

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS-CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS EM SAÚDE – EaD

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UMA
REVISÃO NARRATIVA SOBRE A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS

ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO

AMANDA GONÇALVES SARTÓRIO

CACHOEIRA DO SUL, RS, BRASIL

2015

**SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UMA
REVISÃO NARRATIVA SOBRE A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Amanda Gonçalves Sartório

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organizações Públicas em Saúde EaD, da UFSM/ CESNORS, como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Dr^a Ethel Bastos da Silva

CACHOEIRA DO SUL, RS, BRASIL

2015

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organizações
Públicas em Saúde – EaD

A Comissão examinadora, abaixo assinada, aprova o Artigo de Conclusão de
Curso

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UMA REVISÃO
NARRATIVA SOBRE A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA EM MUNICÍPIOS
BRASILEIROS

Elaborado por Amanda Gonçalves Sartório

Como requisito parcial para a obtenção do grau de **Especialista em Gestão de**
Organizações Públicas em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Enf^a Dr^a Ethel Bastos da Silva
(Presidente/Orientadora – UFSM/CESNORS)

Prof^a. Ms Danusa Begnini
(Membro da banca – UFSM/CESNORS)

Prof^a. Ms Fernanda Sarturi
(Membro da banca – UFSM/CESNORS)

Cachoeira do Sul, 04 de Dezembro de 2015.

**SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UMA
REVISÃO NARRATIVA SOBRE A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

**MONITORING SYSTEM FOOD AND NUTRITION: A NARRATIVE
REVIEW ON SYSTEM USE IN BRAZILIAN MUNICIPALITIES**

**MONITOREO DE LA ALIMENTACIÓN DEL SISTEMA Y NUTRICIÓN:
UNA REVISIÓN NARRATIVA SOBRE EL USO DEL SISTEMA EN
MUNICIPIOS BRASILEÑOS**

Amanda Gonçalves Sartório^a

Ethel Bastos da Silva^b

^a Pós-graduação em Gestão de Organizações Públicas em Saúde – EaD/
Universidade Federal de Santa Maria/ Cachoeira do Sul, RS, BR.

^b Departamento de Ciências da Saúde/ Curso de Enfermagem/ Universidade Federal
de Santa Maria/Palmeira das Missões, RS, BR.

Autor correspondente:

Amanda Gonçalves Sartório

Aluna Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas em Saúde-EaD/ UFSM-
CESNORS

Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, 98300-000. Palmeira das Missões,
RS.

Fone/Fax: (55) 3742- 8884

E-mail: agsartorio@hotmail.com

**SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UMA
REVISÃO NARRATIVA SOBRE A UTILIZAÇÃO DO SISTEMA EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

**MONITORING SYSTEM FOOD AND NUTRITION: A NARRATIVE
REVIEW ON SYSTEM USE IN BRAZILIAN MUNICIPALITIES**

**MONITOREO DE LA ALIMENTACIÓN DEL SISTEMA Y NUTRICIÓN:
UNA REVISIÓN NARRATIVA SOBRE EL USO DEL SISTEMA EN
MUNICIPIOS BRASILEÑOS**

RESUMO

Objetivo: apresentar uma revisão de artigos sobre a utilização do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) em municípios brasileiros, descrevendo esta realidade e a forma como o sistema vem sendo executado. **Método:** revisão narrativa de literatura, realizada a partir de pesquisa de artigos no banco de dados “SCIELO”. Foram incluídos catorze artigos nesta revisão. **Resultados:** duas grandes temáticas em comum foram observadas: a cobertura do SISVAN e a capacitação de profissionais envolvidos. **Considerações finais:** constatou-se que a maior cobertura do sistema está entre as crianças e existe uma forte vinculação a programas sociais, denotando que o SISVAN ainda está em fase inicial de implantação nos municípios. A capacitação/sensibilização dos profissionais envolvidos e gestores figura como ponto crucial para o sucesso na implementação e utilização do SISVAN em todo seu potencial.

Descritores: “vigilância em saúde pública”; “vigilância alimentar e nutricional”; “sistemas de informação”

ABSTRACT

Objective: to present a review of articles on the use of food and nutrition surveillance system (SISVAN) in municipalities, describing this reality and the way the system is running. **Method:** literature narrative review, carried out from research articles in the database "SCIELO". Fourteen articles were included in this review, analyzed qualitatively. **Results:** two major themes in common were observed: the coverage of SISVAN and training of the professionals involved. **Final thoughts:** it was found that most system coverage is among the children and there is a strong attachment to social programs, indicating that the SISVAN is still in early stages of implementation in municipalities. The training / awareness of those involved and professional managers figure as a crucial point for the successful implementation and use of SISVAN to its full potential.

Descriptors: " Public health surveillance"; "Food and nutrition surveillance"; "information systems"

RESUMEN

Objetivo: presentar una revisión de artículos sobre el uso del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN) en los municipios, que describe esta realidad y la forma en que el sistema está funcionando. **Método:** revisión narrativa literatura, llevado a cabo a partir de artículos de investigación en la base de datos "SCIELO". Catorce artículos fueron incluidos en esta revisión, se analizaron cualitativamente. **Resultados:** dos temas principales en común fueron observados: la cobertura de SISVAN y de formación de los profesionales implicados. **Consideraciones finales:** se encontró que la mayor cobertura del sistema es uno de los niños y hay un fuerte apego a los programas sociales, lo que indica que el SISVAN está todavía en las primeras etapas de ejecución en los municipios. La formación / sensibilización de los gestores y profesionales involucrados figura como un punto crucial para la exitosa implementación y uso de SISVAN en todo su potencial.

Descriptores: "vigilancia de la salud pública"; "La vigilancia alimentaria y nutricional"; "sistemas de información"

INTRODUÇÃO

A história do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no Brasil tem início nos anos 70, após a Conferência Mundial de Alimentos, realizada em Roma, no ano de 1974. Esta Conferência aprovou que seus países membros estabelecessem sistemas de vigilância alimentar e nutricional ¹.

Entretanto, somente a partir de 1990, com a publicação da Lei Orgânica da Saúde, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), houve a incorporação das ações de vigilância nutricional e orientações alimentares ao sistema de saúde e as tentativas, até então frustradas, de implementação do SISVAN começou a sair do papel ^{1,2}.

Em sua concepção, a vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua e no prognóstico da situação alimentar e nutricional da população brasileira e seus determinantes

“ A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS.” (PNAN, 2012, P. 35)

Desde então, a legislação brasileira tem buscado fortalecer o SISVAN em todo o território nacional. Em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em sua terceira diretriz, já apontava que o SISVAN devia ser incorporado às rotinas de atendimento na rede básica de saúde³. A atualização da PNAN, no final de 2011, reforçou a importância da vigilância alimentar e nutricional para a organização da atenção nutricional no SUS⁴.

Em 2004, a Portaria 2246/MG, de 18 de outubro institui as orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do SUS, em todo território nacional⁵.

No intuito de aprimorar as funcionalidades do SISVAN, em 2008 foi lançado o sisvan-web, sua versão *on line*, que engloba as curvas de crescimento da OMS e ferramentas para avaliação dos marcadores de consumo alimentar para todas as faixas etárias⁴.

Ainda na busca pela inserção do sistema na rotina do atendimento à população, o SISVAN foi vinculado a diversos programas sociais. “Leite é saúde”, Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) e, mais recentemente, o Programa Bolsa Família, são exemplos de programas sociais que foram vinculados à execução do SISVAN, pois se entende que esta é uma ferramenta relevante na identificação e acompanhamento de crianças em risco nutricional⁴.

A situação alimentar e nutricional, da população brasileira, sofreu modificações desde a década de 70, apresentando diferenças consideráveis entre nossa população, com quadros tanto de desnutrição quanto de obesidade⁴. Esta transição nutricional tem apontado para a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados à alimentação³.

Neste sentido não só o diagnóstico e tratamento são fundamentais, como também são necessárias ações de prevenção e promoção à saúde, pois são estas

que poderão evitar os agravos e a morbidade relacionados às doenças, cujo tratamento e prevenção estão relacionados à alimentação. Isto favorece uma melhor qualidade de vida à população e colabora para a redução da necessidade de tratamentos de maior complexidade posteriormente ⁶.

Vários estudos fazem uma revisão de literatura acerca das questões que envolvem o processo de implantação e utilização do sistema de vigilância alimentar e nutricional nos municípios brasileiros. Procurando descrever esta realidade e a forma como o SISVAN vem sendo executado que o presente estudo apresenta uma revisão de artigos brasileiros que abordam esta temática.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão de abordagem narrativa. A revisão narrativa é uma pesquisa bibliográfica ampla, adequada para descrever e analisar um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual ⁷.

Para o levantamento de dados, foi realizada pesquisa nos bancos de dados SCIELO *on line*, com a utilização das palavras “vigilância nutricional”, “vigilância alimentar e nutricional” e “SISVAN”. A coleta de dados aconteceu nos meses de setembro e outubro de 2015, encontrando 65 resultados.

Foram incluídos neste estudo todos os artigos com a temática sobre o SISVAN em território nacional, escrito em língua portuguesa, disponível na íntegra, com recorte temporal a partir do ano de 2004, ano de publicação da portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004, que instituiu as orientações básicas para a implementação das ações do sistema de vigilância alimentar e nutricional no âmbito das ações básicas de saúde no SUS.

Foram utilizados como critérios de exclusão teses, dissertações e artigos com resumo não disponível ou incompleto nos banco de dados, artigos em duplicidade e artigos publicados fora do recorte temporal. Desta forma ficaram incluídos na amostragem desta revisão catorze estudos.

Para apresentação dos estudos selecionados foi elaborado um quadro sinóptico (Quadro 1) e a análise dos artigos da amostra deste estudo foi realizada qualitativamente, a partir da leitura dos artigos, classificando-os por aproximação e similaridade dos temas abordados e diante disso foram divididos em duas grandes categorias: a “Cobertura do SISVAN” e a “Capacitação dos profissionais envolvidos”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os temas encontrados em debate nos artigos selecionados foram amplos, uma vez que mesmo abordando um assunto específico os artigos mencionavam, também, outros aspectos relevantes no tocante à utilização do sistema nos municípios.

Para apresentação dos artigos da amostragem deste artigo, segue o quadro sinóptico abaixo.

Quadro 1:

TÍTULO	ABORDAGEM METODOLÓGICA	REGIÃO DO PAÍS	CENÁRIO	PARTICIPANTES	ANO
A1- Sistema de vigilância alimentar e nutricional na implementação do programa leite é saúde: avaliação em municípios baianos.	Estudo qualitativo	Bahia	UBS	Município do interior da Bahia	2004
A2- Sistema de vigilância alimentar e nutricional/ SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses.	Estudo transversal	Diadema, SP	UBS	Crianças menores de 24 meses.	2015
A3-Diagnóstico e	Estudo transversal	Pinhais/PR	Grupos sócios-culturais de	Adultos e idosos	2008

monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba/ PR	descritivo		paróquias		
A4- Sistema de vigilância alimentar e nutricional no estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças.	Estudo qualiquantitativo	Municípios do estado de São Paulo	UBS	Crianças menores de cinco anos	2007
A5- Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do sistema de vigilância alimentar e nutricional no Brasil.	Estudo qualitativo	Rio de Janeiro	Laboratório de antropometria para formação de RH	Experiências bem-sucedidas do laboratório	2012
A6- Vigilância alimentar e nutricional para povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde.	Estudo qualitativo	Distrito Federal	Departamento de saúde indígena	População indígena	2012
A7- O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar	Estudo descritivo	Minas Gerais	Municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte/ MG	Crianças menores de 24 meses	2013

Saudável.					
A8- Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do NASF e do componente alimentação e nutrição.	Estudo descritivo	Alagoas	Dados cadastrados no MS através de programas DATASUS, CNES, SISVAN-Web, PNSF e vit. A	Municípios do estado de AL	2014
A9- SISVAN em crianças do Rio Grande do Sul: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados.	Estudo transversal descritivo	Rio Grande do Sul	19 CRS do estado	Crianças atendidas nas UBS	2011
A10- Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	Estudo de delineamento ecológico	Rio Grande do Sul	19 CRS do estado	Indivíduos acompanhados pelo sistema SISVAN-Web	2014
A11- Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no estado de São Paulo, Brasil.	Estudo quantitativo	São Paulo	Municípios do estado	Amostragem de 10% do total dos municípios de SP	2014
A12- Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional indígena e prevalência de desvios nutricionais em crianças yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil.	Estudo transversal descritivo	Norte do Brasil (Amazônia)	Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEI – Yanomami)	Crianças indígenas	2014
A13- A	Estudo descritivo	Território	---	Histórico das	

organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no SUS: histórico e desafios atuais.	com abordagem qualitativa	nacional		ações de VAN no Brasil	2009
A14- Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos em Mato Grosso do Sul, 2002-2011.	Estudo de delineamento ecológico	Mato Grosso do Sul	Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI/MS)	Crianças indígenas menores de 5 anos	2014

CARACTERIZAÇÃO GERAL:

Seis artigos (42,85%) abordaram a cobertura do sistema em crianças (A2, A4, A7, A9, A12 e A13)⁸⁻¹³, cuja faixa etária variou dos zero aos dez anos. Outros cinco artigos (35,7%) não tratavam especificamente, mas observaram uma maior cobertura do SISVAN no público infantil (A1, A3, A8, A10, A11 e A18)¹⁴⁻¹⁸. Dois artigos (14,28%) estudaram a aplicação do SISVAN em crianças indígenas (A12, A14)¹²⁻¹³ e um (7,14%) relatou a construção do SISVAN indígena (SISVAN-I) dentro do subsistema de saúde indígena (A6)¹⁹. Cinco artigos (35,71%) mencionaram em seus estudos a relação do SISVAN com programas sociais (A7, A12, A1, A8, A11)^{10,12,14,16,18}. Sobre o percentual de cobertura do SISVAN, três artigos (21,42%) trataram esse tema em suas dissertações, de forma mais genérica, sem enfoque a grupos populacionais (A8, A11)¹⁶⁻¹⁸. Ao avaliar o item “capacitação de profissionais envolvidos” sete artigos (50%) analisaram este tema em seus estudos (A4, A7, A9, A12, A11, A5 e A13)^{9-12,18,20-21}.

Cabe aqui ressaltar que um mesmo artigo pode ter mencionado um ou mais dos itens citados acima.

Quanto à abordagem metodológica, são seis artigos (42,8%) com estudo transversal/ descritivo (A2, A3, A7, A8, A9, A12)^{8,10-12,15,16}, quatro estudos (28,6%) de abordagem qualitativa (A1, A6, A5, A13)^{14,19,20,21}, dois estudos (14,3%) de

delineamento ecológico (A14, A10)^{13,17}, um artigo (7,1%) de abordagem quantitativa (A11)¹⁸ e um artigo (7,1%) de abordagem quali-quantitativa (A4)⁹.

A maioria dos artigos foi produzida na região sudeste do país (35,7%), com cinco estudos (A4, A7, A1, A11, A5)^{9,10,14,18,20}, seguida pela região sul (21,4%), com três artigos (A9, A3, A10)^{11,15,17}; região nordeste (14,3%), com dois artigos (A2, A8)^{8,16}; centro-oeste (14,3%) com dois artigos A14, A6)^{13,19}; região norte (7,1%), uma publicação (A12)¹² e, também, uma publicação (A13)²¹ que abrangeu todo o território nacional (7,1%).

O período em que ocorreram as publicações destes artigos é bastante variado, sendo uma publicação em cada um dos anos de 2004, 2007, 2008, 2009, 2011, 2013 e 2015 (A2, A4, A9, A1, A3, A13)^{8-9,11,14,15,21}. Já em 2012, foram duas publicações (A6, A5)¹⁹⁻²⁰ e, em 2014, cinco artigos publicados (A12, A14, A8, A10, A11)^{12-13,16-18}.

Também no quesito local/cenário dos estudos, houve uma variação grande. Unidades Básicas de Saúde (A2, A4, A1)^{8,9,14}, Superintendência/Coordenadorias Regionais de Saúde (A7, A9, A10)^{10,11,17} e Departamento/Distritos de Saúde Indígena (DSEI) (A12, A14, A6)^{12,13,19} foram as que tiveram maior prevalência nos estudos analisados, figurando como cenário de três estudos cada. Outros locais que serviram de cenário para os estudos foram Cadastros municipais através de programas do Ministério da Saúde (A8)¹⁶, laboratório de antropometria de uma universidade (A5)²⁰, grupo sociocultural paroquial (A3)¹⁵ e, por fim, local/cenário não identificado ou não definido (A11, A13)^{18,21}.

Os participantes dos estudos foram: população em geral (A8, A10, A11)¹⁶⁻¹⁸, adultos/idosos (A3)¹⁵, crianças(A2, A4, A7, A9)⁸⁻¹¹, população indígena (A12, A14, A6)^{12-13,19}, município participante de programa social (A1)¹⁴, experiências de laboratório (A5)²⁰ e revisão de literatura (A13)²¹.

COBERTURA DO SISVAN

A cobertura do SISVAN foi tema abordado em doze artigos (A1, A2, A3, A4, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A14)⁸⁻¹⁹. Percebe-se que os municípios iniciam a implantação e utilização do sistema pelo monitoramento das crianças.

Nesse aspecto, há municípios que avaliam as práticas alimentares (A2)⁸, entretanto, a avaliação antropométrica ainda é a forma de acompanhamento mais realizada nos municípios que utilizam o sistema (A4, A9, A12, A14)^{9,11-13}. Mesmo alguns estudos, cujo enfoque não era o público infantil, constatam que a cobertura e o acompanhamento do SISVAN são mais frequentes em crianças e gestantes (A8, A10, A11, A12)^{12,16-18}.

Ainda houve estudos que se dedicaram a avaliar a cobertura do SISVAN na população infantil indígena (A12, A14, A6)^{12-13,19}. Outros analisaram o percentual de cobertura como um todo, não evidenciando faixas etárias de maior cobertura (A3)¹⁵.

Entre os estudos que abordaram a cobertura do SISVAN em crianças, a análise das práticas alimentares em menores de 24 meses encontrou baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses e consumo inadequado de nutrientes conforme faixa etária nas crianças entre seis e 23 meses (A2)⁸.

O SISVAN utiliza-se de formulários próprios para a avaliação do consumo alimentar infantil que busca caracterizar esse consumo por faixa etária. Para os menores de seis meses, o objetivo é verificar a prática de aleitamento materno. Entre os seis meses e dois anos, o protocolo do SISVAN enfatiza a introdução de alimentos na dieta infantil. Já para as crianças maiores de dois anos até os cinco anos, o protocolo SISVAN prioriza a avaliação das práticas alimentares que devem estar de acordo com a alimentação da família^{6,22}.

Estudo realizado no estado de São Paulo faz uma análise interessante sobre a implantação do sistema, anterior a criação do SISVAN-Web e cuja intenção era sistematizar e favorecer o gerenciamento das informações nutricionais. O projeto iniciou utilizando-se da avaliação de crianças menores de cinco anos e verificou um número expressivo de acompanhamento destas, embora a alimentação irregular do

sistema acabasse por prejudicar uma análise eficaz dos dados. Porém, com o passar dos anos o sistema foi sendo melhor aproveitado, apresentando uma utilização crescente do mesmo (A4)⁹.

No Rio Grande do Sul, análise realizada utilizando o ano-base 2006, verificou uma cobertura de 10,5% para as crianças de zero a dez anos. Embora este percentual seja considerado muito baixo, o estado foi considerado o que obteve o melhor percentual de cobertura entre seus municípios com SISVAN implantado para esta faixa etária no período estudado (A9)¹¹.

Esta característica é corroborada por vários estudos na literatura e outros municípios do Brasil também apresentam uma maior cobertura do sistema na população infantil. O município de Pedra/ PE, que implantou o SISVAN em 2007, realiza monitoramento exclusivo de crianças menores de cinco anos e gestantes ²³.

A prática da implantação do sistema a partir do monitoramento de crianças, gestantes e lactantes, observada em municípios brasileiros, é comum em diversos outros países da América latina. O fato de se tratar de uma população altamente vulnerável aos agravos nutricionais e, também, por estar mais frequentemente presente nas unidades de saúde, facilita a coleta e o monitoramento dos dados destes indivíduos e explica a predileção pela escolha ²⁴.

Ainda em 1993, um estudo publicado apontava a problemática do SISVAN, ao se limitar ao registro de informações antropométricas de crianças, citando que o procedimento seria válido como ponto de partida, mas deveria estar associado à análise de outros fatores, inclusive o consumo de alimentos – que hoje já é realidade no sistema - a fim de aperfeiçoar os dados para que pudesse aferir os determinantes de maior relevância da situação alimentar e nutricional da população²⁵.

O processo de construção do SISVAN no subsistema indígena foi foco de um dos estudos analisados na amostra e concluiu que o reconhecimento das deficiências nutricionais nas crianças indígenas é uma questão importante e merecedora de enfrentamento. Citando, inclusive, o caso da Reserva da Guarita, no

Rio Grande do Sul, que em 2001 enfrentou a perda de suas crianças indígenas, cujos óbitos foram associados à desnutrição (A6)¹⁹.

Na busca pela solução desta questão, a partir de 2006 o SISVAN indígena (SISVAN-I) passou a fazer parte do subsistema de saúde indígena para subsidiar políticas, programas e intervenções no âmbito da alimentação e nutrição desta população²⁶.

Ao avaliar o SISVAN junto à comunidade indígena Yanomami, com crianças menores de cinco anos, observou-se um percentual de cobertura de 27,7%. Ao mostrar, em números reais, o registro de 20 crianças em um universo estimado de 2000 crianças para a faixa etária analisada, os autores concluíram que houve uma cobertura muito abaixo do esperado (A12)¹².

“ O monitoramento contínuo do estado nutricional dos povos indígenas permanece como imenso desafio para gestores e executores do subsistema de Atenção à Saúde Indígena.” (Pantoja LN, Orellana JDY, Basta PC, 2014, p. 60)

Este mesmo estudo também demonstrou que as zonas indígenas apresentam muitas dificuldades de ordem logística e administrativa, o que dificulta o acesso das equipes de saúde, além do fato de algumas comunidades apresentarem elevada mobilidade, se deslocando para outros locais em busca, principalmente, de recursos naturais dispersos no território. Outro ponto levantado pelo estudo se refere à alta rotatividade dos profissionais que integram as equipes, uma vez que a capacitação dos mesmos é parte fundamental para o sucesso na coleta de dados.

Por outro lado, no Mato Grosso do Sul, os dados de cobertura do SISVAN mostraram um aumento considerável na cobertura do sistema entre indígenas menores de cinco anos, que passou de 82% em 2002 para 97% em 2011, concomitantemente com a queda na prevalência do baixo peso, de 16% para 6,5% no período (A14)¹³.

“Contribuiu para esse resultado a reorientação dos serviços de saúde no estado, com aumento e qualificação de suas ESFI a partir de 2002, expandindo a assistência da Saúde da Família Indígena com forte ênfase na nutrição infantil e subsídio a intervenções precoces. Os avanços da saúde obtidos a partir da criação do Subsistema de Saúde Indígena, com melhorias nos principais indicadores de saúde, associados a outras ações, mesmo que paliativas, como a inserção de muitas famílias indígenas em

programa de transferência de renda ou doação de cestas de alimentos—concorreram para a redução dos índices de desnutrição e mortalidade infantil nessa população.” (Silva OLO, Lindemann IL, Prado SG, Freitas KC, Souza AS, 2014, p. 544).

Como já descrito anteriormente, cinco artigos citam a relação da cobertura e/ou utilização do SISVAN com programas sociais, citando principalmente o Programa Bolsa Família (A7, A9, A1, A8, A11)^{10-11,14,16,18}. Entretanto, dois estudos enfocam especificamente a relação do SISVAN com algum programa social (A7, A1)^{10,14}.

Um destes estudos avaliou a cobertura do SISVAN na implementação do programa “Leite é Saúde”, uma vez que a adesão ao SISVAN era pré-requisito para a contemplação/manutenção do programa nos municípios. Os resultados apontaram baixa cobertura, pois a maioria dos municípios baianos que aderiram ao Programa “Leite é Saúde” não tinham o SISVAN implantado em seus municípios, demonstrando que a implementação do mesmo ainda encontrava-se em fase inicial, sem que os dados obtidos pudessem servir de base tanto para diagnóstico quanto como instrumento gerencial (A1)¹⁴.

Já em 2013, outra análise da cobertura do SISVAN junto a um programa social, desta vez a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável no estado de Minas Gerais, entre crianças menores de 24 meses, verificou que a cobertura do SISVAN variou entre 4,3% e 10,7% no período analisado. Além da baixa cobertura apurada, também houve uma irregularidade no número de crianças acompanhadas mensalmente, o que impede, inclusive, a utilização adequada dos dados gerados (A7)¹⁰.

Ao analisar o percentual de cobertura do SISVAN, verificou-se que este percentual varia conforme a faixa etária, sendo mais expressivo em crianças de zero a dez anos (A7)¹⁰.

Estudo referente à cobertura populacional em geral do sistema no estado de São Paulo mostra que mais da metade das regiões apresenta cobertura populacional abaixo de 10% e, mesmo, ao analisar especificamente os beneficiários do Programa Bolsa Família este percentual manteve-se entre 5% e 10% (A11)¹⁸.

No estado do Rio Grande do Sul, em 2010, análise da cobertura geral do sistema nas Coordenadorias Regionais de Saúde mostrou cobertura média populacional de 1,8%. A 13ª CRS recebeu destaque ao apresentar a melhor média populacional, com 6% de cobertura. Estes valores, porém, aumentaram significativamente quando se analisou a população infantil até dez anos de idade, com percentuais de 25% para crianças entre zero e cinco anos e 26% para a faixa etária entre cinco e dez anos, na mesma 13ª CRS (A10)¹⁷.

Todos os estudos analisados apontam para uma crescente cobertura do sistema, entretanto também são unânimes em afirmar que estes percentuais ainda são considerados muito baixos (A2, A4, A7, A9, A12, A14, A1, A3, A8, A10, A11, A6, A13)^{8-19,21}.

Vários fatores parecem estar relacionados a esta baixa cobertura, entre os quais, a falta de planejamento local e de valorização das ações de vigilância alimentar e nutricional e seu uso como suporte gerencial local, a complexidade do sistema frente às condições institucionais, a subestimação da estrutura física e de recursos humanos necessários à operacionalização do sistema localmente, a falta de priorização política e a multiplicidade de atividades nas UBS(A9, A10, A11)^{11,17-18}. Outros fatores, como a insuficiência e falta de manutenção dos equipamentos antropométricos, a sobrecarga de trabalho ou mesmo ausência de profissional para este trabalho e internet lenta colaboram para a baixa cobertura do SISVAN²⁷.

A maior cobertura entre as crianças pode ser explicada pela utilização do SISVAN junto aos beneficiários de programas sociais, especialmente o Programa Bolsa Família e pelo fato de o grupo materno-infantil ser considerado prioritário pelo protocolo do SISVAN para iniciar as ações de vigilância alimentar e nutricional (A9, A11)^{6,11,18}. Este fator, em si, leva o estudo a concluir que o SISVAN ainda encontra-se em fase inicial de implantação.

A vinculação do SISVAN a outros programas, em especial a programas sociais é prática recorrente. Nos anos 2000, municípios do estado de São Paulo interessados em aderir ao Plano de Combate às Carências Nutricionais (ICCN), do Ministério da Saúde, para atender crianças desnutridas e em risco nutricional,

precisavam implantar o SISVAN como exigência para receberem os recursos do ICCN ²⁸.

Estudo publicado em 2006 afirma que 80,9% dos municípios pesquisados estão realizando o programa Bolsa Família por meio do SISVAN, corroborando os dados apresentados até aqui. O cadastramento no programa foi, inclusive, descrito como uma das estratégias utilizadas para a captação de indivíduos para o monitoramento nutricional ²⁹.

No interior de Pernambuco, o município de Pedra iniciou a implementação do SISVAN em 2007 e, até hoje, mantém cadastrados no sistema somente os beneficiários do programa Bolsa Família no município ²³.

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GESTORES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SISVAN

A capacitação e sensibilização de profissionais de saúde e gestores para a adequada implementação do SISVAN foi tema recorrente em sete estudos (A4, A7, A9, A12, A11, A5, A13) ^{9-12,18,20-21}.

Considerado um grande desafio a ser vencido, a capacitação dos profissionais de saúde para a correta aferição dos dados a serem coletados, além do seu correto registro é fator essencial para a confiabilidade dos dados gerados (A13)²¹, além de capacitar aqueles profissionais de áreas específicas, como os que trabalham com a população indígena, uma vez que esses profissionais apresentam uma alta rotatividade, além de trabalharem na coleta de dados em condições adversas, evitando que estes dados apurados sejam implausíveis (A12) ¹².

Mais de 47% dos municípios da região metropolitana de Belo Horizonte/MG não haviam realizado capacitação ou não sabiam informar sobre a realização de capacitação para a implantação do SISVAN (A7)¹⁰.

As capacitações deveriam ter caráter permanente na estruturação local do SISVAN. Tratando, periodicamente sobre a importância do cuidado durante a coleta de dados antropométricos para o correto diagnóstico nutricional individual e coletivo, revisão das técnicas corretas de medição (peso/estatura/perímetro cefálico), além da padronização dos procedimentos adotados em situações não usuais e a prática da aferição das medidas (A5) ²⁰.

A capacitação do corpo profissional para a realização da avaliação antropométrica e a padronização da referência utilizada para esta avaliação melhora a qualidade das informações e comparabilidade dos dados gerados (A5, A13) ²⁰⁻²¹.

Além disso, a sensibilização do gestor para a importância das ações de vigilância alimentar e nutricional, no contexto da saúde, parece ser fator decisivo para o processo de implementação do SISVAN e de seu sucesso. Atualmente, a gestão municipal, em geral, prioriza a alimentação de sistemas vinculados ao recebimento de recursos financeiros ao município, fazendo com que a utilização do SISVAN fique em segundo plano (A7, A11) ^{10,18}.

Na tentativa de mudar esta realidade, o governo federal instituiu a partir de 2006, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que o SISVAN deve se alimentado regularmente, sob o risco de suspensão dos repasses do Piso da Atenção Básica aos municípios ³⁰.

Outros fatores, como a troca de experiências, o conhecimento de novas realidades, dúvidas e sugestões podem tornar o processo de assimilação da relevância do SISVAN e da necessidade da realização das ações de vigilância alimentar e nutricional algo mais próximo da realidade dos municípios e da visão dos gestores e políticos (A5) ²⁰.

A necessidade de capacitação em gestão para que o SISVAN torne-se, de fato, instrumento para a tomada de decisões estratégicas de alimentação e nutrição na atenção básica, passa pela conscientização dos profissionais envolvidos neste processo uma vez que estudos demonstram que muitos profissionais não dão a devida importância às informações geradas pelo SISVAN para orientar a gestão municipal ²⁷.

Relato de experiência da operacionalização do sistema em Juazeiro do Norte, CE, mostra que, mesmo fazendo parte inicial do processo de implementação do SISVAN, a capacitação das equipes e profissionais não foi suficiente para a adesão de todas as equipes ao projeto, o que somado a outros fatores como falta de equipamentos e recursos humanos inviabilizou a utilização do SISVAN em toda a sua potencialidade para a produção de indicadores epidemiológicos para a elaboração de políticas de promoção da saúde e prevenção de doenças e seus agravos ³¹.

O relato de experiência na implementação do SISVAN no município de Assis/SP cita a alta rotatividade dos profissionais já capacitados no serviço como uma das dificuldades para o bom andamento do processo de implementação e utilização do sistema ²⁸.

De acordo com a portaria 2.246/2004, são de responsabilidade das secretarias de saúde, nos âmbitos estadual e municipal, a implantação e a supervisão das ações do SISVAN, sendo recomendada, preferencialmente, a coordenação do nutricionista ⁵. A equipe básica necessária para a coleta e registro das informações do SISVAN são os profissionais das Estratégias Saúde da Família (ESFs) e/ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e digitador ³⁰.

Além da equipe básica, as orientações para a implementação do SISVAN nos municípios indicam que as capacitações para o uso do sistema e avaliação das medidas antropométricas e dos marcadores de consumo alimentar devem ser realizadas com a frequência necessária a suprir a demanda conforme atualização ou rotatividade dos profissionais ³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão possibilitou identificar os principais aspectos relacionados à implantação e utilização do SISVAN nos municípios brasileiros.

A maioria dos estudos foi realizada na região sudeste e sul do país, utilizando, principalmente as unidades básicas de saúde (UBS) como local da pesquisa.

As temáticas abordadas em comum foram cobertura do sistema e capacitação dos profissionais envolvidos em sua execução. Quanto à cobertura verificou-se que a maioria dos estudos identificou uma maior prevalência do acompanhamento de crianças na faixa etária dos zero aos dez anos, incluindo estudos específicos com a população infantil indígena. Outros aspectos relacionados à cobertura do SISVAN apontados nas produções estudadas estão a integração do sistema a programas sociais, além da análise do percentual de cobertura do sistema, de forma geral, ou seja, sem identificar grupo com maior ou menor prevalência de acompanhamento.

Em relação à capacitação dos profissionais envolvidos, o ponto comum foi a abordagem sobre a necessidade de priorização desta questão, tanto para a capacitação do profissional que atuará *in loco*, quanto para a sensibilização do gestor, contribuindo para o entendimento da relevância do SISVAN e permitindo que o sistema passe a integrar de modo efetivo a rotina de saúde dos municípios.

É perceptível, a partir desse estudo, que o SISVAN trata-se de um sistema ainda considerado complexo pelos municípios, que demanda a disponibilidade de equipe suficiente em quantidade e qualificada para a realização do trabalho, o que, de fato, precisa atenção e preparação por parte do município.

A forte vinculação do sistema a programas sociais reflete na maior cobertura sobre a população beneficiária destes programas. Isto demonstra que o SISVAN ainda encontra-se em fase inicial de implementação, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, que prioriza os programas sociais como um dos grupos vulneráveis que necessitam acompanhamento por meio do SISVAN. Contudo, é possível perceber que, mesmo os municípios que fazem este acompanhamento não conseguem realizar a análise posterior dos dados coletados, para que, finalmente, possam servir de subsídio para a tomada de decisões e planejamento de ações na área de alimentação e nutrição. Todos os estudos presentes nesta revisão foram unânimes em afirmar que o SISVAN, da forma como vem sendo executado, não cumpre plenamente sua função e não é utilizado em todo seu potencial.

Esta baixa resolutividade pode ser explicada, em parte, pela baixa adesão dos gestores e sua compreensão sobre a importância do sistema enquanto predição

das condições nutricionais da população e do quanto isto é relevante para a prevenção de agravos das doenças e para a promoção da saúde. Estes são dois aspectos do serviço de saúde que ainda parece sofrer certa resistência dos gestores para sua plena execução. Outro ponto observado que parece estar relacionado diretamente com a baixa resolutividade do sistema é o número insuficiente de profissionais, que realizam inúmeras atividades, o que dificulta, naturalmente, a inserção de uma nova atividade em suas rotinas.

A considerar a evolução da saúde no país, bem como suas prioridades, a inserção de programas e ações de cunho preventivo é algo relativamente novo. A lei SUS, de 1990, amplia a concepção de saúde para algo muito além do paliativo ou curativo. Prioriza a prevenção. E este é um novo enfoque que ainda precisa ser trabalhado e inserido no dia a dia da população e, também, dos profissionais de saúde. Incentivar o cuidado, educar para prevenir são tarefas muito mais complexas do que pode parecer. O SISVAN faz parte dessa nova concepção de saúde e precisa ser trabalhado com cuidado e consciência para que seja incorporado definitivamente nas rotinas de saúde.

Percebe-se que este é um campo aberto ao estudo, ainda que esta revisão tenha como fator limitante o uso restrito de artigos, com busca em apenas uma base de dado. Entretanto, ainda assim, foi possível visualizar as tendências no tocante ao processo de implementação e utilização do SISVAN, respondendo à questão norteadora desta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro IRR. Vigilância Alimentar e Nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
2. Brasil. Lei 8080, de 17 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção básica. Ministério da Saúde, 2015.
5. Brasil. Portaria nº2.246/ 2004, de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga as orientações para implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito das ações básicas do SUS em todo território nacional. DOU. 2004, out.18; sec 1: 28-9.
6. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61 p.
7. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paul Enferm., 2007; 20 (2): v-vi.
8. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Novaes CRL, Gimeno SGA. Sistema de vigilância alimentar e nutricional/ SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. Ciência & Saúde Colet., 2013, 20(3): 727-38.
9. Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Stefanini MLR. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no estado de São Paulo: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 2007; 7 (2): 213-20.
10. Ferreira CS, Cherchiglia ML, César CC. O sistema de vigilância alimentar e nutricional como instrumento de monitoramento da estratégia nacional para a alimentação complementar saudável. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 2013; 13 (2): 167-77.
11. Damé PKV, Pedroso MRO, Marinho CL, Gonçalves VM, Duncan BB, Fisher PD, *et al.* Sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) em crianças do Rio

Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. *Cad. Saúde Públ.*, 2011; 27 (11): 2155-65.

12. Pantoja LN, Orellana JDY, Leite MS, Basta PC. Cobertura do sistema de vigilância alimentar e nutricional indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2014; 14 (1): 53-63.

13. Silva OLO, Lindemann IL, Prado SG, Freitas KC, Souza AS. Vigilância alimentar e nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, 2002 – 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, 2014; 23 (3): 541-46.

14. Santana LAA, Santos SMC. Sistema de vigilância alimentar e nutricional na implementação do programa “Leite é saúde”: avaliação em municípios baianos. *Rev. Nutr.*, 2004; 17 (3): 283-90.

15. Bassler TC, Lei DML. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR). *Rev. Nutr.*, 2008; 21 (3): 311-21.

16. Silva MAP, Menezes RCE, Oliveira MAA, Longo-Silva G, Asakura L. Atenção básica em Alagoas: expansão da estratégia saúde da família, do NASF e do componente alimentação e nutrição. *Saúde Deb.*, 2014; 38 (103): 720-32.

17. Jung NM, Bairros FS, Neutzling MB. Utilização e cobertura do sistema de vigilância alimentar e nutricional no estado do Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Colet.*, 2014; 19 (5): 1379-88.

18. Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM. Cobertura populacional do sistema de vigilância alimentar e nutricional no estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Colet.*, 2014 19 (5): 1543-51.

19. Caldas ADR, Santos RV. Vigilância alimentar e nutricional para povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. *Physis Rev Saúde Colet.*, 2012; 22 (2): 545-65.

20. Bagni UV, Barros DC. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do sistema de vigilância alimentar e nutricional no Brasil. *Rev Nutr.*, 2012; 25 (3): 393-402.
21. Coutinho JG, Cardoso AJC, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC, *et al.* A organização da vigilância alimentar e nutricional no sistema único de saúde: histórico e desafios atuais. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2009; 12 (4): 688-99.
22. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em outubro de 2015. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf].
23. Silva GM. Projeto para a implementação das ações do SISVAN do município de Pedra/ PE. [monografia]. Recife, PE: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Acesso em set.out/ 2015. Disponível em [cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011silva-gm.pdf].
24. Pedroso MRO. Sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN): uma revisão na América Latina e Brasil. [monografia]. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS, 2010. Acesso em set.out/ 2015. Disponível em [www.lume.ufrgs.br/handle/10183/28185].
25. Batista-Filho M, Rissin A. Vigilância alimentar e nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades. A VAN no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, 1993; 9 (supl1): 99-105.
26. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
27. Rolim MD, Lima SML, Barros DC, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Colet.*, 2015; 20 (8): 2359-69.

28. Boletim do Instituto de Saúde – BIS. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no estado de São Paulo. Nº26, abr/ 2002. Acesso em out./ 2015. Disponível em [www.saude.sp.gov.br].
29. Fagundes AA. Avaliação da implementação do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN no Brasil [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília – UNB; 2006. Acesso em set/ 2015. Disponível em: [<http://repositorio.unb.br/handle/10482/5196>]
30. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Ministério da Saúde-Coordenadoria Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasil. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: orientações para a implementação em municípios. UNICEF, 2010. 28 p.
31. Pereira SMPD, Brito LAMH, Palácio MAV, Monteiro MPA. Operacionalização do sistema de vigilância alimentar e nutricional em Juazeiro do Norte, CE. Rev. Baiana de Saúde Públ., 2012; 36(2): 577-86.

ANEXO 1

REVISTA SAÚDE (SANTA MARIA)

DIRETRIZES PARA AUTORES

INFORMAÇÕES

GERAIS

Os artigos para publicação devem ser enviados **exclusivamente** à Revista Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente, exceto resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O idioma principal da Revista Saúde (Santa Maria) é o Português (BR), por este motivo, os manuscritos deverão ser encaminhados em português.

O idioma secundário da Revista Saúde (Santa Maria) é o Inglês (En), por este motivo, aceitamos o envio de manuscritos na língua inglesa. Na Revista podem ser publicados artigos escritos por especialistas de outras áreas, desde que o tema seja de interesse para a área da Saúde. A submissão dos artigos é online no [site](#):

Todos os autores deverão ser cadastrados na página da Revista Saúde (Santa Maria).

A Revista Saúde não cobra taxas para a submissão de artigos. **O nome completo de cada autor, instituição de origem, país, e-mail devem ser informados APENAS nos metadados.**

O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade do autor que está submetendo o manuscrito. Os agradecimentos por ajuda financeira, assistência técnica e outros auxílios para a execução do trabalho **NÃO DEVERÃO** ser mencionados no momento da submissão. Quando do aceite do trabalho, os autores serão orientados sobre a forma de proceder para realizar a sua inserção. Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos são de exclusiva responsabilidade dos autores, bem como a exatidão e procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e Conselho Editorial da Revista Saúde. A Revista não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores.

ATENÇÃO

- Os manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos deverão indicar os procedimentos adotados para atender o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e indicar o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Para os artigos oriundos de outros países os procedimentos

adotados serão os constantes na Declaração de Helsink (1975 e revisada em 1983). A carta de aprovação do CEP (digitalizada e em pdf) deverá ser anexada no momento da submissão no Passo "Transferência de Documentos Suplementares".

- Os autores dos trabalhos encaminhados para avaliação deverão assinalar sua concordância com a "Declaração de Direito Autoral" do CREATIVE COMMONS, o qual consta no item Declaração de Direito Autoral. Ao clicar no ícone do CREATIVE COMMONS (This obra is licensed under a Creative Commons Atribuição-Uso Não-Comercial-Não a obras derivadas 3.0 Unported License) será aberta uma página que contém (em vários idiomas, inclusive o português) as condições da atribuição, uso não-comercial, vedada a criação de obras derivadas.
- Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar seu trabalho.
- O Conselho Diretor assegura o anonimato dos autores no processo de avaliação por pares, bem como o anonimato dos avaliadores e sigilo quanto à participação, o que lhes garante liberdade para julgamento.
- Envio da declaração das políticas dos financiamentos recebidos caso a pesquisa envolva ensaios clínicos.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os artigos enviados serão primeiramente analisados pela Comissão de Editoração em relação à adequação à linha editorial e às normas da revista, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias. Nesse caso, o referido artigo será reavaliado. A decisão desta análise será comunicada aos autores.

Posteriormente, a avaliação do artigo é realizada pelo sistema *peer-view*, membros do Conselho Editorial ou Ad-Hoc, convidados pela Comissão de Editoração. Os pareceres são apreciados pela Comissão de Editoração que emite o parecer final,

ou no caso de divergência entre os pareceres, solicita um terceiro parecer. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos. Para publicação, além do atendimento às normas, serão considerados: atualidade, originalidade e relevância do tema, consistência científica e respeito às normas éticas.

Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados online para o autor responsável pela submissão que terá o prazo de 20 (vinte) dias para atender as solicitações. Caso contrário, o manuscrito será ARQUIVADO, após envio de comunicado para todos os autores, por entender-se que não houve interesse em atender a solicitação para ajustes. Porém, se houver interesse ainda em publicá-lo, o artigo deverá ser submetido novamente, sendo iniciado novo processo de julgamento por pares. Os autores deverão manter seus e-mails atualizados para receber todas as comunicações.

O autor, identificando a necessidade de solicitar uma errata, deverá enviá-la à Revista no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo, e ficará a critério da Revista a decisão sobre sua relevância e possível divulgação.

Tipos de trabalhos aceitos para publicação e critérios adotados para seleção

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica, original, inédita e concluída. O conteúdo do manuscrito deve ser apresentado da seguinte forma: INTRODUÇÃO deve ser breve, apresentar a questão norteadora, justificativa, revisão da literatura (pertinente e relevante) e objetivos coerentes com a proposta do estudo.

METODOLOGIA: indicar os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção, os quais devem ser descritos de forma objetiva e completa. Inserir o número do protocolo e data de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa. Deve também referir que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não

repetir o que está descrito nestas. A discussão, que pode ser redigida junto com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores.

CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS: As conclusões ou considerações finais devem destacar os achados mais importantes comentar as limitações e implicações para novas pesquisas.

Devem obedecer ao limite de 20 páginas no total do artigo.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÃO. É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima.

Artigos de revisão: a Revista Saúde (Santa Maria) temporariamente não está aceitando artigos de revisão.

Editorial: de responsabilidade do Conselho Diretor da Revista, que poderá convidar autoridades para escrevê-lo. Limite de 2 páginas.

Cartas ao editor: correspondência dirigida ao editor sobre manuscrito publicado na Revista no último ano ou relato de pesquisas ou achados significativos para a área da Saúde ou áreas afins e poderão ser enviadas contendo comentários e reflexões a respeito desse material publicado. Serão publicadas a critério da Comissão Editorial. Não devem exceder a 1 página no total.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os trabalhos devem ser redigidos de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>). Devem ser encaminhados em Word for Windows, fonte Arial 12 , espaçamento 1,5, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

QUANTO À REDAÇÃO: os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia

científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa do singular “meu estudo...”, ou da primeira pessoa do plural “percebemos...”, pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor. Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; seção primária com a primeira letra da sentença em maiúscula e em negrito; e seção secundária em minúsculas e sublinhado. Ex.: **Título; Resumo; Abstract; Resultados** (seção primária); Princípios do cuidado de enfermagem (seção secundária). Evitar o uso de marcadores ao longo do texto.

Os manuscritos devem conter:

Título (inédito) que identifique o conteúdo, em até 15 palavras e apresentá-lo nas versões que contemplem dois idiomas que a Revista adota: Português (Título), Espanhol (Título) e/ou Inglês (Title), sendo necessário apenas uma das línguas estrangeiras.

Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página. Essa indicação deverá ser informada somente na última versão do manuscrito, evitando a identificação da autoria.

Resumo: conciso, em até 150 palavras, elaborado em parágrafo único, acompanhado de sua versão para o Inglês (Abstract). Devem ser apresentados começando pelo mesmo idioma do trabalho. Deve conter objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo.

Descritores: abaixo do resumo incluir 2 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>).

Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords. Usar: Descritores, Descriptors.

Citações: utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem mencionar o nome dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, até três linhas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço duplo entre linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação do número correspondente ao autor e à página. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso.

Exemplos:

Pesquisas	evidenciam	que...	1-4
Autores	referem	que...	1,4,5
[...]	quando	impossibilitado	de se autocuidar”. 5:27

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses. As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

Referências: A Rev Saúde (Sta Maria) adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> . Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no

texto. Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “*et al*”. Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.

Os trabalhos poderão ainda conter:

- *Ilustrações:* poderão ser incluídas até cinco (gráficos, quadros e tabelas), em preto e branco, conforme as especificações a seguir: fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout de acordo com o formato da Revista Saúde UFSM inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser enviadas na forma de Documento Suplementar em formato GIF ou JPG
- *Tabelas:* devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 12 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.
- Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.
- *Símbolos, abreviaturas e siglas:* Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados

devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

- Utilizar itálico para palavras estrangeiras.
- Deve ser evitada a apresentação de apêndices (elaborados pelos autores) e anexos (apenas incluídos, sem intervenção dos autores).

APRESENTAÇÃO DAS REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o site: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Para pesquisar o título abreviado do periódico consulte o site www.ccn.ibict.br/busca.jsf.

Artigos de periódicos

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>). Para os periódicos que não se encontram nessa listagem, poderá ser utilizado como referência o Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas do IBICT (<http://ccn.ibict.br>). Até 6 autores, indicar todos; 7 autores ou mais, indicar os 6 primeiros e acrescentar et al.

1 *Artigo* *Padrão*

Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em processo de reabilitação de queimaduras. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(2):252-9.

2 *Com mais de seis autores*

Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RL P, Scatena LM, Palha PF et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta paul. enferm. 2010 ; 23(1): 131-135.

3 *Instituição como autor*

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 *Múltiplas instituições como autor*

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologia*. 2008;48(10):74-96. Russian.

5 *Artigo de autoria pessoal e organizacional*

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia*. 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 *Sem indicação de autoria*

Best practice for managing patients' postoperative pain. *Nurs Times*. 2005;101(11):34-7.

7 *Volume com suplemento*

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.

8 *Fascículo com suplemento*

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35 Suppl:7-12.

9 *Volume em parte*

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol*. 2008;211 Pt 23:3764.

10 *Fascículo em parte*

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

11 *Fascículo sem volume*

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. *Rev USP*. 1999;(43):55-9.

12 *Sem volume e sem fascículo*

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

13 *Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar*

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and

the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.

Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

14 *Artigo com indicação de subtítulo*

Vargas, D; Oliveira, MAF de; Luís, MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. *Acta Paul. Enferm.* 2010;23(1):73-79.

15 *Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)*

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. *Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica.* [Revisão]. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.

16 *Artigo com paginação indicada por algarismos romanos*

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

17 *Artigo contendo retratação*

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs.* 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. *Br J Nurs.* 2007; 16(15):915.

18 *Artigos com erratas publicadas*

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: *Rev Latino-am Enfermagem* 2008;16(1):163.

19 *Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)*

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

20 *Artigo provido de DOI*

Barra DC C, Dal Sasso G T M. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da cipe 1.0®. *Texto contexto - enferm.* [periódico na Internet]. 2010 Mar [citado 2010 Jul 01];19(1): 54-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072010000100006&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072010000100006.
21 *Artigo* *no* *prelo*

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J Bras Pneumol. No prelo 2009.

Livros e outras monografias

1 *Indivíduo* *como* *autor*

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 17ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.

Waldow, VR. Cuidar. Expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

2 *Organizador, editor, coordenador* *como* *autor*

Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

3 *Instituição* *como* *autor* *e* *publicador*

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

4 *Capítulo* *de* *livro*

Batista LE. Entre o biológico e o social: homens, masculinidade e saúde reprodutiva. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA (org). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.361-5. 209-22

5 *Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra*

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

6 *Livro com indicação de série*

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

7 *Livro* *sem* *autor/editor* *responsável*

- HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.
- 8 *Livro com edição*
- Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.
- 9 *Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada*
- Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.
- Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.
- 10 *Livro de uma série com indicação de número*
- Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).
- 11 *Livro publicado também em um periódico*
- Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).
- 12 *Dicionários e obras de referência similares*
- Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4ª ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.
- 13 *Trabalho apresentado em evento*
- Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.
- 14 *Dissertação e Tese*
- Nóbrega MFB. Processo de Trabalho em Enfermagem na Dimensão do Gerenciamento do Cuidado em um Hospital Público de Ensino. Fortaleza: [s.n.], 2006. 161 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, 2006.
- Bernardino E. Mudança do Modelo Gerencial em um Hospital de Ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. São Paulo: [s.n.], 2007. 178 p. Tese

(Doutorado) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2007.

Documentos

legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. Parecer Nº16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico [online].1999 [acesso 2006 Mar 26]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>

Material

eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB)
3. URLs para as referências foram informadas quando necessário.

4. O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
6. A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares.
7. As figuras serão enviadas também na forma de documento complementar.
8. O arquivo* referente aos metadados (link abaixo) foi devidamente preenchido.

*Acesse o link e salve o arquivo modelo, para tanto vá em 'Arquivo/Fazer download como/Microsoft Word 97-2003'. O arquivo preenchido deve ser submetido, juntamente com as imagens, no **Passo 4: Transferência de documentos suplementares**.

Declaração de Direito Autoral

A Declaração de Direito Autoral e os itens a serem observados podem ser visualizados no seguinte link: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/seculoxxi/information/sampleCopyrightWording>

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

