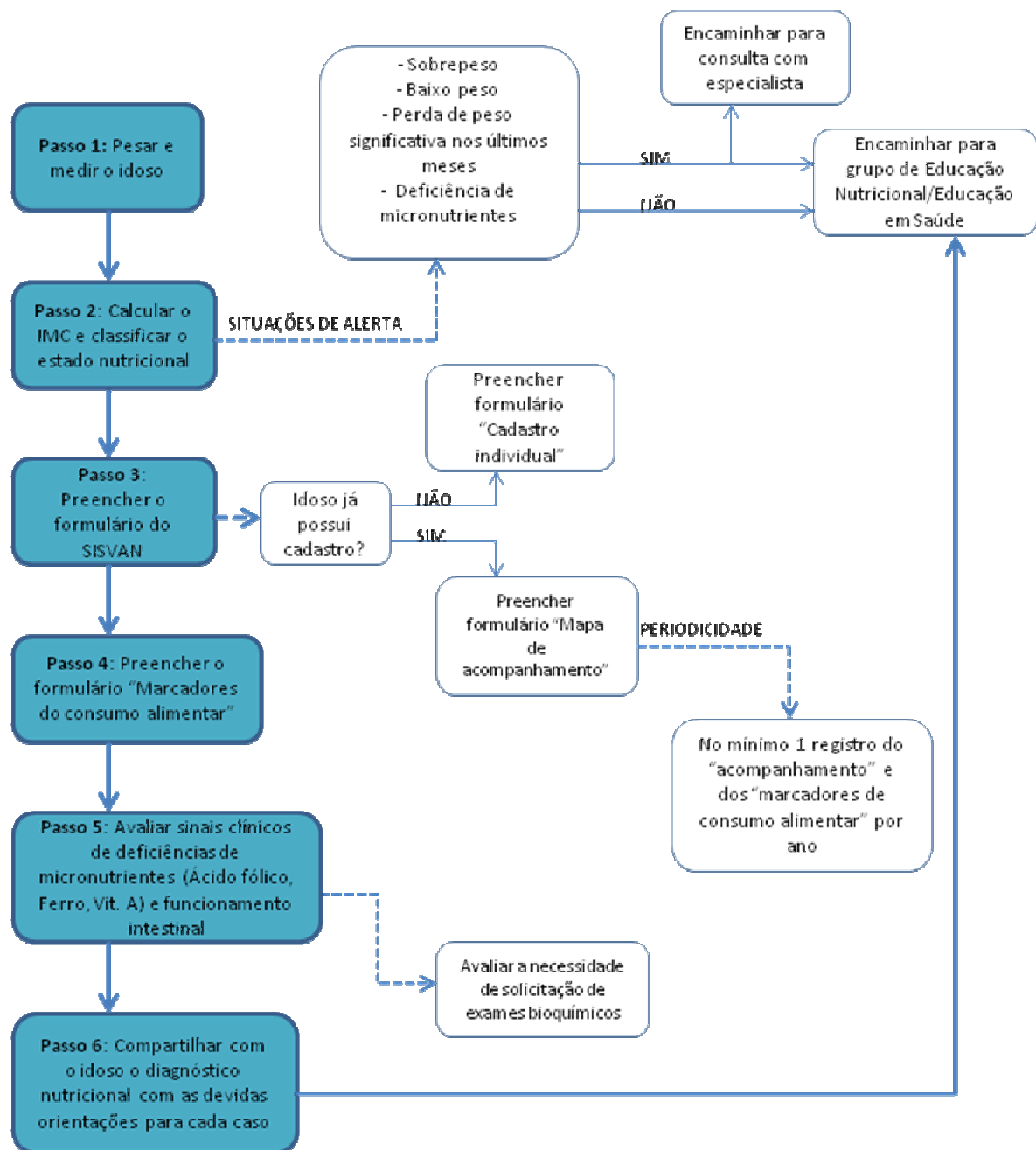
- sobrepeso;
- baixo peso;
- ocorrência de perda de peso significativa nos últimos meses.

Periodicidade de acompanhamento para idoso: no mínimo um registro por ano do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar.

Situações/momentos oportunos para a realização de cadastro/acompanhamento dos idosos no SISVAN:

- Triagem para consulta na Unidade de Saúde
- Vacina
- Preventivo
- Cadastro/acompanhamento no HiperDia
- Campanhas de Saúde (do homem, da mulher, do idoso...)
- Grupos

Fluxograma SISVAN - Idosos (60 anos ou mais)



2.5 GESTANTES

Público alvo: mulheres em idade fértil que estejam grávidas.

Passos para cumprimento das exigências do SISVAN:

- a) Calcular a semana gestacional.
- b) Registrar o peso pré-gestacional.
- c) Pesar e medir a gestante usando a técnica e instrumentos adequados (Anexo A).
- d) Avaliar o estado nutricional da gestante a partir dos gráficos, tabelas (Anexo B) ou disco de IMC por semana gestacional (de acordo com a classificação de baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade) e o ganho de peso durante o período.
- e) Registrar os dados no Cartão da Gestante.
- f) Realizar o preenchimento do formulário do SISVAN (“Formulário de Cadastro” – ou, caso a gestante já seja cadastrada, o “Mapa de Acompanhamento”)*
- g) Avaliar os hábitos alimentares da gestante através do preenchimento do formulário “Marcadores do consumo alimentar” e o recebimento de benefício proveniente do Programa Bolsa Família. Caso receba o benefício, verificar a necessidade de preenchimento do mapa.
- h) Avaliar outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes e funcionamento intestinal) e verificar a necessidade de solicitação de exames bioquímicos.
- i) Compartilhar com a gestante o diagnóstico nutricional, explicando o que este representa com as devidas orientações para cada caso.
- j) Avaliar a necessidade de encaminhamento para especialidades e/ou grupos de Educação Nutricional/Educação em Saúde.
- k) Orientar a gestante quanto à adoção de uma alimentação adequada que supra suas necessidades nutricionais e do bebê e que garanta um crescimento e desenvolvimento adequados ao feto. Caso ela não apresente nenhuma restrição alimentar (como diabetes ou hipertensão), fundamentar as orientações de acordo com os “Dez passos para a alimentação saudável” (Anexo E), lembrando que a demanda calórica na gestação e lactação é maior.

São situações de alerta entre gestantes:

- sobrepeso;
- obesidade;
- baixo peso;
- traçado horizontal ou descendente na curva de estado nutricional da gestante;
- ganho de peso insuficiente para a semana gestacional identificada.;
- gestantes adolescentes.

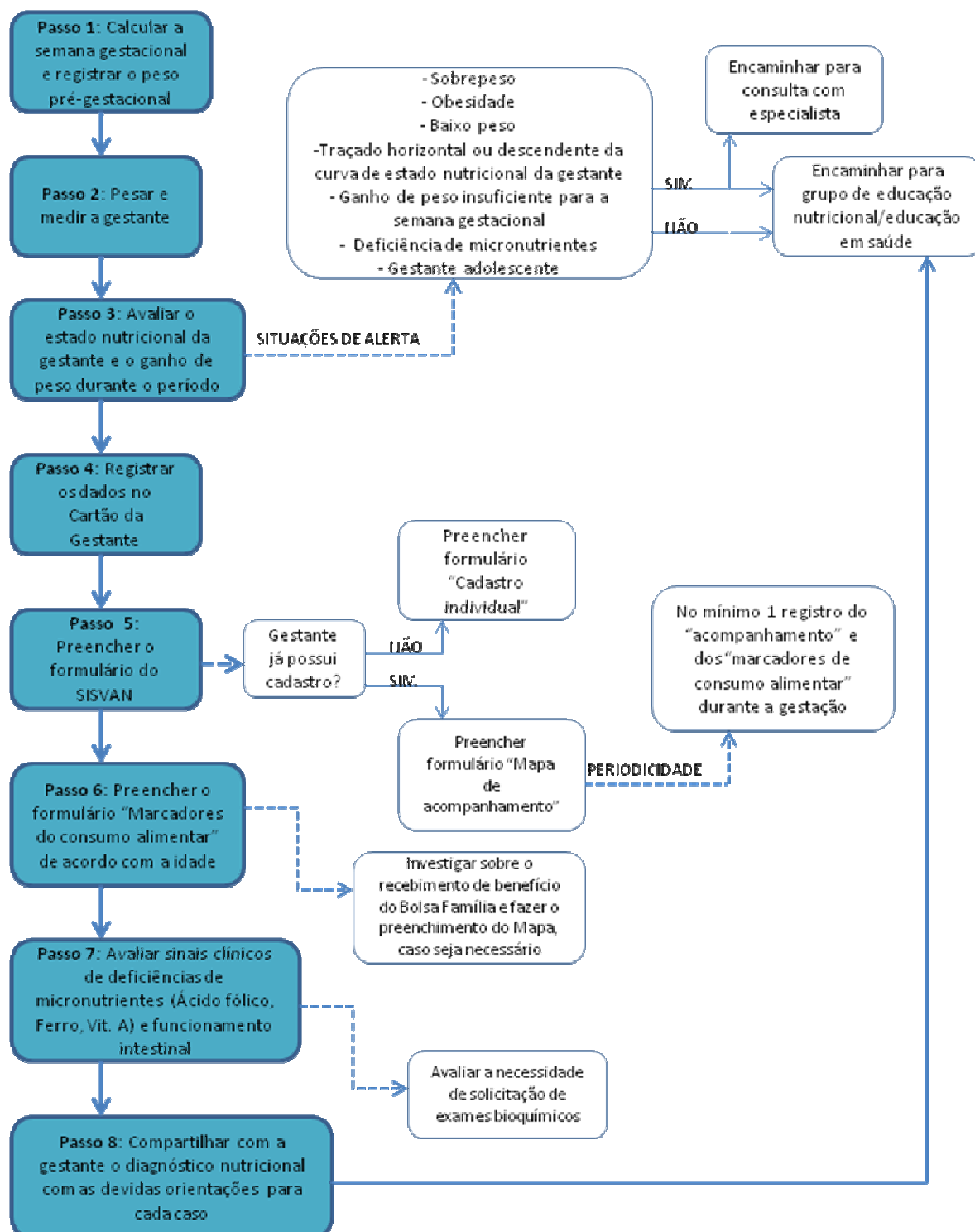
*Tendo em vista que os serviços de saúde do município estão em processo de informatização, como sugestão, recomenda-se que a Unidade de Saúde adote um carimbo para sinalizar, no prontuário da gestante, se esta foi cadastrada no SISVAN. Desta forma, ao consultar o prontuário, verifica-se se é necessário realizar apenas o acompanhamento no Mapa de Acompanhamento. Outra sugestão é numerar o Cartão da Gestante e adotar um livro na Unidade de Saúde, com a numeração identificada no Cartão e os dados pessoais da gestante (nome, endereço) para, no momento da avaliação nutricional, consultar o livro e verificar a necessidade de realizar apenas o acompanhamento.

Situações/momentos oportunos para a realização de cadastro/acompanhamento das gestantes no SISVAN:

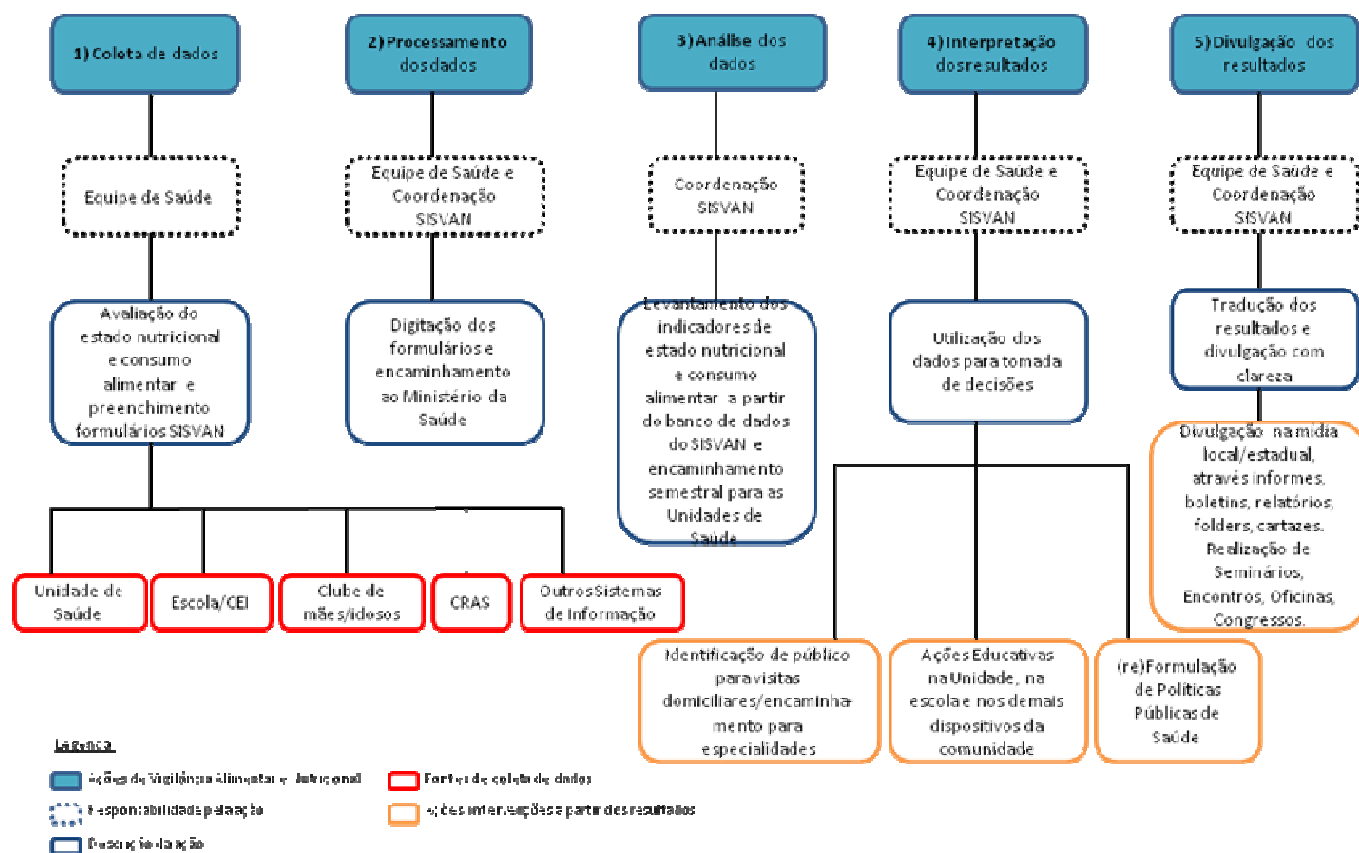
- Triagem para consulta na Unidade de Saúde
- Vacina
- Grupos

Periodicidade de acompanhamento para gestante: no mínimo um registro durante a gestação do acompanhamento nutricional e dos marcadores do consumo alimentar.

Fluxograma SISVAN - Gestantes (mulheres em idade fértil que estejam grávidas)



Fluxograma Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica



3 INDICADORES DE ESTADO NUTRICIONAL

A seguir apresenta-se o quadro com os indicadores de estado nutricional. Propõe-se que estes resultados sejam encaminhados, mensalmente, para cada Unidade de Saúde do município para embasamento das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional. Os resultados do município também servem de fundamento para a (re)formulação da Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição e/ou de outros setores envolvidos com a Segurança Alimentar e Nutricional (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, etc.).

Quadro 1 - Exemplos de indicadores de estado nutricional

Nome do indicador	Definição conceitual
Prevalência de baixo peso ao nascer*	Porcentagem de recém-nascidos vivos com peso ao nascer < 2500 g
Prevalência de magreza em crianças < 5 anos	Porcentagem de crianças < 5 anos com IMC/idade $\geq$ percentil 0,1 e < percentil 3
Prevalência de magreza acentuada em crianças < 5 anos	Porcentagem de crianças < 5 anos com IMC/idade < percentil 0,1
Prevalência de baixa estatura para a idade em crianças < 5 anos	Porcentagem de crianças < 5 anos com estatura/idade $\geq$ percentil 0,1 e < percentil 3
Prevalência de muito baixa estatura para a idade em crianças < 5 anos	Porcentagem de crianças < 5 anos com estatura/idade < percentil 0,1
Prevalência de sobrepeso em crianças < 5 anos	Porcentagem de crianças < 5 anos com IMC/idade > percentil 97 e $\leq$ percentil 99,9
Prevalência de obesidade em crianças < 5 anos	Porcentagem de crianças < 5 anos com IMC/idade > percentil 99,9
Prevalência de baixa estatura em indivíduos de 5 a 20 anos incompletos	Porcentagem de crianças de 5 a 20 anos com estatura/idade < percentil 3
Prevalência de sobrepeso em indivíduos de 5 a 20 anos incompletos	Porcentagem de indivíduos de 5 a 20 anos com IMC/idade > percentil 85 e $\leq$ percentil 97
Prevalência de obesidade em indivíduos de 5 a 20 anos incompletos	Porcentagem de indivíduos de 5 a 20 anos com IMC/idade > percentil 97
Prevalência de magreza para a idade em indivíduos de 5 a 20 anos incompletos	Porcentagem de indivíduos de 5 a 20 anos com IMC/idade < percentil 3

Nome do indicador	Definição conceitual
Prevalência de sobrepeso em adultos	Porcentagem de indivíduos de 20 a 60 anos com IMC ≥ 25 e < 30
Prevalência de obesidade em adultos	Porcentagem de indivíduos de 20 a 60 anos com IMC ≥ 30
Prevalência de excesso de peso em idosos	Porcentagem de indivíduos com mais de 60 anos com IMC ≥ 27
Prevalência de baixo peso em idosos	Porcentagem de indivíduos com mais de 60 anos com IMC ≤ 22

** Informação pode ser obtida no SINASC*

REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional - Relatório Final. Fortaleza; 2007, p. 49-52.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN – na assistência à saúde. Brasília: MS; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: MS; 2008.

Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Coordenação Geral Da Política De Alimentação e Nutrição. Uso dos formulários e registro das informações no novo sistema informatizado da vigilância alimentar e nutricional – SISVAN Web. Brasília, MS; 2013.

Brasil. Portaria nº 1.156 de 31 de agosto de 1990. Institui, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 31 ago.

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Vigilancia para Seguridad Alimentaria y Nutricional [homepage na Internet]. Guatemala, Centroamérica: 2013. [atualizada em 2013; acesso em 10 jun 2013]. Disponível em <http://www.incap.org.gt/sisvan/index.php/es/>