



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA - DSC**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**MARIA SORAIA PINTO**

**O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENTRE O  
PRECONIZADO E O REALIZADO: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS,  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES**

**FORTALEZA**  
**2023**

MARIA SORAIA PINTO

O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENTRE O  
PRECONIZADO E O REALIZADO: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS,  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde.

Orientador(a): Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Ferreira Carioca

FORTALEZA  
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- P729s Pinto, Maria Soraia.  
O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na percepção de usuários, profissionais e gestores / Maria Soraia Pinto. – 2023.  
148 f. : il. color.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2023.  
Orientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes .  
Coorientação: Prof. Dr. Antônio Augusto Ferreira Carioca.
1. Vigilância Alimentar e Nutricional . 2. Atenção Básica. 3. Usuários da atenção básica .  
4. Pesquisa Qualitativa . 5. Profissionais de Saúde . I. Título.

CDD 610

---

MARIA SORAIA PINTO

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na percepção de usuários, profissionais e gestores

O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS, PROFISSIONAIS E GESTORES

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde.

Aprovada: 28/02/2023.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Antônio Augusto Ferreira Carioca (Coorientador)  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Vaudalice Mota  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Clarice Maria Araújo Chagas Vergara  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A minha família e aos meus amados pais Deusvando e Laura que me oferecem sempre o melhor: amor, carinho e condições para ser o que eu quisesse ser!

## **AGRADECIMENTOS**

No decorrer do doutorado muitas pessoas me apoiaram e contribuíram com esse projeto. Foram muitas conversas, leituras, escritas, ensinamentos, erros, adiamentos, enfim aprendizados que ajudaram a moldar esse trabalho.

Agradeço...

A Deus pelo dom da vida e por se fazer presente nos detalhes, abrindo as portas, e concorrendo para a realização de uma caminhada tão singular.

Ao meu orientador Ricardo por me apresentar a epistemologia e possibilitar novos aprendizados e pela forma afetuosa que sempre conduziu o processo e que validou minha própria confiança.

Ao meu co-orientador Augusto, pela oportunidade de fazer parte de um projeto tão importante e também pela forma afetuosa de conduzir o projeto.

A todas as professoras e professores e discentes do programa de pós-graduação que compartilharam experiências que direta ou indiretamente contribuíram para construção deste trabalho

Aos professores do curso de Nutrição da Universidade de Fortaleza, em especial aos do campo da saúde coletiva, pela partilha, compreensão, apoio na escrita, carinho e torcida nessa jornada.

A amiga Daniele Galeno que me apoiou desde o início, ainda na seleção do doutorado e pelo carinho como sempre se fez presente, nas dores e delícias que entremearam os diferentes estágios desse processo, meu muito obrigada por acreditar em mim mais do que eu mesma.

As alunas de graduação em Nutrição e agora colegas de profissão que contribuíram com o projeto: Letícia Soares, Gabriela, Leticia Barbosa e Ellen.

Aos profissionais que participaram do trabalho de campo e da escrita nos diferentes Estados: Daniele Galeno, Brena Barreto, Anaiely, Fernanda, Patrícia, Talia, Luana, Pedro, Julia.

Ao querido amigo Carlos André pelo treinamento maravilhoso realizado previamente ao trabalho de campo.

Ao departamento de saúde comunitária do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará pelo apoio nas diferentes fases desta tese.

A professora Clarice Vergara amiga que ilumina com sua presença fraterna, competente e gentil e que acolhe de forma graciosa as pessoas ao seu redor. Muito obrigada por seu tempo e dedicação nas sugestões que foram todas acolhidas nesta escrita. Obrigada pelas palavras de confiança durante todo o projeto e na qualificação.

À professora Rocineide por transbordar sua paixão pela saúde coletiva, suas contribuições valiosas durante a fase de qualificação que também foram devidamente acolhidas nesta tese.

A professora Vaudelice pela forma calorosa e cuidadora com que sempre me tratou e pelas considerações valiosas no aspecto de melhor identificar meu objeto de estudo, as considerações foram devidamente adicionadas! Além disso, obrigada por adiar um pouco mais sua despedida de participações em bancas.

Ao colega de doutorado e agora membro da banca Ricardo Gonzalez por aceitar participar deste processo.

Finalmente a todos os respondentes do projeto que compartilharam suas experiências e percepções, obrigada, obrigada!

## UM QUASE CORDEL DO SISVAN

Ah essa tal de vigilância alimentar e nutricional  
como você poderia ajudar,  
Desde a sua criação, aqui e em outros  
recantos do mundo  
A sua intenção era informar.

Criou um Sistema no tal de computador  
para mais fácil trabalhar.  
Assim chegou o SISVAN que  
De maneira direta e indireta  
queria mostrar  
como as pessoas estão,  
seu peso, sua estatura  
e até se consegue ter algo no almoço ou no jantar,

Mas de estratégia epidemiológica,  
tentaram deixar apenas com a função de passa lá para pesar,  
e a transferência de renda validar.

Predizer de forma contínua  
que nem cantiga de grilo,  
como a situação nutricional do povo brasileiro está.  
No entanto o povo que com você trabalha o ver como algo mais a anotar.  
Como eles irão lhe valorizar?  
Logo compreender sua importância é um caminho a trilhar.

A oferta de recursos técnicos e financeiros nunca podem faltar  
Como também treinar profissionais que estão lá na lida a trabalhar  
e mostrar a real importância do que você pode apresentar.  
A maneira de comer tem muito a ver com a maneira de cuidar



Por isso precisamos conhecer como as pessoas estão para melhor atuar.

Esse país de meu Deus, tão rico e continental,  
Infelizmente ainda tem espaço para muita mazela se aconchegar.  
Tem gente a passar fome, tem gente que até come  
mas que não tem segurança alimentar,  
um direito humano de poder comer sem as outras coisas faltar.

As fomes são diferentes e às vezes, até na opulência, ela também está lá.  
A corpulência de muitos as vezes esconde a fome que oculta está.  
A má nutrição é complexa e muito ainda se precisa estudar  
Mas acompanhar como as pessoas estão se alimentando  
é nosso dever e podemos realizar.

O instrumento já existe o SISVAN está aí para comprovar,  
mas as vezes falta capacitação, falta computador, falta internet e  
até balança no lugar.

No entanto falta mais, falta também quem com ele trabalhe vir a confiar.  
Confiar que sua ação vai influenciar na saúde daqueles que vem a cuidar.

SISVAN meu amigo e quem com ele trabalha  
não vamos desanimar, vamos investir no que dá certo  
e nas dificuldades operar.

Assim trabalhando arduamente vamos voltar  
a conjugar o verbo esperar.

Soraia Pinto

"Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre."

Paulo Freire

## RESUMO

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) abrange atividades contínuas de coleta e análise de dados que têm como finalidade possibilitar a avaliação e a organização rotineiras da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS), identificando prioridades conforme a situação de alimentação e nutrição da população. O objetivo é compreender a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários sobre uso e qualidade dos dados propostos no SISVAN em diferentes Estados brasileiros. Este é um estudo de abordagem qualitativa que faz parte da pesquisa multicêntrica “Perspectivas e desafios do aprimoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: uma abordagem de métodos mistos”. A equipe deste projeto foi constituída por nutricionistas, enfermeiros e médicos com nível superior, especialistas em saúde coletiva, enfermagem e psicologia. A equipe de coleta das informações recebeu treinamento teórico-prático para padronização dos procedimentos anteriores às entrevistas. A coleta das informações ocorreu de setembro de 2020 a junho de 2022, tendo coincidido com o período de pandemia de COVID-19. Os cenários foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) das seguintes cidades: Cuiabá (MT), Fortaleza (CE), Novo Hamburgo (RS), Rio Branco (AC) e Niterói (RJ). Em cada município foram selecionadas duas UBS, uma localizada em bairro com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo e outra em bairro com IDH alto, para possibilitar uma avaliação de contextos socioeconômicos distintos. A partir do material de pesquisa analisado, foi possível estabelecer 1 tema para os usuários: desconhecimento das ações do SISVAN, para os profissionais quatro temas: 1. (Des) conhecimento sobre o SISVAN; 2. O SISVAN e a transferência de renda; 3. Dificuldades na execução e na utilização e 4. Potencialidades do SISVAN. Para os gestores dois temas 1. Entre o preconizado e o realizado e 2. Realidade a ser transformada. O desconhecimento do SISVAN e de suas ações e/ou sua compreensão limitada despontaram como o principal dificultador para o seu funcionamento, interferindo na sua adequada execução, utilização e na qualidade dos dados. Foram identificados desencontros e reencontros acerca do conhecimento e das (in)compreensões sobre o sistema, os usuários ainda ficam à margem do processo e dessa forma não têm seus diagnósticos nutricionais compartilhados com os diferentes atores envolvidos e especialmente não se apropriam do autocuidado. Este estudo aponta algumas premissas a serem

observadas e trabalhadas para operacionalização de um sistema que se propõe universal, pois deve descrever perfil nutricional de todos os usuários que buscam atendimento na APS e assim permitir a difusão das informações para toda sociedade. Tornar o SISVAN mais operativo também perpassa pelo fortalecimento do SUS e da APS tão gravemente ameaçada desde os últimos anos, devido às alterações no contexto econômico e político do Brasil, agravando um cenário repleto de desigualdades e restrição de direitos da população.

**Palavras-chave:** Vigilância Alimentar e Nutricional; gestores em saúde; usuários; profissionais da saúde; atenção básica; pesquisa qualitativa.

## **ABSTRACT**

Food and Nutritional Surveillance (FNS) encompasses continuous data collection and analysis activities whose purpose is to enable the routine evaluation and organization of nutritional care in the Unified Health System (UHS), identifying priorities according to the population's food and nutrition situation. The objective is to understand the perception of managers, health professionals and users about the use and quality of data proposed in SISVAN in different Brazilian states. This is a qualitative approach study that is part of the multicenter research "Perspectives and challenges of improving the Food and Nutritional Surveillance System: a mixed methods approach". The team for this project consisted of nutritionists, nurses and physicians with higher education, specialists in public health, nursing and psychology. The information collection team received theoretical and practical training to standardize the procedures prior to the interviews. Data collection took place from September 2020 to June 2022, which coincided with the COVID-19 pandemic period. The scenarios were the Basic Health Units (BHU) of the following cities: Cuiabá (MT), Fortaleza (CE), Novo Hamburgo (RS), Rio Branco (AC) and Niterói (RJ). In each municipality, two UHS were selected, one located in a neighborhood with a low Human Development Index (HDI) and the other in a neighborhood with a high HDI, to enable an assessment of different socioeconomic contexts. From the analyzed research material, it was possible to establish 1 theme for users: lack of knowledge about SISVAN actions, for professionals four themes: 1. (Mis) knowledge about SISVAN; 2. SISVAN and income transfer; 3. Difficulties in implementation and use and 4. Potentialities of SISVAN. For managers, two themes 1. Between what is recommended and what is achieved and 2. Reality to be transformed. Lack of knowledge about SISVAN and its actions and/or its limited understanding emerged as the main obstacle to its operation, interfering with its proper execution, use and data quality. Disagreements and reunions were identified regarding knowledge and (in)comprehensions about the system, users are still on the sidelines of the process and therefore do not have their nutritional diagnoses shared with the different actors involved and especially do not take ownership of self-care. This study points out some assumptions to be observed and worked on for the operationalization of a system that proposes to be universal, as it should describe the nutritional profile

of all users who seek care in the PHC and thus allow the dissemination of information to society as a whole. Making SISVAN more operational also involves strengthening the SUS and the PHC, which have been seriously threatened in recent years, due to changes in the economic and political context in Brazil, aggravating a scenario full of inequalities and restriction of the population's rights.

**Keywords:** Food and Nutritional Surveillance; health managers; users ; health professionals; primary care; qualitative research.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Logo da campanha Movimento de Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida	33
Figura 2	Imagem da tela de início do <i>website</i> de acesso ao SISVAN do Ministério da Saúde	32
Figura 3	Ficha de cadastro e acompanhamento nutricional do SISVAN	35
Figura 4	Formulário de marcadores de consumo alimentar	36
Figura 5	Mapa de acompanhamento do estado nutricional	37
Figura 6	Índices antropométricos e demais parâmetros adotados para a vigilância nutricional, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde	38
Figura 7	Ciclo de gestão e produção do cuidado - CGPC	44
Figura 8	Fluxo de Informações da VAN	45
Figura 9	Mapa das principais carências existentes nas diferentes áreas alimentares do Brasil	48
Figura 10	Prevalência de déficit de altura segundo Índice Altura para Idade em crianças menores de cinco anos acompanhadas <sup>1</sup> pelas condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, 2014 e 2016	51
Figura 11	Prevalência de anemia entre crianças de 6 a 59 meses para o Brasil e segundo macrorregião. BRASIL, 2019.	53
Figura 12	Prevalência de deficiência de vitamina A entre crianças de 6 a 59 meses para o Brasil e segundo macrorregião	53
Figura 13	Prevalência de excesso de peso e de obesidade na população adulta de 20 anos ou mais de idade, por sexo - BRASIL - 2002-2003/2019	56

Quadro 1	Resumo das leis, referências técnicas ou normativas e conteúdo que orientam a vigilância alimentar e Nutricional	40
----------	--	----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A & N	Alimentação e Nutrição
CGPD	Ciclo de Gestão de Proteção do Cuidado
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
MS	Ministério da Saúde
PCS	Programa Crescer Saudável
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PROTEJA	Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
PSE	Programa Saúde na Escola
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TRIA	Triagem para Risco de Insegurança Alimentar
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	19
<b>2. OBJETIVOS</b>	23
2.1 Objetivo geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	24
3.1 Histórico da Vigilância Alimentar e Nutricional	24
3.2 Cenário alimentar e nutricional no Brasil	49
3.3 Avaliação em Saúde	63
3.4 Questões norteadoras e pergunta condutora da pesquisa	66
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	67
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	74
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	121
<b>REFERÊNCIAS</b>	136
<b>APÊNDICES</b>	139
<b>ANEXOS</b>	142

## 1. APRESENTAÇÃO

O processo de tessitura de uma tese ocorre de forma diversa e entrecortada por experiências individuais e coletivas, e uma das maiores dificuldades nesse processo é traduzir tantas vivências de uma forma didática e fluida para a melhor compreensão da obra.

Esse estudo não pretende formular idéias universalizantes ou normatizantes sobre um sistema de informação em saúde. A investigação buscará descrever e analisar práticas e desafios para utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Nesse contexto desde sua implementação esse sistema de informação em saúde tem sido alvo de pesquisas e projetos com intuito de desvendar potencialidades e desafios para implementação efetiva de um sistema crucial para diagnóstico e planejamento das ações de alimentação e nutrição neste país continental, uma vez que dados provenientes do estado nutricional de uma população são considerados de relevância tanto para a construção de indicadores de saúde como também para o desenvolvimento de programas em alimentação e nutrição.

É válido apresentar o lugar que ocupo neste campo a partir das minhas experiências acadêmicas e profissionais diante do objeto de estudo.

Minha formação acadêmica em Nutrição desde a graduação perpassa pelo campo da saúde coletiva na perspectiva das políticas de alimentação e nutrição. Quando concluí a graduação na Universidade Estadual do Ceará estava sendo instituído a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Minha primeira atuação profissional foi na área de alimentação escolar, um dos programas mais antigos de Segurança Alimentar e Nutricional do país. Em seguida realizei pós-graduação na residência multiprofissional da Escola Visconde de Sabóia em Sobral - Ceará, um divisor de águas para minha atuação seguinte. Nesta formação em serviço multiprofissional foi formado o Núcleo de Saúde composto por nutricionista, assistente social, psicólogo, profissional da educação física e fisioterapeuta e que se configura o que em 2008 viriam a ser os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Durante essa residência coincidentemente ou não, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), durante a segunda etapa da Campanha de Vacinação de 2005, realizou a “Chamada Nutricional de crianças menores de cinco anos de idade residentes no Semi-árido e assentamentos da Região Nordeste e do Norte de Minas Gerais. O município de Sobral participou desse processo contribuindo para diagnóstico nutricional dessa população, a chamada nutricional é uma das ações do SISVAN. O universo já conspirando!

Em 2006 iniciei mestrado em saúde pública da Universidade Federal do Ceará e concomitantemente iniciei a docência em nutrição e saúde coletiva na Universidade de Fortaleza. Desde esse período sou professora orientadora do estágio em saúde coletiva nas unidades de saúde do município de Fortaleza. Essas vivências na docência na atenção primária contribuíram para maior compreensão do cenário de prática da saúde coletiva. Muito enriquecedor está em uma posição de formador em serviço associando teoria e prática.

Durante esse período de orientação de estágio pude vivenciar alguns dos desafios do SISVAN, quais sejam, a falta de vinculação das ações de avaliação nutricional junto a população e a orientação nutricional imediata após o diagnóstico. A sobrecarga de ações de alguns profissionais encarregados pela operacionalização do sistema concorrendo para desvalorização do diálogo entre profissional-usuário, a ausência da organização da atenção nutricional as em alimentação e nutrição e do uso efetivo dos relatórios do SISVAN para atuação na comunidade.

Esse quadro foi agravando à proporção que se intensificaram os desmontes no Sistema Único de Saúde. Em 2016 é realizada a atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), alteração do custeio, dos agora denominados Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – (NASF-AB), encerramento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2019 e substituição pelo Previne Brasil.

Foi nesse período intenso de mudanças que ingressei no Doutorado e então recebi o convite do professor e colega de universidade Augusto Carioca para participar deste estudo multicêntrico intitulado: Perspectivas e desafios do aprimoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: uma abordagem

de métodos mistos, ficando responsável pela condução dos aspectos qualitativos do projeto, me reencontrando novamente com o SISVAN.

Foi um desafio fazer parte dessa pesquisa, em especial por ser o primeiro projeto multicêntrico, acontecendo em meio as incertezas políticas, e as modificações na atenção primária a saúde, além do cenário sanitário face a pandemia de COVID -19 com efeito catastrófico na vida do Brasil e do mundo. O projeto iniciou em 2020, porém o trabalho de campo só pode acontecer no segundo semestre deste ano e foi concluído no segundo semestre de 2022.

Durante a pandemia se fez necessário se reinventar em diferentes aspectos e este projeto nos permitiu experimentar algumas nuances dessa reinvenção. O treinamento com os pesquisadores de campo nos diferentes Estados foi realizado de forma *online*. Essa técnica foi absorvida por grande parte dos professores, estudantes e profissionais das diferentes áreas durante esse período assustador que assolou o mundo. Cientes das adversidades o projeto foi adiado diversas vezes, no entanto, preferimos que as entrevistas com os usuários, profissionais e gestores se desse de forma presencial, porém sanitariamente segura, com intuito de valorizar a saúde de todos e todo o contexto do processo que envolve o método qualitativo. Assim, somente em meados de agosto de 2020 iniciamos as entrevistas na cidade de Fortaleza, e à medida que as indicações de isolamento e restrições melhoraram foi possível dar continuidade ao estudo nos demais Estados.

Quando nos propormos a avaliar em saúde nos posicionamos no ideal de aprimorarmos esse objeto a fim de que ele possa ser utilizado adequadamente e contribua para melhoria do serviço, contribua na atuação dos gestores e profissionais de saúde e em especial possa contribuir para qualidade de vida das pessoas que em última instância são os beneficiários do sistema.

O SISVAN oferece a atualização contínua e a análise sistemática de informações referentes à situação alimentar e nutricional do País e deveria portanto propiciar indicações que gerassem informação, ação e avaliação de resultados.

Dessa forma essa tese sintetiza um trabalho compartilhado e tecido a várias mãos e visa propiciar uma oportunidade para sinalizar caminhos na

perspectiva de diferentes olhares e vozes e dessa forma apresentar possíveis ações para melhoria da vigilância alimentar e nutricional no país.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários sobre uso e qualidade dos dados propostos no SISVAN no Brasil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar as percepções dos usuários da atenção básica relativas as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional realizadas nas unidades básicas de saúde;

Descrever as principais potencialidade e dificuldades do SISVAN na perspectiva dos profissionais e gestores em saúde;

Identificar de que forma os desafios para operacionalização do SISVAN podem ser modificados na percepção dos profissionais e gestores em saúde.

### **3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 Histórico da Vigilância Alimentar e Nutricional**

Sistema de Informação em Saúde (SIS) pode ser definido como um sistema que coleta informações de setores da saúde, mas também de outros setores importantes da saúde pública, analisa essas informações verificando a qualidade, relevância e acuidade para posteriormente converter esses dados em informações que possam ser úteis para tomadas de decisões em saúde. Dessa forma os dados podem ser usados em níveis individuais, populacionais e em vigilância em saúde pública (WHO,2008).

Os SIS são importantes para organizar e analisar serviços, redes e políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a compreensão de dados possibilita a interpretação de eventualidades e acontecimentos, dando-lhes destaque. Sob esse aspecto, vários SIS são executados pelo Ministério da Saúde (MS), sendo utilizados obrigatoriamente em todos os Estados e municípios, e auxiliando os gestores no processo de tomada de decisões (BRASIL, 2005).

Em uma revisão realizada por Leite e colaboradores (2021) identificaram aproximadamente 11 Sistemas de Informação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de base nacional, definidos pelo Ministério da Saúde como de uso obrigatório em todos os Estados e municípios.

Antes do Sistema Único de Saúde (SUS) ser implementado, já existiam vários SIS federais e seus propósitos eram direcionados para os governos federal e/ou estadual. A coleta de dados era função dos municípios, que constantemente não faziam uso adequado dessas informações. Por esses motivos, eles ficavam à margem da produção dos planejamentos, possuindo pouco conhecimento e/ou independência para apropriar-se das decisões na criação das políticas (Pinheiro et al., 2016).

Em 1975, foi oficializado a constituição de um SIS, com a Lei 6.229, de 17 de julho, que deliberou sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde e estabelecia o SIS, onde o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi o primeiro integrante (BRASIL, 1975; Jorge; Laurenti; Gotlieb, 2010).



O SIS é composto por diversos subsistemas que fornecem grande variedade de informações relativas às ações em saúde, construindo assim um banco de dados nacional. Desses subsistemas, destacam-se: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), dentre outros (Cunha; Vargens, 2017).

Entre os diferentes SIS disponíveis no Sistema brasileiro está o SISVAN, que através dos dados gerados, tem como finalidade esclarecer como está o cenário nutricional da população, assim colaborando com a relevância dos problemas relacionados à nutrição, fazendo o reconhecimento das áreas geográficas e fragmentos sociais que estão com alto risco nutricional. De tal forma, que esses dados irão contribuir com o fornecimento de financiamentos para a formulação de políticas que tenham como objetivo melhorar os modelos de consumo alimentar e da condição nutricional da população (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

A vigilância alimentar e nutricional (VAN) é composta pela vigilância nos serviços de saúde (sistemas de informação dos serviços de saúde), em conjunto com os inquéritos populacionais e chamadas nutricionais, além da produção científica, esses dados em conjunto fornecem informações sobre a população (Coutinho, 2009). Dessa forma a realização periódica de inquéritos populacionais com avaliação do consumo alimentar e perfil antropométrico propicia a formação de séries temporais, essenciais para a identificação de mudanças no padrão dietético por estratos socioeconômicos e áreas geográficas (Monteiro et al., 2000). Como será apresentado a seguir vale destacar que o consumo alimentar está associado com prevenção ou risco de doenças e por isso sua estimativa pode ser utilizada como importante fonte de informação para o planejamento de políticas públicas em nutrição (Woteki, 2003).

A VAN manifestou-se no Brasil e em outros países da América, Ásia e África como uma determinação internacional para contrapor a situação de fome, desnutrição e carências nutricionais que foram amplamente investigadas e que tem os trabalhos de Josué de Castro como referência no país. Os inquéritos

organizados por esse autor no Recife são considerados precursores das pesquisas correlacionando a alimentação e salário-mínimo, gerando outros estudos em Estados como Rio de Janeiro e São Paulo (Arruda ; Arruda, 2007).

A partir da década de 1960 houve maior impulso no campo da VAN. Durante essa década diversos aspectos relacionados à nutrição e alimentação foram elencados por especialistas, seja no que diz respeito a multicausalidade e intersectorialidade dessa temática, seja em relação às ações de monitoramento e avaliação dos modelos de intervenção (Arruda,1992).

Em 1968 durante a 21ª Assembleia Mundial de Saúde foi instituída a vigilância alimentar e nutricional. No entanto, deve se destacar que nesse contexto a vigilância ganha uma nova perspectiva, na qual as medidas devem ultrapassar a questão biomédica e incluir questões sociais relacionadas a alimentação e nutrição (Coutinho, et al. 2009).

No entanto, somente após a Conferência Mundial de Alimentos realizada em Roma, e patrocinada pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) em 1974, é que os sistemas de vigilância alimentar e nutricional passaram a ser recomendados e então desenvolvidos por diversos países membros. Nessa conferência ressalta-se que a vigilância nutricional deve envolver uma coleta sistemática e contínua de informações sobre exposição e resultados nutricionais (OMS,1976).

No Brasil em 1972 foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) com intuito de oferecer assistência ao governo para formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e elaborar o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). Esse programa conglomerava ações de suplementação alimentar, alimentação do trabalhador, combate às carências específicas e apoio à realização de pesquisas e capacitação de recursos humanos. Em 1976 esse programa foi então atualizado para PRONAN II (Arruda & Arruda,2007).

A institucionalização do SISVAN ocorre pela portaria de nº 1.156 do Ministério da Saúde de 31 de agosto de 1990, porém cabe ressaltar outro marco histórico para o referido sistema, que foi a Lei orgânica da saúde de número 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre vigilância nutricional e orientação

alimentar como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo se estender aos estados e municípios a partir do nível central (BRASIL,1990).

A década de 1990 ficou marcada pelo surgimento de alguns movimentos sociais e pelo enfraquecimento do INAN. Destaca-se a criação da Comissão Parlamentar de Inquérito da Fome - que ficou conhecida como CPI da Fome. Essa comissão foi responsável pela elaboração de um relatório que recomendava a erradicação da fome e demonstrava as ameaças à segurança alimentar, que veio a culminar com o Movimento de combate a Fome, à miséria e pela vida, pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, que cunhou a célebre frase "QUEM TEM FOME, TEM PRESSA". Nesse período o país apresentava níveis alarmantes de indigência, agravando ainda mais o quadro de pobreza que sempre caracterizou a realidade brasileira. Esse movimento também veio contribuir com a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) em 1993 com objetivo de articular as três instâncias de governo (municipal, estadual e federal) e a sociedade civil (movimentos sociais e ONGs) na revisão dos programas federais, além de elaborar o Plano de Combate à Fome e à Miséria – PCFM, norteado pelos princípios da solidariedade, da parceria Estado e sociedade e da descentralização que estimulou mapeamento da fome no Brasil, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e divulgado em 18 de março de 1993, indicava 32 milhões de brasileiros abaixo da linha da pobreza (Bonfim,2004).

Em 1997 com a extinção do INAN, surge a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) que propõe uma nova estruturação no SISVAN e no ano de 2004 a portaria nº 1.156 foi revogada pelo Ministério da Saúde ao instituir a portaria 2.246 de 18 de outubro de 2004 com orientações bá-

Figura 1 - Logo da campanha movimento de Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e Pela Vida



sicas para implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS. Nesse documento foi aprovado o Manual de Orientações Básicas para a Coleta, Processamento, Análise de Dados e Informação em Serviços de Saúde para o SISVAN; estabelece também que a manutenção e o suporte técnico será fornecido pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS e que contará com a assessoria técnica-científica do Departamento de Atenção Básica<sup>1</sup> - Área Técnica da Política de Alimentação e Nutrição, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e que as ações do SISVAN possam ser ofertadas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por estabelecimentos de assistência à saúde (BRASIL,2004).

Apesar de ter sido criado na perspectiva epidemiológica buscando servir de embasamento para delinear, avaliar impacto e ajustar programas, além de analisar de forma sistemática a situação alimentar, bem como seus determinantes e tendências da situação alimentar e nutricional do conjunto da

---

<sup>1</sup> De acordo com a PNAB (2017) os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes da política.

população, o que de fato foi verificado é que o SISVAN foi empregado como uma obrigatoriedade para municípios aderirem a programas de assistência alimentar utilizando repasse financeiros federais de recursos fundo a fundo e de outras políticas e programas de alimentação e nutrição, em especial entre os anos de 1993 e 1998, como o Programa de Atendimento aos Desnutridos e Gestantes em Risco Nutricional- Leite é Saúde (PLS), substituído pelo programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais. Talvez esse fato tenha contribuído para a descaracterização e limitação da capacidade de gestão das ações de nutrição no contexto da saúde e dos diferentes setores envolvidos (Castro, 1995; Coutinho et al., 2009; Santana; Santos,2004).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) publicada no ano de 1999, através da sua terceira diretriz, de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) reforçou a importância do SISVAN ampliando e aperfeiçoando o sistema, fazendo com que seus processos fossem agilizados e aumentando sua cobertura para todo o território nacional (BRASIL, 2003; 2004a; 2004b). Em 2011, a PNAN foi atualizada trazendo a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) mais uma vez em sua terceira diretriz destacando o seu papel em prol da estruturação do cuidado nutricional no SUS. A VAN integra a vigilância em saúde, permitindo o monitoramento e a avaliação de determinantes alimentares e nutricionais da população (BRASIL, 2015c).

Durante o primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2004 todos os programas de alimentação e nutrição existentes no contexto da época foram unificados em um único programa. Trata-se do Programa de Transferência Direta de Renda, o Programa Bolsa Família (PBF). Um aspecto central do referido programa é que o mesmo contém as condicionalidades de saúde, educação e social, dessa forma, para que o indivíduo seja beneficiado, as gestantes devem realizar o pré-natal, as crianças menores de 7 anos precisam ser vacinadas e ter o acompanhamento mensal do seu crescimento (avaliação nutricional) , assim como o cumprimento da frequência escolar para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos. As referidas condicionalidades tornam a família apta ou não para receber o recurso financeiro (BRASIL, 2010).

Em 2021, com a medida provisória 1.061 de 2021 e pela lei 14.284 29/12/2021 o governo federal cria em substituição ao PBF, o Programa Auxílio Brasil (BRASIL,2021). No entanto, em 2023 através de medida provisória assinada no primeiro ato após a posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o programa retornou ao nome original Programa Bolsa Família mantendo sua relação com setor saúde e de assistência social.

Sobre o acompanhamento do PBF o portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2022) indica que cada Secretaria de Saúde através do responsável técnico municipal do PBF deve identificar a população atendida no programa com perfil saúde do seu município. Dessa forma o acompanhamento deve ocorrer em 2 vigências: a primeira de janeiro a junho e a segunda de julho a dezembro e essa identificação é realizada no Sistema Bolsa Família na Saúde, adicionando também informações de acompanhamento das ações das condicionalidades da saúde supracitadas.

Além disso, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), originado pela Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008, alterado inicialmente em 2017 na nova PNAB para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e mais recentemente através da portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde número 635/2023 alterou para equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Essas equipes multiprofissionais composta por diferentes especialidades como: nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, homeopatas, fonoaudiólogos, com a função de vigilância alimentar e nutricional das famílias que recebem acompanhamento na atenção primária à saúde do SUS, aumentou-se a necessidade de aplicação do SISVAN (BRASIL, 2008a; COUTINHO et al., 2009).

No entanto, com o novo modelo de financiamento de custeio da APS Previne Brasil, instituído pela Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019, causou modificações nos parâmetros e custeio dos núcleos retirando a base de incentivo federal, com tal ação a extinção dos NASF AB já era prevista. Em janeiro de 2020 O MS publica uma nota técnica que acaba com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e informava que a partir de janeiro de

2020 não realizaria mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até aquele momento seriam arquivadas.

Retornando ao histórico do SISVAN e da VAN no ano de 2002, no Brasil foi feito um procedimento para reestruturar e informatizar a Vigilância Nutricional de forma que atendesse aos protestos que iniciaram no ano 2000, pelos municípios e estados, que tinham como necessidade imediata de que o sistema fosse uniformizado em todo o território nacional. O procedimento foi finalizado em 2004 e teve sua implementação em vários municípios brasileiros, ficando conhecido com Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) (BRASIL, 2006).

Diante desta informatização, surge em 2008, o SISVAN Web, um novo sistema de informação da VAN criado com a finalidade de melhorar a aplicabilidade do SISVAN, favorecendo, assim, a sua utilização pelos municípios e o registro dos acompanhamentos no SISVAN Web registram-se dados da população assistida pela Atenção Básica do SUS em relação a suas condições nutricionais e alimentares. Nesse período foi incorporado a possibilidade de registro de informações sobre consumo alimentar em diferentes faixas etárias (BRASIL, 2015).

Em 2013, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) conduziu o processo de revisão para apresentar a proposta para avaliação rápida do consumo alimentar de pessoas em qualquer idade ou fase da vida (Nascimento et al, 2019). Anos mais tarde, em 2015, uma nova revisão a este módulo foi incorporada ao SISVAN, tratava-se da avaliação de marcadores do consumo alimentar, sendo possível assim avaliar práticas de aleitamento materno mais atualizadas pelos usuários da atenção básica (Gonçalves et al, 2019).

A alimentação dos dados deve ser realizada pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que em 2017 sofreu alteração na nomenclatura passando a ser denominada equipe de Saúde da Família (eSF), com dados antropométricos e formulários que são próprios do sistema. Posterior a coleta, as informações são registradas no Sisvan Web (BRASIL, 2012). Dessa forma, as eSF possuem importância fundamental no suporte e promoção da VAN (Pimentel et al., 2014; BRASIL, 2017).

De acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, a alimentação dos dados deve ser realizada pelos profissionais da atenção básica, tanto eSF e/ou EAB e/ou profissionais do NASF-AB, pois tem como atribuições:

“Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente, Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território e Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias” (BRASIL, 2017).

Em 2017 também foi criado o Programa Crescer Saudável (PCS), iniciativa da agenda de prevenção e controle da obesidade infantil da CGAN, que é vinculado e corrobora com as atividades do Programa Saúde na Escola(PSE). Entre as ações que devem compor esse programa está a ampliação do diagnóstico, com o objetivo de intensificar a ação de vigilância alimentar e nutricional, uma vez que monitoramento eficiente contribui para identificação precoce de casos de obesidade infantil e permite o início oportuno adequado tratamento, com intuito de dirimir a evolução da doença e o surgimento de outros agravos crônicos que possam comprometer a saúde e a qualidade de vida da criança.

Os municípios que aderiram o PCS firmam acordo para a execução de ações voltadas à avaliação das relações antropométricas (altura e peso) das crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I; oferta de atividades coletivas para promoção à alimentação adequada e saudável e de práticas corporais e atividades físicas para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I; encaminhamento das crianças identificadas com obesidade para intervenção e cuidado na rede de atenção à saúde do município (BRASIL,2017).

Outro programa criado em 2021 foi a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA). A partir da Portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde nº 1.862 de 10 de agosto de 2021 foi instituída



a estratégia brasileira intersetorial que tem como objetivo impedir o avanço da obesidade infantil contribuindo para o cuidado e para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças. Um dos eixos de ações para implementação da estratégia é a Vigilância alimentar e nutricional e a forma para monitorar a estratégia utilizará indicadores do SISVAN como número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado e número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas (BRASIL,2021).

Atualmente o SISVAN está presente na plataforma E-Gestor - AB, uma plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica e apresenta acesso tanto público quanto restrito sendo administrado pela CCGAN do Ministério da Saúde. Vale destacar que ele faz interface com outros sistemas de informação da atenção primária, em especial o Sistema de Gestão do PBF na saúde e o e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Os dados do estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar da população atendida na AB ficam disponíveis na plataforma online do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o SISVAN Web (BRASIL,2015). A plataforma engloba os registros inseridos no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, no e-SUS AB, além do próprio SISVAN, permitindo a geração de relatórios para oferecer suporte aos profissionais e à gestão no planejamento da atenção à saúde nutricional (BRASIL,2017).

inicialmente o usuário precisa ser cadastrado, essa etapa está organizada em dois blocos: dados do indivíduo (identificação, dados cadastrais e vinculações) e do domicílio. As informações obrigatórias estão destacadas com asterisco (\*) e o cadastro é iniciado pela digitação do cartão nacional de saúde - CNS. Após preenchimento é realizado o preenchimento do registro de acompanhamento (dados antropométricos, dados de consumo alimentar (BRASIL ,2017).

Em síntese, os usuários ao chegarem a unidade de saúde tem suas informações nutricionais cadastradas pelos profissionais da atenção primária em uma plataforma on-line. e além disso, os dados do acompanhamento nutricional dos beneficiários do programa de transferência de renda são migrados para o

SISVAN Web semestralmente, bem como os dados atualizados do e-SUS APS. A coleta e o registro de informações antropométricas por meio do Sistema de Gestão das Condições da Saúde do PBF ocorrem, no mínimo, duas vezes por ano, nos períodos compreendidos entre janeiro e junho (primeira vigência) e julho e dezembro (segunda vigência), e essas informações compõem a base do SISVAN quando finalizada cada vigência.

Figura 2 - Imagem da tela de início do *website* de acesso ao SISVAN do Ministério da Saúde.



Utilizando adequadamente o SISVAN é possível realizar o acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar, essa é uma ferramenta que auxilia a atenção nutricional e consequentemente a primeira diretriz da PNAN Organização da Atenção Nutricional e permitido a visualização de lacunas, além de oportunidades para promoção da segunda diretriz da mesma política, qual seja a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, nos contextos individual e coletivo (Nascimento et al, 2019; BRASIL,2016).

Recentemente em 2022 foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) o Guia para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde que atualiza a definição do SISVAN.

"O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) é o sistema eletrônico utilizado para a gestão das informações de VAN. Os dados coletados no território são registrados no e-SUS APS (dados antropométricos e marcadores de consumo

alimentar), oriundos de atendimento e/ou atividade realizada nas Unidade Básica de Saúde (UBS), nos domicílios e em atividades desenvolvidas nos equipamentos sociais, e integram os relatórios do Sisvan possibilitando o monitoramento e a avaliação da situação nutricional e alimentar da população brasileira (BRASIL,2022).

O guia (2022) também traz dez objetivos da VAN adaptados dos autores Morais *et al.*, 2014; Engstron, 2002; Silva; Engstron; Zaborowisk, 2002.

1. Detectar e prever situações de risco alimentar e nutricional, bem como suas tendências temporais.
2. Conhecer agravos alimentares e nutricionais de forma precoce.
3. Intervir, de forma imediata, nos agravos e nos distúrbios de alimentação e nutrição da população.
4. Orientar adequadamente tanto os profissionais quanto a população para a implementação e participação nas linhas de cuidado e na Rede de Atenção à Saúde.
5. Conhecer a evolução e o prognóstico dos agravos nutricionais, estimando a gravidade, a periodicidade de reincidências e os melhores caminhos para superação destes.
6. Fornecer informações para o planejamento e a formulação de ações, programas e políticas governamentais correlatos à alimentação e à nutrição.
7. Monitorar e avaliar os programas e as políticas sociais relacionados à alimentação e à nutrição.
8. Avaliar eficácia, efetividade e eficiência de procedimentos e medidas de controle no tratamento de pessoas acometidas por agravos nutricionais.
9. Produzir informações que inferem sobre a disponibilidade, a qualidade e quantidade de alimentos.
10. Gerar conhecimento sobre os determinantes dos principais agravos nutricionais.

No site do SISVAN na aba Documentos encontramos os modelos das fichas, além das notas técnicas que auxiliam no cadastro e registro para alimentação dos dados, além de vídeos e tutoriais. Os instrumentos utilizados na

coleta de dados para alimentação do SISVAN são: a ficha de cadastro e acompanhamento do SISVAN, o formulário de marcadores de consumo alimentar e o Mapa de acompanhamento do estado nutricional. Peso e estatura são as principais variáveis mensuradas. As figuras 3, 4 e 5 representam, respectivamente, os instrumentos supracitados que são utilizados.

De acordo com o Manual Operacional para uso do SISVAN (2017) o prazo de digitação no SISVAN tem duração de 13 meses, assim os acompanhamentos realizados no ano corrente devem ser inseridos no sistema até o mês de janeiro do próximo ano. A periodicidade recomendada de registro de dados antropométricos e marcadores do consumo alimentar é dividida para crianças de até dois anos de idade (aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses) e para indivíduos maiores de dois anos (no mínimo, um registro por ano). O acompanhamento tem início com o registro da data do acompanhamento e o tipo de acompanhamento (estado nutricional ou consumo alimentar). O sistema aceita o registro de acompanhamentos realizados somente no ano correspondente, ou seja, não serão aceitos registros de datas inferiores ou superiores ao ano corrente.

Os registros dessas informações devem ser obtidos durante o atendimento do usuário na unidade de saúde, em sala específica e utilizando os instrumentos adequados como balança e estadiômetro ou infantômetro para crianças menores de 2 anos. É indispensável que haja uma integração entre o SISVAN web e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) para compor as informações de VAN.

Figura 3 - Ficha de cadastro e acompanhamento nutricional do Sisvan - BRASIL,2017.

	<b>FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN</b>			CONTAGEM POR	DATA
				COMPRIMIDO POR	FOLHA Nº

Nº DO CARTÃO CUC DO PROFISSIONAL:	CBO	LOCAL/UNIDADE	CÓD. EQUIPE UNES	MICROÁREA
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	LOCAL DE ATENDIMENTO		DATA	

<b>CADASTRO DO INDIVÍDUO</b>	NRE (Nº Identificação Troca)		Data de nascimento
Nº CARTÃO SUS			/ /
Nome completo *			
Nome completo da mãe *			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
Sexo *		Raça / Cor *	
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		<input type="radio"/> 1 Branca <input type="radio"/> 2 Preta <input type="radio"/> 3 Parda <input type="radio"/> 4 Amarela <input type="radio"/> 5 Indígena	
Nacionalidade		Pais de nascimento	
<input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		<input type="checkbox"/> Não sabe	
Preparado ou preparado em casa *		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Qual é o curso mais avançado que frequentou ou frequentou?			
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental Inicial <input type="radio"/> Ensino Médio (E.M. Regular)			
<input type="radio"/> Educação Infantil (EI) <input type="radio"/> Ensino Fundamental (E.F.) - séries Iniciais (Supletivo P e PE) <input type="radio"/> Superior (aprendizado, Especialização, Mestrado, Doutorado)			
<input type="radio"/> Curso Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental (E.F.) - séries Iniciais (Supletivo P e PE) <input type="radio"/> Atividade de Educação Profissional (AEP)			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental II e III séries <input type="radio"/> Ensino Médio (E.M. - séries Iniciais (Supletivo P e PE)) <input type="radio"/> Técnico			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental III e IV séries <input type="radio"/> Ensino Médio (E.M. - séries Iniciais (Supletivo P e PE)) <input type="radio"/> Habilitação			
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Médio Completo <input type="radio"/> Não informado			

<b>PROGRAMAS VINCULADOS</b>	
<input type="checkbox"/> Programa de Saúde Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PMS	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

<b>CADASTRO DE DOMÍLIO</b>
Endereço completo (rua, n.º, logradouro, nome do logradouro, número, complemento)
Cidade
CEP
CBO
Telefone

<b>ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL</b>		
Gravidez 1º trimestre (gesto em kg) *	Altura gest. em *	Peso ao nascer (gramas)
Adolescência 10 a < 20 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 1 *	
Adolescente 20 a < 30 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 2 *	Período de lactação (cm)
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 3 *	Período de lactação (cm) em 0/1
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 4 *	Período de lactação (cm) em 0/2
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 5 *	Período de lactação (cm) em 0/3
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 6 *	Período de lactação (cm) em 0/4
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 7 *	Período de lactação (cm) em 0/5
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 8 *	Período de lactação (cm) em 0/6
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 9 *	Período de lactação (cm) em 0/7
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 10 *	Período de lactação (cm) em 0/8
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 11 *	Período de lactação (cm) em 0/9
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 12 *	Período de lactação (cm) em 0/10
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 13 *	Período de lactação (cm) em 0/11
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 14 *	Período de lactação (cm) em 0/12
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 15 *	Período de lactação (cm) em 0/13
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 16 *	Período de lactação (cm) em 0/14
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 17 *	Período de lactação (cm) em 0/15
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 18 *	Período de lactação (cm) em 0/16
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 19 *	Período de lactação (cm) em 0/17
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 20 *	Período de lactação (cm) em 0/18
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 21 *	Período de lactação (cm) em 0/19
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 22 *	Período de lactação (cm) em 0/20
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 23 *	Período de lactação (cm) em 0/21
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 24 *	Período de lactação (cm) em 0/22
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 25 *	Período de lactação (cm) em 0/23
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 26 *	Período de lactação (cm) em 0/24
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 27 *	Período de lactação (cm) em 0/25
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 28 *	Período de lactação (cm) em 0/26
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 29 *	Período de lactação (cm) em 0/27
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 30 *	Período de lactação (cm) em 0/28
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 31 *	Período de lactação (cm) em 0/29
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 32 *	Período de lactação (cm) em 0/30
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 33 *	Período de lactação (cm) em 0/31
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 34 *	Período de lactação (cm) em 0/32
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 35 *	Período de lactação (cm) em 0/33
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 36 *	Período de lactação (cm) em 0/34
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 37 *	Período de lactação (cm) em 0/35
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 38 *	Período de lactação (cm) em 0/36
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 39 *	Período de lactação (cm) em 0/37
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 40 *	Período de lactação (cm) em 0/38
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 41 *	Período de lactação (cm) em 0/39
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 42 *	Período de lactação (cm) em 0/40
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 43 *	Período de lactação (cm) em 0/41
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 44 *	Período de lactação (cm) em 0/42
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 45 *	Período de lactação (cm) em 0/43
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 46 *	Período de lactação (cm) em 0/44
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 47 *	Período de lactação (cm) em 0/45
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 48 *	Período de lactação (cm) em 0/46
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 49 *	Período de lactação (cm) em 0/47
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 50 *	Período de lactação (cm) em 0/48
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 51 *	Período de lactação (cm) em 0/49
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 52 *	Período de lactação (cm) em 0/50
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 53 *	Período de lactação (cm) em 0/51
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 54 *	Período de lactação (cm) em 0/52
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 55 *	Período de lactação (cm) em 0/53
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 56 *	Período de lactação (cm) em 0/54
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 57 *	Período de lactação (cm) em 0/55
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 58 *	Período de lactação (cm) em 0/56
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 59 *	Período de lactação (cm) em 0/57
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 60 *	Período de lactação (cm) em 0/58
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 61 *	Período de lactação (cm) em 0/59
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 62 *	Período de lactação (cm) em 0/60
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 63 *	Período de lactação (cm) em 0/61
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 64 *	Período de lactação (cm) em 0/62
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 65 *	Período de lactação (cm) em 0/63
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 66 *	Período de lactação (cm) em 0/64
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 67 *	Período de lactação (cm) em 0/65
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 68 *	Período de lactação (cm) em 0/66
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 69 *	Período de lactação (cm) em 0/67
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 70 *	Período de lactação (cm) em 0/68
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 71 *	Período de lactação (cm) em 0/69
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 72 *	Período de lactação (cm) em 0/70
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 73 *	Período de lactação (cm) em 0/71
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 74 *	Período de lactação (cm) em 0/72
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 75 *	Período de lactação (cm) em 0/73
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 76 *	Período de lactação (cm) em 0/74
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 77 *	Período de lactação (cm) em 0/75
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 78 *	Período de lactação (cm) em 0/76
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 79 *	Período de lactação (cm) em 0/77
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 80 *	Período de lactação (cm) em 0/78
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 81 *	Período de lactação (cm) em 0/79
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 82 *	Período de lactação (cm) em 0/80
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 83 *	Período de lactação (cm) em 0/81
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 84 *	Período de lactação (cm) em 0/82
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 85 *	Período de lactação (cm) em 0/83
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 86 *	Período de lactação (cm) em 0/84
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 87 *	Período de lactação (cm) em 0/85
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 88 *	Período de lactação (cm) em 0/86
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 89 *	Período de lactação (cm) em 0/87
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 90 *	Período de lactação (cm) em 0/88
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 91 *	Período de lactação (cm) em 0/89
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 92 *	Período de lactação (cm) em 0/90
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 93 *	Período de lactação (cm) em 0/91
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 94 *	Período de lactação (cm) em 0/92
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 95 *	Período de lactação (cm) em 0/93
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 96 *	Período de lactação (cm) em 0/94
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 97 *	Período de lactação (cm) em 0/95
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 98 *	Período de lactação (cm) em 0/96
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 99 *	Período de lactação (cm) em 0/97
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 100 *	Período de lactação (cm) em 0/98
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 101 *	Período de lactação (cm) em 0/99
Idoso 70 anos (gesto em kg) *	Altura (cm) em 102 *	Período de lactação (cm) em 0/100

\*Carnio 0,04g/100g

\*\*Carnio obtido em laboratório para crianças menores de 2 anos







Figura 6 - Índices antropométricos e demais parâmetros adotados para a vigilância nutricional, segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL,2011).

FASES DO CURSO DA VIDA	ÍNDICES E PARÂMETROS
Crianças	Peso por idade Estatura por idade Peso por estatura IMC por idade
Adolescente	IMC por idade Estatura por idade
Adultos	IMC Circunferência da Cintura
Idosos	IMC
Gestantes	IMC por semana gestacional Ganho de peso gestacional

Inicialmente o SISVAN não possuía incentivo financeiro, mas em 2011 o Ministério da Saúde instituiu um incentivo financeiro para aquisição de equipamentos antropométricos pelos municípios (Portaria no 2.975, de 14 de

dezembro de 2011). Em 2013 a portaria foi atualizada pela portaria no 2.883, de 26 de novembro de 2013. Esse incentivo financeiro era repassado na modalidade fundo a fundo, em parcela única anual, para contemplar: I) Polos do Programa Academia da Saúde já construídos e em funcionamento, que foram contemplados com incentivo para custeio das ações de promoção da saúde (R\$1.500,00 a cada polo); II) Unidades Básicas de Saúde dos municípios com equipe de Atenção Básica com adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) (R\$ 3.000,00 por UBS), a partir do estrato 1, em seguida do estrato 2 e assim sucessivamente até atingir o limite de recurso orçamentário disponível em cada ano (BRASIL,2011).Em 2019 foi encerrado o PMAQ-AB e substituído pela nova forma de financiamento da APS denominado Previne Brasil. Em relação ao incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, entre elas as ações de vigilância alimentar e nutricional que se insere o SISVAN, foi alterado com a portaria Nº 1.127, de 2 de junho de 2021 e passou a ser monitorado por meio da avaliação dos seguintes indicadores, oriundos dos Sistemas de Informação da Atenção Primária:

- I - aumento do número de indivíduos com estado nutricional registrado; e
- II - aumento do número de indivíduos com marcadores do consumo alimentar registrados.

A portaria reforça que este incentivo financeiro se destina a todos os estados, Distrito Federal e municípios com população acima de 30 mil habitantes e será transferido diretamente ao respectivo Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, em parcela única anual (BRASIL,2021).

A título de organização do material foi elaborado um quadro que sintetiza os pontos que demarcam a Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil, destacando as leis, portarias, referências técnicas além do conteúdo destas.

**Quadro 1** - Resumo das leis, referências técnicas ou normativas e conteúdo que orientam a vigilância alimentar e Nutricional (Continua)

<b>Lei / Referência Técnica ou Normativa</b>	<b>ANO</b>	<b>Relação com VAN</b>
Lei nº. 8080 de 19 de dezembro de 1990.	1990	Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação.
Portaria Nº 1.156, de 31 de agosto de 1990. Fica instituído, no Ministério da Saúde, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.	1990	Diagnóstico alimentar e nutricional no país com vistas a oferecer subsídios para o planejamento e execução de medidas em saúde.
Decreto 807 de 1993	1993	Criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional- CONSEA.
Política Nacional de Alimentação e Nutrição	1999	Ações da vigilância sanitária, monitoramento da situação alimentar e nutricional pelo SISVAN, promoção da alimentação saudável e prevenção dos agravos nutricionais.
Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004.	2004	Primeira versão do Sisvan, com abrangência nacional e informatizada disponibilizada pelo Ministério da Saúde.
Portaria interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	2004	Condicionalidades da saúde incorporam o acompanhamento de peso e altura dos beneficiários semestralmente (gestantes, nutrizes e menores de 7 anos de idade).
Decreto nº.6.286 de 5 de	2007	Ações de avaliação clínica e psicossocial

dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).		dos escolares, entre elas avaliação do estado nutricional.
Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)	2008	Informação sobre a coleta de dados antropométricos, consumo alimentar. Recomendação do registro no SISVAN web conforme faixas etárias.
Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	2008	Inclusão das equipes multiprofissionais para apoio às EqSF. Estabelece elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas a alimentação e nutrição.
SISVAN web	2008	Consolidar os dados referentes às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios
Portaria No 2.975, de 14 de dezembro de 2011	2011	Incentivo financeiro para aquisição de equipamentos antropométricos pelos municípios
Política Nacional de Alimentação e Nutrição	2012	Atualização da PNAN com manutenção da diretriz de VAN.
Portaria No 2.883 de 26 de novembro de 2013	2013	Altera a Portaria 2.975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, e homologa os municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de

		Atenção Básica que realizaram adesão ao segundo ciclo do PMAQ-AB.
Marco de referência para a Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica	2015	Atualiza as orientações para a implantação da VAN no âmbito da APS, desde a coleta de dados ao registro de informações.
Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica	2015	Orientação sobre a importância, interpretação dos dados de consumo alimentar, fórmula para o cálculo de indicadores e registro nos sistemas de informação
Nota técnica nº 51/2017 da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) do MS esclarece o fluxo de envio de dados antropométricos (peso e altura) e de consumo alimentar pelas equipes de Atenção Básica por meio da integração entre a Estratégia e-SUS AB e o SISVAN.	2017	Dados do estado nutricional e do consumo devem ser atualizados via SISAB/e-SUS ou SISVAN web nos casos de sistema próprio de prontuário eletrônico ou manualmente.
Programa Crescer Saudável	2017	Execução de ações voltadas à avaliação das relações antropométricas (altura e peso) das crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I
Previne Brasil, instituído pela Portaria 2.979/2019	2019	Nova forma de custeio da APS. Define novas formas de avaliar o SISVAN.
PROTEJA 1.862 de 10 de agosto de 2021	2021	Um dos eixos de ações para implementação da estratégia é VAN e a forma para monitorar a estratégia utilizará indicadores do SISVAN como número de crianças com estado nutricional (peso e altura) avaliado e número de crianças com práticas alimentares (marcadores de consumo alimentar) avaliadas.

Guia para a Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde.	2022	Material elaborado com o objetivo de orientar profissionais e gestores de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) na realização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional VAN.
Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023 – Programa Bolsa Família	2023	Estabelece o retorno do Programa Bolsa Família (PBF), no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome.
Portaria GM/MS nº 653/2023, 22 de maio de 2023 – Equipes multiprofissionais na Atenção Primária		Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

A sistemática da vigilância nutricional apoia o Ciclo de Gestão e Proteção do Cuidado (CGPC) e esse ciclo ocorre no âmbito individual e coletivo, está circunscrito em 4 fases:

1. A Coleta de dados e produção de informações acessando os dados do estado nutricional e práticas alimentares em todas as fases do curso da vida, para tanto destaca-se a necessidade de contar com profissionais aptos à aferição de medidas antropométricas com adequado conhecimento além de cordialidade e ética no trato com as pessoas e garantir que a equipe de AB esteja preparada para oferecer orientações em relação aos dados coletados.
2. Análise e Decisão é importante a identificação de necessidades e prioridades em saúde e, a partir disso, a elaboração de intervenções apropriadas;
3. Ação: com a implementação das ações que podem ser direcionadas a indivíduos, famílias ou comunidade. Os modos de cuidar e gerir são mais efetivos partem do conhecimento prévio sobre as condições de vida dos indivíduos e da coletividade

4. Avaliação: a avaliação dos resultados e impactos tem como objetivo compreender e analisar o que se obteve nas etapas anteriores. Nesse sentido, deve-se desenvolver um modelo de acompanhamento para os resultados ou as metas pactuados, com vistas a instrumentalizar as áreas envolvidas na execução da VAN, subsidiando o cuidado, direcionando o atendimento e impulsionando a motivação para a própria atitude de vigilância (BRASIL,2015c).

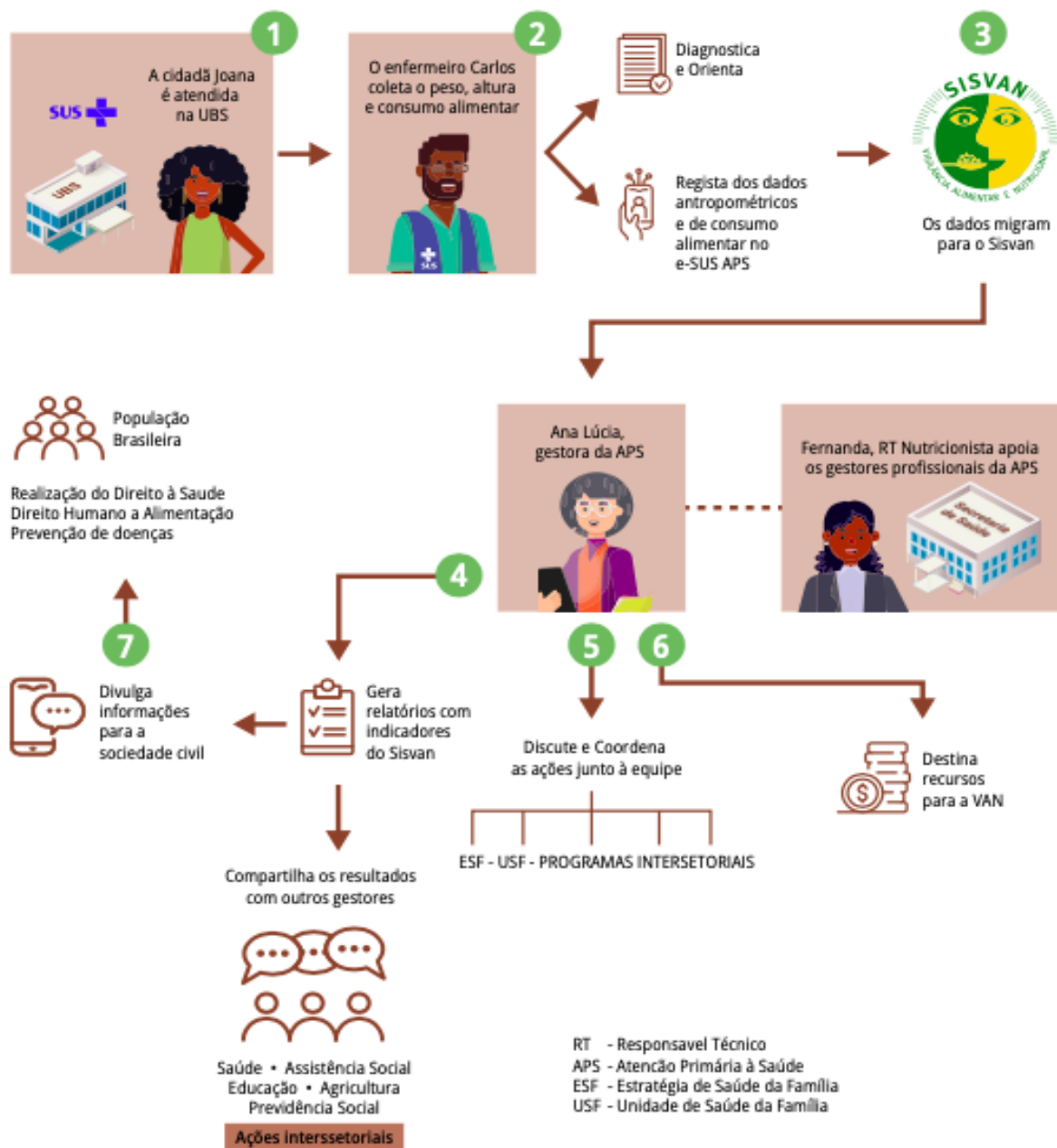
Figura 7 - Adaptado do Ciclo de gestão e produção do cuidado CGPC BRASIL,2015c.



Esse ciclo reforça a importância de que ao acolher os indivíduos que buscam atendimento em saúde nas unidades da atenção primária a terem suas informações nutricionais coletadas a fim de que essas possam fazer parte da atenção realizada pelos diferentes profissionais de saúde independente da queixa que o levou a unidade, bem como a sua família e a comunidade. A população também deve ser informada, por meio da mídia e divulgação pelos serviços de saúde, sobre a importância da mensuração das medidas antropométricas, da coleta de dados de consumo alimentar e do diagnóstico da situação alimentar e nutricional por meio do SISVAN. Essa medida poderá incentivar a população a colaborar com o fornecimento de dados (Ferreira et al,2013).

Essa reflexão acima foi ilustrada de maneira didática no Guia para a Organização da VAN na APS (2022) que detalha o percurso para que as informações obtidas na Atenção Primária à Saúde se tornem informações sistematizadas e uteis a população, ou seja, demonstrando as etapas do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado (CGPC).

Figura 8 - Fluxo de Informações da VAN – BRASIL,2022.





### 3.2 Cenário Alimentar e Nutricional no Brasil

Como verificado anteriormente, O SISVAN busca produzir um elenco básico de indicadores capazes de sinalizar os eventos de maior interesse no campo da alimentação e nutrição quais sejam: disponibilidade de alimentos, aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida, práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós desmame, distribuição do peso ao nascer, prevalência da desnutrição energético proteica, de anemias, do sobrepeso e obesidade, das deficiências de iodo e de vitamina A e das demais carências de micronutrientes relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis (BRASIL, 2013).

A Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançaram, para o período de 2016 a 2025 a Década de Ação da Nações Unidas para a Nutrição (WHO,2018). Essa iniciativa buscava um enfrentamento das diferentes formas inadequadas de consumo alimentar, considerando a multicausalidade, que engloba a desnutrição, as carências de micronutrientes, o sobrepeso e a obesidade. Nesse sentido faz se necessário o fortalecimento das ações de vigilância alimentar e nutricional como o fortalecimento do SISVAN (Bortolini et al. ,2020).

O cenário nutricional portanto expressa a múltipla carga da insegurança alimentar e nutricional e da alimentação inadequada que se materializa na desnutrição, no sobrepeso e obesidade, doenças crônicas e nas deficiências nutricionais, caracterizado como transição nutricional. Esse fenômeno é desafiador e demanda um modelo de atenção à saúde centrado na promoção da saúde, constituído com o propósito de oferecer atendimento integral aos indivíduos (Batista-Filho; Rissin, 2003).

### 3.2.1 Desnutrição e deficiências nutricionais

O conceito de vigilância nutricional está voltado aos déficits e aos excessos para todos os países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento, no entanto nos países das Américas, inicialmente o foco foi a subnutrição, em virtude de sua magnitude.

Como já citado anteriormente, Josué Apolônio de Castro, ou simplesmente Josué de Castro, médico e cientista social pernambucano, que dedicou-se ao tema da fome, apresentou trabalhos que foram pioneiros em sistematizar a situação alimentar e nutricional do Brasil. Apresentou o mapa da fome em seu livro *A geografia da Fome*.

Utilizando o seu relato acerca da fome e suas diferentes representações :

"O que eu chamo a fome, no sentido sociológico do termo, é o estado de grupos humanos que não têm a possibilidade de se alimentar de um modo adequado. Há diferentes formas de fome. Há a fome aguda, isto é: a fome calamitosa e as fomes crônicas. Entre estas, há as fomes específicas — a falta de certos alimentos essenciais ao equilíbrio nutritivo; proteínas, ácidos aminados, vitaminas, sais minerais, cálcio, ferro, etc. Nas regiões subdesenvolvidas, encontram-se em geral formas compostas dessas diferentes fomes: fome de proteínas e de ferro, que causa a anemia tropical; fome de cálcio e de sódio, que se traduz por outra síndrome etc. Há formas discretas que não engendram nenhuma doença da desnutrição caracterizada, mas somente um desequilíbrio fisiológico e na maior vulnerabilidade as outras doenças. A fome é a expressão biológica do fenômeno econômico e social do subdesenvolvimento" (FOME é a vergonha do mundo, 1960).Mundo ilustrado. Rio de Janeiro, 1960.

Josué de Castro caracterizava o BRASIL em cinco "áreas culturais": Amazônia, Área da Mata do Nordeste, Sertão do Nordeste, Centro-Oeste e Extremo-Sul, sendo que apenas as três primeiras são consideradas como áreas críticas da fome no país. Além disso também retrata os espaços denominados "fome endêmica" (a Amazônia e a zona da mata do Nordeste),

outra região com "fome epidêmica" (o Nordeste semi-árido) e uma região de subnutrição ou de fome oculta (o centro-sul do BRASIL). Josué denominava áreas de fome, as regiões onde mais da metade da população apresentava permanentemente ou periodicamente evidências de alimentação insuficiente ou manifestações orgânicas de deficiências nutricionais (Castro,1982).

Nesse sentido os sistemas alimentares, em detrimento das regiões geográficas brasileiras, é que passam a ser a premissa ao traçar o Mapa da Fome no Brasil.

Figura.9 - Mapa das principais carências existentes nas diferentes áreas alimentares do Brasil- CASTRO,1992.



Com o passar dos anos os dados de inquéritos nacionais efetivamente representativos acerca da situação nutricional só estiveram disponíveis a partir da

década de 70. Desde então inúmeros inquéritos e estudos foram realizados (Estudo Nacional de Despesas Familiares - ENDEF, 1974/1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN, 1989; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS, 1995/1996, Pesquisa de Orçamento Familiares 2002-2003/ 2008-2009 além da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. A comparação entre os diferentes inquéritos nos últimos 46 anos possibilitou inferir uma redução marcante na prevalência de desnutrição.

Assim os dados da PNS (2019) revelam a prevalência de déficit de peso, estimada para os adultos de uma forma geral em adultos com 18 anos ou mais de idade 1,6%, (1,7% para homens e 1,5% para mulheres). Quando realizado a estratificação da população adulta considerando grupos de idade a prevalência de déficit de peso é sempre um pouco mais elevada para o sexo masculino, exceto no grupo de 60 anos ou mais de idade, que, nas mulheres (2,9%), foi ligeiramente maior que a observada entre os homens (2,2%).

Os dados de tendência de consumo da POF 2008-2009 são favoráveis à reversão dos problemas associados à desnutrição, com o aumento da disponibilidade de calorias per capita e o aumento da participação de alimentos de origem animal na alimentação. No entanto, ainda coexistem formas severas de desnutrição, em especial nas regiões Norte e Nordeste, mas também nos diferentes bolsões de pobreza em todas as regiões do país, como a presença do déficit de estatura por idade caracterizando um problema de fome crônica, sem dúvida, como fruto da desigualdade social e pobreza do país (Coutinho, Gentil, Toral, 2008).

Apesar dos avanços repercutidos nos indicadores nacionais e internacionais, em 2023 ainda enfrentamos os mesmos grandes desafios que se colocam para a agenda de Segurança Alimentar e Nutricional<sup>2</sup> (SAN), desafios que requerem um esforço permanente de análise diagnóstica das condições de SAN, em especial de populações específicas e povos e comunidades tradicionais

---

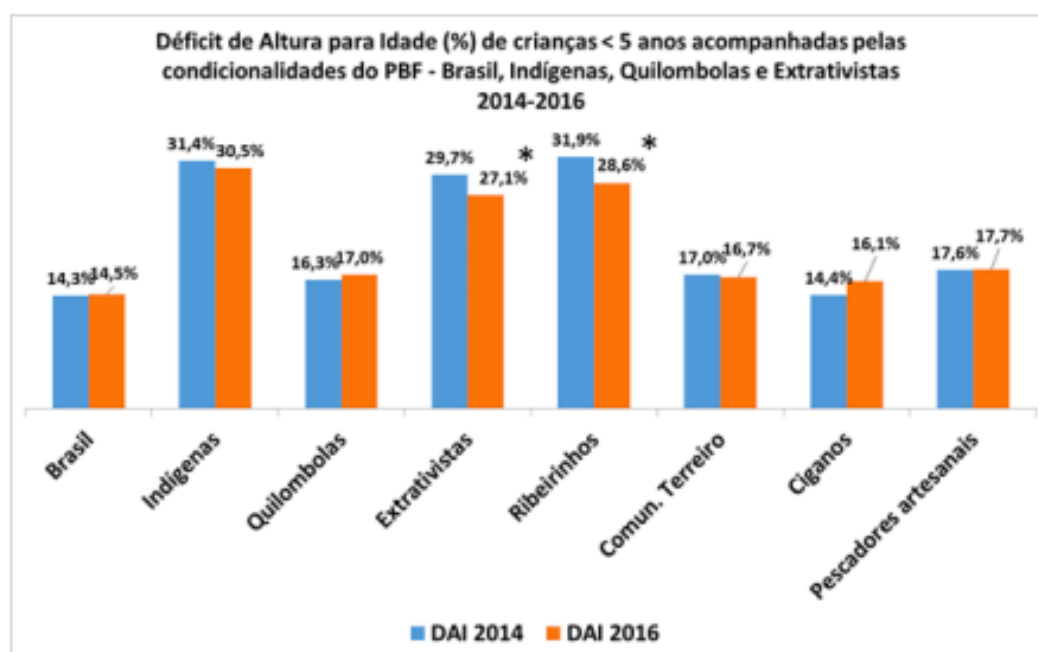
<sup>2</sup> Segurança alimentar e nutricional - Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), por Segurança Alimentar e Nutricional – SAN entende-se a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

(PCTs), com recortes para populações indígenas, quilombolas, extrativistas, ribeirinhos, comunidades de terreiro, pescadores artesanais e ciganos, que ainda sofrem com a insegurança alimentar e nutricional (INSAN), para além dos indicadores convencionais, que não conseguem captar as diferentes especificidades e a grande diversidade distribuídas pelos territórios (Caisan,2018).

A título de contextualização O Ministério da Saúde possui desde 2010 uma área denominada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A SESAI originou-se da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, reivindicada pelos próprios indígenas (Leite,2012).

O SISVAN Indígena teve sua implantação iniciada em 2007 e funciona na maior parte dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), embora o grau efetivo de implantação do sistema varie significativamente de um DSEI para outro. Vale salientar que o caráter geográfico relativamente circunscrito das comunidades acompanhadas e a ampla cobertura dos povos indígenas pelo Subsistema de Saúde Indígena, características bastante distintas das observadas entre não índios, conferem ao SISVAN Indígena um imenso potencial de sucesso (Leite,2012).

Figura 10 - Prevalência de déficit de altura segundo Índice Altura para Idade em crianças menores de cinco anos acompanhadas<sup>1</sup> pelas condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, 2014 e 2016.



Fonte: Sisvan e Cadastro Único.

\* Dados estatisticamente significativos, considerando nível de significância de 5%.

<sup>1</sup> Análise transversal

Diante desse cenário, resgato aqui impressões pessoais acerca da crise humanitária e sanitária na terra indígena Yanomami em Roraima que repercutiram nos primeiros meses do ano de 2023. Essa situação apresenta a realidade complexa do nosso país que convive com os mais distintos tipos de má nutrição. A desnutrição estampada nas imagens dos diferentes veículos de comunicação e que nos deixam estarecidos, é a consequência da insegurança alimentar e nutricional que os povos indígenas e demais povos tradicionais são submetidos devido contaminação das águas e do solo pela prática do garimpo ilegal, a fuga da caça pela presença dos garimpeiros, a presença de doenças infecciosas como malária.

Nesse sentido é válido destacar que o enfrentamento dos problemas

nutricionais, em qualquer grupo populacional, exige soluções intersetoriais e sustentáveis, que demandam inúmeras articulações e por essa razão são complexas e podem levar muito tempo. No atual contexto se faz urgente e necessário falar sobre a fome e a miséria que assola milhares de famílias no país e reconhecer a necessidade de ações emergenciais como integrantes dos direitos humanos, especificamente, o Direito Humano à Alimentação (DHAA).

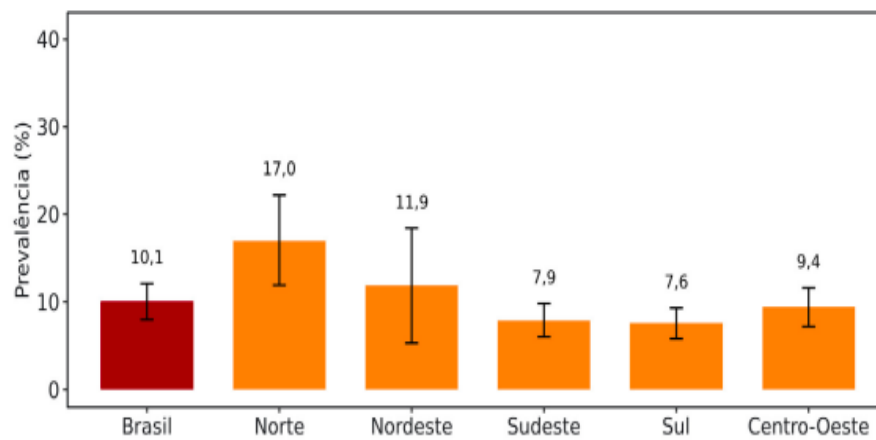
No contexto de Vigilância Alimentar e Nutricional Ampliada é importante reconhecer as diferentes estratégias de vigilância epidemiológica e associar informações provenientes de diferentes fontes de informações, como inquéritos populacionais, chamadas nutricionais, estudos, pesquisas e outros sistemas de informação em saúde, além dos dados registrados durante os atendimentos nos serviços de Atenção Básica.

Outra particularidade a ser destacada no cenário epidemiológico nutricional diz respeito a presença das deficiências de micronutrientes persistentes, em especial a prevalência de anemia em crianças e mulheres. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI (2019) foi realizado em 123 municípios brasileiros entre fevereiro de 2019 e março de 2020. Foram pesquisadas 14.583 crianças menores de cinco anos. O ENANI-2019 avaliou as práticas de aleitamento materno, alimentação complementar e consumo alimentar individual, e o estado nutricional antropométrico e, também, avaliou as prevalências de deficiências de micronutrientes – ferro, vitamina A, vitamina D, vitamina E, vitamina B1, vitamina B6, vitamina B12, folato, zinco, selênio.

No Brasil, dados da PNDS 2006 revelaram a prevalência estimada de anemia e deficiência de vitamina A em crianças menores de 5 anos, respectivamente 20,9% e 17,4%. Enquanto que dados do ENANI 2019 mostraram que as prevalências nacionais de anemia e de anemia ferropriva foram de 10,0% e 3,5%, respectivamente. Esses agravos foram mais prevalentes entre crianças de 6 a 23 meses (19,0% e 7,9%, respectivamente), com expressivas prevalências nesta faixa etária na região Norte do país (30,3% e 13,9%, respectivamente). As prevalências de DVA, insuficiência de vitamina D e de deficiência de zinco foram de 6,0% 4,3% e 17,8% no Brasil, respectivamente. A prevalência de deficiência de vitamina B12 foi de 14,2% no

Brasil, sendo este agravo mais recorrente entre crianças de 6 a 23 meses na região Norte (39,4%).

Figura 11 - Prevalência de anemia entre crianças de 6 a 59 meses para o Brasil e segundo macrorregião. BRASIL, 2019.



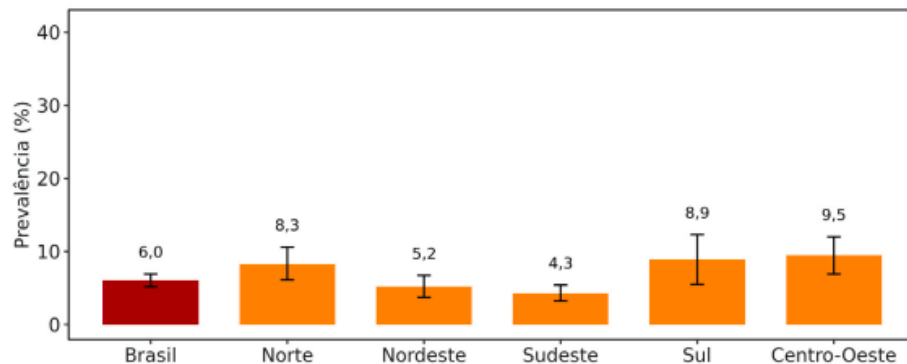
I Intervalo de confiança de 95%.

Nota:

Anemia: hemoglobina < 11 g/dL<sup>22</sup>.

Fonte: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019).

Figura 12 - Prevalência de deficiência de vitamina A entre crianças de 6 a 59 meses para o Brasil e segundo macrorregião. BRASIL, 2019.



I Intervalo de confiança de 95%.

Nota:

Deficiência de vitamina A: retinol sérico < 0,7 µmol/L<sup>23</sup>.

Fonte: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019).



Os dados acima representam um painel ainda que inacabado do cenário alimentar e nutricional do país que demandam atuações intersetoriais efetivas e emergenciais com intuito de prover melhoria do estado nutricional da população.

Em 2015 A Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável lançou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como parte da AGENDA 2030 para o desenvolvimento sustentável, são 17 ambiciosos objetivos com um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Esse compromisso aponta como primeiro objetivo da Agenda 2030, o de acabar com a pobreza (ONU,2015).

Nesse ponto é válido destacar o contexto político, social e econômico que enfrentava e que permanece enfrentando o país, pois assim como observava-se o crescimento da pobreza no país, agravado pela doença do coronavírus 2019 ou COVID-19, essa situação também era potencializada pelas reformas trabalhista e previdenciária, além da perda de direitos, o que leva o país a se distanciar do alcance do segundo objetivo da Agenda qual seja o de acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e a melhoria da nutrição, e promover a agricultura sustentável (Alpino et al,2020).

Em 2019, a trajetória de enfrentamento da fome e de construção do sistema e da política de segurança alimentar e nutricional, ocorrida no período de 2003 a 2015, foi marcada pelo retrocesso. O cumprimento da meta que visa a acabar com todas as formas de desnutrição até 2025 também está ameaçado pelo crescimento, ainda que discreto, da desnutrição crônica. Esse aumento provavelmente reflete o rebaixamento das condições de vida da parcela mais empobrecida da população. Essas condições, aliadas ao cenário de aumento da prevalência de doenças crônicas, expressam os imensos desafios que o país ainda enfrenta e que culminam com a violação entre outros, do Direito humano à Alimentação Adequada (DHAA) (Bezerra et al,2020).

Mais uma vez o reconhecimento da situação alimentar e nutricional do país pode e deve contribuir para a articulação para formulação de políticas

públicas nacionais que para além da economia tenha como base a proteção social e que seja articulada na perspectiva de garantir a todos o DHAA e a concretização da segurança alimentar e nutricional.

### **3.2.2 Obesidade**

Ao mesmo tempo em que se identifica a redução na ocorrência da desnutrição em crianças e adultos como mostrado anteriormente, verifica-se também o aumento na prevalência de um gravíssimo problema de saúde pública, qual seja a obesidade na população brasileira.

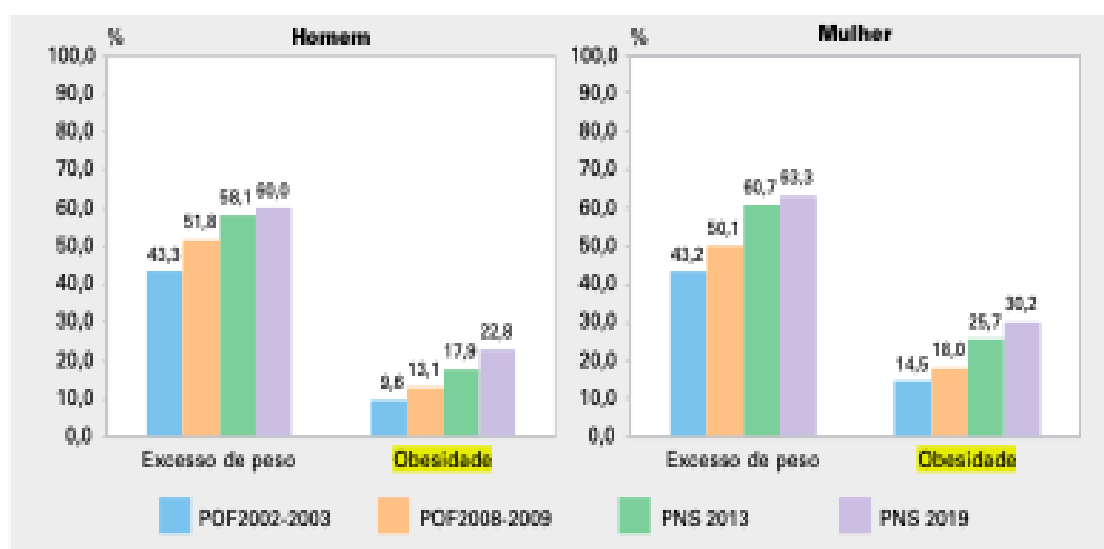
Para a Associação brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica ABESO (2016), obesidade pode ser definida como "o acúmulo de tecido gorduroso localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio nutricional associado ou não a distúrbios genéticos ou endócrino metabólicos". Vale no entanto ressaltar que além do conceito biomédico, a obesidade também se configura como um problema multidimensional sendo fortemente influenciado pela cultura e sistema social (Pinto; Bosi, 2010).

Dados epidemiológicos reforçam a magnitude dessa enfermidade. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019, os dados de excesso de peso e obesidade continuam crescendo nos últimos 17 anos, a Pesquisa de Orçamento Familiares 2002-2003/ 2008-2009 além da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019 confirmam esses dados como apresentado na figura 4 (BRASIL, 2021).

Estudo de série temporal com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (BRASIL, 2021) segundo a qual houve incremento de 3,8% ao ano de indivíduos com obesidade no BRASIL, passando de 11,8% em 2006 para 22,4% em 2021. Entre 2003 e 2019, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) observaram que a proporção de brasileiros na idade de 20 anos ou mais, com diagnóstico de obesidade, passou de 12,2 para 26,8% (IBGE, 2020). Os relatórios do SISVAN de 2023, em que foram acompanhados 24.003.102 adultos, revelaram

que 33,48% apresentavam algum grau de obesidade (SISVAN,2023).

Figura 13 - Prevalência de excesso de peso e de obesidade na população adulta de 20 anos ou mais de idade, por sexo - Brasil - 2002-2003/2019



Fontes: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003/2008-2009, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Nota: Prevalência padronizada segundo a distribuição etária, em cada sexo, da população adulta brasileira em 2019.

<sup>15</sup> Prevalência padronizada segundo a distribuição etária, em cada sexo, da população com 20 anos ou mais de idade em 2019

Os inquéritos nacionais revelam uma mudança do perfil nutricional nos diferentes ciclos de vida, com redução da desnutrição e uma curva ascendente nos casos de obesidade. Em 2019, mais da metade da população adulta brasileira apresentava excesso de peso. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2021, 9,1 bilhões de adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde apresentavam excesso de peso, e mais de 4 milhões de indivíduos tinham diagnóstico de obesidade. Com essa mudança no cenário epidemiológico da população, incluiu-se na PNAN novas ações que buscassem contribuir com maior controle deste cenário (PNS,2020).

Vale ressaltar que o consumo alimentar da população também contribui com o cenário nutricional que enfrentamos. O estudo de Rodrigues e colaboradores (2021) sobre a evolução do consumo alimentar nos últimos 10 anos revela que a dieta brasileira ainda se caracteriza pelo consumo de alimentos tradicionais, como o arroz e o feijão, e pela alta frequência de consumo de alimentos ultraprocessados<sup>3</sup>, como biscoitos e refrigerantes. No entanto, as autoras reforçam que no período de 2008–2009 a 2017–2018, houve queda na frequência de consumo de arroz, feijão, frutas, carne bovina, pães, leite e derivados, embutidos e refrigerantes, porém com aumento no consumo de sanduíches. Esse dado foi verificado independentemente do sexo, idade e da faixa de renda. Esses dados reforçam que são necessárias medidas econômicas e de saúde pública que possam contribuir para a permissão e estímulo do consumo de feijão, frutas e hortaliças (marcadores positivos da qualidade da dieta) pela população brasileira, ao mesmo tempo em que desestimule o consumo de alimentos ultraprocessados. Essas medidas poderiam aumentar a segurança alimentar e nutricional e prevenir as Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT), inclusive a obesidade.

Nesse sentido, devido aos importantes agravos associados a esta condição, como DANT: diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e conseqüentemente outros prejuízos que interferem na qualidade de vida do indivíduo, a obesidade permanece sendo um importante problema de saúde pública, de complexidade multifatorial. Além das complicações metabólicas, ressalta-se que a obesidade é um estado de grande impacto social, familiar, financeiro, sobretudo para os indivíduos acometidos. Dados do Ministério da Saúde, revelam que aproximadamente 6 bilhões de reais foram utilizados, em 2019, para o tratamento de doenças crônicas, sendo que aproximadamente 22% ou 1,5 bilhão foram atribuídos ao excesso de peso e à obesidade. A estimativa é que as doenças relacionadas à obesidade gere um gasto de aproximadamente US \$1,4 bilhão (68,4% do custo total) com

---

<sup>3</sup> Alimentos ultraprocessados para o Guia Alimentar para população BRASILEIRA 2012 considera as formulações industriais à base de ingredientes extraídos ou derivados de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido modificado) ou, ainda, sintetizados em laboratório (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, etc.)

pacientes hospitalizados e US \$679 milhões devido a procedimentos ambulatoriais (Carvalho et al,2021).

De acordo com as análises do estudo *Global Burden of Disease* a má alimentação contribui para mortalidade, e além disso é o segundo maior fator relacionado a anos de vida perdidos (DALY). Esses dados superam os efeitos do tabagismo, álcool, drogas e inatividade física como já mencionado levando ao aumento nos custos em saúde (Dai et al 2020)

O estigma social associa-se de maneira negativa a outras dimensões na vida dos indivíduos obesos, como escolaridade, situação socioeconômica e estado civil, por exemplo, sendo considerados fatores que podem contribuir piorando a qualidade de vida, ademais, pessoas com excesso de peso ou obesidade podem apresentar menores chances de contratação no emprego e menores valores salariais, se comparadas a indivíduos que apresentem o peso considerado normal (Pinto & Bosi,2010)

Diante deste contexto, tornou-se necessário a elaboração de novos instrumentos de identificação precoce, disponibilizados por meio da vigilância alimentar e nutricional na organização da Atenção Primária à Saúde (Almeida et al,2017). Além disso, torna-se essencial o atendimento integral ao indivíduo, com articulação e maior interação entre os profissionais de saúde do SUS com os usuários, família e comunidade. O planejamento das ações de promoção à saúde deve ser pautado, além da recuperação e tratamento da saúde, mas na promoção da saúde e prevenção de agravos. A interdisciplinaridade, portanto, é considerada um ponto crucial para o planejamento efetivo das ações em saúde na APS. A ampliação do cuidado e dos conhecimentos por parte do profissional de saúde que tratam de indivíduos com excesso de peso e obesidade tornou-se emergente, uma vez que as atitudes aplicadas durante o atendimento e acompanhamento podem refletir diretamente na qualidade do cuidado prestado (Kirk et al, 2020; Rasbran,2013 ; Tomiyama et al,2018).

A Atenção Primária à Saúde, por possuir grande abrangência de contato com a população, torna-se, portanto, o ambiente estratégico para realização de ações de prevenção e assistência aos sujeitos acometidos por obesidade, considerando ainda a relevância e necessidade da estruturação de

ações e medidas intra e intersetoriais que busquem promover o cuidado integral do indivíduo e algumas das medidas indispensáveis para a garantia de um cuidado efetivo (Almeida et al,2017).

Como supracitado a APS em função da sua capacidade de adaptação nos mais díspares contextos, sejam eles de ordem econômica, política e social são considerados um dos pilares fundamentais dos sistemas de saúde. Para Starfield (2002) a APS compreende a necessidade de organizar serviços de saúde baseado em um modelo assistencial com os princípios de Integralidade; Longitudinalidade; coordenação e potencial de atenção ao primeiro contato (porta de entrada).

Dessa forma é dentro deste escopo de APS mais abrangente que deve se configurar a Vigilância Alimentar e Nutricional, para isso se faz necessário o uso adequado do SISVAN com intuito de subsidiar as ações em alimentação e nutrição para os diferentes diagnósticos situacionais encontrado no território de abrangência.

Dos trabalhos pioneiros de Josué de Castro aos dias atuais muitas mudanças ocorreram no perfil nutricional da população, congregando diferentes faces da má-nutrição, como visto anteriormente o país apresenta problemas relacionados a desnutrição, as carências nutricionais específicas como a obesidade e a s DANT que estão intrinsecamente relacionadas a alimentação e nutrição.

### 3.3 Avaliação em Saúde

Ao discutirmos o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é válido resgatar a temática de Avaliação em Saúde. E isto implica de uma maneira geral um julgamento, cuja análise baseia-se numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente. Dessa forma o projeto maior na qual esta tese está inserida visa avaliar o SISVAN sob diferentes perspectivas com abordagens quantitativas e qualitativas comparando com as normas e recomendações de execução do SISVAN no país.

Dessa forma, valida-se a importância de buscar a diversidade de formas de apreender o objeto de estudo, qual seja um programa ou um serviço de saúde. Nesta tese enfatizamos a pesquisa qualitativa como ferramenta para contribuir com a identificação de potencialidades e desafios a serem trabalhados no SISVAN a fim de que sua função seja cumprida adequadamente e forneça resultados fidedignos e contribua para decisões efetivas na melhora de vida dos usuários.

Nesse sentido a avaliação, entendida como o ato de medir ou explorar propriedades de um sistema de informação em saúde seja no planejamento, desenvolvimento, implementação ou operação, busca identificar resultados, informando uma decisão a ser realizada sobre esse sistema em um contexto específico (Ammenwerth et al, 2004).

Nesse ponto destaco o texto das autoras Ligia Maria Silva e Vera Lucia Formigli que apresentam a avaliação no sentido de indagarmos se realizamos bem o serviço ? o sistema traz resultados ? estamos satisfeitos com o que temos?. Além disso, as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas (Silva; Formigli,1994).

Como já apresentado anteriormente, os SISs são fundamentais para o planejamento e a implementação de intervenções de saúde com intuito de melhorar os sistemas de saúde. Concorrendo também para avaliar as necessidades de saúde das populações e avaliar a efetividade e cobertura dos

programas de saúde (ALI, et al. 2006). O SISVAN está inserido entre os diversos SIS que o Ministério da Saúde utiliza e recomenda que seja utilizado em todo o país.

É válido também salientar que não existe uma forma ideal e específica de avaliação em saúde. Os métodos de avaliação podem ser complexos, simples ou combinados, e com muitas variáveis. As estruturas descrevem ou medem principalmente características ou categorias de SISs que irão orientar para a melhoria do sistema e pode ser feito em diferentes momentos durante o desenvolvimento, implantação e pós-implantação dos SISs e levando em consideração as diferentes partes interessadas que irão interagir ou se beneficiar do sistema (Stylianides et al, 2018).

A análise periódica do SIS possibilita, em especial, a verificação das informações geradas e principalmente, se estão sendo geradas informações úteis para o direcionamento de políticas públicas para a área em análise. Dessa forma é possível prever riscos, identificar a relevância dos eventos e atuar sobre grupos vulneráveis (Oliveira,2015).

Ainda em 1999, o estudo de Schraiber e colaboradores reforçava o tema da informação - sua geração, registro e transmissão ou socialização - como uma temática articulada ao trabalho em equipe. A integração dos profissionais, trabalhadores de uma mesma equipe, pressupõe, sem dúvida, compartilhar informações, referidas não apenas aos usuários dos serviços, mas à população potencialmente usuária em geral, o que é uma referência mínima no sentido da construção de projetos assistenciais comuns. Do ponto de vista dos processos de trabalho e articulação de seu conjunto, tais informações devem ser ainda referidas aos desenvolvimentos efetivamente experimentados de produção dos cuidados.

A temática da avaliação ganha relevância, por um lado associada à possibilidade e necessidades de intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, e, por outro, diante da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias (Silva;Formigli,1994).

Não se pode deixar de destacar que a avaliação, invariavelmente está mais voltada para os gestores e/ou financiadores em detrimento do público-alvo,



dos profissionais do programa ou serviço e dos parceiros institucionais e comunitários.

Nesse sentido é crucial destacar a importância de um projeto que vislumbra uma avaliação mais ampliada. Tal posição é enfatizada por Minayo (1996) para quem a pesquisa qualitativa se presta à avaliação de políticas públicas e sociais, do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica e dos usuários. Dessa forma a autora defende que é necessário se atentar menos as generalizações e focarmos mais no aprofundamento e abrangência da compreensão, o que torna ideal aquela amostra capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Quanto aos atores envolvidos em uma avaliação dos serviços de saúde, destaca-se o usuário por ser um beneficiário direto do processo avaliativo. Ou seja, os usuários são, potencialmente, os sujeitos mais afetados por eventuais consequências das ações desenvolvidas por um programa ou serviço de saúde. Além disso é um sujeito com vínculo constituído com os profissionais de saúde, pois são beneficiários que fazem uso do serviço por longos períodos, na maioria dos casos (Tanaka; Melo,2001).

O SISVAN como mostrado se apresenta como um sistema complexo e permeado por inúmeros desafios para sua execução e por essa razão tem sido alvo de várias pesquisas, em especial sobre os desafios de sua implementação. Existem alguns estudos a respeito da compreensão dos profissionais de saúde sobre o funcionamento do SISVAN. A maioria das pesquisas disponíveis na literatura se limita à percepção de categorias profissionais específicas (Alves et al, 2018) são de abrangência limitada ao nível municipal ou estadual (Damião et al,2021; Gonçalves et al,2021). Nestes estudos prevalece o reconhecimento da importância do sistema, ao mesmo tempo em que este é visto como frágil e desestruturado, comprometendo o acompanhamento dos principais problemas nutricionais na APS.

Para alguns profissionais da atenção primária diversos desafios impedem a execução do sistema, sendo os mais relatados: a carência ou ausência de instrumentos antropométricos; aumento da carga de trabalho para alguns profissionais desempenharem a atividade, em especial, os enfermeiros; as

dificuldades relacionadas ao acesso a internet; a escassez de profissionais capacitados para coleta e digitação dos dados; a grande rotatividade dos profissionais aliado ao número reduzidos destes e o aumento no número de informações necessárias para preenchimento da ficha de cadastro do usuário no sistema (Pereira et al., 2012; Rolim et al., 2015; Alves et al., 2015; Ferreira et al., 2018).

### **3.4 Questões norteadoras e pergunta condutora da pesquisa**

O levantamento de evidências realizado neste trabalho indicam de forma veemente a importância e relevância do SISVAN para identificar de forma contínua as condições de alimentação e nutrição da população brasileira.

Assim se faz necessário pesquisar e indagarmos quais os limites da implementação adequada deste sistema nos serviços de saúde, como se conectar com as pessoas, com os profissionais e com os serviços a fim de melhorá-lo? É nesse contexto que se situa esse projeto com a intenção em avaliar o SISVAN sob diferentes perspectivas quais sejam dos gestores, profissionais e dos usuários dos serviços.

Assim aqui apresentamos algumas perguntas :

Os usuários das unidades básicas de saúde do estudo conseguem identificar a realização das ações do SISVAN durante seu atendimento?

Os profissionais de saúde que trabalham nas UBSs conhecem o SISVAN, o utilizam em suas práticas e reconhecem suas potencialidades?

Os gestores de saúde conseguem utilizar os dados coletados pelo SISVAN na perspectiva de planejamento das ações de alimentação e nutrição?

Diante da magnitude e importância de um sistema tão complexo quanto o SISVAN a pergunta condutora do estudo foi:

Quais as potencialidades e os desafios para implantação e implementação do sistema de Vigilância alimentar e nutricional na percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários das UBSs nas diferentes regiões do Brasil?

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como citado anteriormente esta tese é parte integrante de um estudo multicêntrico denominado: Perspectivas e desafios do aprimoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: uma abordagem de métodos mistos. Trata-se de uma Chamada do Ministério da Saúde, do departamento de ciência e tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob número 26/2019 - Pesquisas em Alimentação e Nutrição.

O projeto maior apresentava os seguintes objetivos:

1. Identificar a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários sobre uso e qualidade dos dados propostos no SISVAN;
2. Identificar a usabilidade (ISO 9241-11) do SISVAN;
3. Analisar a qualidade de dados antropométricos e de consumo alimentar registrados no SISVAN considerando todas as fases do curso da vida e propor estratégias para correção das possíveis distorções verificadas;
4. Estimar o número mínimo de pessoas a serem avaliadas no SISVAN para que as prevalências dos desvios nutricionais (minimamente desnutrição, sobrepeso e obesidade para todas as fases do curso da vida) sejam representativos da população atendida na Atenção Primária à Saúde, e dos municípios, estados e Distrito Federal, macrorregião e Brasil.
5. Propor novos *screeners* para marcadores do consumo alimentar aplicados no SISVAN;
6. Rever modelo teórico utilizado para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
7. Propor estratégias para melhoria da coleta e inserção de dados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

O presente estudo é uma resposta ao primeiro objetivo do projeto multicêntrico e diante da natureza e da complexidade imposta por esse objeto de estudo, optamos por realizar uma investigação fundamentada na abordagem qualitativa. Uma forma de aproximarmos do objeto sob outra perspectiva, quais

sejam as percepções dos diferentes atores: gestor, profissional da atenção básica e os usuários das unidades básicas de saúde de diferentes regiões deste país continental.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, iniciado em janeiro de 2020 nas cinco regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e sul

#### **4.1 Delineamento do estudo**

Por se tratar de um estudo que busca eminentemente compreender as percepções de diferentes atores que estão intrinsecamente ligados ao SISVAN a escolha natural foi dada a abordagem qualitativa de pesquisa em saúde.

A abordagem qualitativa caracteriza-se pelo reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre a materialidade e a produção subjetiva, uma interdependência viva entre sujeito e o objeto e uma postura interpretativa, portanto não neutra, do sujeito-observador que atribui um significado aos fenômenos que interpreta (Deslandes & Gomes, 2004).

Dessa forma, a relação entre sujeito investigador e sujeito investigado é decisiva em um estudo qualitativo. A visão de mundo de ambos incide sobre o processo de conhecimento, influenciando desde a concepção do objeto de estudo até a sua conclusão (Demo, 1981). Neste ponto recai uma importante tarefa do pesquisador qualitativo, qual seja, enfrentar o desafio de manejar teorias e instrumentos - ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória - capazes de promover a aproximação da diversidade simbólica inerente à existência humana em sociedade (Minayo, 2006).

De acordo com a mesma autora (2004), a pesquisa qualitativa:

"Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (p.21)."

No que diz respeito ao campo da avaliação qualitativa em saúde, concebemos a necessidade de considerarmos os diferentes atores e para além

dos gestores e profissionais de saúde da atenção primária, fundamental a participação daqueles que deveriam se beneficiar com o sistema na avaliação, os usuários. Assim como defendem Uchimura e Bosi (2004) uma investigação que vislumbre desvendar um objeto de natureza qualitativa deve utilizar estratégias que permitam a apreensão dos sentidos ao mesmo tempo que garantam a complexidade e a profundidade do tema. Assim, são necessários métodos de pesquisa apropriados, assim como técnicas e estratégias metodológicas que possam contribuir com o desvelamento de nuances presentes no coletivo e no particular dos indivíduos do estudo .

#### **4.2 Coleta das informações**

Dentro da perspectiva enfatizada acima, para a coleta de informações foram utilizados dois métodos: a técnica de observação direta para obter determinados tipos de informações sobre resultados, processos e impactos e a entrevista em profundidade (Gil,2008) norteada por um roteiro semi-estruturado que abordou as percepções e experiências, avaliações e posicionamentos dos dos diferentes informantes em torno das seguintes questões: 1) Aos usuários, indagações indiretas sobre a atuação do SISVAN a partir das ações realizadas nas unidades de saúde referentes aos aspectos antropométricos e alimentares. 2) Aos profissionais, perguntas sobre o conhecimento acerca do SISVAN, bem como os desafios e potencialidades de sua implantação no serviço. e finalmente 3) Aos gestores, a representatividade do SISVAN na gestão do serviço, além dos desafios e potencialidades do mesmo (APÊNDICE B).

As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, em um local adequado e sem aglomeração, respeitando todos os protocolos de orientações de prevenção à COVID-19, onde os indivíduos se sentiam à vontade e confortáveis para responderem às perguntas individualmente em cada Unidade Básica de Saúde.

### 4.3 Recrutamento dos Informantes do estudo

A seleção dos indivíduos em uma pesquisa qualitativa tem uma importância central e indissociável da concepção do projeto como um todo. Dessa forma a escolha dos informantes deste estudo buscou privilegiar sujeitos sociais detentores de atributos que possibilitasse a compreensão do objeto em estudo, assim os indivíduos desta pesquisa deveriam, obrigatoriamente, possuir no mínimo um ano de experiência com o Programa Bolsa Família (PBF). Em relação aos profissionais e gestores de saúde, estes deveriam apresentar também uma experiência mínima de um ano na estratégia de saúde da família e na gestão dos serviços. Desta maneira, iniciamos recepcionando o (a) participante, explicando em seguida como ocorreria a técnica da entrevista, qual o objetivo da realização da técnica, destacando a importância de sua participação. Uma vez que o entrevistado aceitasse participar do estudo, era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) para que fosse devidamente assinado.

Depois de assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, para obtenção das falas das participantes realizou-se a gravação dos depoimentos utilizando-se um aparelho *smartphone*, e posteriormente procedeu-se com a transcrição das falas na íntegra para análise das informações colhidas. Para manter o anonimato, os participantes foram identificadas com a letra "U", para usuários e "G" para gestores seguida de algarismos arábicos em ordem crescente. No entanto, para os profissionais de saúde utilizamos a técnica de iniciar com as iniciais da formação deste profissional, como por exemplo "E" para enfermeira, "N" para nutricionista e assim sucessivamente além de também utilizar o número arábico em ordem crescente.

Nesse delineamento, os sujeitos do estudo das UBS foram incluídos, por conveniência, de modo consecutivo e não probabilístico, utilizando princípios da amostragem intencional. Os usuários selecionados foram abordados após atendimento de rotina nas UBS. Enquanto que os profissionais de saúde e gestores foram contactados pela técnica de bola de neve, que segundo Handcock

e Gile, (2011) o tipo de amostragem nomeado como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência.

A amostragem deu-se por saturação do conteúdo, que indicam a repetição após transcrição das falas, sinalizando que o objeto foi alcançado conforme proposta metodológica de Fontanella e colaboradores (2008). Neste tópico vale reiterar a percepção de Martínez-Salgado (2021) de que as entrevistas seguem ao ponto em que uma certa diversidade de ideias já foi verificada e, portanto, os pesquisadores conseguem apreender elementos necessários para desenvolver uma teoria sobre o objeto estudado. Evidentemente a saturação completa é difícil de determinar, pois toda informação deve ser considerada.

Neste trabalho todos os usuários entrevistados eram beneficiários do programa governamental “Programa Bolsa Família” (PBF); assim, assegurou-se que os dados do SISVAN foram, de fato, coletados nesses usuários, uma vez que a transferência de renda ao beneficiário está condicionada ao registro dos dados do SISVAN.

Em relação aos profissionais e gestores de saúde optamos por entrevistar os coordenadores das UBS's além de coordenadores técnicos da área de alimentação e nutrição, coordenadores da atenção básica e secretários municipais de saúde.

#### **4.4 Cenário do Estudo**

No final do ano de 2019, a cidade da China denominada Wuhan, apresentou um surto de pneumonia de agente etiológico desconhecido (HEYMANN e SHINDO, 2020). Tratava-se de uma síndrome respiratória aguda grave, denominada doença do coronavírus 2019, ou simplesmente COVID-19 - Coronavírus Disease – 2019 (Kang;Choi;Kim,2020).

O surto se espalhou de forma exponencial, e em 11 de março de 2020 foi declarado pela Organização Mundial de Saúde como Pandemia. Essa condição modificou drasticamente a vida no mundo inteiro, causando alterações no âmbito familiar, trabalho, educação, lazer. Nesse cenário tivemos que

encontrar soluções possíveis e reinventarmos novas formas de mantermos nossos projetos e nosso fazer acadêmico.

O trabalho de campo precisou ser interrompido. Durante esse período chegamos a vislumbrar realizar as entrevistas de forma virtual utilizando ferramentas como *google meet*, no entanto essa ferramenta poderia prejudicar a técnica da entrevista. Dessa forma optamos por aguardar e iniciar durante um período mais adequado.

Por se tratar de um estudo multicêntrico e pela conjuntura sócio-sanitária à época foi necessário realizar o trabalho de acordo com as autorizações nos diferentes Estados em épocas diferentes.

Na região Nordeste e Sul iniciamos no segundo semestre de 2020, respectivamente nas Unidade Básica de Saúde (UBS) Miriam Porto Mota no bairro Aldeota e na UBS Francisco Melo Jaborandi localizada no Bairro Jangurussu situadas na cidade de Fortaleza - Ceará, e na região Sul a UBS Guarani, bairro Guarani e na UBS Kephass localizada no bairro Vila Diehl na cidade de Novo Hamburgo - Rio Grande do Sul. A cidade de Fortaleza é a capital do Estado do Ceará, fazendo parte da primeira Região de Saúde do Estado. Apresentava em 2021 uma população estimada de 2.703.391 pessoas, de acordo com dados do IBGE. O município de Novo Hamburgo faz parte da região metropolitana de Porto Alegre, distando 40 km da capital, pertencendo à 7ª Região de Saúde do Estado, denominada de Vale do Sinos e em 2021 contava com população estimada de 247.303 pessoas (IBGE,2023).

Enquanto que na região Norte o início do trabalho de campo ocorreu em fevereiro de 2021. As unidades básicas de saúde foram: Luana de Freitas localizado no bairro da Conquista e Vila Ivonete no bairro de mesmo nome na cidade de Rio Branco - Acre. Rio Branco é a capital do Estado do Acre e apresentava uma população estimada de 419.452 pessoas em 2021, pertence à primeira região de saúde do Estado (IBGE,2023).

Na região sudeste, encontramos algumas dificuldades para dar início à pesquisa, porque ficamos alguns meses aguardando a autorização do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEEP) para que pudéssemos dar início às entrevistas. O trabalho de campo foi então iniciado apenas em março de 2021.



As unidades foram a UBS Engenhoca localizada no bairro de mesmo nome e na UBS Cafubá, localizada no bairro de Piratininga na cidade de Niterói no Estado do Rio de Janeiro. Niterói pertence à primeira Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e possuía uma população estimada em 2021 de 516.981 pessoas (IBGE,2023).

A região Centro Oeste iniciou em Cuiabá na UBS Doutor Fabio I, e UBS Areão localizadas nos bairros que levam os mesmos nomes das UBSs na cidade de Cuiabá - Mato Grosso. A cidade de Cuiabá é a capital do Estado de Mato Grosso e pertence a primeira Região de Saúde do Estado, em 2021 possuía uma população estimada de 623.614 pessoas (IBGE,2023).

A escolha dos locais nas diferentes cidades utilizou como critério, um local que pertencesse a uma área com baixo ranking no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e outro com alto ranking de IDH, tendo como base os dados do Censo Demográfico realizado no ano de 2010.

Antes de iniciarmos a coleta das informações, foi realizada uma formação envolvendo pesquisadores de campo das instituições da Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Acre (UFAC), Universidade FEEVALE (FEEVALE) e fez parte da chamada O Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit/SCTIE/MS), Nº 26/2019 Pesquisas em Alimentação e Nutrição.

O treinamento foi realizado por profissionais com expertise em pesquisa qualitativa e técnicas da entrevista, assim como instrumentos de coleta de informações. Devido a situação pandêmica os encontros aconteceram de forma remota em julho de 2020 utilizando a plataforma do *Google meet* em dois momentos alternados contando com todos os pesquisadores que realizaram o trabalho de campo nos diferentes Estados.

#### **4.5 Análise das Informações**

Finalizada a entrevista, a próxima etapa consistiu em transcrever integralmente as falas dos participantes devidamente gravadas pelas pesquisadoras. A transcrição foi realizada pelas pesquisadoras, que foram previamente treinadas, para que, no momento da transcrição, fossem considerados diferentes elementos da entrevista que vão além do conteúdo verbal. Após este processo, foi realizada a leitura de todo material transcrito, observando se o material contempla todos os aspectos levantados no roteiro, se apresenta características do tema pesquisado e respondem aos objetivos do trabalho. Realizada a leitura exaustiva dos depoimentos, foram selecionadas palavras-chave, delimitando os pontos importantes para a análise do material.

Para a análise das informações, em virtude de realizarmos um estudo multicêntrico optamos por escolher a análise que a maioria dos pesquisadores nos diferentes centros possuía maior afinidade, assim respeitamos as etapas propostas por Bardin (2011) que sugere a utilização da análise temática em três fases fundamentais. A primeira seria de pré-análise e organização; a segunda fase ocorre a exploração do material; e a terceira fase será de tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

A primeira etapa nesse processo é denominada de Pré-Análise. Nesse ponto o pesquisador inicia a organização do material a fim de que seja útil à pesquisa. Neste ponto se encontram as etapas de: leitura flutuante; escolha dos documentos; reformulações de objetivos e hipóteses e a formulação de indicadores, as quais nos darão fim à preparação do material como um todo (Bardin, 2011).

A segunda etapa diz respeito a Exploração do Material propriamente dito, nessa fase realizamos a categorização ou codificação no estudo. Nesta fase a definição das categorias aponta elementos constitutivos de uma analogia que faça sentido na pesquisa. Essa fase permite que o pesquisador agrupe, desmembre, reagrupe novamente aquelas unidades de registro que foram realizadas na pré-análise e que se tornem categorias de análise iniciais (Bardin, 2011).

E por fim Bardin destaca a inferência ou deduções lógicas e interpretação que refere-se ao tratamento dos resultados. Nessa etapas se busca a significação das mensagens, esse é um momento de intuitivo, reflexivo e crítico, pois busca se captar os conteúdos contidos em todo material apreendido no trabalho de campo. Nessa fase se admite uma proposição em virtude da sua conexão com outras proposições já aceitas como verdadeiras (Bardin,2011).

Optamos também em apresentar situações nas quais a riqueza de informação dos participantes poderia contribuir com o aprofundamento do objeto em estudo, o SISVAN. Assim, inserimos o que denominamos a priori de "relatos de compreensão de processos de trabalho" Além disso utilizamos as narrativas de informantes do estudo de forma mais extensa a fim de apreender melhor as percepções dos atores do estudo.

É importante enfatizar que os entrevistadores orais são mais do que colecionadores de entrevistas. Em geral, assumem um papel ativo na pesquisa. Esse tipo de ação pode ser realçada na tradição oral, que estabelece a convivência com informantes-chave como forma de captar, de estabelecer as condições para apreender os fenômenos, a fim de promover o conhecimento do universo do outro com uma complexidade de detalhes que são autoexplicativos (Meihy; Holanda, 2010).

Reforçando os autores supracitados também enfatizam que o adentrar na realidade do sujeito torna a tradição oral intrigante, complexa mas bonita, pois ultrapassa a aplicação de uma entrevista na perspectiva de conviver como o grupo entrevistado formando esse *corpus* da narrativa “estabelecendo condições de apreensão dos fenômenos de maneira a favorecer a melhor tradução possível do universo mítico do segmento” (Meihy; Holanda, 2010, p. 40).

#### **4.6 Aspectos Éticos**

A presente pesquisa seguiu a resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram respeitados quanto sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de

manifestação expressa, livre e esclarecida. (BRASIL, 2013). Esse estudo faz parte de um recorte de uma pesquisa maior denominada: “Perspectivas e desafios do aprimoramento do SISVAN: uma abordagem de métodos mistos”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza com o Parecer consubstanciado n.º 4.074.096 (ANEXO A).

O presente projeto trouxe riscos mínimos aos participantes, incluindo desconforto e constrangimento em fornecer alguma informação. Caso o participante desejasse, poderia solicitar a interrupção da participação na pesquisa.

As informações apreendidas foram mantidas em sigilo e a privacidade dos participantes da pesquisa foi garantida durante todas as fases da mesma. As informações obtidas foram utilizadas única e exclusivamente para fins de pesquisa com publicação dos resultados obtidos.

Como benefício, o estudo pretende gerar efeitos contínuos que se façam sentir após sua conclusão, sendo incluído no cronograma da pesquisa disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Os usuários

*“Eles dizem que é pra incluir no cadastro do Bolsa Família [...] não sei explicar não.”*

A organização das informações deu-se de forma separada a partir das falas dos diferentes atores do projeto, assim apresentaremos as temáticas dos usuários, profissionais de saúde e finalmente dos gestores. Ressaltamos que esta sistematização em torno dos grupos de trabalho não significa uma autonomia de cada temática em relação às demais, a divisão se faz, muito mais, como uma estratégia de exposição dos resultados, uma vez que invariavelmente todos eles se entrelaçam.

Participaram da pesquisa 54 usuárias, maiores de 18 anos, todas do sexo feminino, beneficiárias do Programa Bolsa Família com mais de um ano de acompanhamento. A descrição por cidade encontra-se na tabela 1 abaixo.

Os locais de coleta das informações foram as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) nas seguintes cidades: Fortaleza (CE), Rio Branco (AC) e Novo Hamburgo (RS), Cuiabá (MT) e Niterói (RJ). Em cada cidade foram selecionadas duas UAPS, uma localizada em bairro com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo e outra em bairro com IDH alto. A seleção das UBS em bairros de acordo com IDHs deu-se para avaliação de contextos socioeconômicos distintos.

Neste capítulo buscaremos responder a um dos questionamentos da tese, que seria qual a percepção dos usuários das UBSs acerca das ações do SISVAN? Situar esse questionamento se faz complexo, uma vez que devo que os usuários, inclusive alguns profissionais como veremos adiante desconhecem o SISVAN.

A população deste estudo multicêntrico composta por mulheres atendidas em UBSs, vivenciando uma das questões desta pesquisa, pois são usuárias da atenção primária e deveriam ter seus dados antropométricos e

alimentares coletados adequadamente pelos profissionais de saúde para que estes fizessem parte de formas efetivas de seu cuidado.

A organização e análise do material geraram alguns núcleos de sentido que foram agrupados em uma única grande categorias: **“Desconhecimento das ações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”**

**Tabela 1** - Distribuição dos usuários do estudo por região.

<b>Características Individuais</b>	<b>Fortaleza/ Ceará (n=18)</b>	<b>Rio Branco/ Acre (n=10)</b>	<b>Novo Hamburgo/ Rio Grande do Sul (n=10)</b>	<b>Cuiabá/ Mato Grosso (n=8)</b>	<b>Niterói/ Rio de Janeiro (n=8)</b>
Estado civil, solteiras	7	8	7	5	1
Idade, média (desvio padrão) anos	36 (11)	31 (7)	40 (13)	41 (6)	39 (10)
IDH-M UF, 2017	0,735	0,719	0,787	0,785	0,837
PIB per capita (R\$)	12392	14733	29657	42918	79464

IDH - M UF : Índice de Desenvolvimento Humano Municipal por unidade federativa

É válido destacar que a divisão das unidades em IDH com maior ou menor ranking, assim como a localização geográfica dos respondentes deste estudo não revelou disparidades acerca do objeto de estudo apresentado. É bem verdade que nuances relacionadas à linguagem e a vestimenta surgiram nas entrevistas, os nomes que utilizavam para se referir às unidades básicas de saúde em alguns momentos mudavam, e por vezes algumas respondiam que estavam presentes para o atendimento dos seus "meninos" ou ainda dos seus "guris", mas o conteúdo das narrativas eram bem semelhantes, ainda que falassem do Acre ao Rio Grande do Sul.

### **Desconhecimento das ações do SISVAN:**

Nesta primeira categoria reforçamos que literalmente de Norte a Sul do país a prática diária de coletar peso e altura, além do consumo alimentar da população atendida nas unidades de saúde não parece ser a rotina dos serviços de saúde. Esse fato ocorre ainda que os equipamentos necessários estejam disponíveis na UBS. Além disso, quando realizada a referida coleta, ela está associada ao cumprimento das vigências do Programa Bolsa e Família e nem sempre segue os procedimentos recomendados, por exemplo, ao subir na balança retirar calçados e/ou peças de roupa e acessórios que possam ser removidos como sapato, casaco, carteira, chaves, entre outros.

*"Então, é, nas consultas que foi feita, eles perguntam, mas eles não fazem, eles não fazem a, não tiram as medidas, entendeu? E nem, e nem pesa. Eles só perguntam. E tipo assim, eu que tenho que falar, nada assim que eles venham lá e fazer todo... todo procedimento." U\_5*

*"Não, pesaram do jeito que eu tava." U\_2*

*"Não, não. Nada disso.. isso não" U\_3 [quando indagadas se precisavam retirar tênis ou sapato antes de serem pesadas]*

*"eu não lembro, aqui eu não pesei. Mas ontem eu pesei o meu [filho] em casa."U\_20*

Aferir peso e estatura deveriam ser atividades rotineiras nos serviços de saúde. Para a inserção dos dados do monitoramento das condicionalidades da saúde no Programa Bolsa Família no sistema de informações, é fundamental que a equipe de saúde seja capacitada para a coleta de medidas antropométricas, conduzindo junto ao usuário, a fim de que a medição seja realizada corretamente (BRASIL,2011b).

O Ministério da Saúde (2022) recomenda que a UBS utilize equipamentos compostos por estadiômetro infantil ou antropômetro horizontal, balança pediátrica, com capacidade mínima de 15kg, fita antropométrica, antropômetro vertical, balança adulta de plataforma com

capacidade mínima de 200kg e dimensões de 74 cm de largura por 90 cm de comprimento para certificar a Vigilância Alimentar e Nutricional daquela população. Além disso, as particularidades dos instrumentos antropométricos utilizados atuam diretamente na qualidade da aferição das medidas. Equipamentos com uma baixa qualidade acabam prejudicando a avaliação, conseqüentemente ocasionando má interpretação do diagnóstico nutricional (Bagni;Barros,2011).

Durante o trabalho de campo dos pesquisadores nas diferentes regiões, percebeu-se que em algumas das salas indicadas para realização da antropometria dos usuários era utilizada a balança mecânica para todas as faixas etárias, ocorrendo da mesma forma em relação a mensuração da estatura, em que usavam a régua antropométrica acoplada à balança para sua realização ou o estadiômetro fixado na parede. Atentou-se, portanto, para a ausência de equipamentos próprios para crianças menores de dois anos, assim como a falta de explicação aos responsáveis sobre o procedimento correto para aferição das medidas, uma vez que deveriam ser pesadas e medidas com roupas leves ou com o mínimo de roupas possíveis conforme o protocolo do SISVAN (BRASIL,2011).

*"levo o meu filho menor de idade ao posto de saúde, geralmente é feito a pesagem e a medida dele, mas, é... pergunta sobre alimentação não é feita. É, agora comigo, falando como adulta, é.... esse procedimento não é feito, é difícil isso acontecer e quando acontece, às vezes é feito só a pesagem, mas, perguntas em relação a alimentação minha e da minha família, pra ser sincera, nunca foi feita." U\_10*

*"Não, nunca. Também não." U\_16* [quando indagada se perguntam sobre alimentação dela ou outro familiar

Vale destacar também que para além da aferição é fundamental o compartilhamento entre profissionais de saúde e usuários acerca das informações



antropométricas e alimentares coletados dos usuários, a fim de que eles possam se apropriar do seu estado nutricional e de seus familiares e dessa forma contribuir para o autocuidado e melhoria de sua saúde (BRASIL,2013)

No exercício de inferência e interpretação diante das informações coletadas fica evidente que a execução da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde, ou seja, no centro de coordenação das Redes de Atenção à Saúde, nas diferentes regiões do país está fragilizada. Logo, a qualidade das informações fica comprometida, o que leva objetivamente um baixo quantitativo de coleta e registros antropométricos e alimentares. Assim, esta ausência de rotina associada ao não compartilhamento das informações nutricionais aos usuários impede a orientação de ações, políticas e estratégias para a atenção integral à saúde.

O estudo de Jung e colaboradores (2014) concluiu que o acompanhamento do estado nutricional da população do estado do Rio Grande do Sul não estava inserido nas ações das equipes de saúde da APS. Na fala da usuária destaca-se a repetição do trecho “eles não fazem”. A usuária enfatiza a não realização do procedimento de pesar e medir, uma vez que o profissional de saúde “só pergunta” e a entrevistada “tem que falar”. O fato descreve uma relação profissional versus usuário embasada em indicadores de saúde referidos pelo usuário em detrimento dos verificados pelo profissional, o que compromete o acompanhamento do estado de saúde desse sujeito no decorrer da sua vida.

O estudo de Damião e colaboradores et al. (2021) apresenta o resultado de que, na visão do profissional de saúde da APS, o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, entre outros, estão restritos a pesar e medir apenas para registro de dados. Dessa forma, supõe-se que o fato de o profissional de saúde não apresentar ao usuário o significado da avaliação antropométrica para sua saúde colabora para que o usuário sequer perceba que está sendo pesado e medido. A ausência da informação para o usuário sobre seu diagnóstico nutricional revela uma fragilidade do serviço e contribui para o baixo incentivo das práticas de autocuidado.

Outros estudos revelaram que, apesar de dificuldades na coleta dos dados antropométricos, estes eram priorizados em detrimento da coleta de dados

de consumo alimentar. Em Minas Gerais, somente 1/3 dos responsáveis pela coleta registravam o consumo alimentar (Rolim et al., 2015). Tais resultados pressupõem interferências diretas em relação às ações que deveriam ser realizadas no sentido da promoção da alimentação saudável para a população.

Assim é válido retomar o Ciclo de Gestão e Proteção do Cuidado (CGPC) que deveria fazer parte da sistemática da Vigilância Alimentar e nutricional e que deve ocorrer no âmbito individual e coletivo de operacionalização do SISVAN, o CGPC em sua 3ª fase denominada Ação fomenta a implementação de ações a serem direcionadas aqueles que tiveram sua coleta de informações realizadas de forma a gerir as formas efetivas de cuidado, seja indivíduo, família ou comunidade. Esse ciclo reforça a importância de que ao acolher os indivíduos que buscam atendimento em saúde nas unidades da atenção primária a terem suas informações nutricionais coletadas a fim de que essas possam fazer parte da atenção realizada pelos diferentes profissionais de saúde independente da queixa que o levou a unidade, bem como a sua família e a comunidade (BRASIL,2015c). Infelizmente essa ação é negligenciada em algumas unidades como pode ser verificado nos depoimentos anteriores das usuárias.

Nesse contexto conforme assinalam Bosi e Affonso (1998) a busca do usuário de saúde aos serviços não deve ser restrita à mera busca de assistência, o papel destes usuários na relação do dia a dia nas unidades inscreve se em uma prática pluridimensional, destacando se a dimensão a dimensão política. Assim o acompanhamento nutricional para além da mera aferição de peso e altura perpassa pelo diálogo profissional - usuário, que também muitas vezes é prejudicado pela enorme demanda dos serviços de saúde, limitando assim o enorme potencial estratégico desta relação.

Outro ponto a destacar nessa categoria diz respeito a escassez e até ausência do profissional nutricionista nas equipes de trabalho da Atenção Primária nos locais desta pesquisa. Apesar do Ministério da Saúde na atualização da PNAB (2017) afirmar que é papel de todo profissional da Atenção Primária alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica. A ausência do profissional pode interferir diretamente na

execução das ações de VAN. O estudo de Damião e colaboradores (2021) destacou que as poucas estratégias de VAN que eram executadas na AP, no município do Rio de Janeiro, ocorriam em regiões de saúde que tinham o nutricionista incorporado ao NASF-AB.

*“Não.. sempre foi com médico ou enfermeiro, nunca teve nutricionista.” U\_18*

O presente estudo ainda identificou que os usuários percebem a importância da orientação nutricional, o que parece contraditório tendo em vista a ausência de informações de consumo alimentar, conforme demonstrado nas entrevistas:

*“É sobre a alimentação, esses tipos de coisa, é... só perguntam, quando a gente... quando a gente fala né? Se, tipo que nem eu, tenho pressão alta, aí eles perguntam se se na família tem, é, a minha alimentação como é que tá sendo, mas se eu falar, não que seja assim dentro... dentro da consulta em si.” (U\_30)*

*“Não, nunca. Aqui, quando a gente vem, demora a ser atendido e quando consegue a consulta, é só com o médico e é muito rápido. Porque tem muita gente né, mesmo a gente vindo cedo é só uma consulta rápida, não perguntam nada sobre alimentação.” (U\_6)*

A ausência do profissional nutricionista na APS também perpassa pela incipiente implantação da Organização da Atenção Nutricional no país. Nesta primeira diretriz que compõe a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN (2013), é necessário que as práticas e processos de acolhimento considerem a alimentação e nutrição como determinantes de saúde e levem em conta a subjetividade e complexidade do comportamento alimentar. Para a realização dessa prática, no âmbito da Atenção Primária, "as equipes de referência deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição que deverão instrumentalizar os demais

profissionais para o desenvolvimento de ações integradas nessa área, respeitando seu núcleo de competências".

O estudo de Machado (2018) acerca da implantação da Atenção Nutricional em 4062 municípios brasileiros reforça que esta incipiência na implantação também concorre para baixa utilização do SISVAN e conseqüentemente prejuízos para os processos de planejamento das ações de Vigilância alimentar e nutricional e ações de alimentação e Nutrição nos diferentes municípios do país.

Ainda nesta categoria podemos identificar que os usuários ao serem indagados sobre a razão ou importância das informações coletadas, foi possível verificar uma dificuldade em reconhecer a importância dessas ações, provavelmente pela complexidade das ações de alimentação e nutrição, para além do cumprimento das condicionalidades do programa Bolsa Família, atreladas ao SISVAN.

*"pra botar no Bolsa Família, como elas tão sendo observada, como elas tão sendo medidas, que eles tão acompanhando" U\_3*

*"Eles dizem que é pra incluir no cadastro do Bolsa Família [...] não sei explicar não." U\_4*

*"Porque é o trabalho deles, pra deixar registrado ne... o que eles fizeram durante o dia [...] nunca participei de uma roda de nutrição, essas coisas. Nunca nem ouvi falar na verdade, deveria ter [...]" U\_5*

*"Para ficar em dia né por causa do bolsa família, porque senão se você não fizer é cortado. [...] Porque tem que ta acompanhando é importante. Principalmente quem tem menino no colégio, tem que ta indo" U\_8*

*'Eu acho que é por causa da.. porque o Bolsa Família" U\_11*

*"A gente vai praí, pesa faz isso de 6 em 6 meses a gente pesa, tira a medida... se tiver grávida dar o cartão da gestante e pronto, só isso" U\_12*

Em todas as unidades estudadas, a maioria das usuárias associavam os dados ao PBF. De fato, um dos possíveis motivos da não continuidade no Programa deve-se à falta de atualizações cadastrais ou melhoria na renda familiar que demonstra não haver mais a necessidade do recebimento do auxílio. Porém, para continuarem cadastradas, as famílias precisam ter seus cadastros constantemente registrados e atualizados devidamente, para que elas não tenham seu benefício bloqueado, suspenso ou cancelado (BRASIL, 2020b).

Em um trecho da entrevista uma respondente quando indagada sobre a realização de aferição de peso e estatura anterior ao recebimento do PBF ela ressalta:

*"Não, não. Na Unidade Básica de Saúde, não. Só depois que foi.. teve assim, esse trabalho, esse desenvolvimento com o Bolsa e daí ficou mais certo assim porque era uma coisa que o governo cobrava mais, né?.. cobrava bastante que a pessoa estivesse em dia com..com.. com peso, com.. ver o desenvolvimento se tava sendo usado o dinheiro mesmo pro fim, né?.. da alimentação e da saúde..."U\_41*

Nesse ponto resgatamos as proposições de Coutinho e colaboradores (2009) quando afirmam que o emprego do SISVAN atrelado a obrigatoriedade aos repasses de assistência alimentar e financeira contribui para descaracterização e limitação da capacidade de gestão das ações de nutrição no contexto da saúde e dos diferentes setores envolvidos.

No entanto o acompanhamento contínuo pelos profissionais sobre as condições de saúde e alimentação da população é essencial para que os dados coletados sejam organizados e que às ações em saúde possam ser executadas adequadamente permitindo melhor enfrentamento aos problemas existentes, sendo, portanto, necessário que esta prática esteja presente na rotina das equipes e não apenas para cumprir as vigências do PBF (Jaime et al,2011).

Reiteramos mais uma vez que ao nomear esta categoria como **Desconhecimento das ações do SISVAN** não estamos inferindo julgamento aos usuários, como se fosse obrigatório o reconhecimento de tais ações. Na verdade estamos dialogando sobre a concepção de racionalidade. A percepção de alguns

sujeitos podem ser interpretadas a partir dos critérios de suas vivências. Ao realizarmos ações de incentivo ao Aleitamento materno, por exemplo, estamos realizando ações de Alimentação e Nutrição (A&N), no entanto, para alguns sujeitos a ideia de ações de A&N pode estar atrelada unicamente à consulta formal individualizada com o profissional nutricionista. Assim estas ações, se realizadas nas unidades de saúde, precisam se tornar visíveis e percebidas pelos maiores beneficiários, quais sejam os usuários, por se tratarem de ações que visam fortalecer a autonomia nas escolhas alimentares por intermédio de estímulo à adoção de práticas alimentares saudáveis, resgatando os hábitos de práticas alimentares regionais contemplando divulgação de conhecimento sobre os alimentos, formas diferentes de preparação e sobre comensalidade.

### **Os profissionais de saúde**

"é uma subutilização muito grande, a gente poderia aproveitar mais" E\_3

O número de profissionais de saúde nesse estudo possibilitou a reincidência das categorias, revelando semelhanças e diferenças, assim como informações sobre as suas vivências com o SISVAN. Essa composição favoreceu a inclusão de distintos profissionais que compõem a atenção primária e auxiliou no desvelamento de perspectivas nas diferentes cidades deste estudo multicêntrico. Fizeram parte do estudo 37 profissionais de saúde das cinco regiões do país. Os participantes foram predominantemente do sexo feminino, com idade média entre 33 a 41 anos, a maioria com nível de formação superior e tempo de atuação na Atenção Primária (AP)  $\leq 10$  anos (Tabela 2). As categorias profissionais dos participantes incluíram: técnicos de enfermagem (9), agentes comunitários de saúde (7), enfermeiras (8), médicos (8), nutricionistas (3), farmacêutico (1), técnico de saúde bucal (1) e técnico de farmácia (1) (tabela 2).

Com intuito de manter o anonimato dos respondentes ao apresentarmos as falas dos profissionais utilizaremos a inicial ou iniciais da categoria profissional adicionada do número arábico, como por exemplo E1 para designar a fala da Enfermeira e assim sucessivamente.

Através dos discursos dos diferentes profissionais de saúde que atuavam, no momento do estudo, na atenção aos usuários da APS, buscou-se apreender o conhecimento acerca do SISVAN, bem como a forma como a coleta dos dados acontece, além das fragilidades, potencialidades e possibilidades de melhoria do sistema no cotidiano do serviço.

Novamente a sistematização em torno das categorias a serem descritas, nesse grupo de trabalho, não expressa uma autonomia em relação às demais categorias apresentadas; Nesse sentido foram estabelecidas quatro categorias temáticas: 1. (Des) conhecimento sobre o SISVAN; 2. O SISVAN e a transferência de renda; 3. Dificuldades na execução e na utilização e 4. Potencialidades do SISVAN.

Tabela 2 - Características dos profissionais participantes do estudo.

<b>Características Individuais</b>	<b>Fortaleza/ Ceará (n=8)</b>	<b>Rio Branco/ Acre (n=8)</b>	<b>Novo Hamburgo/ Rio Grande do Sul (n=8)</b>	<b>Cuiabá/ Mato Grosso (n=7)</b>	<b>Niterói/ Rio de Janeiro (n=6)</b>
Sexo, feminino	8	2	8	6	6
Idade, média em anos e (desvio padrão)	41 (9,1)	32 (7,2)	40 (4,4)	42 (4,7)	44 (10,3)
Nível de Formação Superior	4	7	2	1	4
Tempo de atuação na AP $\leq$ 10 anos	6	6	3	2	4

### **(Des) conhecimento sobre o SISVAN**

A definição e reconhecimento do SISVAN apresentou uma graduação que vai desde o desconhecimento total do sistema até sua compreensão e adequada utilização. Alguns poucos profissionais afirmaram não conhecer o sistema, a fala abaixo ilustra como, a despeito da existência do SISVAN, certos profissionais ainda desconhecem ou não apresentam uma compreensão mais ampla dos objetivos de suas ações e das conexões com outras ações.

*“Então, no, no meu dia a dia, no SUS, né, como médica de família e comunidade, eu realmente eu não sabia do SISVAN, que a gente poderia utilizar desse sistema”. M\_1.*

*“Eu não conhecia esse sistema de vigilância. É a primeira vez que eu tô ouvindo falar é agora na própria entrevista, tá?”. F\_1.*

*“Então, eu realmente nunca tive contato, nem conhecimento, nem experiência em relação ao SISVAN” M\_3.*

*“...mas assim esse sistema de vigilância? [pergunta em tom mais baixo pra pesquisadora que responde sim, vigilância alimentar]; é eu não... M\_4*

Esses depoimentos se contrapõem ao que está preconizado na PNAB (2017), que reforça que cabe aos profissionais da APS “Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, às condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias” assim o desconhecimento do SISVAN reforça o próprio conhecimento da APS.

O desconhecimento do SISVAN esteve presente na fala dos entrevistados, independentemente do nível de formação e das categorias de profissão, com exceção dos profissionais da nutrição e da enfermagem. Nutricionistas e enfermeiros são, frequentemente, os principais responsáveis pela digitação, coleta e análise de dados e pela execução de ações do SISVAN (ROLIM et al 2015).

*“O SISVAN... quem digita é a nutricionista, a gente utiliza o sistema do E-SUS pra pôr a avaliação antropométrica do paciente. A gente digita o peso, e a altura de todos os pacientes [...]” TE\_1.*



*“[...] eu mesmo não utilizo, né. Isso aí é mais as enfermeiras, eu mesma não faço esse acompanhamento, elas que fazem”. ACS\_5.*

A associação do profissional da nutrição ao funcionamento do sistema é reforçada pela Portaria nº 2.246/2004, que recomenda o nutricionista para a coordenação de suas atividades (BRASIL,2004a). Ainda que este seja um profissional importante na operacionalização do SISVAN, a VAN deve ser exercida por todos os profissionais e gestores que atuam na AP (BRASIL,2004b).

A atuação do profissional nutricionista na AB foi fortalecida pela criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, atual Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL,2008). Porém, com a alteração da forma de custeio da APS, através da portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019 que instituiu o Previne Brasil, boa parte dos municípios do país não possui mais o NASF-AB (BRASIL,2019b). Na ausência deste profissional, a responsabilidade sobre a execução das ações de alimentação e nutrição é geralmente atribuída ao enfermeiro. Por muitas vezes assumirem função de gestão nas unidades de saúde, os profissionais de enfermagem acumulam muitas atribuições e competências dentro da AB, dentre as quais estão as ações de vigilância epidemiológica (Alves,2018).

Por outro lado, mesmo entre os profissionais que afirmaram conhecer o SISVAN, foram encontradas respostas reveladoras de um entendimento parcial ,fragmentado e estreito do sistema com uma forte relação com o público materno-infantil.

*“O SISVAN é um sistema que colhe os dados, né? De estado nutricional, peso, estatura e a alimentação da população, né?”. N\_2.*

*“SISVAN, na verdade é uma... é uma coleta de dados das crianças ... meninos até 5 anos pra pesagem nutricional e meninas dos 5 até os 14” TE\_5.*

*“É muito importante né? saber se as crianças estão com peso adequado se estão tendo o acompanhamento necessário, precisa né? saber como está a alimentação, o peso”. ACS\_1*

Essa associação do SISVAN ao público específico de crianças e gestantes pode estar atribuída ao fato de que mais de 85% dos dados do SISVAN são provenientes do PBF (Nascimento et al, 2019). Um dos objetivos do PBF é melhorar o estado nutricional dos beneficiários, para tanto, uma de suas condicionalidades no setor saúde é o registro de dados antropométricos de crianças menores de sete anos e de gestantes durante o acompanhamento pré-natal (BRASIL,2020). Essas informações de acompanhamento do estado nutricional, que são incluídas no Sistema de Gestão do PBF, migram para o SISVAN Web a cada seis meses (BRASIL,2015), reforçando a cobertura nessas fases da vida e justificando a vinculação do SISVAN a esse público específico (Nascimento et al,2019).

### **O SISVAN e a transferência condicionada de renda**

Quando questionados sobre o SISVAN, alguns profissionais responderam fazendo referência ao PBF, evidenciando o não reconhecimento do SISVAN como um Sistema de Informação em Saúde (SIS) independente e acreditando que ele seja ou que faça parte do PBF.

*“Eu acho que o principal desafio do Bolsa Família é fazer as pessoas entenderem que o que é bom, o que faz bem é a questão do autocuidado mesmo” [resposta à pergunta: “Você poderia apontar alguns desafios em relação ao SISVAN?”] E\_2.*

*“[...] o Bolsa Família ficou como uma coisa que ela poderia ter vindo com mais força, ela poderia ter entrado com um programa dentro do sistema de saúde [...] [resposta ao ser questionada se gostaria de acrescentar algo em relação ao SISVAN] E\_4.*

O SISVAN foi instituído na década de 1990, por meio da Lei 8.080, que ressalta a VAN como um dos componentes de organização e gestão do SUS (BRASIL,2015). Apesar de ter sido criado na perspectiva epidemiológica buscando servir de embasamento para delinear, avaliar impacto e ajustar programas de alimentação e nutrição o que de fato foi verificado é que o SISVAN

foi empregado como uma obrigatoriedade para que municípios aderissem a programas de assistência alimentar utilizando repasse financeiros federais de recursos fundo a fundo e de outras políticas e programas de alimentação e nutrição, em especial entre os anos de 1993 e 1998. Talvez esse fato tenha contribuído para a descaracterização e limitação da capacidade de gestão das ações de nutrição no contexto da saúde e dos diferentes setores envolvidos (Coutinho et al, 2009).

Em 2004, todos os programas de alimentação e nutrição existentes no contexto da época foram unificados em um único programa. Trata-se do Programa Bolsa Família, programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, e que contribui com o monitoramento de questões de saúde e de educação (BRASIL,2020), e atualmente, é o principal provedor de informações do SISVAN (Nascimento et al,2019). O Programa Auxílio Brasil substituiu o PBF em novembro de 2021 (BRASIL,2022), tendo essa mudança, portanto, ocorrido no período de coleta desta pesquisa. No entanto, com a posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em primeiro de janeiro de 2023, o programa retoma o nome original Bolsa Família (BRASIL,2023).

A presença dos usuários na unidade de saúde e a coleta dos dados antropométricos do SISVAN foram apontadas como dependentes da concessão de benefícios do PBF.

*“É, o ruim mesmo é que muitos tem o Bolsa Família, mas eles não procuram fazer as pesagens [...] quando eles têm medo de perder o benefício daí eles vêm, sabe?” TE\_2.*

*" Sim porque vem dois momentos né no ano, tem a primeira vigência e a segunda vigência que vem pra nós e a gente tem que alcançar aquela meta, a gente tem que pesar as famílias cadastradas que a gente pesa altura e peso"*  
ACS\_5

O acompanhamento das condicionalidades do PBF funciona como um estímulo à utilização dos serviços de saúde para as pessoas em situação de

vulnerabilidade social (BRASIL,2015). Entretanto, a execução dessas ações acaba sendo reduzida ao registro administrativo das informações, muitas vezes de forma desvinculada do direito ao acesso e ao cuidado integral à saúde (Moraes et al, 2017). Em estudo realizado com profissionais da atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro, essa prática foi referida como “cultura do pesar e medir”, fazendo referência à realização da aferição dos dados antropométricos sem que se realize o diagnóstico nutricional para identificação de casos de risco e intervenção, se distanciando, assim, dos objetivos do PBF e do SISVAN (Damião et al,2021).

Em 2022 o novo Guia para Organização da VAN na APS lançado pelo MS destaca que a depender do contexto epidemiológico e seus fatores determinantes, a utilização da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) deve ser aplicado. A TRIA apresenta dois itens de triagem para Insegurança Alimentar (IA) que são as questões descritas abaixo:

- 1) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?
- 2) Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, por que o dinheiro acabou?

A TRIA, portanto, identifica famílias em risco para IA quando o indivíduo responde afirmativamente a duas destas perguntas. Como detectados nas falas, um grande número de usuárias das unidades de saúde é beneficiária do PBF, nesse sentido a condição de acesso ao alimento pode está comprometida e o momento de coleta de informações para rastreamento de IA alimentar pode e deve ser aplicado com intuito de promover o adequado cuidado das famílias, além de oportunizar o encaminhamento adequado aos programas de Segurança Alimentar e Nutricional no território.

Os entrevistados afirmaram ainda que, muitas vezes, a população não sabe o motivo da coleta de dados. Muitos usuários identificam de forma mais imediata a associam a importância desse momento a manutenção do recebimento do benefício do PBF.

*“[...] porque muitos deles nem sabem nem porque estão aqui, não sabem porque que pesa, eles só vêm porque querem o dinheiro, né [...]”. ACS\_2*

O desconhecimento da finalidade do acompanhamento das condicionalidades pelos beneficiários sugere que possa haver uma comunicação ineficiente entre profissionais e usuários. A comunicação nos serviços de saúde pode ser prejudicada por diferenças sociais e culturais entre trabalhadores e população, provenientes de uma formação que privilegia o conhecimento científico e de uma não adequação da linguagem a cada situação de atendimento. Além disso, podem existir dificuldades de comunicação interna, entre os próprios profissionais, que enfraquecem as ações de saúde e prejudicam os usuários (Coriolano-Marinus, et al,2014; Bezerra et al,2014). O próprio entendimento limitado do SISVAN e das suas finalidades, identificado na fala dos profissionais, pode ser um fator relevante na falta de compreensão dos beneficiários.

### **Dificuldades na execução e utilização do SISVAN**

Nesta categoria procurou-se identificar na percepção dos profissionais de saúde que trabalham diariamente com o programa quais as principais dificuldades existentes em seus serviços de saúde para a execução e a utilização do SISVAN.

*“A régua está bem deteriorada aqui. A balança está toda quebrada...”. N\_1.*

*“Os desafios são esses, a organização interna da unidade, a falta de material humano pra fazer. Nós temos técnicas de enfermagem, mas nem sempre elas tão livre pra tá pesando.” TSB\_1.*

*“O problema é que ele é muito lento [o sistema]. [...] porque nós só temos esse computador, mas o problema mesmo [...] é que o sistema é muito lento”. ACS\_ 2.*

*"Às vezes tinha dia da gente ficar sem o sistema, às vezes por exemplo era dia de atender o bolsa família , muitas vezes acontecia, era dia de atender, tava aqui com o sistema ligado, mas aí começava atender , de repente pronto, não conseguia, travava o sistema, você não conseguia mais sair daquela paciente e nem atender a próxima ,e aí você acabava tendo que fazer depois manual." E\_ 6.*

Tem sido verificada a subutilização do potencial de oferta de informações para tomada de decisões dos Sistemas de Informação em Saúde, assim como o SISVAN. O estudo de Rolim e colaboradores (2015) verificou que mesmo com a ampliação geográfica de implantação do SISVAN, o sistema não estava sendo utilizado em sua totalidade na extração dos dados. Esse dado corrobora com as narrativas dos profissionais entrevistados que reforçam que os principais obstáculos relacionados ao funcionamento do SISVAN seguem os já identificados anteriormente na literatura, sugerindo que não houve mudanças significativas nesse cenário. Essas dificuldades incluem: equipamentos antropométricos insuficientes e sem manutenção, sobrecarga de trabalho, falta de profissionais capacitados para a coleta e digitação dos dados, quantidade insuficiente de nutricionistas, rotatividade de profissionais, dificuldades de acesso a internet de forma contínua, SISVAN Web “fora do ar” e computadores insuficientes ou sem manutenção (Rolim et al,2015; Ferreira et al ,2018).

A pouca confiabilidade das medidas antropométricas e a baixa cobertura do sistema também foram considerados dificultadores que contribuem para a subutilização dos dados na organização das ações de alimentação e nutrição.

*"Os dados, eu acho que ainda não são bem coletados" M\_6*

*"gente tá errado, não é assim que mede. Vamos medir de novo? Vou ensinar vocês. Vamos fazer"... durante um tempo foram alguns anos nessa labuta.. aí você vai vendo que a coisa vai se diluindo; a coisa vai... tem dia que tem gente que faz, tem gente que não faz M\_7*

*“Na verdade, a gente acaba não utilizando o SISVAN pra exercer o trabalho, [...] justamente por isso, porque se tu for ver o número de dados que tem via SISVAN é ilusório, assim, é uma quantidade muito baixa de pacientes” N\_2.*

Em estudo realizado com os responsáveis municipais do SISVAN em Minas Gerais foi identificado que a maior parte dos profissionais e gestores não utiliza as informações do sistema para o planejamento, a gestão e a avaliação da alimentação e nutrição (Rolim et al, 2015). A pouca utilização dos dados do SISVAN pelos municípios evidencia que ele tem sido utilizado mais como um sistema de armazenamento de dados do que de geração de informações (Jesus et al,2012).

Como o período de coleta de dados deste estudo coincidiu com o momento da pandemia de COVID-19, essa situação também foi mencionada como um impedimento para a execução do sistema. Para enfrentar esse cenário, as unidades básicas de saúde tiveram que reorganizar seu processo de trabalho e adaptar a oferta de serviços, o que incluiu reagendando dos atendimentos eletivos e priorização de atendimento aos usuários com sintomas respiratórios (Andres;Carlotto;Leão,2021). As unidades de saúde tiveram que reorganizar as unidades, separando áreas para usuários com e sem a doença.

*“[...] nesse tempo de pandemia a gente como ficou muito sobrecarregado com sintomáticos respiratórios, por último não tava fazendo o bolsa família” E\_3.*

*"Agora com essa questão da pandemia também, tá tudo muito corrido, a gente acaba deixando....a prioridade tá justamente na contenção da Covid" A\_6.*

Em um grave cenário de pandemia, com média móvel de óbitos no início de 2021 na ordem de 3 mil por dia, foi necessária uma reorganização dos fluxos de atendimento com intuito de contribuir para o enfrentamento de tão grave situação sociopolítica e sanitária.

No que concerne ao desconhecimento dos profissionais, explorado na primeira categoria temática, e o posicionamento crítico de alguns profissionais ao

apontarem a insuficiência da formação profissional para o uso do sistema foram percebidos como um entrave ao adequado funcionamento do SISVAN.

*"[...] tem muitos profissionais que não sabem nem o que é o SISVAN [...]. Então eu acho que é isso, é ter treinamento, é como utilizar a ferramenta" E\_4.*

*"[...]vários profissionais nem sabe que existe. Ninguém teve treinamento pra preencher o prontuário eletrônico, né?" N\_2.*

*"porque falta mais capacitação sobre o SISVAN, falta mais pessoas pra buscar junto com a gente como é a forma de trabalhar o certo, é um sistema um pouco desatualizado eu acho pra nós" ACS\_8.*

A maioria dos profissionais envolvidos na atualização dos SIS desconhece sua importância e finalidades, assim como a utilidade dos dados registrados no cotidiano profissional (Jesus et al, 2012). A capacitação dos profissionais do SISVAN, com o objetivo de fundamentar os processos de trabalho, é um dos direcionamentos para superar dificuldades e aprimorar o funcionamento do sistema. Nesse contexto de qualificação da força de trabalho, estão incluídos: aperfeiçoamento para conhecimento das fontes básicas de informações do sistema, sensibilização sobre a utilidade e o impacto no acompanhamento da situação de saúde da população e o engajamento da gestão na operacionalização (Honorato,2018).

O relato de experiência da capacitação sobre SISVAN realizada em um município de Santa Catarina contando com 67 profissionais de sete equipes da ESF deste município ,realizada em dois encontros, revelou que os profissionais apresentaram interesse em tornar o SISVAN ativo, mesmo com as diversas atividades desenvolvidas na unidade. Os participantes consideraram oportuna a capacitação em virtude da alta rotatividade dos profissionais no serviço e reforçam a necessidade de um processo permanente de capacitação pode contribuir par maior adesão e continuidade do SISVAN (Soares et al,2017).



## Potencialidades como sistema de vigilância

Nesta categoria foram citadas as potencialidades do SISVAN para a organização da atenção nutricional e a tomada de decisões em saúde pelos profissionais, em especial pelos profissionais que com maior experiência na APS.

*"[...] eu acredito que o SISVAN...é muito importante nesse controle alimentar da população porque é através disso que a gente consegue fechar muitos diagnósticos, identificar o porquê de algumas condições de saúde daquele determinado território". (E5).*

*"quando você está alimentando o programa você avalia não só a gestante, mas você avalia outros membros da família né? " E\_3.*

*"você ta com os dados do paciente e você poder ta avaliando, de você poder trabalhar a questão da alimentação mesmo, a pesar que assim,é.. é.. durante.. durante..os atendimentos certo?você ..você principalmente o pré natal e puericultura, você poder, é .. em cima do que você observa dos dados né? antropométricos daquela gestante, daquela ou de uma criança na puericultura , você poder conversar com ela, não como uma nutricionista poderia ta intervindo na questão da alimentação , mas você pelo menos , você dá uma orientação bem superficial mesmo, mas acho que já dá uma ajuda grande, entendeu?" E\_20*

O potencial do SISVAN está predominantemente associado à oferta de suporte na tomada de decisões por profissionais e pela gestão, permitindo, a partir dos indicadores, a identificação de grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais e, dessa forma, contribuindo com o planejamento de ações prioritárias (BRASIL,2015).

Entretanto, a baixa cobertura do sistema, principalmente entre adolescentes, adultos e idosos, ainda não permite a sua utilização para subsidiar a estruturação e a reorientação de políticas públicas (Nascimento,2019).

Um ponto importante que esteve presente na fala dos entrevistados e que nem sempre entra em discussão como potencialidade seria o retorno dos benefícios da VAN à população.

“[...] a população, né. Ela tem o retorno, né? [...] a gente consegue ter um controle de aleitamento, peso, né? das crianças, das gestantes, acompanhamento de pré-natal [...]” (E2).

“[...] é essa oportunidade que a mãe, a entidade tem com essa criança de acompanhar essa criança, é uma oportunidade que a gente tem, sabe. [...] Eu acho um ponto muito forte pra essa criança que tá sendo acompanhada.” (E4).

As vantagens são reconhecidas principalmente para o público materno-infantil, por ser a população prioritária de acompanhamento do PBF e, conseqüentemente, por representar o maior percentual de cobertura do sistema (Nascimento et al, 2019). O acompanhamento adequado desses ciclos da vida é essencial e permite prevenir ou diminuir questões como desnutrição, obesidade infantil e mortalidade materna e infantil, no entanto, vale ressaltar que a proposta do SISVAN inclui o acompanhamento de todas as fases da vida (BRASIL,2020b).

Para que se coloquem em prática as potencialidades relacionadas ao SISVAN ainda é necessário maior sensibilização dos profissionais quanto à importância da coleta, inserção e utilização das informações. Percebe-se que muitos profissionais não alimentam o sistema, para além das condicionalidades do PBF, por falta de conhecimento ou de capacitação para uso, impactando na cobertura e na qualidade dos dados. E acabam por não utilizar o sistema como fonte de informações devido à baixa abrangência e confiabilidade dos dados, gerando assim um círculo vicioso que impede o SISVAN de ser utilizado em toda sua capacidade.

O conhecimento do SISVAN entre os profissionais de saúde não foi unânime. O desconhecimento do sistema e/ou sua compreensão limitada despontaram como o principal dificultador para o seu funcionamento, interferindo na sua adequada execução, utilização e na qualidade dos dados. A presença da população para a coleta de dados na unidade básica de saúde foi percebida como

descontextualizada e dependente do repasse financeiro do PBF, prevalecendo, na percepção dos profissionais, uma visão simplista das condicionalidades de saúde, como forma de garantir o benefício aos usuários.

Os profissionais reconheceram a subutilização do sistema e a interferência da baixa cobertura como impedimentos na tomada de decisões que facilitem a organização da atenção nutricional. Também identificaram as potencialidades do SISVAN, como os benefícios para o acompanhamento de saúde da população, além de apontarem a necessidade de capacitação profissional para fortalecimento do sistema, evidenciando uma perspectiva ampliada e crítica que poderia ser utilizada no direcionamento das soluções das dificuldades apontadas, revelando assim a importância da abordagem qualitativa na avaliação de serviços e programas de saúde como forma de trazer à tona, a práxis em saúde no campo da vigilância alimentar e nutricional.

## Os Gestores

“O preconizado é esse...mas a realidade...” G\_1

Finalmente apresentaremos de forma categorizada as temáticas referente ao grupo de gestores. As duas categorias que emergiram das narrativas dos gestores foram: **Entre o preconizado e o realizado** e **Realidade a ser transformada**. Novamente essa separação em categorias se faz necessária para melhor organização dos relatos dos respondentes. No entanto as categorias se interconectam, inclusive com as falas dos demais atores desta pesquisa.

A maioria dos profissionais era do sexo feminino e apresentavam seis anos ou mais de experiência na atenção primária em saúde. Apenas dois dos entrevistados não eram enfermeiros ou nutricionistas, com intuito de manter o anonimato dos informantes, não especificamos as profissões na tabela abaixo, e apresentaremos as falas seguidas da legenda G para gestores, seguido do número arábico de forma sequencial, como por exemplo G\_1, para gestor 1.

A caracterização dos entrevistados revelou uma predominância no sexo feminino, além da maioria dos profissionais pertencerem a categoria da enfermagem. Esse perfil corrobora com trabalhos anteriores que também enfatizam uma maior participação da enfermagem em cargos de gestão em saúde. Além disso, vale destacar que em determinados contextos a inserção dos gestores em alguns cargos pode também ocorrer por questões políticas partidárias, relegando o critério técnico a segundo plano (Silva et al, 2017).

Tabela 3 - Características dos gestores participantes do estudo.

Características Individuais	Fortaleza/ Ceará (n=2)	Rio Branco/Acre (n=2)	Novo Hamburgo/ Rio Grande do Sul (n=2)	Cuiabá/ Mato Grosso (n=1)	Niterói/ Rio de Janeiro (n=2)
Sexo, feminino	2	1	1	1	2
Idade, média em anos e (desvio padrão)	41 (9,1)	32 (7,2)	40 (4,4)	42 (4,7)	44 (10,3)
Tempo de atuação na AP em anos	12/10	8/6	6/3	20	12/26

### Entre o preconizado e o realizado

Inicialmente é válido destacar que em relação ao nome sugerido nesta categoria ressaltamos que claramente compreendemos que o trabalho preconizado é sempre distinto do trabalho real. Porém em virtude da organização inerente as atividades humanas precisamos do preconizado, mas não o entendemos aqui como um engessamento que perturbe, ou até mesmo impeça a realização do trabalho, mas o preconizado sendo utilizado de forma criativa como intuito de permitir a realização das atividades propostas.

Assim nesta primeira categoria identificamos que todos os gestores com formação em enfermagem e nutrição reconhecem a importância do SISVAN para traçar de forma contínua a situação nutricional do seu território de abrangência e para o planejamento em saúde como destacado nas falas a seguir:

*“tem o objetivo de...predizer o estado nutricional da população do município. É...predizer o estado nutricional, tanto o perfil nutricional em relação aos dados antropométricos como o perfil alimentar da população, né? E...esse objetivo é importante da gente tá monitorando a vigilância alimentar nutricional pra poder através desse monitoramento, identificar o perfil da população  
...a vigilância alimentar nutricional está implantada nas unidades da atenção básica...e...são...coletados lá na*

*unidade, todo usuário...o que é preconizado, né? O que a gente preconizou? Que todo usuário chegando na unidade, é necessário que se faça o...a...o atendimento e a coleta dos dados daquele indivíduo e registrar no sistema de vigilância alimentar e nutricional, agora a realidade ?..." G\_1*

*"eu diria que é uma ferramenta, assim, uma ferramenta de trabalho, né, que se bem conduzido, assim, pra nós é muito importante, assim, pra nossa área é muito importante..." G\_3*

*"eu acho que o sistema é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, que é uma ferramenta que hoje eu entendo que ela é útil pra toda a equipe"G\_4*

*"SISVAN como parte da vigilância, sua importância, não dando a mesma importância. E...ele tem grandes potencialidades, né? É um instrumento que vai te dar suporte pra você estar desenvolvendo estratégias e ações de promoção à saúde. Principalmente trabalhando a promoção da alimentação saudável".*

Os gestores reconhecem a importância do SISVAN como uma ferramenta de gestão e dessa forma peça fundamental para os procedimentos decisórios, para a organização e operacionalização dos serviços de saúde e conseqüentemente que deve fazer parte do planejamento e das ações do cuidado em saúde individual (nos diferentes ciclos de vida), além de familiar e comunitário (BRASIL, 2006).

Algumas narrativas mais detalhadas apresentam a extensa experiência de alguns gestores na atenção primária em saúde (APS), e dessa forma deixam transparecer em seus relatos uma grande identificação com o SISVAN retratando suas vivências e riquíssimas experiências com o sistema desde de sua implementação.

*"a vigilância alimentar nutricional é o carro chefe da nutrição, né?...éé...a nossa coordenação, né? Foi criada até a nível estadual, né? Isso na década de 90, que foi criado, implementado. A vigilância alimentar nutricional tá prevista na lei do SUS, né? Foi regulamentada pela lei do SUS na década de 90 e aí, a nível estadual, o Estado começou a*

*trabalhar por regionais de saúde e foi a primeira ação que foi criada dentro da área técnica de nutrição, que juntamente preconizada com o ministério da saúde, a vigilância alimentar nutricional, né? Então, eu considero, como se fosse o carro chefe na área técnica de alimentação e nutrição".*

*"a gente iniciou com o SISVAN Web prioritariamente nesse público e fomos estendendo para abraçar toda a população. Em 2019 foi feita uma nova capacitação é....sensibilizando os profissionais das UBS's tradicionais é...pra...a necessidade de implementar o SISVAN para todo o público da rede SUS." G\_1*

*"porque eu conheço o SISVAN desde a minha formação...ele melhorou muito porque ele era totalmente manual, assim, né, a gente recebia até... isso até falando de uns 15 anos atrás, um disquete pra instalar nos nossos computadores, né, então era centralizado...e aí vinham planilhas manuais das unidades, a gente tinha que inserir, cadastrar...então ele era extremamente, difícil, assim, trabalhoso, né... a gente ficava só ali alimentando o sistema, então não dava... não sobrava muito tempo pra pensar nele como algo maior. G\_2*

Nesse sentido as narrativas dos gestores aprofundam a temática e demonstram o quanto o sistema avançou com o passar dos anos. Os gestores perceberam que a adoção plena do SISVAN de forma informatizada de base nacional propicia aos municípios a obtenção de dados mais confiáveis, assim como agiliza a geração de informações que favorecem o monitoramento da situação nutricional e alimentar e as devidas intervenções nos agravos detectados.

Nesse acompanhamento histórico do sistema de informação pelos gestores verificamos mais uma vez a associação do SISVAN com o público materno infantil.

*"antes do SISVAN Web, nós fazíamos o SISVAN mas apenas na faixa etária de crianças. Por muito tempo isso vem historicamente, né? Que na década de 90 o público alvo que se olhava, né? Pros cuidados da atenção básica na área técnica de alimentação e nutrição era o público infantil e as*

*gestantes e por muito tempo a coleta das informações e do SISVAN se iniciou nesse público alvo, as crianças e as gestantes" G\_1*

*"A questão do acompanhamento dessa criança. É fundamental é o carro chefe... Por isso que explicamos essa faixa etária não é a toa. G\_4*

*"o Sisvan consegue nos nortear com relação ao estado nutricional das crianças que são acompanhadas no nosso município."G\_5*

*"o foco era desnutrição, a gente tinha horrores de, o perfil nutricional era muito intenso, assim, a gente tinha muito desnutrido, tanto que a gente trabalhou muito tempo com a questão da parceria com a Pastoral da Criança."G\_2*

Essa associação com o público materno infantil remonta a década de 1990 com o programa de atendimento à criança desnutrida e gestantes de risco nutricional - Leite é saúde (PLS). Esse programa era direcionado a crianças entre 6 e meses e 2 anos de idade, seus contatos familiares e gestantes sob risco nutricional , e cujo requisito obrigatório para adesão do município era a implantação do SISVAN na rede de saúde. Entre 1993 e 1994 o SISVAN foi introduzido como critério de adesão de um programa de suplementação alimentar (BRASIL,1993).

Acompanhando as narrativas dos entrevistados nesta primeira categoria também evidencia-se o que já verificamos nos relatos dos usuários e de profissionais de saúde apresentados anteriormente, a não realização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional de forma adequada nos territórios estudados. Os extratos das falas retratam falhas na mensuração de peso e estatura culminando na não realização dos mesmos. Além de uma distância entre preconizado e o realizado nos serviços, e da inconsistência de alguns dados coletados.

*"Assim, a proposta em si era boa. A proposta ééé... eles querem ver como é a questão mesmo do perfil nutricional da população, se nós tivéssemos esses dados realmente alimentados, né, pelo menos a gente teria uma pequena*



*realidade a nível de população que frequenta o SUS, e eu poderia... eu poderia afirmar que essa população X tem esses dados, que seriam fidedignos, que eu poderia me apropriar de políticas públicas.*

*Não é a nossa realidade. A gente tem problemas de alimentação de dados, a gente tem problema de dados errôneos que é digitado, peso que não é compatível, entendeu? Então isso aí, éé... dificulta o nosso processo, mas também a potencialidade, o avanço é que é uma ferramenta que pode contribuir para a gente conhecer o perfil nutricional, desde que alimente esses dados." G\_1.*

*"O Sistema é muito importante para que possamos conhecer nossa população, mas no momento não está sendo realizado" G\_2*

*"Voltar a atuar a coletar dados de forma mais eficiente. Não estamos resgatando os dados do sisvan, para um bom planejamento, para gente fazer uma parametrização de agenda com eficácia, a gente tem que ver esses dados e precisa resgatar esses dados Como eu falei ... os dados não estão sendo utilizados devido a pandemia, mas isso já estava acontecendo anteriormente." G\_6*

*"quando eu olho pro dado, eu nem sempre tenho vontade de compartilhar ele porque eu acho que ele é insuficiente, assim, ele não tá representando ali... ã... uma realidade" G\_8*

Dessa forma, quando a priori utilizamos a nomenclatura **entre o preconizado e o realizado** para titular essa primeira categoria inferimos que é objetivo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional realizar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Dessa forma o SISVAN deveria ser uma ferramenta para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, além de fornecer subsídios que apoiem os profissionais de saúde no diagnóstico local das condições e agravos alimentares e nutricionais, identificando fatores de risco ou proteção para as condições de saúde da população atendida nos serviços de Atenção Básica no Brasil (BRASIL,2017).

A não observância e cumprimento dos objetivos do SISVAN recaem sob a não utilização desse programa como ferramenta de gestão. Além disso, quando ocorre esta fragilização na atuação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos territórios, a repercussão imediata se faz presente na não operacionalização do SISVAN e prejuízo na cobertura e mais ainda na qualidade e veracidade da informação.

Estudos realizados em alguns Estados do Brasil, têm demonstrado que ainda ocorre baixa uma cobertura do SISVAN, associado a subutilização das informações pelos gestores em saúde. Esse dado se agrava em virtude deste sistema ter sido criado para fornecer informações sobre situação alimentar e nutricional do país de forma universal (Dias et al, 2012; Rolim et al, 2015; Nascimento, et al 2017; ). Os estudos reforçam que informações geradas pelo SISVAN não têm sido utilizadas, com todo o seu potencial, no planejamento, gestão e avaliação de ações de alimentação e nutrição no âmbito da Atenção Básica do SUS, além disso existem indagações acerca dos percentuais de utilização e cobertura do Sisvan Web enquanto sistema de vigilância (Jung et al, 2014).

No que se refere a cobertura do SISVAN no grupo de adultos, estudo multicêntrico do qual esta tese faz parte demonstrou em publicação recente dados da tendência temporal da cobertura e do estado nutricional de adultos brasileiros acompanhados pelo SISVAN ao longo de 12 anos, entre 2008 e 2019. Quando se analisa a questão de maior cobertura de forma quantitativa, observa-se que territorialmente, o Brasil e todas as suas macrorregiões apresentaram tendência crescente da cobertura do Sisvan naquele período (Silva et al, 2022). No entanto, essa cobertura ainda se apresenta muito abaixo da cobertura universal preconizada. Essa informação também é apresentada na falas de um dos depoentes:

*"Comparando com a população do município é baixo, né? Se você fizer um cálculo de cobertura, é super baixo em relação à população do município. É menos de 10% mas em relação...você vendo os dados antropométricos, eles vêm do e-SUS e bolsa família, então a gente ainda consegue ter...é...tipo, três mil, quatro mil usuários sendo*

*acompanhados mas se contar a população do município, né? ele é baixo. Mesmo considerando só a população SUS dependente. Mas...de consumo alimentar, não chega nem 1%. É muito baixa, muito baixa...inexiste, né?" G\_1*

*"ah, realmente, os municípios não tão fazendo marcadores de consumo, os profissionais tem plano, que acham que é complexo, que é mais trabalhoso, que tem muita coisa pra preencher, né" G\_8*

Novamente a fala reforça a baixa cobertura no que diz respeito aos registros dos marcadores de consumo alimentar. Visando aprimorar as funcionalidades do programa, o SISVAN web (2008) contou com a inclusão de ferramentas para a avaliação de marcadores de consumo alimentar para todas as fases do curso da vida. Infelizmente esse componente não tem apresentado alimentação adequada. Seja devido a observância por parte de alguns gestores de que alguns profissionais de saúde no serviço

*"acham que é complexo, que é mais trabalhoso, que tem muita coisa pra preencher, né" assim, e, e, a gente entende, né, consulta, as vezes, se tu tem 500 coisas no sistema, é difícil... o foco é o paciente, né, então ninguém tá fazendo" G\_1*

Ao não realizar esse marcador de consumo alimentar, o serviço perde a oportunidade de conhecer outro fator determinante sobre a situação alimentar e nutricional, qual seja o acesso ao alimento, uma vez que as comunidades com rendimentos muito baixos irão ter sérias dificuldades de acesso ao alimento o que irá incidir negativamente sobre a situação de SAN das famílias (BRASIL,2015).

Como discutido no marco de referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica do Ministério da Saúde (2015) a VAN se insere nessa perspectiva de vigilância em saúde, uma vez que existe uma estreita relação entre o conceito da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e as condições de saúde de sujeitos ou populações. Assim como um componente da vigilância em saúde, a VAN como já apresentado anteriormente viabiliza a

descrição e a predição de tendências da alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Portanto é mandatório que a equipe conheça os problemas e necessidades de saúde de sua população adscrita. Essa identificação contribui para a reorganização das práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica, visando à integralidade da atenção. Assim a utilização desses dados contribui para organização do processo de trabalho de unidades e serviços de saúde.

Esse cenário seria também importante para que profissionais de saúde pudessem investigar e perceber a cultura alimentar local, as tradições alimentares, hábitos, formas de preparar, processar, servir e consumir os alimentos, além de trabalhar de forma intersectorial a fim de que os indivíduos tenham acesso aos alimentos ou a meios de consegui-los (Freitas, 2008).

Por outro lado, alta demanda de atividades assistenciais e burocráticas no processo de trabalho dos profissionais da APS precisa ser discutida. Como visto no extrato de uma das falas:

"não dá para demonizar o profissional que tá na ponta que a gente sabe que, que é trabalhoso, né, que é, que é difícil, assim, são muitos sistemas pra alimentar e claro que o prontuário eletrônico tem tudo, então, por exemplo, pré-natal então, quando tu faz a consulta de pré-natal tu já vai marcando tudo ali do lado" G\_4

Nesse sentido é válido considerar que as diferentes funções dos profissionais das equipes de saúde podem interferir na satisfação com as condições de trabalho e conseqüentemente reflete no engajamento do profissional no serviço. Esse ponto é importante pois interfere na qualidade das ações a serem desenvolvidas por estes profissionais no cotidiano das unidades de saúde e reflete no serviço prestado aos usuários (Sturmer et al,2020).

Neste ponto vale destacar o perfil e as condições que enfrentavam e que ainda enfrentam os profissionais da saúde antes, durante e após a pandemia. A pesquisa de cunho nacional da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) intitulada Perfil e Condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de Covid-

19: a realidade brasileira apresenta as condições destes profissionais. A pesquisa revelou que 70% dos profissionais eram do sexo feminino, e que cerca de 50% admitiram excesso de trabalho ao longo desta crise mundial de saúde, apresentando jornadas de trabalho que ultrapassavam as 40 horas semanais, além disso, um elevado percentual (45%) necessitava de outro posto de trabalho para sobreviver. Foi também recorrente o relato no aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família (Machado et al, 2022).

Nesse ponto é válido resgatar na obra de Michel Foucault a grande relevância que traz no que diz respeito ao “cuidado de si” como uma prática de liberdade. Esse preceito que vem sendo esquecido, apagado ou mesmo desqualificado e por vezes subjugados pelo que Foucault denomina “momento cartesiano” que valoriza muito mais o “conhece te a ti mesmo” na perspectiva do conhecimento e desmerece o cuidar de si mesmo, o fato de preocupar-se consigo. Dessa forma é partir deste autocuidado visto como uma atitude e uma prática vigilante que precisamos realizar e não desvincular do cuidar do outro (Foucault,2010).

### **Realidade a ser transformada**

Nessa última categoria apresentamos nas percepções dos gestores os pontos que precisam ser trabalhados com intuito de melhorar a atribuição na produção de informação dentro de um Sistema de informação tão importante quanto o SISVAN.

Os gestores municipais precisam ter informações relevantes e adequadas com intuito de subsidiar suas decisões, para isso é fundamental intimidade com o sistema de informação conhecendo o processo de produção da informação em sua totalidade. Os gestores demonstraram que possuem conhecimento e vivência com o sistema e que percebem as possibilidades de integração com os demais sistemas de informação em saúde da atenção primária.

*"Então antigamente a gente digitava o complemento no SISVAN web e tinha que digitar no SISVAN, então era um trabalho duplo, quando eles juntaram ficou maravilhoso, então agora tá tudo numa plataforma, né, na verdade o SISVAN só faz leitura, né, do que a gente coloca no bolsa, não precisa alimentar ali" G\_4*

Nesse ponto os depoentes destacam os aspectos a serem melhorados e mantidos. Os entrevistados destacam a importância da unificação dos sistemas evitando o que uma entrevistada chamou de "um trabalho duplo", assim o SISVAN estar presente na plataforma E-Gestor - AB facilita o processo, pois o mesmo faz interface com outros sistemas de informação da atenção primária, em especial o Sistema de Gestão do PBF na saúde e o e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS). Dessa forma, as informações coletadas nas unidades de saúde referentes ao estado nutricional e dos marcadores de consumo alimentar da população atendida na APS ficam disponíveis na plataforma online do SISVAN web. A plataforma engloba os registros inseridos no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, no e-SUS AB, além do próprio SISVAN, permitindo a geração de relatórios para oferecer suporte aos profissionais e à gestão no planejamento da atenção à saúde nutricional (BRASIL, 2017).

No entanto os depoentes também listaram as fragilidades e desafios que precisam ser transformados a fim melhorar o SISVAN e entre elas destacaram a subestimação por parte do Estado dos recursos necessários para realização adequada das ações do sistema, como extraído de trecho de uma entrevista:

"recurso do Ministério pra comprar equipamento antropométrico, é 30.000, né, quer dizer 30.000 pra um município que tem 24 unidades de saúde, né, pra eu equipar as unidades de saúde é... é pouco, né. A gente teve que complementar com quase mais que o dobro do valor pra

conseguir equipar as unidades. [Suspiro] Então, quando eu olho pro dado, eu nem sempre tenho vontade de compartilhar ele porque eu acho que ele é insuficiente, assim, ele não tá representando ali... ã... uma realidade"G\_4

Para que os dados possam ser utilizados é primordial que estes sejam fidedignos e para tanto é necessário a obtenção e manutenção de instrumentos adequados e confiáveis. A recomendação do Guia para Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde (2022) lista os recursos físicos e materiais para estruturar a VAN, entre eles destacam que para a avaliação de pessoas menores de 2 anos é exigido: Estadiômetro infantil ou antropômetro horizontal, balança pediátrica, com capacidade mínima de 15 kg, além de fita antropométrica. Enquanto que para a avaliação de pessoas maiores de 2 anos é exigido: Estadiômetro ou antropômetro vertical, balança adulta, de plataforma, com capacidade de 200 kg e dimensões de 74 cm de largura por 90 cm de comprimento, no mínimo e fita antropométrica. Além de computador ou tablets com acesso à internet para UBS's informatizada.

No entanto é válido destacar que se faz necessário recursos financeiros para execução das ações da VAN na APS que estão no escopo dos valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde na modalidade fundo a fundo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde do SUS, e desde 2018, passaram a ser organizados e transferidos na forma dos blocos de: 1 – Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e 2 – Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (BRASIL, 2022).

O financiamento em saúde sempre é um tema amplamente debatido no Brasil, em especial devido ao gastos em saúde. Em 2019, O Previde Brasil substituiu o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo), um importante recurso para que os municípios pudessem ampliar ação da APS, contudo a nova proposta de financiamento define que o repasse de recursos considerará o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde e o desempenho das unidades básicas de saúde, a partir de uma série de indicadores (HARZHEIM et al., 2020).

Nesse sentido, uma lista de indicadores foi elencada a fim de se regular os valores a serem repassados. Assim o incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, entre elas as ações de vigilância alimentar e nutricional que se insere o SISVAN, foi alterado com a portaria Nº 1.127, de 2 de junho de 2021 e passou a ser monitorado por meio da avaliação dos seguintes indicadores, oriundos dos Sistemas de Informação da Atenção Primária:

- I - aumento do número de indivíduos com estado nutricional registrado; e
- II - aumento do número de indivíduos com marcadores do consumo alimentar registrados.

A portaria reforça que este incentivo financeiro se destina a todos os estados, Distrito Federal e municípios com população acima de 30 mil habitantes e será transferido diretamente ao respectivo Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, em parcela única anual (BRASIL,2021).

No que diz respeito ao custeio em saúde, o cenário político em 2019 provocou uma grande alteração nas políticas públicas brasileiras caracterizada por uma ideologia de extrema direita, que no setor saúde agravou a tensão e tem gerado incertezas acerca dos avanços conquistados pela APS como a ampliação do acesso a serviços básicos de saúde e melhorias nos resultados em saúde, reduzindo desigualdades sociais e regionais (Massuda,2020).

As graves restrições orçamentárias como a aprovação da Emenda constitucional EC No 95 de 2016 que limitou o gasto primário federal em saúde nos próximos 20 anos, além da nova revisão da PNAB realizada em 2017, flexibilizando a composição de equipes de ESF, reduzindo requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território (Morosini;Fonseca , 2017) além das alterações no financiamento da APS realizados por intermédio do Previner Brasil concorrem para impactos para o SUS e para saúde da população limitando de certa forma o desempenho de funções estratégicas da APS, como acesso de primeiro contato, coordenação de cuidados, integralidade e longitudinalidade (FACCHINI et al,2018).

Seguindo nos relatos acerca das ações a serem desenvolvidas com intuito de transformar a realidade do sistema, a necessidade de capacitação dos



profissionais de saúde sobre o SISVAN foi um tema que emergiu nas falas dos gestores, da mesma forma que surgiu nas falas dos próprios profissionais de saúde em especial devido a alta rotatividade dos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF).

*"capacitação é....sensibilizando os profissionais das UBS's tradicionais é...pra...a necessidade de implementar o SISVAN para todo o público da rede SUS. Então, as crianças, adolescentes, adultos, idosos...todos os públicos que o SISVAN preconiza que deve ser acompanhado. E...mas ainda no município, o SISVAN Web, é alimentado a partir dos dados do bolsa família e do e-SUS que são dois sistemas que migram as informações pro SISVAN."G\_4*

*"as equipes anteriores, assim, eu tinha, a gente fazia capacitação... fazia às vezes fora... então a gente percebeu também muita rotatividade do pessoal também, então assim, a gente tinha essa lacuna."G\_2*

Ao analisarmos o termo capacitar encontramos a definição no dicionário como sinônimo de habilitar, fazer capaz, convencer, persuadir (FERREIRA,2004). Para Chiavenato (2004), a capacitação é um processo de educação e orientação para o futuro, no que diz respeito a gestão de pessoas, dessa forma busca o desenvolvimento e o crescimento pessoal dos profissionais que dele participam. Assim, a capacitação está mais relacionada a "processos mais profundos de formação da personalidade e da melhoria da capacidade de compreender e interpretar o conhecimento, do que com a repetição de um conjunto de fatos e informações a respeito das habilidades motoras ou executoras" (p.370).

O Marco de referência da Vigilância Alimentar e Nutricional (2015) sugere que a atividade de formação em VAN na APS apresente atividades teóricas e práticas e contemple, minimamente, os seguintes temas:

I. A importância da Vigilância Alimentar e Nutricional no cuidado e na gestão em saúde.

II. Método antropométrico.

III. Avaliação dos marcadores de consumo alimentar.

IV. Registro de dados em prontuários, formulários, cadernetas de acompanhamento de saúde e sistemas de informação.

V. Avaliação do estado nutricional individual e coletivo.

As capacitações além de fornecerem informações atualizadas e recomendadas devem propiciar trocas de experiências com reforço de atitudes positivas, e a possibilidade de identificar as mais diferentes experiências e dificuldades enfrentadas pela equipe em sua rotina, assim como suas dúvidas, opiniões e sugestões para melhoria do serviço (Bagni; Barros,2012).

Assim como citado anteriormente, a alta rotatividade dos profissionais demanda um processo de atualização e capacitação das equipes da ESF que precisa ser intensificado e contínuo. Para isso, é fundamental que sejam adotadas estratégias dialógicas nessas ações, para que os profissionais sintam-se ouvidos e valorizados ao compartilhar suas experiências, problemas e sugestões. A adesão dos profissionais à continuidade das ações do SISVAN perpassa por um processo de formação permanente Os depoentes desta pesquisa afirmam, e os estudos anteriores reforçam a necessidade de capacitação para operacionalização do SISVAN. Estudos realizados no Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul já enfatizaram essa necessidade anteriormente (Rolim et al, 2015; Alves et al 2018, Jung et al 2016).

Além das capacitações, outro ponto importante destacado nas falas diz respeito aos encaminhamentos que devem ser realizados após a identificação dos diagnósticos nutricionais encontrados durante o processo de coleta dos dados. Se por um lado se deseja um aumento da cobertura do sistema, por outro lado e conseqüentemente, o serviço terá que desenvolver estratégias para acompanhar esse maior número de sujeitos com diferentes níveis de má nutrição.

A narrativa de uma gestora representa bem essa preocupação:

*"O PSE,[Programa Saúde na Escola] por exemplo, com CRESCER[Programa Crescer Saúdavel] a gente já gerou uma demanda bem grande para unidades sobre sobrepeso e obesidade infantil. Então eles nos questionaram "tá, então*

*agora eu vou ter que atender 100 alunos daquela escola que estão com problema de sobrepeso?" SIM, terá, mas pra isso também terá um ano para fazer isso, né, então, não precisa atender todo mundo de uma vez só, daí também a gente dividiu um pouco "bom, vamos fazer assim: as crianças até 5 anos vamos trabalhar assim... com um grupo, de repente, né, com um grupo multidisciplinar e as maiores linhas individual? Não, então, foi trabalhar as menores e o atendimento individual com médico e com a nutri e as maiores linhas vão para grupo, então fazer um grupo mais divertido, né, que fica a gente também ainda... G\_4*

O Programa Crescer Saudável (BRASIL,2017) está na agenda de ações do Programa Saúde na Escola (BRASIL,2007) e foi criado com o objetivo de contribuir na prevenção, controle e tratamento da obesidade. Para isto, o programa realiza diversas ações, tais como: monitoramento do estado nutricional, com avaliação das relações antropométricas (peso e estatura) das crianças matriculadas na educação Infantil e Ensino Fundamental I, além de ações de promoção à alimentação saudável e o incentivo à prática de atividades físicas, nesse sentido é fundamental o planejamento de ações que ampliem o acompanhamento destas crianças com diagnósticos de má nutrição nos serviços de saúde.

A utilização dos recursos financeiros precisa ser direcionada de forma eficiente a fim de favorecer o desenvolvimento das ações que possam contribuir para reverter os quadros de desvios nutricionais e ampliar o tratamento dos mesmos.

*"O "crescer saudável" ta dentro do PSE, o "crescer saudável" vem verba pro município e aí, ta fomentando, uma forma de fomentar o sistema na rede e fortalecer a importância. Então...em vários espaços, em várias oportunidades a coordenação têm desenvolvido essas ações pra tentar ampliar fortalecer e fomentar o SISVAN no município, né?"G\_4*

De acordo com as normas do PSE para obtenção desse incentivo financeiro, o programa requer obrigatoriedade da realização de doze ações com os estudantes, entre elas:

***"promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; prevenção das violências e dos acidentes; identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; verificação e atualização da situação vacinal; promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; promoção da saúde auditiva e identificação de alunos com possíveis sinais de alteração; direito sexual e reprodutivo"*** (BRASIL,2007) nosso grifo.

Assim as ações realizadas no PSE precisam ser articuladas entre as escolas e a Atenção Primária à Saúde (APS), um exercício complexo que demanda um desprendimento de ambas as partes e que sejam incorporadas agendas à rotina destes cenários buscando uma integração e uma corresponsabilidade entre os setores a fim de fornecer ações de diagnóstico, de prevenção, promoção e atenção à saúde dos beneficiários do programa.

Outro ponto importante identificado nos relatos diz respeito à importância dos profissionais da nutrição, auxiliando no desenvolvimento das ações de Alimentação e Nutrição (A&N). Novamente retomamos a questão já identificada pelos profissionais da APS e reforçamos como recomendado pela PNAB (2017) a necessidade de que todos os profissionais participem das ações de A&N, no entanto a presença do profissional contribui para desenvolver ações de promoção da alimentação saudável direcionadas a indivíduos, em todas as fases do curso da vida, e comunidades:

"porque a gente não tem NASF no município, se tivesse um nutricionista, nem ia estar na unidade atendendo, né, seria um pouquinho diferente o desenho, mas como a gente não tem, elas estão inseridas na atenção junto com todos os outros profissionais. Só que, eu acho que é isso, assim, ã, eu acho que o, que o SISVAN precisa ser tomado por todos, né, ele não, ele não tem que alimentar o sistema para nós nutricionistas fazermos a leitura, um pouco é isso" G\_4

A atuação do profissional nutricionista na APS deve seguir a Matriz de ações de Alimentação e Nutrição na APS (2009), e a formulação e a implementação das ações de alimentação e nutrição na atenção primária em saúde devem considerar os seguintes elementos organizacionais: (1) Níveis de intervenção: gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional propriamente dito; (2) Sujeito das ações: o indivíduo, a família e a comunidade; (3) Caráter das ações: universais e específicas. Algumas ações de A & N, no âmbito municipal, já contam com uma agenda programática da APS, embora ainda implementadas de maneira fragmentada e não universal. Dentre essas ações, destaca-se a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN).

Segundo os gestores e corroborando o que os profissionais de saúde previamente também identificaram que o grave problema sanitário da pandemia de COVID-19 influenciou fortemente na execução do SISVAN.

*"E o que que aconteceu com a pandemia? Foi que houve uma restrição, em primeiro momento de muitos atendimentos, assim, puericultura, ficou, assim, só o que era prioritário mesmo, né, principalmente no primeiro mês, assim, segundo, né. Suspensão de trabalhos de grupos, né, houve toda uma adequação das unidades de serviços pra receber as pessoas com suspeita de COVID, né, e os próprios servidores, né, muitos se afastaram. A gente teve várias pessoas que adoeceram, então a dinâmica das unidades foi, assim, muito difícil de lidar. Então, em função disso, não havia essa, isso não era uma preocupação Bolsa Família. Naquele momento, então, a gente seguiu orientando as unidades que sim, que quem chegasse na unidade, dentro do possível, né, que fosse, continuasse sendo aferido o normal, assim, fazendo a aferição do dado, com exceção de quem era COVID, que vinha com suspeita, isso não é prioridade também, então, os outros atendimentos que continuaram na unidade, e daí, assim, já tão retomando agora, praticamente assim" G\_2*

*"E a gente vê os resultados. Por exemplo, hoje eu estava tirando os resultados do bolsa família é...em relação aos acompanhamentos, no primeiro semestre de 2020 a gente vê essa reflexão dos dados de cobertura diminuírem. E aí, com certeza isso vai impactar no sistema. Porque a maior fonte que alimenta o sistema" G\_4*

Em tempos incertos como esses que vivenciamos durante a pandemia foi necessário reinventar os processos de trabalho, estabelecer novos fluxos e fortalecer redes. Dados do boletim do observatório Covid-19 Fiocruz (2022), informava que em abril de 2021 ocorria o ápice da pandemia, com valores de óbitos alcançando mais de 3 mil óbitos por dia (média móvel), nesse grave contexto de vidas ceifadas, algumas agendas da APS ficaram em segundo plano, no entanto foi possível verificar que o enfrentamento desta pandemia perpassa pelo fortalecimento do SUS em todos seus componentes, de vigilância, de cuidado em todos os níveis, de promoção, de prevenção, de pesquisa. É imprescindível que o SUS dotado de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, além da capilaridade dos seus serviços por todo país, seja fortalecido a fim de que possamos vencer essa e outras eventuais pandemias futuras (TASCA, 2020).

Por fim uma temática importante que emergiu nas narrativas destes gestores diz respeito à necessidade de tornar o SISVAN mais efetivo:

*"seria implantar em todas as unidades, todas as unidades utilizarem o sistema, inserirem os dados no sistema, e além disso também ampliar para as outras faixas etárias, a gente teria um norteamento muito melhor do estado nutricional dos outros indivíduos do nosso município. G\_7*

*"mas na puericultura a gente vai condicionar o, a continuidade da, da, do avanço do registro ao preenchimento do marcador, se não preencher o marcador a consulta não vai a diante, não consegue confirmar. Fica bem bom, porque vai ser bem o posto, só que não, né, a gente, na verdade... (risos) é... começamos, assim, de zero a dois, depois que a coisa funcionar, dai no ano seguinte a gente vai indo pras outras faixas etárias, assim, porque é muito importante, assim, esse marcador, pelo menos nessa faixa etária, pra nós, é fundamental, porque a gente não tem o que a gente precisa muito, então, ã, esse marcador, eu te digo, eu nem, eu nem abro, assim, eu abro e fecho no sistema, não tem praticamente nada ali, então, eu não sei te dizer se essa parte eu acho fácil de, de analisar ou não, porque eu nem to trabalhando com os marcadores" G\_2*

*"quando tu faz a consulta de pré-natal tu já vai marcando tudo ali do lado. O SISVAN é pra ser um pouco assim também, né, assim... é para ele ser assim, né, ele é assim, então... ã... os profissionais... eu acho que as queixas que a gente ouve são muito gerais, assim, não é específico o peso e altura, né, mas se tem sentido fazer isso talvez a gente ainda não tenha dado esse retorno como ele deve ser dado, né" G\_4*

As soluções indicadas pelos gestores dizem respeito a tornar as ações do SISVAN rotinas dos diferentes atendimentos na APS. As consultas de puericultura, pré-natal, atendimento de hipertensos e obesos, bem como qualquer tipo de demanda que leve o usuário a unidade de saúde deve ser uma oportunidade de mensurar seus dados nutricionais e principalmente fornecer orientação adequada de acordo com o diagnóstico estabelecido.

A importância de promover integração entre setores e instituições de ensino, por exemplo, para prestação conjunta de serviços, como exemplifica trechos de um relato de uma das depoentes:

*"A universidade abriu as portas também, tipo vamos fazer uma parceria. Então a gente avaliou que foi uma experiência muito boa lá no laboratório, os alunos fizeram com os profissionais toda a questão [antropometria] do bebê, do adolescente, do adulto, com modelos, com bonecos... eu acho muito bom. E o guia alimentar foi na oficina de gastronomia." G\_4*

Nesse contexto a integração ensino-serviço é uma relação que traz benefícios a todos os envolvidos, uma vez que os serviços de saúde oferecem excelentes cenários de prática para que os profissionais em formação possam exercitar os conhecimentos adquiridos na academia, além de vivenciar, de maneira prática e integrada, o funcionamento do SUS com todas as suas potencialidades e problemas, compatibilizando seus saberes com os dos trabalhadores (BRASIL,2015).

Outra **realidade que precisa ser transformada** para tornar o sistema mais efetivo é desenvolver uma estratégia de Atitude de Vigilância, muito mais do que pesar, medir e verificar consumo alimentar *per si* é mandatório a coleta adequada e sistemática com intuito de produzir registros fidedignos e úteis para fornecer intervenção imediata ou para subsidiar o planejamento e avaliação das ações que estejam sendo implementadas no território seja de forma individual ou coletiva e em qualquer esfera de governo, federal , estadual e ou municipal. Esta atitude de vigilância perpassa também por utilizar como referência o Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado já apresentado anteriormente: coleta de dados e produção de informações, de análise e decisão, de ação e de avaliação

*"Tenho trabalhado bastante com os nutricionistas, levo essas informações para estar trabalhando os dados principalmente de sobrepeso, excesso de peso para estar desenvolvendo, buscando esse usuário que está com excesso de peso porque o sistema já falei, é muito rico, ele traz a lista de pessoas que estão com estado nutricional...no caso, excesso de peso a gente consegue identificar de forma nominal, consegue ter um histórico daquele indivíduo e isso é passado para o profissional e orientado para o profissional é...buscar essa informação, pra formação de grupos educativos na unidade para estar trabalhando aquele público ou estar é...indo buscar esse usuário pra poder trazer esse usuário pro serviço de saúde pra estar trabalhando a questão a nível individual e de forma coletiva o...(pausa) o tratamento da...desse...usuário, né? A oferta de serviço também para esse público" G\_2*

Importante refletir sobre formas de gestão do SISVAN que possam ultrapassar essa forma fragmentada e limitada de considerar apenas o ato de pesar e medir para manter uma condicionalidade do programa de transferência de renda e transcenda a uma gestão que valorize as ações de A & N na perspectiva de organização do cuidado em saúde da população e para isso a contínua necessidade de aprimoramento e revitalização do processo de trabalho, gestão de pessoas , trabalho integrativo, ênfase no planejamento e a consequente qualificação da atenção em saúde (SEIDL et al , 2014).



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse complexo e intrincado processo de interpretar os eventos da vida e nesse caso, dos serviços de saúde levantando questões sobre o que vê, ouve e utiliza na construção da pesquisa, cabe aos autores realizar de forma séria, natural e profissional, se esforçar para apresentar a percepção do que os sujeitos da pesquisa dizem, fazem e querem acerca dessa temática em estudo, e acima de tudo como essa análise pode contribuir para transformar serviços e alcançar resultados positivos no cotidiano dos usuários do Sistema de Saúde.

Nesta finalização institucional que se traduz na entrega da tese, documento plano, estático e que representará uma fotografia do trabalho tridimensional que é o trabalho de campo, tomo a liberdade de representar esse processo na imagem icônica de Diego Velasquez de 1656.



**Fonte:** Diego Velasquez, 1656

Em sua obra *As Meninas*, o quadro enigmático, reflexivo e crítico que apresenta uma cena trivial da corte espanhola mas que busca trazer o autor para tela assumindo um protagonismo pouco usual nas pinturas.

De forma semelhante estudar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional significa observar, descrever, analisar mas principalmente tornar-se protagonista do quadro, utilizando os dados e sendo partícipe no processo de tomada de decisão na elaboração de políticas e de programas públicos que visem intervenções efetivas na saúde, alimentação e nutrição da população.

Nesse contexto as percepções de usuários, profissionais e gestores em saúde nas cinco regiões do Brasil apontaram aprendizados e enorme potencialidade do sistema, não obstante também desvelaram fragilidades e desafios a serem transformados com intuito de contribuir com maior visibilização do SISVAN.

Este estudo aponta algumas premissas a serem observadas e trabalhadas para operacionalização de um sistema que se propõe universal, pois deve descrever perfil nutricional de todos os usuários que buscam atendimento na APS e assim permitir a difusão das informações para toda sociedade.

As narrativas nos permitiram identificar desencontros e reencontros acerca do conhecimento e das (in)compreensões sobre o sistema, os usuários ainda ficam à margem do processo e dessa forma não têm seus diagnósticos nutricionais compartilhados com os diferentes atores envolvidos e especialmente não se apropriam do autocuidado.

Fica evidente que desafios relacionados a utilização do sistema de informação em vigilância a saúde permanecem, tais como: baixa cobertura, questões relacionadas à qualidade dos dados coletados pelo sistema, assim como dificuldade de análise desses dados em nível local.

Algumas questões como baixo financiamento para as ações de A&N, problemas estruturais e de falta de instrumentos, à sobrecarga de trabalho foram apontadas como dificultadores da concretização do SISVAN na prática, contribuindo para ações pontuais, pouco impactantes e sem sustentabilidade.

O uso do SISVAN pelos gestores em saúde precisam seguir diretrizes conceituais de Sistema, qual seja a de padronização de atividades operacionais na coleta e organização dos dados a fim de servir de subsídio para planejamento, gestão e controle dos programas e políticas públicas.

Para tanto há de se desenvolver a atitude de vigilância e compreendermos o sistema como um fornecedor de informações para ação, com um olhar diferenciado para cada sujeito, grupo e fase da vida, mas principalmente que essas informações possam contribuir efetivamente para o acompanhamento das principais alterações nutricionais da população.

Tornar o SISVAN mais operativo também perpassa pelo fortalecimento do SUS e da APS tão gravemente ameaçada desde os últimos anos, devido às alterações no contexto econômico e político do Brasil, agravando um cenário repleto de desigualdades e restrição de direitos da população.

O SISVAN é um sistema que está atrelado ao setor saúde mas que também é utilizado pela assistência social, no acompanhamento dos beneficiários do PBF e reflete de maneira irrefutável a situação de segurança e insegurança alimentar e nutricional da população brasileira e portanto precisa integrar ações intersetoriais.

Dessa forma se faz necessário a luta para manter as conquistas históricas provenientes da implantação do SUS e da estratégia saúde da família com participação e controle social e com políticas sociais justas. As mudanças econômicas e políticas anteriores demandam atenção, mas a mudança da gestão federal em 2023 sinaliza a possibilidade do retorno do diálogo e do resgate das instituições. Assim é tempo de conjugar o verbo esperar e unidos contribuir para reconstrução.

## REFERÊNCIAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. 4 ed. São Paulo, 2016.

ALI, M.; PARK, J.K.; VON SEIDLEIN, L.; ACOSTA, C.J.; DEEND, J.L.; CLEMENS, J.D. Organizational aspects and implementation of data systems in large-scale epidemiological studies in less developed countries. **BMC** n.6, v.86, 2006.

ALMEIDA, L.M; CAMPOS, K.F.C; RANDOW, R.; GUERRA V.A. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.8, n.1, p. 114-139. 2017

ALPINO, T. de M. A. et al. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal Brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 8. 2020.

ALVES, I. C. R. et al. Operacionalização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: Relato de experiência. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, [s.l.], v. 3, n. 18, p. 398-402. 2016.

ALVES, I.C.R., DE SOUZA, T.F, LEITE, M.T.S, DE PINHO, L. Limites e possibilidades do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: relatos de profissionais de enfermagem. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**. v.13, n. 1, p. 69-81. 2018

AMMENWERTH, E.; Brender, J.; Nykänen, P.; Prokosch, H.; Rigby, M.; Talmon, J. Visions and strategies to improve evaluation of health information systems. **Int. J. Med. Inform.**, n.73, p.479–491.2004.

ANDRES, S.C, CARLOTTO A.B, LEÃO A. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da Covid-19: relato de experiência. **APS em Revista**. v.3, n. 1 p.09-15.2021

ARRUDA, B.K.G. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: frustrações, desafios e perspectivas. **Cad Saúde Pública**. v.8, n.1, p.96-101. 1992

ARRUDA B.K.G, ARRUDA, I.K.G . Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**. jan/fev; v.7, n. 3. p. 319-26.2007

BAGNI U.V, BARROS, D.C. **Especificações de equipamentos antropométricos para estabelecimentos de saúde**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003.

BEZERRA, I.M.P, et al. Comunicação no processo educativo desenvolvido pelos enfermeiros: as tecnologias de saúde em análise. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**. v.5,n.3, p.42-48.2014

BLACK, R.E.;VICTORA C.G.; WALKER, S.P.; BHUTTA, Z.A.;CHRISTIAN, P.; DE ONIS, M. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **Lancet**.n.382, p.427-451. 2013

BONFIM, J.B.B. **As políticas públicas sobre a fome no Brasil**. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal, maio 2004.

BORTOLINI, G.A., et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no BRASIL. **Rev Panam Salud Publica** 2020, 44:e39.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.156 de 31 de agosto de 1990.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jul. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de atendimento aos desnutridos e às gestantes em risco nutricional: Leite é Saúde. Brasília. 1993.

BRASIL. Portaria nº 2.246/GM de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. Diário Oficial da União 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, DF; 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional**: BRASIL 2006.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. institui o programa saúde na escola-pse, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional –

SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares no BRASIL 2008-2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no BRASIL. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a.

BRASIL, Portaria n 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Diário Oficial da União. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2 ed. Brasília, DF; 2013a.

BRASIL. Resolução no 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n. 112, p. 59, 13 , 2013b.

BRASIL. Portaria n 2883 de 26 de novembro de 2013. Altera a Portaria 2.975/GM/MS, de 14 de dezembro de 2011, e homologa os municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Básica que realizaram adesão ao segundo ciclo do PMAQ-AB. Brasília: Diário Oficial da União. 2013c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília, DF: MS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília, DF: MS, 2015c

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. 2ª ed. Brasília DF: 2016.

BRASIL. Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília: DF:MS, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.2017a.

BRASIL. Nota Técnica nº 51-SEI/2017-CGAA/DAB/SAS/MS: Integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) à Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Brasília,DF:MS, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Monitoramento do programa crescer saudável 2017/2018. Brasília,DF: MS, 2019a.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 Institui o Programa Previne BRASIL, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019b

BRASIL. Ministério da saúde. Instrutivo Programa crescer saudável 2019/2020. Brasília:DF: MS, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde.Saúde indígena: Análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília,DF:MS, 2019d.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Guia para acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Brasília,DF: MS, 2020b

BRASIL, PORTARIA GM/MS Nº 1.127, DE 2 DE JUNHO DE 2021. Habilita estados, Distrito Federal e municípios ao recebimento de incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, referente ao exercício financeiro de 2021.

BRASIL. Diário Oficial da União. Medida provisória n.1061. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Alimenta Brasil e dá outras providências. Agosto de 2021.

BRASIL. Diário Oficial da União. n.1862, 10 de agosto de 2021. Institui a Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil - Proteja. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel BRASIL 2021 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília,DF: MS, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para a organização da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde / Ministério da Saúde. Universidade Federal de Sergipe. – Brasília,DF: MS, 2022.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023. Institui o Programa Bolsa Família. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de acesso público. Brasília, DF: MS, 2023b

CAMILO, S.M.B., et al. Vigilância nutricional no BRASIL: criação e implementação do Sisvan. **Rev APS** v.4, n.2. p.224-228. 2011.

CARVALHO, L. de S.; BESERRA, , SOUSA, C. B de; SANTOS, M. M. dos,. Desafios do nutricionista no combate à obesidade na atenção primária à saúde no BRASIL, International Journal of Development Research **IJDR** v.11,n.5. 2021.

CASTRO, J. **Geografia da fome**. O dilema brasileiro: pão ou aço. 10. ed. Rio de Janeiro: Antares: Achiamé, 1982. (Clássicos das Ciências Sociais no Brasil).

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

CORIOLO-MARINUS, M.W.D.L, QUEIROGA, B.A.M.D, Ruiz-Moreno L, Lima LSD. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde soc.** v.23, n. 4, p.1356-1369. 2014.

COUTINHO JG, CARDOSO AJC, TORAL N, et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol.** v.12, n.4 p.688-699.dez.2009.

DAI, H, ALSALHE, T.A., CHALGHAF, N, RICCÒ, M., BRAGAZZI, N.L, WU, J. (2020) The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990–2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. **PLoS Med** v.17,n.7.2020.



DAMIÃO, J.D.J. et al. Condicionais de saúde no Programa Bolsa Família e a vigilância alimentar e nutricional: narrativas de profissionais da atenção primária à saúde. **Cad Saúde Pública**. v.37, n.10, 2021.

DIAS, P.C,HENRIQUES,P., DOS ANJOS, L.A, BURLANDY, L. Obesity and public policies: The Brazilian government's definitions and strategies. **Cad Saude Publica**. v.33, n.7, p.1-12.2017.

FACCHINI, L.A; TOMASI,E., DILÉLIO,A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate** n.42 esp. 1, p.208-223.2018.

FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura, OPS - Organização Panamericana para Saúde, UNICEF – Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância. 2018. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Santiago. 132p .

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário aurélio da língua portuguesa**. 3ª ed. Curitiba: Positivo; 2004.

FERREIRA, C.S.;CHERCHGLIA, M.L.; CESAR, C.C. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. v. 13, n. 2 , p. 167-177. 2013.

FERREIRA, C. S. et al.. Fatores associados à cobertura do Sisvan Web para crianças menores de 5 anos, nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, BRASIL. **Ciência & saúde coletiva**. v. 23, n. 9, p.3031-3040, set. 2018.

FLORINDO et al. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. **Ver. Bras. Educ. Fís. Esporte**. v.30, n.4, p.913-924, 2016.

FOME é a vergonha do mundo. In: MUNDO ilustrado. Rio de Janeiro, 1960.

FONTANELLA, B.J.B, RICAS,J., TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saude Publica** n.24, v.1, p.17-27. 2008

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo. Martins Fontes.3ª ed. 2010.

FREITAS, M.do C.S de F., FONTES, G.A.V.,OLIVEIRA, N.(Org). **Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura** .Salvador : EDUFBA, 2008. 422 p

GONÇALVES, V.S.S, ANDRADE, R.C.S, SPANIOL, A.M,NILSON E.A.F., MOURA, I.F. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. **Epidemiol Serv Saúde** , v.28, n.2. 2019.

GONÇALVES, I.D.S.A., DONATELI, C.P., COTTA, R.M.M, MOREIRA, T.R, COSTA, G.D.D. Perception of the Food and Nutrition Surveillance System in the Zona da Mata Mineira region of Brazil: A qualitative approach. **Science Progress**. v. 104, n. 4, 2021

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.

HANDCOCK, M. S.; GILE, K. J. On the Concept of Snowball Sampling. **Sociological Methodology**, v. 41, n. 1, p. 367-371, Agosto 2011.

HARZHEIM, E. et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no BRASIL. **Ciência & Saude Coletiva**. Rio de Janeiro,v.25, n.4, mar. 2020.

HEYMANN, D.L,SHINDO N., WHO Scientific and Technical Advisory Group for Infectious Hazards. COVID-19: what is next for public health? **Lancet** p.542-545.2020

HONORATO D.Z.S. et al. O sistema de vigilância alimentar e nutricional sob a ótica dos profissionais que o vivenciam. **Saúde Coletiva**. v.8, n. 45 p.938-941. 2018

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no BRASIL. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro, 2020

JESUS, M.C.P.D, Santos SMDR, Goulart TP, Martins NA, Peres RB, Coelho V DS. Atualização dos dados nos sistemas de informação em saúde. **Rev enferm UERJ**. v. 20, n. 2, p 795-801.2012.

JUNG, N.M;BAIRROS,F de S.;NEUTZLING, M.B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saude Coletiva** v. 19, n. 5. 2014

KANG, D, CHOI, H, KIM J.H, CHOI, J. Spatial epidemic dynamics of the COVID-19 outbreak in China. **Int J Infect Dis** n. 94, p.96-102. 2020.

KIRK, S.; RAMOS SALA, X.; ALBERGA, A.; RUSSEL-MAYHEW,S., **Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Reducing Weight Bias, Stigma and**

Discrimination in Obesity Management, Practice and Policy. Obesity Canada. 2020

KRUSE, B. Sisvan: breve viagem ao passado. In: ENCONTRONACIONAL DOS COORDENADORES ESTADUAIS E CENTROS COLABORADORES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO,4, Brasília, Ministério da Saúde, Mesa redonda, 2006.

LEITE, M.S. **Nutrição e alimentação em saúde indígena:** notas sobre a importância e a situação atual. In: GARNELO, L. PONTES, A.L. (Org). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

LEITE, S.H.F; TAVARES, D.M.; BACHEGA, S.J. Utilização de um health information system (HIS) para criação de base de dados. **Brazilian Journal of Development**. v.7, n.1, p.2794-2815, 2021.

LIMA J.F, SCHMIDT, D.B. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: utilização e cobertura na atenção primária. **Rev. Saude Desenv**. v.12, n.11, p.315-333, 2018.

MACHADO, P. M. de O. Atenção Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise de implantação em municípios brasileiros. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

MACHADO, M. H., et al. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade Brasileira. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 283-295.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.25, v.4, 2020.

MARTINEZ-SALGADO. C. **Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisas qualitativas em saúde?** In: BOSI, M.L.M; GASTALDO, D. Tópicos Avançados em pesquisa qualitativa: Fundamentos teóricos -metodológicos. Ed. Vozes, 2021.

MOROSINI; M.V.; FONSECA, A.F Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública** n.33, v. 1, 2017.

BOSI, M.L.M; GASTALDO, D. **Tópicos Avançados em pesquisa qualitativa:** Fundamentos teóricos -metodológicos. Ed. Vozes, 2021.

MASON, J.; HABICHT, J.P; TABATABAI, H.; VALVERDE, V. Nutritional surveillance. Geneva: World Health Organization; 1984

MEIHY, J.C.S.B; HOLANDA, F.. **História oral**: como fazer, como pensar. Editora Contexto: São Paulo. 2 ed. 175 p.2010.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B.L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 251-258, 2000.

MORAES, V.D.D, MACHADO, C.V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **Saúde debate**. v.41, n.3, p. 129-143. 2017.

MORAIS, D. C. *et al.* Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos Brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1475-1488, 2014.

MOURÃO, E., GALLO, C.O, NASCIMENTO, F.A, JAIME, P.C. Tendência temporal da cobertura do sistema de vigilância alimentar e nutricional entre crianças menores de 5 anos da região norte do BRASIL, 2008-2017. **Epidemiol Serv. Saúde** n.29, v. 2. 2020

NASCIMENTO, F.A.D., SILVA, F.A, JAIME, P.C. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no sistema de vigilância alimentar e nutricional BRASILEIRO: 2008 a 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** n.22, p. e190028, 2019.

OLIVEIRA, M. M. de , “Evaluation of the national information system on live births in brazil, 2006-2010”, **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 629-640, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Metodologia de la vigilancia nutricional. Genebra: OMS; 1976.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., EUA, 29 de setembro-3 de outubro de 2014. Washington: OPAS; 2014.

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (PNS) - 2019 : atenção primária à saúde e informações antropométricas : BRASIL / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020. 66p

PEREIRA, S. M. P. D. et al. OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM JUAZEIRO DO NORTE, CEARÁ. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 577-586, 2012.

PINTO, M. S; BOSI, M. L. M. Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências acerca da obesidade entre usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do BRASIL. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** v. 20, n. 2, p. 443-457,2010.

SEIDL, H., et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**. v.38, p.94-108,2014.

SILVA, D. O.; ENGSTROM, E. M.; ZABOROWSKI, E. L. **SISVAN**: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: o diagnóstico coletivo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, L. A. A. da ., SODER, R. M., PETRY, L., OLIVEIRA, I. C. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, n.38, v. 1,2017.

Revista da Associação Brasileira de Nutrição (RASBRAN). O nutricionista e as políticas públicas. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. v.5, n.1, p. 86-88.2013

RODRIGUES, R.M. Most consumed foods in Brazil: evolution between 2008-2009 and 2017-2018. **RSP** v.55, n S1. 2021.

ROLIM, M. D. et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, BRASIL. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 8, p. 2359-2369. 2015.

SANTANA L.A.A, SANTOS S.M.C. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa Leite é Saúde: avaliação em municípios baianos. *Rev Nutr* ; n.17.p.283-289, 2004.

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SAPS. Portal da secretaria 2022.

SILVA, L. M. V. ; FORMIGLI, V.L.A.. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p.80-91. 1994.

SILVA, R. P. C. et al.. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: tendência temporal da cobertura e estado nutricional de adultos registrados, 2008-2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021605, 2022.

SOARES, E.L. et al. Operacionalização do sistema de vigilância alimentar e nutricional (sisvan) no município de balneário piçarras: relato de experiência. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.2, n.30, p. 283-287, 2017.

STRAATMANN,V.;PEARCE,A.;LAW, C.;BARR,B.;TAYLOR-ROBINSON,D. How well can poor child health and development be predicted with data collected in early childhood in the UK? Findings from the Millennium Cohort Study. **The lancet**. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; 2002.

STYLIANIDES, A. et al. MANTAS, J.; ROUPA, Z.; YAMASAKI, E.N. Development of an Evaluation Framework for Health Information Systems (DIPSA). **Acta Inform. Med.** v.26,p. 230–234, 2018.

STURMER, G. et al. Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família UNA-SUS no Rio Grande do Sul. **Revista Conhecimento Online.** v.1, n. 12, jan./abr. p.5-25.2020.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TASCA, R. Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Seminário Virtual Rede APS Abrasco, 2020 [citado em 16 de janeiro de 2023. Disponível em:[https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-\\_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf)

TOMIYAMA, A.J; CARR,D. GRANBERG, E.M; MAJOR B.; ROBINSON, E. SUTIN et al. How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. **BMC Med.**;v.16, n. 1, p.123. 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ) Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Prevalência de anemia e deficiência de vitamina A entre crianças BRASILEIRAS de 6 a 59 meses. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 28 p.

UCHIMURA, K.Y. ;BOSI,M.L.M. **A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde resgatando a subjetividade.** In: BOSI, M.L.M.; MERCADO,F.J. Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Ed Vozes, 2004.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Methodology of nutritional surveillance. Report of a Joint FAO/ UNICEF/WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1976.[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_593.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_593.pdf).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Driving commitment for nutrition within the UN Decade of Action on Nutrition: policy brief. Geneva: WHO; 2018.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 28]. Available

from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

WHO. World Health Organization Health Information Systems. Toolkit on monitoring health systems strengthening, 2008.

WOTEKI, C. E. Integrated NHANES: uses in national policy. **The Journal of nutrition**, v. 133, n. 2, p. **582S-584S, 2003**.

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
UNIVERSIDADE FEEVALE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Perspectivas e desafios do aprimoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: uma abordagem de métodos mistos

**NOME DO PESQUISADOR:** Dr. Antônio Augusto Ferreira Carioca

**ENDEREÇO:** Avenida Washington Soares, 1321, Edson Queiroz.

**CEP 60.811-905, Fortaleza - CE, BRASIL**

**TELEFONE:** Telefone: (85) 3477.3280

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Perspectivas e desafios do aprimoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: uma abordagem de métodos mistos”, de responsabilidade do pesquisador Antonio Augusto Ferreira Carioca, professor da Universidade de Fortaleza. Os objetivos deste estudo consistem em analisar a qualidade das informações de peso e altura e de consumo alimentar que estão no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e os principais desafios para os gestores, profissionais da saúde, usuários nas regiões do BRASIL.

**1. POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?**

O convite para a sua participação se deve ao fato de você ter mais de 19 anos e ser gestor ou profissional da saúde ou usuários do Sistema Único de Saúde em uma Unidades de Atenção Primária à Saúde.

**2. COMO SERÁ A MINHA PARTICIPAÇÃO?**

Ao participar desta pesquisa Sr(a) responderá questões sobre as perspectivas e desafios do aprimoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que tem duração média de 30 minutos e terá a entrevista gravada para transcrição das falas, com intuito de compreender a limitações do SISVAN.

Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e Sr(a) tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar da pesquisa. Sr(a) pode desistir da sua participação a qualquer momento, mesmo após ter iniciado o(a)/os(as) a coleta dos dados sem nenhum prejuízo para Sr(a). Não haverá nenhuma penalização caso decida não participar, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, Sr(a) poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

### 3. QUEM SABERÁ SE EU DECIDIR PARTICIPAR?

Somente os pesquisadores responsáveis e sua equipe saberão que Sr(a) está participando desta pesquisa. Ninguém mais saberá da sua autorização. Entretanto, caso você deseje que o seu nome / seu rosto / sua voz ou o nome da sua instituição conste do trabalho final, nós respeitaremos sua decisão. Basta que você marque ao final deste termo a sua opção.

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

### 4. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE.

Todos seus dados e informações coletados pelo questionário serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados, gravações e das suas informações, que serão utilizadas(os) somente para esta pesquisa.

O material da pesquisa com os seus dados, gravações e informações será armazenado em local seguro e guardados em arquivo, por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Caso você autorize que sua voz seja publicada, teremos o cuidado de anonimizá-la, ou seja, sua voz ficará diferente e ninguém saberá que é sua.

### 5. EXISTE ALGUM RISCO SE EU PARTICIPAR?

Esta pesquisa apresentará riscos mínimos para a sua saúde, pois trata-se de uma pesquisa com realização de entrevista, não oferecendo riscos iminentes de lesão, morte ou invalidez. Os riscos de não confidencialidade e constrangimento por responder as perguntas, serão minimizados mantendo o anonimato dos participantes, aplicação em local reservado e sigilo das informações.

### 6. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?

O benefício desse projeto envolverá para gestores e profissionais de saúde a qualificação dos dados no SISVAN e a constante do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde para o (re)planejamento das ações de saúde e tomadas de decisões. Para os usuários poderá contribuir com a melhoria na qualidade das ações e serviços de saúde ofertados uma vez que proporcionará aproximações do trabalho dos gestores e profissionais de saúde. O(a) Sr.(a) receberá a devolutiva dos resultados da pesquisa.

### 7. FORMAS DE ASSISTÊNCIA E RESSARCIMENTO DAS DESPESAS.

Se Sr(a) necessitar de orientação do resultado encontrado nesta pesquisa, poderá entrar em contato com Antonio Augusto Ferreira Carioca da Universidade de Fortaleza, no número 3477-3280. Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma

compensação financeira. No caso de algum gasto resultante da sua participação e dela decorrentes, você será ressarcido, ou seja, o pesquisador responsável cobrirá todas as suas despesas, quando for o caso, para a sua vinda até o centro de pesquisa.

## 8. ESCLARECIMENTOS

Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Antonio Augusto Ferreira Carioca

Endereço: Av. Washington Soares, 1321, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone para contato: (85) 3477.3280

Horário de atendimento: 07:30 às 17:00h

Se você desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar os Comitês de Ética. O Comitê de Ética tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza-COÉTICA

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza-COÉTICA

Av. Washington Soares, 1321, Bloco M, Sala da Diretoria de Pesquisa e Desenvolvimento e Inovação.

Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Faculdade de Medicina. Bloco CCBS I. 1º andar.

Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 - Bairro Boa Esperança. Cuiabá - MT - 78060-900.

Telefone: (65) 3615- 8254

Email: [cepsaude@ufmt.br](mailto:cepsaude@ufmt.br).

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense

Endereço: Rua Marquês do Paraná 303, 4º andar, prédio anexo ao HUAP. - Niterói - RJ

Telefone: +55 (21) 2629-9189

e.mail : [etica.ret@id.uff.br](mailto:etica.ret@id.uff.br)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Acre

Prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG) – Sala 26

Horário de Atendimento: 08:00 às 12:00

Telefone: 3901-2711

Email: [cepufac@hotmail.com](mailto:cepufac@hotmail.com); [cep-ufac@ufac.br](mailto:cep-ufac@ufac.br)

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade FEEVALE

E-mail: [cep@feevale.br](mailto:cep@feevale.br)

Telefone: (51) 3586 8800, ramal 9065

## 9. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo com a autorização deve preencher e assinar este documento que será elaborado em duas vias; uma via deste Termo ficará com o(a) Senhor(a) e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo a sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

## 10. USO DE VOZ E/OU IMAGEM

Caso o(a) Senhor(a) deseje que o nome da sua instituição apareça nos resultados da pesquisa, sem serem anonimizados, marque um dos itens abaixo.

\_\_\_\_\_ Eu desejo que o nome da minha instituição conste do trabalho final.

\_\_\_\_\_ Eu desejo que a minha voz conste do trabalho final.

Assinatura do pesquisador\_\_\_\_\_

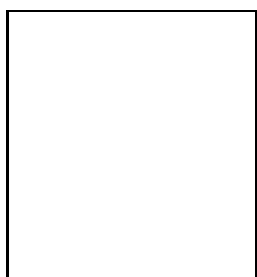
Assinatura do participante\_\_\_\_\_

Página 3 de 4

## 11. CONSENTIMENTO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade\_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.



Impressão datiloscópica

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Parecer consubstanciado



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Perspectivas e desafios do aprimoramento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: uma abordagem de métodos mistos

**Pesquisador:** Antonio Augusto Ferreira Carrioca

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 31540335.9.1001.5052

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.348.452

#### Apresentação do Projeto:

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999, busca melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população, para garantir o direito humano à alimentação adequada, através de ações que objetivam não apenas a promoção de práticas alimentares saudáveis e a redução do risco para ganho de peso e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, mas também o conhecimento e monitoramento, pelos gestores e pesquisadores, das práticas alimentares e das situações de saúde da população (BRASIL, 2008). As diretrizes da PNAN são organização da atenção nutricional; promoção da alimentação adequada e saudável; vigilância alimentar e nutricional; gestão das ações de alimentação e nutrição; participação e controle social; qualificação de profissionais; controle e regulação dos alimentos; pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição; cooperação e articulação para segurança alimentar e nutricional. De forma que, entre as diretrizes da PNAN encontra-se a vigilância alimentar e nutricional (diretriz número 3), que corresponde ao monitoramento contínuo e sistemático de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, assim como de seus fatores determinantes. Estas informações embasam o planejamento,

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-06, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
**Bairro:** Edson Queiroz **CEP:** 60.811-980  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-0866 **E-mail:** cep@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 4.048.452

monitoramento e gerenciamento de programas para melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população (BRASIL, 2008). Para que ocorra a vigilância alimentar e nutricional, as informações sobre a população podem decorrer de três diferentes vias: (1) dos sistemas de informação dos serviços de saúde; (2) da realização de inquéritos populacionais; ou (3) de estudos científicos (COUTINHO et al., 2009). Contudo, a realização periódica de inquéritos populacionais com avaliação do consumo alimentar e perfil antropométrico propicia a formação de séries temporais, essenciais para a identificação de mudanças no padrão dietético por estratos socioeconômicos e áreas geográficas (MONTEIRO et al., 2000). O consumo alimentar está associado com prevenção ou risco de doenças e por isso sua estimativa pode ser utilizada como importante fonte de informação para o planejamento de políticas públicas em nutrição (WOTWOK, 2000). Nesse sentido, para realização da vigilância alimentar e nutricional, criou-se o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sistema contínuo e sistemático para coleta de informações sobre perfil antropométrico e consumo alimentar e fatores associados da população brasileira (BRASIL, 2004). O Sistema permite diagnóstico da situação antropométrica e de marcadores do consumo alimentar para todas as faixas etárias.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Analisar a qualidade dos dados antropométricos e de consumo alimentar inseridos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e os principais desafios na perspectiva dos gestores, profissionais de saúde, usuários nas regiões do Brasil.

##### **Objetivo Secundário:**

1. Identificar a percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários sobre uso e qualidade dos dados propostos no SISVAN; 2. Identificar a usabilidade (ISO 9241-11) do SISVAN; 3. Analisar a qualidade de dados antropométricos e de consumo alimentar registrados no SISVAN considerando todas as faixas do curso da vida e propor estratégias para correção das possíveis distorções verificadas; 4. Estimar o número mínimo de pessoas a serem avaliadas no SISVAN para que as prevalências dos desvios nutricionais

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-50, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
**Bairro:** Edson Queiroz **CEP:** 60.811-995  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3256 **E-mail:** cosica@unifor.br





UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação de Projeto: 4.048.452

(minimamente desnutrição, sobrepeso e obesidade para todas as faixas do curso da vida) sejam representativas da população atendida na Atenção Primária à Saúde, e dos municípios, estados e

Distrito Federal, macrorregião e Brasil.5. Propor novos screeners para marcadores de consumo alimentar aplicados no SISVAN.6. Reviver modelo

teórico utilizado para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);7. Propor estratégias para melhoria da coleta e inserção dados no

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Possíveis constrangimentos às interlocuções.

**Benefícios:**

Acredita-se na melhoria da qualificação dos dados no SISVAN; a importância do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde para o

planejamento das ações de saúde e tomadas de decisões. Para a sociedade poderá contribuir com a melhoria na qualidade das ações e serviços

de saúde ofertados uma vez que proporcionará aproximações do trabalho dos gestores e profissionais de saúde;

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa na área de Saúde.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Comprovante de Recepção PB\_COMPROMISSO\_RECEPCAO\_1538440.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura anuencia\_UFMT.pdf

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de

Anuência

TCLE.doc

Declaração de Instituição e Infraestrutura anuencia\_fortaleza.pdf

Projeto Detalhado / Brochura Investigador Projeto\_Comite.docx

Declaração de Instituição e Infraestrutura anuencia\_acre.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura Termo\_de\_Compromisso\_a0\_Comite\_de\_Etica\_em\_Pesquisa.pdf

Endereço: Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala-30, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 80.611-000  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefones: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3666 E-mail: cotica@unifor.br



Continuação do Parecer: 4.048.452

Declaração de Instituição e Infraestrutura.Anuencia\_niteroi.pdf

Folha de Rosto folha\_da\_rosto.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura.anuencia\_mf.pdf

Comprovante de Recepção PB\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_1686265.pdf

Declaração de Instituição e Infraestrutura.Anuencia\_novo\_hamburgo.pdf

**Recomendações:**

Após a leitura da versão apresentada, não há recomendações ao projeto de pesquisa analisado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Colegiado recomenda a Aprovação ao projeto de pesquisa visto atender, na íntegra, às determinações da Resolução CNS/MS 466/12 e diretrizes.

**Considerações Finais e critério do CEP:**

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação do relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa; Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_163763_4_E2.pdf	29/09/2020 16:00:58		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_UPMT.pdf	29/09/2020 07:43:53	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Comite.docx	29/09/2020 07:43:43	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito
TCE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.doc	29/09/2020 07:43:28	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Compromisso_ao_Comite_d_e_Etica_em_Pesquisa.pdf	07/05/2020 17:28:39	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito

Endereço: Av. Washington Soares 1325, Bloco M Sala-36, Divisão de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 80.611-000  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3471-3122 Fax: (85)3471-0666 E-mail: cetic@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação de Parecer: 4.048.452

Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_mt.pdf	07/05/2020 17:28:18	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_fortaleza.pdf	07/05/2020 17:28:00	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_aore.pdf	07/05/2020 17:27:41	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_novo_hamburgo.pdf	16/04/2020 09:19:34	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_niteroi.pdf	16/04/2020 09:19:19	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	16/04/2020 09:18:53	Antonio Augusto Ferreira Carioca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 20 de Outubro de 2020

---

Assinado por:  
**ALDO ANGELIM DIAS**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Washington Soares 1321, Bloco M Sala 351, Diretoria de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Bairro: Edson Queiroz CEP: 60.811-965  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3656 E-mail: cositec@unifor.br