

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

Karla de Souza Maldonado da Silva

**FATORES INTERVENIENTES NA EXECUÇÃO DA
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A
POPULAÇÃO IDOSA NO RIO GRANDE DO SUL**

**Santa Maria, RS
2021**

Karla de Souza Maldonado da Silva

**FATORES INTERVENIENTES NA EXECUÇÃO DA VIGILÂNCIA
ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO
RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia do Centro de Educação Física e Desporto da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito final para obtenção do grau de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vanessa Ramos Kirsten
Co-orientadora: Prof^a Greisse Viero da Silva Leal

Santa Maria, RS
2021

Silva, Karla de Souza Maldonado da
FATORES INTERVENIENTES NA EXECUÇÃO DA VIGILÂNCIA
ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO RIO
GRANDE DO SUL / Karla de Souza Maldonado da Silva.- 2021.
67 p.: 30 cm

Orientadora: Vanessa Ramos Kirsten Coorientadora: Greisse
Viero da Silva Leal
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de
Educação Física e desportos, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2021

I. Gerontologia I. Kirsten, Vanessa Ramos II. Leal,
Greisse Viero da Silva III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

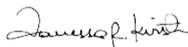
Declaro, KARLA DE SOUZA MALDONADO DA SILVA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Karla de Souza Maldonado da Silva

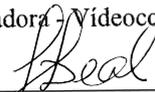
**FATORES INTERVENIENTES NA EXECUÇÃO DA VIGILÂNCIA
ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO
RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Educação Física e Desporto da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito final para obtenção do grau de **Mestre em Gerontologia**.

Aprovado em 25 de junho de 2021:



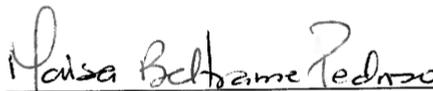
Vanessa Ramos Kirsten, Dra. (UFSM)
Orientadora - Videoconferência



Greisse Viero da Silva Leal, Dra. (UFSM)
Co-orientadora - Videoconferência



Profª Marines Tambara Leite, Dra (UFSM, PPG Gerontologia)
Por Videoconferência



Profª Maísa Beltrame Pedroso, Dra (Secretaria Estadual de Saúde -RS)
Por Videoconferência

Santa Maria, RS
2021

RESUMO

FATORES INTERVENIENTES NA EXECUÇÃO DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: Karla de Souza Maldonado da Silva
ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Vanessa Ramos Kirsten

A Vigilância Alimentar e Nutricional assume papel essencial para monitorar e analisar continuamente as condições alimentares e nutricionais da população usuária da Sistema Único de Saúde. Historicamente há uma priorização do binômio materno-infantil, considerado pelas políticas públicas de saúde, e mais especificamente, relacionadas a alimentação e nutrição, em detrimento de outras faixas etárias, principalmente a dos idosos. Este estudo teve como objetivo avaliar a cobertura do registro do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e os fatores intervenientes na sua execução referente à população idosa no estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em municípios do estado do Rio Grande do Sul, de junho de 2019 a dezembro de 2020. A presente pesquisa foi dividida em duas fases. Na fase 1, foi realizada coleta de dados referentes ao estado nutricional de idosos dos 497 municípios do estado do Rio Grande do Sul através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para definição da cobertura em cada município. Na fase 2, foram selecionados os municípios que apresentaram o maior e menor cobertura da Vigilância Alimentar e Nutricional para idosos. Após, os responsáveis pela Vigilância Alimentar e Nutricional foram entrevistados com o objetivo de identificar os fatores intervenientes na execução da Vigilância Alimentar e Nutricional nos municípios. As respostas foram analisadas através da metodologia de análise de conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Participaram da segunda etapa do estudo 17 profissionais de saúde atuantes na coordenação da Vigilância Alimentar e Nutricional seus respectivos municípios. A cobertura total do registro do estado nutricional de idosos do RS no SISVAN de 2014 a 2018 variou de 0,94% a 9,21%, respectivamente. A análise das entrevistas realizadas configurou a composição em duas categorias que permitiram agregar os significados produzidos pelos sujeitos deste estudo. De acordo com a análise, foi possível observar que há dificuldades no registro dos dados no sistema, como falta de tempo, baixa integração entre os diferentes sistemas, poucas ações para o público idoso no território, falta de planejamento de ações e desconhecimento de como fazer a análise dos dados coletados. O presente estudo, ao analisar as coberturas do estado nutricional dos idosos nos municípios gaúchos encontrou baixos registros e, buscou compreender os fatores intervenientes na execução do ciclo do cuidado e gestão da vigilância alimentar e nutricional com foco no idoso.

Palavras-chave: Vigilância Alimentar e Nutricional; Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação; Cobertura de Serviços Públicos de Saúde; Nutrição do Idoso.

ABSTRACT

INTERVENING FACTORS IN THE EXECUTION OF THE FOOD AND NUTRITIONAL SURVEILLANCE COVERAGE FOR THE ELDERLY POPULATION IN RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Karla de Souza Maldonado da Silva

ADVISOR: Prof.^a Dr.^a Vanessa Ramos Kirsten

Food and Nutritional Surveillance assumes an essential role to continuously monitor and analyze the food and nutritional conditions of the population using the Unified Health System. Historically, there is a prioritization of the maternal-infant binomial, considered by public health policies, and more specifically, related to food and nutrition, to the detriment of other age groups, especially the elderly. This study aimed to evaluate the coverage of the registration of nutritional status in the Food and Nutritional Surveillance System and the intervening factors in its implementation regarding the elderly population in the state of Rio Grande do Sul. This is a descriptive study with a qualitative approach, carried out in municipalities in the state of Rio Grande do Sul, from June 2019 to December 2020. This research was divided into two phases. In phase 1, data was collected on the nutritional status of the elderly in 497 municipalities in the state of Rio Grande do Sul through the Food and Nutritional Surveillance System to define coverage in each municipality. In phase 2, the municipalities that presented the highest and lowest coverage of Food and Nutritional Surveillance for the elderly were selected. Afterwards, those responsible for Food and Nutritional Surveillance were interviewed in order to identify the intervening factors in the execution of Food and Nutritional Surveillance in the municipalities. The answers were analyzed using the content analysis methodology. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria and by the State Health Department of the State of Rio Grande do Sul. 17 health professionals working in the coordination of Food and Nutritional Surveillance participated in the second stage of the study. The total coverage of the registry of the nutritional status of elderly people in RS in SISVAN from 2014 to 2018 ranged from 0.94% to 9.21%, respectively. The analysis of the interviews carried out configured the composition into two categories that allowed for aggregating the meanings produced by the subjects of this study. According to the analysis, it was possible to observe that there are difficulties in recording data in the system, such as lack of time, low integration between the different systems, few actions for the elderly population in the territory, lack of action planning and lack of knowledge on how to do it. The analysis of the collected data. The present study, by analyzing the coverage of the nutritional status of the elderly in the cities of the state of Rio Grande do Sul, found low records and sought to understand the intervening factors in the execution of the cycle of care and management of food and nutrition surveillance focusing on the elderly.

Key words: Nutritional Surveillance; Nutrition Programs and Policies; State Health Care Coverage; Elderly Nutrition.

LISTA DE ABREVIATURAS

AN	Alimentação e nutrição
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	doenças crônicas não transmissíveis
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUS AB	estratégia e-SUS Atenção Básica
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Política Nacional do Idoso
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNSVA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PSE	Programa Saúde na Escola
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SISVAN BF	SISVAN Bolsa Família
SUS	Sistema Único de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	QUESTÕES DE PESQUISA.....	11
1.2	OBJETIVOS.....	11
1.2.1	Objetivo geral.....	11
1.2.2	Objetivos específicos.....	11
1.3	JUSTIFICATIVA.....	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1	TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	13
2.2	TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	14
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE NAS AÇÕES DE NUTRIÇÃO VOLTADAS AO IDOSO.....	16
2.4	VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	18
2.5	FATORES QUE INTERFEREM NA COBERTURA DA VAN.....	21
3	MATERIAIS E MÉTODOS	23
4	RESULTADOS	26
4.1	ARTIGO.....	27
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	56
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SES RS	61
	ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	63
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA	67

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 70 anos, o Brasil passou por intensas transformações sociais, políticas e econômicas, concomitante aos processos de industrialização, urbanização e globalização, que provocaram significativas mudanças na estrutura demográfica, no perfil de morbimortalidade e nos padrões alimentares da população, resultando em novas necessidades de atenção à saúde (BRASIL, 2005; CERVATO-MANCUSO et al., 2013).

A atual situação de saúde da população brasileira é marcada por uma transição demográfica acelerada, com diminuição acentuada das taxas de fecundidade e natalidade e aumentos progressivos na expectativa de vida, associada a uma transição epidemiológica de tripla carga de doenças, uma agenda não resolvida de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, presença hegemônica de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores e risco (tabagismo, sobrepeso, inatividade física, entre outros) (MENDES, 2012).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, surgiu com a proposta de efetivar uma atenção integral, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), articuladamente à Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996). Contudo, evidências apontam fragilidades na integralidade do cuidado, como por exemplo a dificuldade de acesso aos serviços, baixa qualidade na assistência e ausência de profissionais com formação em geriatria e gerontologia, prevalecendo ações pontuais, voltadas à assistência a agravos (LUZ, et al, 2012).

Em meio a este cenário a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) assume um papel essencial, pois se apresenta como um conjunto de estratégias de Vigilância em Saúde, incluindo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), para monitorar e analisar continuamente o padrão de mudança das condições alimentares e nutricionais da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Sistema é uma ferramenta apoiadora aos gestores e profissionais na condução de ações para a promoção da alimentação adequada e saudável e para a prevenção de agravos nutricionais, bem como na elaboração, planejamento e avaliação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2015a).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde. Antes desse momento, existiam inúmeras experiências locais em diversas partes do País, sem uma articulação estadual e nacional (JAIME et al, 2018).

O exercício da vigilância em saúde deve ser contínuo e sistemático, para tanto, o Ciclo de Gestão e Produção de Cuidado pode representar tanto a produção e gestão do cuidado no âmbito

dos serviços de saúde, quanto o processo de construção e gestão de uma política pública. Estas etapas podem ser empregadas tanto no nível individual quanto no coletivo, lembrando-se dos diferentes espaços e momentos onde a VAN pode ser realizada, como nos atendimentos realizados na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em domicílio, e outros espaços do território, como as escolas, as creches, entre outros (BRASIL, 2015a).

Estudos, baseados nos relatórios públicos disponíveis no sistema, têm demonstrado uma cobertura de acompanhamento da VAN para idosos muito baixa quando comparado com outras faixas etárias, como demonstrado no estudo de Jung et al (2014), o qual tinha a porcentagem de cobertura para idosos de 0,9%, enquanto que para crianças menores de cinco anos e de cinco a dez anos foram 10,5 % e 5,1%, respectivamente. Já em estudo realizado por Enes et al (2014), no estado de São Paulo, foi observado que a cobertura é zero ou próxima de zero em todas as regiões do estado.

Essa característica está vinculada à histórica priorização do binômio materno-infantil, considerado biologicamente vulnerável, pelas políticas públicas de saúde, e mais especificamente, relacionadas a alimentação e nutrição (AN) (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017). Isso se dá pela vinculação do SISVAN com programas como "Leite é Saúde", que surgiu na década de 90, e mais tarde na agenda de compromissos do programa nacional de renda mínima, seguido do Programa Bolsa Família (PBF).

Mesmo com o reconhecimento da importância da atenção nutricional à pessoa idosa, poucos estudos abordam o tema da nutrição e o envelhecimento da população. Melo e Medeiros (2020), demonstraram em seu estudo que as ações de AN nortearam-se pelo paradigma biomédico, eram fragmentadas, restritas ao manejo de doenças e influenciadas por concepções negativas de envelhecimento. Outros estudos também apontam que há lacunas na identificação de fatores intervenientes nas ações de AN, sobretudo no que diz respeito ao planejamento e à gestão das ações ou ao cotidiano dos serviços, assumindo-se que é na micropolítica dos processos de trabalho que as concepções de saúde-doença-cuidado e envelhecimento se configuram (PEREIRA, LACERDA, NATAL, 2017; FRANCO, MERHY, 2012).

Deste modo, com o atual cenário de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, com o aumento acelerado da obesidade e de condições crônicas associadas, combinado ao aumento do número de idosos e da taxa de expectativa de vida (IBGE, 2010), torna-se necessário identificar necessidades de atenção nutricional, e para isso, o aumento da cobertura da VAN nessa fase do ciclo da vida é pré-requisito (MENDES, 2012; JAIME; SANTOS, 2014).

1.1 QUESTÕES DE PESQUISA

Qual a cobertura do estado nutricional da população idosa registrada no SISVAN no Estado do Rio Grande do Sul? Quais são os fatores intervenientes na execução da VAN para a cobertura do SISVAN?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a cobertura do estado nutricional da população idosa a partir do registro do SISVAN no estado do RS.

1.2.2 Objetivos Específicos

Analisar os fatores relacionados à gestão das políticas públicas de saúde que interferem na cobertura da VAN para idosos do RS.

Analisar como é a utilização dos dados de VAN no município para o planejamento de ações em saúde para a população idosa.

1.3 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como uma das suas prioridades a ampliação e o aperfeiçoamento do SISVAN, sistema este que deve ter sua operacionalização na APS, através das rotinas estabelecidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), direcionadas para toda população de cobertura, incluindo todas as faixas etárias (BRASIL, 2013a)

Considerando a baixa cobertura do registro do estado nutricional, identificada em estudos nacionais (ENES, 2014; COUTINHO et al., 2009; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017), para a população idosa quando comparado a crianças, adolescentes, adultos e gestantes, tal constatação gera preocupação, sobretudo por se tratar do segmento da população que mais cresce no país.

Considerando o atual cenário de transição demográfica e os seus efeitos sobre o SUS, conhecer as potencialidades e as limitações do SISVAN para o monitoramento das políticas de

AN, pode beneficiar gestores públicos, profissionais de saúde e a população por meio de políticas públicas adequadas a este processo.

A VAN quando efetivada irá favorecer a organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição, fundamental para fortalecer a AN na RAS, através do Ciclo de Gestão e Produção de Cuidado, bem como a articulação entre a saúde e outros setores relacionados ao Direito Humano à Alimentação Saudável (DHAA). Essa organização deve ser iniciada pelo reconhecimento da situação alimentar e nutricional de um território.

A identificação da situação alimentar e nutricional também é importante para o monitoramento da realização do DHAA e da promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional. A análise de indicadores das dimensões de insegurança alimentar e nutricional permite aos gestores analisar a situação e construir uma agenda de políticas coerentes com as necessidades da população.

Faz-se necessária a realização de estudos que possibilitem a avaliação ampliada do sistema, não apenas relacionados com a utilização e a cobertura, mas que permitam avaliar quais fatores estão relacionados e influenciam a cobertura da VAN no sistema nos municípios, norteados por propostas para garantir sua adesão e uso efetivo em estratégias e ações de saúde para a população idosa. Todavia, ainda são limitados estudos que avaliem os dados do SISVAN com foco no público idoso.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O Brasil passou por muitas transformações nas últimas décadas em relação a sua dinâmica demográfica. Em meados de 1960, a população brasileira crescia rapidamente, sendo caracterizado como um país jovem. Cerca de 50 anos depois, o Brasil passou por uma desaceleração desse processo. A idade mediana aumentou quase 10 anos de 1960 até 2010, passando de 18 anos para 27 anos (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Para melhor compreensão do processo de transição demográfica, é necessário considerar detalhadamente as quatro fases do processo. Inicialmente, antes da década de 1940, o país se encontrava em uma fase com taxas de natalidade e de mortalidade altas e, conseqüentemente, com um baixo crescimento da população. Na segunda fase, a partir de 1940, as taxas de mortalidade iniciam um processo de declínio e a fecundidade se mantém alta, causando aumento do ritmo de crescimento da população e com uma estrutura etária bastante jovem, é o período em que o crescimento demográfico ocorre de maneira mais rápida. Essa fase é resultado da evolução da medicina, urbanização, introdução dos antibióticos, melhoria nas condições sanitárias e difusão de novas tecnologias (MENDES et al., 2012).

Diferentemente de como ocorreu nos países desenvolvidos, que experimentaram o processo de transição demográfica em velocidade reduzida, ou seja, demoraram mais de um século para reduzirem suas taxas de mortalidade e fecundidade, os países em desenvolvimento passaram por essas transformações em um espaço de tempo muito curto, tanto de redução da mortalidade quanto da fecundidade (BRITO, 2007).

A taxa de fecundidade total passou de 6,2 filhos/mulher, em 1950, para 1,7 filhos/mulher, em 2012, atingindo níveis inferiores do que o que garantiria a reposição da população que é de 2,1 filhos/mulher. Outra grande mudança ocorreu com a expectativa de vida ao nascer, que era 45,4 anos em 1950, e hoje é 75,2 anos, devido a contínua queda dos níveis de mortalidade (IBGE, 2015).

Em decorrência dessas mudanças, o país se transformou de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e elevado risco de morte na infância, para uma sociedade predominantemente urbana, composta por famílias menores e de diferentes estruturas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). De uma população predominante jovem, observa-se, nos dias atuais, um contingente, cada vez mais importante, de pessoas com idade acima de 60 anos (VASCONCELOS; GOMES, 2012), que passou de 14,2 milhões, em

2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para a próxima década, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos por ano (IBGE, 2015).

O envelhecimento populacional vem ocorrendo rapidamente, com transformações irreversíveis na estrutura populacional. Esse crescimento da população idosa gera uma série de alterações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde e às relações familiares (KÜCHEMANN, 2012). Esse processo não deve ser considerado necessariamente como um problema, mas exige atenção para a discussão das formas de lidar com o fenômeno. Nesse contexto, a preocupação com as condições necessárias à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas tem crescido, e os temas relacionados a políticas públicas e a ações de proteção e cuidado específicos para idosos vêm adquirindo relevância inédita na agenda pública (IPEA, 2007).

O prolongamento da vida, de fato, é uma aspiração de qualquer sociedade e deve ser amplamente comemorado. Contudo, para que seja considerado uma real conquista, é necessário que os anos adicionais de vida sejam vivenciados com qualidade. Dessa forma, qualquer política pública proposta a população idosa deve considerar sua capacidade funcional, necessidade de autonomia, participação, cuidado e autossatisfação. Ainda deve abrir campo para possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E também incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde das pessoas idosas (VERAS, 2009).

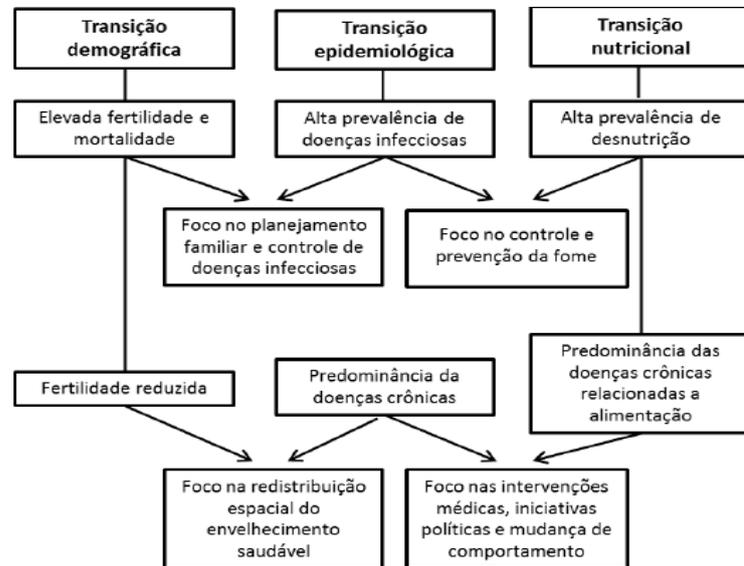
2.2 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Uma complexa situação alimentar, nutricional e de saúde-doença estabeleceu-se no Brasil nas últimas décadas. Altas prevalências de excesso de peso, DCNT e diversos problemas decorrentes de deficiências nutricionais passaram a fazer parte do cotidiano do país, fenômeno conhecido como transição nutricional (JAIME; SANTOS, 2014).

O processo de transição nutricional ocorre posterior ou simultaneamente a outros dois processos históricos de transformação de perfil populacional (Figura 1). O primeiro diz respeito a transição demográfica, caracterizado pela mudança das altas taxas de fertilidade e mortalidade, para um de baixa fertilidade e mortalidade. O segundo trata da transição epidemiológica, caracterizada por alterações nos padrões de saúde/doença das populações, onde se verifica a mudança do perfil de alta prevalência de doenças infecciosas associadas a

desnutrição, fome e condições ambientais de saneamento básico, para um perfil de elevada prevalência de DCNT associadas ao estilo de vida (POPKIN, 2002).

Figura 1: Estágios de transição demográfica, epidemiológica e nutricional.



Fonte: Adaptado de POPKIN (2002).

Atualmente, a maior carga de doenças na população brasileira é decorrente de DCNT, destacando-se o diabetes mellitus, a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica, os processos degenerativos do sistema nervoso central, agrupando-se em morbidades associadas à alimentação hipercalórica, às gorduras *trans*, aos ácidos graxos saturados, ao consumo excessivo do açúcar e do sal, ao pobre valor nutricional dos refrigerantes, ao uso imoderado do álcool, ao fumo, ao sedentarismo e outras práticas não saudáveis do estilo de vida ocidental (WHO, 2004).

Estudos sobre a transição nutricional encontraram fatores relacionados com esse fenômeno que se mostram muito importantes. Um deles é a urbanização, que tem grande impacto na estrutura da dieta, no padrão de atividade física e, conseqüentemente na composição corporal dos indivíduos. Há diferenças nos padrões alimentares das regiões rural e urbana, principalmente em países menos desenvolvidos (POPKIN; ADAIR; NG, 2012).

Outro fator foi a produção industrial de vários alimentos, que passaram a ser mais baratos e de fácil acesso a população de baixa e média renda. Neste sentido, a renda e o poder de compra são fatores importantes, visto que o aumento da renda está associado à maior variedade de produtos, melhor qualidade dos produtos adquiridos e à quantidade de energia da dieta (POPKIN; ADAIR; NG, 2012).

É observado no Brasil uma tendência em substituir refeições tradicionais baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados por alimentos ultraprocessados. Estudo realizado por Louzada e colaboradores (2015) mostrou que os alimentos ultraprocessados apresentam uma maior densidade energética, maior teor de gorduras em geral, de gordura saturada, de gordura *trans* e de açúcar livre e menor teor de fibras, de proteínas, de sódio e de potássio, quando comparado ao consumo relativo de alimentos *in natura* ou minimamente processados. Tais mudanças alimentares levam ao aumento da obesidade e consequente aumento na carga de DCNT (TADDEI et al., 2016).

Paralelamente no Brasil, mudanças quanto à disponibilidade domiciliar e participação de arroz e feijão na dieta são evidenciadas pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Entre 1974/1975 e 2002/2003 houve uma redução em 23% na participação do arroz na dieta domiciliar dos brasileiros e de 30% do feijão. No período entre 2002/2003 e 2008/2009, esta redução foi de 40,5% para o arroz e de 26,4% para o feijão (IBGE, 2004; IBGE, 2010).

Considerando as mudanças alimentares ocorridas no Brasil nas últimas décadas, o Guia Alimentar para a População Brasileira foi atualizado em 2014, com o objetivo de atualizar as diretrizes oficiais para a promoção da alimentação adequada e saudável (JAIME et al, 2018). Nele encontram-se recomendações do consumo preferencial de alimentos *in natura* ou minimamente processados, e redução do consumo de produtos alimentícios ultraprocessados. Os alimentos *in natura* por possuírem um perfil adequado de nutrientes, baixa densidade energética e pela forma em que se inserem na dieta em combinação com outros alimentos, compõem preparações culinárias e refeições adequadas e saudáveis (BRASIL, 2014).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO VOLTADAS AO IDOSO

A busca pela compreensão do processo de envelhecimento é desafiadora e requer alternativas de intervenções adequadas à demanda da população idosa. Para tanto, a transformação do modelo de atenção prestada ao indivíduo idoso, a elaboração e consolidação das políticas específicas, além do investimento em serviços e profissionais da saúde, são essenciais à qualificação da assistência à pessoa idosa (GERLACK et al., 2009).

Além disso, é necessário a incorporação do envelhecimento e do cuidado do idoso em outros âmbitos, ampliando as possibilidades de organização de uma rede de atenção à saúde da pessoa idosa, voltada as necessidades de uma sociedade que envelhece. Nesse sentido, é fundamental

a elaboração e execução de políticas e ações que tenham impacto para as pessoas com idade acima de 60 anos. Silva (2011) destaca as seguintes:

1982 – Primeira Assembleia Mundial sobre Envelhecimento – Viena/Organização das Nações Unidas (ONU);

1994 – Política Nacional do Idoso (PNI);

2002 – Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento – Madri/ONU e

2003 – Estatuto do Idoso.

Destacam-se ainda outras iniciativas no âmbito da política pública de saúde:

1991 – Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI);

2005 – Envelhecimento ativo: uma política de saúde – OMS;

2006 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

A organização da rede de atenção à saúde do idoso pressupõe a garantia de acesso qualificado, que atenda às necessidades das pessoas idosas e as coloque no centro do cuidado. Nesse sentido o SUS tem constituído sistemas de informação que apoiam o monitoramento das linhas de cuidado preconizadas. A identificação de riscos e do estabelecimento da melhor estratégia assistencial tem sido alvo de várias abordagens de construção do SUS (SILVA; MARUCCI; ROEDIGER, 2016).

Diante deste contexto, o cuidado nutricional assume fundamental importância na área da saúde em todos os níveis de atenção. As políticas de AN são ações desenvolvidas pelo Estado, junto a sociedade. No Brasil, estas políticas têm o objetivo de garantir o direito universal à alimentação adequada e saudável, como referenciado na Emenda Constitucional nº 64 de 2010, inserida no artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988; 2010).

A PNAN foi aprovada pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, tendo como propósito “a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais” (BRASIL, 1999).

Atualmente, a referência em AN no Ministério da Saúde (MS) é denominada Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, que tem como principal missão implementar ações de acordo com as diretrizes da PNAN com vistas a garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira, pela proposição de estratégias que garantam o cumprimento das metas relativas à prevenção de carências nutricionais; garantia de equipamentos antropométricos para as UBS; apoio a estudos e pesquisas que tragam subsídios para a análise do estado nutricional e do consumo alimentar da população brasileira, além da criação e atualização da PNAN e implementação do SISVAN (ALVES; JAIME, 2014).

A segunda edição da PNAN apresenta nove diretrizes que indicam suas linhas de ações e propósitos, e servem de arcabouço para o planejamento, execução e monitoramento de ações realizadas nos serviços de saúde, sendo elas: (1) Organização da Atenção Nutricional; (2) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; (3) VAN; (4) Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; (5) Participação e Controle Social; (6) Qualificação da Força de Trabalho; (7) Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; (8) Controle e Regulação dos Alimentos; e (9) Cooperação e Articulação para Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2013a).

A terceira diretriz, voltada à VAN, é essencial para a organização da atenção nutricional no SUS, direcionando a organização e gestão dos cuidados em AN na RAS. A organização da AN deve ser iniciada pelo reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e às equipes de atenção básica (BRASIL, 2015a).

Ações de alimentação e nutrição devem ser um dos componentes da atenção à saúde da pessoa idosa, uma vez que a alimentação saudável contribui para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças. As ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária tanto contribuirão para a qualificação como para a garantia da integralidade da atenção à saúde prestada à população brasileira (BRASIL, 2009).

2.4 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A vigilância nutricional foi preconizada em 1968 durante a 21^a Assembleia Mundial de Saúde, evento sobre “vigilância global das doenças transmissíveis”, atendendo às propostas da OMS, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO). Foi sugerido que as ações da Vigilância Epidemiológica deveriam ser também aplicáveis a outros problemas de saúde pública, incluindo aqueles relacionados à alimentação e à nutrição (COUTINHO et al., 2009).

No Brasil, a Lei nº 8.080/90, que incluiu a VAN como atribuição do SUS e a Portaria nº 1.156/90, que instituiu o SISVAN no MS, foram os primeiros marcos legais que apoiaram a VAN nos serviços de saúde (BRASIL, 1990a; 1990b; 2015a). O SISVAN é um sistema de informação que tem por finalidade subsidiar decisões nas áreas de AN, e promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e para o planejamento da atenção nutricional nas três esferas de governo, considerando a população assistida pelo SUS, nas diversas fases da vida (BRASIL, 2004).

A VAN busca identificar e descrever riscos, problemas, prioridades, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da situação de saúde; alimentação e nutrição das famílias; realizar a suplementação de micronutrientes para grupos mais vulneráveis; destacar o papel da educação alimentar e nutricional no serviço de saúde, considerando as diferentes fases do curso da vida e as condições de saúde, a partir das diretrizes alimentares oficiais definidas nos guias alimentares (BRASIL, 2013a; COUTINHO et al., 2009).

A PNAN estabelece que o SISVAN seja um sistema de apoio aos profissionais de saúde, facilitando o diagnóstico dos agravos alimentares e nutricionais, o levantamento de marcadores de consumo alimentar com a finalidade de identificar fatores de risco ou proteção e incorporar o acompanhamento nutricional e de saúde das populações assistidas por programas de transferência de renda. Para análise mais ampla e completa, as informações presentes no SISVAN podem ser analisadas com outras informações como mortalidade, natalidade, entre outras (BRASIL, 2013a).

Em 2015, o MS lançou o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional, que tem por objetivo apoiar profissionais e gestores para a organização da VAN na Atenção Básica, reconhecendo-a como parte do processo de vigilância em saúde e como instrumento para a gestão do cuidado no âmbito individual e coletivo. Trata-se de um marco de referência que identifica, define e esclarece os conceitos e as metodologias da VAN na Atenção Básica, assim como os contextos dos quais essa prática se origina e se insere atualmente.

No contexto da VAN é fundamental cartografar o território que se apresenta e conhecer como se dão as relações, as tradições e os costumes adotados pela comunidade no tocante às práticas alimentares. Para exercer atitude de vigilância, recomenda-se utilizar como referência o Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado. Esse ciclo abrange etapas de coleta de dados e produção de informações, de análise e decisão, de ação e de avaliação que podem ocorrer simultaneamente ou em momentos distintos, tanto no âmbito individual como nos atendimentos de rotina na UBS ou em domicílio, quanto no coletivo, quando se analisam as informações consolidadas por território (BRASIL, 2015a).

A geração de informações sobre o estado nutricional e consumo alimentar inicia-se com a coleta de dados nos serviços de saúde. Recomenda-se que sejam realizadas as avaliações antropométricas e de consumo alimentar de indivíduos em todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (BRASIL, 2015a). O MS elaborou protocolos e manuais para que a coleta de dados antropométricos ocorra de maneira adequada, assim como a avaliação do estado nutricional da população (BRASIL, 2008; 2011). Para a avaliação do consumo alimentar, quanti e qualitativamente, há formulários de marcadores de consumo

alimentar que têm por objetivo simplificar a coleta de dados e a análise das informações obtidas no momento do atendimento individual (BRASIL, 2015b).

O MS, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB) instituiu no ano de 2013 o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por meio da Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, cuja operacionalização é feita por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O e-SUS AB surgiu da necessidade de utilização de um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a atenção básica, de forma que a digitação dos dados referentes à AN, a partir de 2014, passou a ser realizada pelo SISAB (BRASIL, 2013b).

Devido a essas mudanças, em 2016, o MS publicou a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) com o propósito de promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação para melhorar os processos de trabalho em saúde que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2016a).

A VAN prevê que a coleta de dados, para subsidiar a geração de informações a respeito do estado nutricional e das práticas alimentares da população, pode ser realizada por meio de diversas estratégias, visto que as equipes de atenção básica precisam proporcionar a oferta de serviços em diferentes espaços: na própria unidade de saúde, no domicílio, em escolas e creches, entre outros (BRASIL, 2015a).

Dentre as estratégias de VAN incluem a organização da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade; o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF; ações do Programa Saúde na Escola (PSE); Crescer Saudável; ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); as consultas de pré-natal e puericultura e; ainda, nas ações de suplementação de micronutrientes - Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) (BRASIL, 2015a).

Diante da velocidade em que a transição demográfica vem ocorrendo, ainda são poucas as estratégias que trabalham a saúde da pessoa idosa. O MS, em 2006, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de compromissos que tem por objetivo elencar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a

pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Uma das prioridades, em relação à promoção da saúde da população idosa, é a alimentação saudável, na qual a VAN pode atuar. O Caderno de Atenção Básica sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa propõe realizar ações de alimentação para a pessoa idosa baseado no Guia Alimentar para a População Brasileira, nos 10 passos para a alimentação saudável adaptada a pessoa idosa, prevenção, tratamento e acompanhamento da obesidade e orientações gerais de AN principalmente relacionadas às DCNT, além da leitura e interpretação de rótulos de alimentos (BRASIL, 2006b).

2.5 FATORES QUE INTERFEREM NA COBERTURA DA VAN

Estudos têm apontado algumas limitações em relação à execução do SISVAN. Desde a década de 90 (BATISTA-FILHO; RISSIN, 1993) até os dias atuais (DAMÉ et al., 2011; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017) a baixa cobertura geográfica e populacional do SISVAN, gera dúvidas qualidade dos dados.

A baixa cobertura pode estar relacionada a alguns fatores que dificultam a implantação e operacionalização mais efetiva do SISVAN nos municípios, tais como: falta de estrutura de computadores e equipamentos antropométricos, descontinuidade do envio de dados, alta rotatividade de pessoas que participam das capacitações, falta de priorização política, tempo escasso para alimentação do sistema devido a multiplicidade de atividades das UBS e priorização de alimentação do módulo SISVAN Bolsa Família (SISVAN BF) pelas mesmas em decorrência da condicionalidade de transferência de recurso aos municípios (BRASIL, 2009).

Outras dificuldades também são relatadas, entre elas: erros nas diferentes etapas de registro e fluxo dos dados (DAMÉ et al., 2011), consolidação e o uso das informações disponibilizadas para a gestão de ações e recursos voltados a ações de AN (COUTINHO et al., 2009), sustentação política pouco consistente (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014), ausência de estrutura para alimentação do sistema e de capacitações sobre o componente de consumo alimentar e o uso dos dados coletados para subsidiar a atenção nutricional (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2019), entre outros.

Jung et al. (2014) descreveram coberturas de acompanhamento do estado nutricional por faixa etária com base nos relatórios públicos e na população total dos municípios do estado do RS. As frequências de acompanhamento do estado nutricional foram majoritariamente baixas, com maior frequência entre crianças de 0 a 5 anos (10,5%) e de 5 a 10 anos (5,1%), e

muito baixas entre adolescentes (1,6%), adultos (0,8%) e idosos (0,9%). Outros estudos também evidenciaram um predomínio no acompanhamento da cobertura de crianças e a cobertura reduzida entre idosos (COUTINHO et al., 2009; ENES, LOIOLA, OLIVEIRA, 2014; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2019).

Historicamente há uma priorização do componente materno-infantil, nas políticas de saúde de forma geral e, mais especificamente, naquelas relacionadas à AN, e isso é explicado devido à vulnerabilidade biológica que esse componente apresenta. Somado a isso, o surgimento do PBF reforçou a prioridade desse público quando estabeleceu a obrigatoriedade do acompanhamento do estado nutricional desta fase da vida, sendo esta a principal fonte de dados do SISVAN (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017).

Porém, com o atual cenário de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, com o aumento acelerado da obesidade e de condições associadas, associado ao aumento do número de idosos e da taxa de expectativa de vida (IBGE, 2010), as novas necessidades de atenção nutricional precisam ser identificadas pela VAN, e para isso, o aumento da cobertura nessa fase do ciclo da vida é pré-requisito (MENDES, 2012; JAIME; SANTOS, 2014).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é caracterizado como uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. O cenário inicial para a realização da presente pesquisa foram todos os 497 municípios do estado do RS.

O Estado de Rio Grande do Sul tem uma população estimada de 11.422.973 habitantes e segundo dados do Censo de 2010, 1.461.480 são pessoas acima de 60 anos. Atualmente 85,1% da população total vive em áreas urbanas. O estado apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,746 (IBGE, 2010).

O período de realização da pesquisa abrangeu os meses de junho de 2019 a dezembro de 2020.

A presente pesquisa foi dividida em 2 fases, e compreendeu amostras diferentes em cada fase, conforme especificado abaixo.

FASE 1

Foi realizada coleta de dados referentes ao estado nutricional de idosos dos 497 municípios do estado do RS através do SISVAN Web, através do acesso público aos relatórios anuais gerados pelo sistema.

Foram utilizados dados originados dos relatórios do SISVAN módulo de gestão (Bolsa Família), doravante denominado SISVAN Bolsa Família (SISVAN BF), relatórios SISVAN e-SUS AB e a soma destes (SISVAN Web + SISVAN Bolsa Família + SISVAN e-SUS AB), doravante denominado TODOS.

A cobertura total por município foi definida como o percentual de indivíduos idosos, acompanhados pelo SISVAN-Web anos de 2014 a 2018. O cálculo da cobertura total foi obtido por meio da divisão do número de registros do estado nutricional pela população idosa dos respectivos municípios, conforme Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O resultado desse cálculo foi multiplicado por 100 para indicar o percentual da população coberta pelo sistema, conforme indicado abaixo, baseado nos cálculos de cobertura dos indicadores de saúde nacionais (BRASIL, 2016b).

A cobertura foi calculada para cada ano (2014 a 2018), e após foi calculada a mediana dos 5 anos analisados de cada município.

FASE 2

Após o cálculo da cobertura do estado nutricional de cada município, estes foram agrupados de acordo com a densidade populacional, divididos em quatro grupos: municípios com número menor ou igual a cinco mil habitantes, municípios com população entre cinco mil e dez mil habitantes, municípios com população de dez mil a sessenta mil habitantes e municípios com população maior de sessenta mil habitantes.

Para cada grupo, foram selecionados quatro municípios, dentre os municípios, dois que apresentaram maior e menor mediana de cobertura do estado nutricional de idosos no SISVAN. A exceção ficou para o grupo de municípios maiores de sessenta mil habitantes com maior mediana de cobertura com três municípios participantes, totalizando assim dezessete municípios. Quando houve empate no *ranking* das medianas, foi realizado sorteio para a definição do município que participaria da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram os responsáveis municipais, formais ou não, pela VAN, identificados pelas Coordenarias Regionais de Saúde de referência ou por contato direto com as Secretarias Municipais de Saúde. Os responsáveis foram previamente convidados, por meio de telefonema, para participar da pesquisa. No contato foram explicados os objetivos da pesquisa e sua contribuição para os estudos no campo da Gerontologia e agendada uma entrevista para avaliar os fatores intervenientes na execução da VAN.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas via chamada telefônica, a partir de roteiro composto por 12 questões para a identificação dos motivos que influenciam a cobertura da VAN de idosos nos municípios, com as seguintes temáticas: informações sobre a implementação do SISVAN no município, sobre a gestão e a utilização dos dados de VAN no município, planejamento de ações em saúde, entre outras. As questões foram baseadas de acordo com o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional.

A entrevista foi audiogravada. Para os responsáveis pela VAN daqueles municípios que aceitaram participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi enviado por e-mail, por meio de formulário no Google Forms, para leitura e aceite de participação. Após as entrevistas, os áudios foram transcritos.

Para a análise dos dados das entrevistas foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo proposta por Minayo (2015). Esta análise encontra-se operacionalmente dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação, de acordo com uma trajetória de análise descrita a seguir.

Inicialmente foi realizada uma leitura compreensiva e exaustiva dos áudios transcritos. Trata-se de uma leitura de primeiro plano para se atingir níveis mais profundos. Na segunda

etapa foi realizada a exploração do material, com a finalidade de categorizar os dados utilizando critérios de diferenciação e reagrupamento. E por fim, na última etapa, foi realizada uma síntese interpretativa, a partir da qual os resultados da pesquisa foram discutidos numa perspectiva mais ampla, buscando atribuir um grau de significação aos conteúdos analisados (MINAYO, 2015).

Para fins de sigilo na apresentação dos resultados, os participantes foram codificados com as letras A para os municípios que apresentaram maior cobertura e B para municípios que apresentaram menor, seguidas do número de sequência das entrevistas.

As inferências e interpretações tiveram suporte nos referenciais do Ciclo de gestão e produção do cuidado sob o espectro do Marco de VAN, como também nas PNAN e PNSPI.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos, conforme Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa, que define o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto possui a aprovação da SES do Estado do RS (Anexo A), bem como do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM (Anexo B), aprovado em 13 de novembro de 2019, sob o número CAEE 23971319.8.0000.5346. Para a coleta de dados, todos os entrevistados do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com os pesquisadores envolvidos no estudo.

4 RESULTADOS

Este capítulo apresentará as produções elaboradas a partir da análise dos dados coletados nessa dissertação. Os resultados serão apresentados em forma de artigo, que posteriormente será submetido a revista “Revista Latino Americana de Enfermagem”.

4.1 ARTIGO

FATORES INTERVENIENTES NA EXECUÇÃO DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A POPULAÇÃO IDOSA EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

INTERVENING FACTORS IN THE EXECUTION OF THE FOOD AND NUTRITIONAL SURVEILLANCE COVERAGE FOR THE ELDERLY POPULATION IN RIO GRANDE DO SUL

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cobertura de estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para população idosa no Rio Grande do Sul. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado nos municípios do Rio Grande do Sul, dividido em 2 fases: Fase 1: coleta de dados registrados sobre o estado nutricional de idosos nos 497 municípios do RS, no período de 2014 a 2018. Fase 2: seleção dos municípios com maior e menor cobertura da Vigilância Alimentar e Nutricional para idosos e, posterior, entrevista com 17 responsáveis por este serviço. Os dados da Fase 1 foram analisados através do cálculo das coberturas e mediana e os da Fase 2 analisou-se seguindo os passos da análise de conteúdo. Foi realizada entrevista com os responsáveis pela Vigilância Alimentar e Nutricional e posterior análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram da segunda etapa do estudo 17 profissionais de saúde atuantes na coordenação da Vigilância Alimentar e Nutricional seus respectivos municípios. A cobertura total do registro do estado nutricional de idosos do RS no SISVAN de 2014 a 2018 variou de 0,94% a 9,21%, respectivamente. A análise das entrevistas realizadas configurou a composição em duas categorias que permitiram agregar os significados produzidos pelos sujeitos deste estudo. De acordo com a análise, foi possível observar que há dificuldades no registro dos dados no sistema, como falta de tempo, baixa integração entre os diferentes sistemas, poucas ações para o público idoso no território, falta de planejamento de ações e desconhecimento de como fazer a análise dos dados coletados. **Conclusão:** O estudo mostrou que há baixo número de

registros sobre a cobertura do estado nutricional dos idosos residentes nos municípios gaúchos. Também, que existem fatores intervenientes na execução do ciclo do cuidado e gestão da VAN com foco no idoso, como o baixo registro no SISVAN foram a falta de nutricionista nos municípios, a ausência de padronização dos sistemas, insuficiência de tempo dos profissionais da APS por terem várias atribuições, o baixo conhecimento a respeito do SISVAN e deficiência em capacitação sobre a utilização do sistema e também os recursos financeiros.

Palavras-chave: Vigilância Alimentar e Nutricional; Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação; Cobertura de Serviços Públicos de Saúde; Nutrição do Idoso.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the coverage of nutritional status in the Food and Nutritional Surveillance System (SISVAN) for the elderly population in Rio Grande do Sul. **Method:** Descriptive, qualitative study carried out in the municipalities of Rio Grande do Sul, divided into 2 phases: Phase 1 : collection of recorded data on the nutritional status of the elderly in the 497 municipalities of RS, from 2014 to 2018. Phase 2: selection of municipalities with greater and lesser coverage of Food and Nutritional Surveillance for the elderly and, later, interview with 17 guardians for this service. Data from Phase 1 were analyzed from the calculation of coverage and median and those from Phase 2 were analyzed following the steps of content analysis. Interviews were carried out with those responsible for Food and Nutritional Surveillance and subsequent content analysis. **Results:** Participated in the second stage of the study 17 health professionals working in the coordination of Food and Nutritional Surveillance in their respective municipalities. The total coverage of the registry of the nutritional status of elderly people in RS in SISVAN from 2014 to 2018 ranged from 0.94% to 9.21%, respectively. The analysis of converts configured the composition into two categories that allowed for aggregating the meanings found by the subjects of this study. According to the analysis, it was

possible to observe that there are difficulties in recording data in the system, such as lack of time, low integration between the different systems, activities for the elderly population in the territory, lack of action planning and lack of knowledge on how to carry out the analysis of the collected data. **Conclusion:** The study showed that there is a low number of records on the coverage of the state's nutritional status of the elderly living in the cities of Rio Grande do Sul. Also, that there are intervening factors in the execution of the cycle of care and management of the VAN with a focus on the elderly, such as the low record in SISVAN, the lack of nutritionist in the municipalities, the absence of standardization of systems, insufficiency of time for PHC professionals due to having several attributions, low knowledge about SISVAN and lack of training on the use of the system and also financial resources.

Key words: Nutritional Surveillance; Nutrition Programs and Policies; State Health Care Coverage; Elderly Nutrition.

Introdução

A atual situação de saúde da população brasileira é marcada por uma transição demográfica acelerada, com diminuição acentuada das taxas de fecundidade e natalidade e aumentos progressivos na expectativa de vida. Este fenômeno associa-se a uma transição epidemiológica de tripla carga de doenças, uma agenda não resolvida de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, presença hegemônica de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores e risco (MENDES, 2012).

Em meio a este cenário a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) assume um papel essencial, pois se apresenta como um conjunto de estratégias de Vigilância em Saúde, incluindo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), para monitorar e analisar continuamente o padrão de mudança das condições alimentares e nutricionais da população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O SISVAN é uma ferramenta apoiadora aos gestores e profissionais na condução de ações para a promoção da alimentação adequada e saudável e para a prevenção de agravos nutricionais, bem como na elaboração, planejamento e avaliação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2015a).

Estudos, baseados nos relatórios públicos disponíveis no sistema, têm demonstrado uma cobertura de acompanhamento da VAN para idosos baixa, quando comparado com outras faixas etárias. Estudo epidemiológico realizado com a população atendida na atenção básica, no período de 2008 e 2013, verificou que a variação da cobertura das crianças menores de cinco anos passou de 17,69% a 27,89% e a das gestantes, de 4,71% para 16,96%, no período avaliado. Enquanto que a cobertura da população idosa apresentou médias e variação anual de 0,41% a 1,17% (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017). Essa característica está vinculada à histórica priorização do componente materno-infantil, considerado biologicamente vulnerável, pelas políticas públicas de saúde, e mais especificamente, relacionadas a alimentação e nutrição (AN) (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017; ENES, 2014; COUTINHO et al., 2009). Esse

fenômeno gera preocupação, sobretudo pelos idosos serem o segmento da população que mais cresce no país.

Mesmo com o reconhecimento da importância da atenção à saúde da pessoa idosa, (referencia) poucos estudos abordam a atenção nutricional no SUS para os idosos. Um recente estudo (MELO; MEDEIROS, 2020), demonstrou que as ações de AN ao idoso na atenção básica nortearam-se pelo paradigma biomédico, restritas ao tratamento dietético no manejo de doenças e influenciadas por concepções negativas de envelhecimento. Outros estudos também apontam que há lacunas na identificação de fatores intervenientes nas ações de AN, sobretudo no que diz respeito ao planejamento e à gestão das ações ou ao cotidiano dos serviços, assumindo-se que é na micropolítica dos processos de trabalho que as concepções de saúde-doença-cuidado e envelhecimento se configuram (PEREIRA, LACERDA, NATAL, 2017; FRANCO, MERHY, 2012).

Diante deste cenário, identificar fatores relacionados ao registro do estado nutricional de idosos que acessam o SUS pode ser uma ferramenta para elucidar quais ações são realizadas na atenção básica para promoção da saúde da pessoa idosa, assim como um diagnóstico do estado nutricional para possível elaboração de políticas públicas que venham beneficiar a saúde no processo do envelhecimento populacional.

Dessa forma, o objetivo desse estudo é analisar a cobertura e os fatores intervenientes na execução da VAN na população idosa de municípios do estado do RS.

Método

Este estudo é caracterizado como uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. O cenário inicial para a realização da presente pesquisa foram todos os 497 municípios do estado do RS.

O Estado de Rio Grande do Sul tem uma população estimada de 11.422.973 habitantes e segundo dados do Censo de 2010, 1.461.480 são pessoas acima de 60 anos. Atualmente 85,1% da sua população vive em áreas urbanas. O estado apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,746 (IBGE, 2010). O período de coleta de dados da pesquisa abrangeu os meses de junho de 2019 a dezembro de 2020.

A presente pesquisa foi dividida em duas fases, e compreendeu coleta de dados diferentes para cada uma das fases, conforme especificado abaixo.

FASE 1

Foi realizada coleta de dados referentes ao estado nutricional de idosos dos 497 municípios do estado do RS através do SISVAN Web pelo acesso público aos relatórios anuais gerados pelo sistema. Ao gerar os relatórios, foram selecionados os municípios do estado do RS, população da faixa etária idosa (>60 anos).

Foram utilizados dados originados dos relatórios SISVAN Web, SISVAN módulo de gestão (Bolsa Família), doravante denominado SISVAN Bolsa Família (SISVAN BF), relatórios SISVAN e-SUS AB e a soma destes (SISVAN Web + SISVAN Bolsa Família + SISVAN e-SUS AB), doravante denominado TODOS.

A cobertura total por município foi definida como o percentual de indivíduos idosos, acompanhados pelo SISVAN-Web anos de 2014 a 2018. O cálculo da cobertura total foi obtido por meio da divisão do número de registros do estado nutricional pela população idosa dos respectivos municípios, conforme Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O resultado desse cálculo foi multiplicado por 100 para indicar o percentual da população coberta pelo sistema, conforme indicado abaixo, baseado nos cálculos de cobertura dos indicadores de saúde nacionais (BRASIL, 2016b).

A cobertura foi calculada para cada ano (2014 a 2018), e após foi calculada a mediana dos 5 anos analisados de cada município.

FASE 2

Após o cálculo da cobertura do estado nutricional de cada município, os quais foram agrupados de acordo com a densidade populacional, divididos em quatro grupos: municípios com número menor ou igual a cinco mil habitantes, municípios com população entre cinco mil e dez mil habitantes, municípios com população de dez mil a sessenta mil habitantes e municípios com população maior de sessenta mil habitantes.

Para cada grupo, foram selecionados quatro municípios, dentre esses dois municípios que apresentaram maior e menor mediana de cobertura do estado nutricional de idosos no SISVAN. A exceção ficou para o grupo de municípios maiores de sessenta mil habitantes com maior mediana de cobertura com três municípios participantes, totalizando assim dezessete municípios. Quando houve empate no *ranking* das medianas, foi realizado sorteio para a definição do município que participaria da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram os responsáveis municipais, formais ou não, pela VAN, identificados pelas Coordenarias Regionais de Saúde de referência ou por contato direto com as Secretarias Municipais de Saúde. Os responsáveis foram previamente convidados, por meio de telefonema, para participar da pesquisa. No contato foram explicados os objetivos da pesquisa e sua contribuição para os estudos no campo da Gerontologia e agendada uma entrevista para avaliar os fatores intervenientes na execução da VAN.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas por chamada telefônica, a partir de roteiro composto por 12 questões para a identificação dos motivos que influenciam a cobertura da VAN de idosos nos municípios, com as seguintes temáticas: informações sobre a implementação do SISVAN no município, sobre a gestão e a utilização dos dados de VAN no

município, planejamento de ações em saúde, entre outras. As questões foram baseadas de acordo com o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional.

A entrevista foi audiogravada. Para os responsáveis pela VAN daqueles municípios que aceitaram participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi enviado por e-mail, por meio de formulário no Google Forms, para leitura e aceite de participação. Após as entrevistas, os áudios foram transcritos.

Para a análise dos dados das entrevistas foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo proposta por Minayo (2015). Esta análise encontra-se operacionalmente dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação, de acordo com uma trajetória de análise descrita a seguir.

Inicialmente foi realizada uma leitura compreensiva e exaustiva dos áudios transcritos. Trata-se de uma leitura de primeiro plano para se atingir níveis mais profundos. Na segunda etapa foi realizada a exploração do material, com a finalidade de categorizar os dados utilizando critérios de diferenciação e reagrupamento. E por fim, na última etapa, foi realizada uma síntese interpretativa, a partir da qual os resultados da pesquisa foram discutidos numa perspectiva mais ampla, buscando atribuir um grau de significação aos conteúdos analisados (MINAYO, 2015).

Para fins de sigilo na apresentação dos resultados, os participantes foram codificados com as letras A para municípios que apresentaram maior cobertura do estado nutricional e B para municípios que apresentaram menor cobertura do estado nutricional, seguidas do número de sequência das entrevistas.

As inferências e interpretações tiveram suporte nos referenciais do Ciclo de Gestão e Produção de Cuidado sob o espectro do Marco de VAN, assim como nas PNAN e PNSPI.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos, conforme Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa, que define

o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto possui a aprovação da SES do Estado do RS, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, aprovado em 13 de novembro de 2019, sob o número CAEE 23971319.8.0000.5346. Para a coleta de dados, todos os entrevistados do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com os pesquisadores envolvidos no estudo.

Resultados

Participaram do estudo 17 profissionais de saúde atuantes na coordenação da Vigilância Alimentar e Nutricional seus respectivos municípios. Nas categorias profissionais, houve predomínio de nutricionistas, correspondendo a 82% (n=14), seguido de enfermeiros 12% (n=2) e dentista 6% (n=1). Em relação ao sexo, 88% eram mulheres (n=15).

A cobertura total do registro do estado nutricional de idosos do RS no SISVAN de 2014 a 2018 variou de 0,94% a 9,21%, respectivamente.

De acordo com a tabela 1, podemos perceber as medianas dos municípios selecionados para a pesquisa.

Tabela 1. Descrição da cobertura do registro do estado nutricional de idosos das cidades selecionadas para fazerem parte do estudo, Rio Grande do Sul (2014 a 2019).

	2014	2015	2016	2017	2018	Mediana
Municípios com maior cobertura	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Menores de 5 mil habitantes						
André da Rocha	0,00	77,51	84,69	85,65	76,08	77,51
Nova Bréscia	1,78	54,68	88,26	87,37	87,67	87,37
De 5 a 10 mil habitantes						
Boa Vista do Buricá	0,39	31,11	85,70	84,15	65,41	65,41
Ibiraiaras	0,00	73,38	82,76	91,70	92,78	82,76
De 10 a 60 mil habitantes						
Vera Cruz	18,40	32,37	42,56	44,70	53,86	42,56
Serafina Correa	13,29	96,69	90,66	94,45	100,48	94,45
Maiores de 60 mil habitantes						
Sapiranga	0,00	9,79	13,36	21,99	28,19	13,36
Campo Bom	0,10	2,02	13,63	28,01	34,29	13,63
Lajeado	0,02	32,15	42,04	0,42	35,72	32,15
Municípios com menor cobertura	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Menores de 5 mil habitantes						
Vila Maria	0,00	0,14	0,14	1,36	21,56	0,14
Ilópolis	0,14	0,28	0,14	0,00	3,51	0,14
De 5 a 10 mil habitantes						
Coronel Bicaco	0,00	0,26	0,86	0,00	2,33	0,26
Manoel Viana	0,00	10,41	1,95	0,09	0,09	0,09
De 10 a 60 mil habitantes						
Caçapava do Sul	0,00	0,02	0,03	1,91	0,05	0,03
Cerro Largo	0,05	0,75	0,19	0,00	0,05	0,05
Maiores de 60 mil habitantes						
Santa Maria	0,10	0,23	0,59	0,6	0,76	0,23
Vacaria	0,00	0,02	0,05	6,94	13,26	0,05

A análise das entrevistas realizadas configurou a composição de 4 categorias que permitem agregar os principais significados produzidos pelos sujeitos deste estudo, respondendo ao objetivo proposto. As categorias foram criadas considerando Ciclo de gestão e produção do cuidado do Marco de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2015a) (quadro 1).

Quadro 1. Categorias, núcleos temáticos e unidades de registro das respostas dos profissionais responsáveis pela VAN em municípios do RS.

Categorias	Núcleos temáticos	Unidades de registro
O SISVAN como ferramenta para tomada de decisão e gestão do cuidado: potencialidades e fragilidades de um sistema de informação	Sistemas	Dificuldades no registro: Falta de tempo, baixa integração entre sistemas diferentes, sistemas privados
	Avaliação Nutricional	Caderneta de Saúde do Idoso Grupos de educação em Saúde
SISVAN da teoria à prática: o desafio da produção do cuidado, planejamento e promoção da saúde para a população idosa	Atendimento clínico	Idosos não são o grupo prioritário das ações; Dependência do nutricionista; Falta do trabalho colaborativo
	Análise de dados	Desconhecimento de como realizar a análise dos dados

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

- a) O SISVAN como ferramenta para tomada de decisão e gestão do cuidado: potencialidades e fragilidades de um sistema de informação:

A partir da análise das entrevistas, emergiram aspectos relevantes a respeito da coleta de dados e produções de informações para o SISVAN. Um desses diz respeito a integração do SISVAN com o e-SUS AB. Tendo em vista que se passaram 5 anos do início da integração dos sistemas, nota-se que alguns municípios ainda desconhecem a existência dessa integração, como pode-se observar nas falas abaixo:

“[...] o que tu faz no SISVAN não vai pro e-SUS, ele não migra, e nem do e-SUS pro SISVAN. Então nós, em saúde pública no município, o que nós precisamos... o que importa hoje é o registro no e-SUS porque implica no retorno dos recursos e para atingir metas.” (B7)

“Se eles pudessem ter interligação e um sistema repassar os dados pro outro, daí facilitaria, né? Por que nós não temos digitador, então cada um que faz o procedimento também tem que digitar ele (SISVAN).” (A3)

Por outro lado, a utilização de prontuários eletrônicos que possuem conexão com o e-SUS, é relatado com um fator positivo nos municípios:

“Na verdade todos os registros que se tem no SISVAN ele é migrado do prontuário eletrônico, que a gente tem prontuário eletrônico no município, [...] tudo que foi digitado pelas equipes de saúde migravam então para o SISVAN.” (A2)

“[...] não se perde mais registro de antropometria de paciente, porque instalando o prontuário eletrônico - PEC, você não perde esses dados, ele faz interface, então quer dizer que de alguma maneira ele vai chegar no sistema que deveria estar alimentando [...]” (A6)

Há também aqueles que utilizam sistemas informatizados privados sem a integração com o e-SUS ou SISVAN, sendo um fator apontado como limitante para o registro dos dados no sistema e a utilização do SISVAN. Verifica-se neste ponto que a vigilância é realizada, mas os dados não podem ser utilizados no planejamento de ações, visto que não são computados no SISVAN.

“A partir da metade de 2018 foi implantado um sistema próprio e que até o momento ele não conversa com o SISVAN. Então a gente recebeu orientação de não alimentar outro sistema que não seja esse sistema (privado). [...]E como a gente não tem mão de obra pra digitar duplamente cada dado, a gente não alimentou mais o SISVAN, então isso foi uma perda bem terrível.” (A1)

“O nosso município não usa o e-SUS. A gente usa um sistema privado, pago, que daí tem que mandar todo mês para essa empresa, para essa empresa repassar para o e-SUS. Então tu

alimenta um sistema que é aqui (privado), daí tu tem que alimentar SISVAN, daí tu tem que alimentar outro sistema, sabe? É complicado. Então essa é a nossa dificuldade maior.” (B3)

Percebe-se nos trechos citados que, a integração entre os sistemas é um fator primordial para o sucesso dos registros das avaliações, otimizando a digitação e a consolidação dos dados. A falta de tempo e de profissionais para digitar os dados e a lentidão do sistema foram aspectos negativos apontados:

“O maior problema do SISVAN que eu vejo, de inviabilizar ele, é que ele é muito lento, a digitação dos dados demora muito e a gente perde muito tempo. Esse é um grande problema do SISVAN, a gente não tem um monte de gente disponível com um monte de computador para ficar levando horas para digitar os dados.” (A1)

“[...] o tempo é pouco, nós somos uma equipe com poucos profissionais, não temos um digitador específico, então às vezes dificulta... mas a questão da coleta de dados, ela acontece. Os números são registrados, mas são registrados no sistema que a gente usa diariamente, né.” (A3)

“Eles sabem da importância de fazer o acompanhamento, mas como não é um programa que vem um recurso, aí é mais difícil também de convencer. Então ele é só um programa, na verdade, que alimenta dados, mas ele não é um programa que venha recursos para o município. Então a gente acaba não fazendo uma exigência para as equipes de saúde fazerem o acompanhamento.” (A2)

Os municípios que informaram ações de análise (coleta de dados) para a população idosa têm como ferramenta a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e ações de promoção de saúde. No entanto, nas falas, não foi comentado sobre a classificação do estado nutricional por meio dos índices antropométricos durante as ações realizadas:

“Na verdade, nós fomos orientados pela coordenadora de saúde a fazer aquela carteirinha do idoso e em cima disso a gente preconizou que todo idoso que chegasse nas ESF, ele era avaliado principalmente nas questões que a carteirinha sugeria, a questão da saúde bucal, avaliação nutricional, avaliação clínica, então todos esses dados constam hoje nas carteirinhas dos idosos e constam também no nosso sistema.” (A3)

“Nós temos grupos de atividade física até nas comunidades do interior [...] que acontece uma vez por semana e nesses grupos, uma vez ao mês a gente realiza avaliação nutricional. [...] Além disso nós temos a orientação que todo idoso que chegue até nós na ESF, seja qual for o motivo, ele vai passar por avaliação nutricional ao menos uma vez ao mês. [...]” (A2)

b) SISVAN da teoria à prática: o desafio da produção do cuidado, planejamento e promoção da saúde para a população idosa:

De acordo com os relatos neste estudo, a maioria dos entrevistados referiram que não há ações específicas e direcionadas a população idosa; a maioria das ações são voltadas para crianças e gestantes, sendo a prioridade em muitos deles.

“As ações para a população idosa, em específico, nenhuma... Porque a gente não vai em busca ativa da população, e eu na verdade faço só atendimento clínico com plano alimentar

para a população específica que procura... diabetes, hipertensão, obeso, doença cardíaca, [...] mas não uma ação da saúde em relação à população idosa” (B4)

“[...] em relação a ações, a gente acaba não fazendo. A gente faz muito em relação as crianças, mas o idoso em si a gente não consegue fazer uma ação específica.” (A4)

“[...] eu penso que muitas vezes a atenção básica, a exemplo do Programa Saúde na Escola, ela foca muito nos escolares, na parte de pediatria... Eu acho importante ofertar essas prevenções e promoções também para os adultos e para os idosos, [...] muitas vezes eles são esquecidos nas políticas públicas, a gente acaba tendo um olhar muitas vezes mais limitante ou fixado a uma comorbidade específica.” (A4)

“[...] não existem ações [...] voltadas para idosos dentro das unidades de saúde, em relação ao SISVAN. Como não é o meu público, eu atendo exclusivamente crianças, gestantes e pessoas com encaminhamento para cirurgia bariátrica, não é o meu público-alvo. (B5)

Por meio da análise dos discursos, emergiram aspectos relevantes a respeito da presença do nutricionista na atenção básica e da temática da AN como um fator de baixa prioridade nas ações. Para os entrevistados, a responsabilidade para a execução da VAN recai sobre o nutricionista. Desta forma, relataram que a falta de profissionais especializados na equipe, como o nutricionista, prejudica a implantação efetiva da VAN nas unidades de saúde.

“Eu acho que deveria ter mais profissionais da área, por exemplo, aqui são 80 mil habitantes e eu sou uma única nutricionista.” (A1)

“[...] a falta de mais profissionais da nutrição que atuem na atenção primária [...] a importância do olhar da atenção primária para a questão nutricional do idoso, acho que nem todo mundo tem essa clareza e essa importância.” (B8)

“[...] o SISVAN, enfim... ele deveria ser operacionalizado ou pelo menos acompanhado, né, pelo profissional da área e que no momento então... o município ele não consta com nutricionista na área da saúde e que isso não está sendo feito.” (A4)

Neste estudo, não só a falta de profissional é um desafio presente, mas como também a dificuldade do trabalho colaborativo em equipes interprofissionais e intersetoriais:

“[...] não tem ninguém para me ajudar, e como eu tenho que trabalhar na educação, na saúde e na assistência, então não sobra muito tempo para eu fazer alguma coisa assim a mais, né. A gente sempre quer fazer, mas não tem uma equipe que ajuda, então sozinha não se consegue fazer tudo que eu gostaria. [...]” (A7)

“A falta de profissional... eu entendo que nutrição não é só coisa de nutricionista, mas quando não tem alguém pra enxergar a nutrição como algo importante a gente fica devendo essa parte de vigilância alimentar, de cuidado... [...]” (A6)

Naqueles municípios em que se observa um melhor funcionamento da VAN, percebe-se que os profissionais mencionam a importância de haver uma equipe multiprofissional e de profissionais com conhecimento técnico sobre AN:

“[...] nós temos um cronograma de reuniões, a gente sentava e planejava as ações em conjunto. [...] Na verdade nós temos todo o trabalho estruturado dessa forma, tudo que a gente decide fazer, independente da área, seja saúde mental, seja atividade física, ou seja nutrição, ou seja enfermagem, a gente tem um acordo de uns ajudarem os outros.” (A3)

“[...] a gente tem treinamento com os técnicos de enfermagem, com os auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos para todos eles estarem colocando peso e altura no sistema, que isso vai ser importado para o SISVAN [...]” (A5)

“[...] a gente faz o matriciamento com as equipes. Então é bem interessante, tem lugar que não tem nutricionista tão frequente, mas eles estão matriciados [...]” (A5)

Verificou-se neste estudo que o desconhecimento sobre a importância de utilização do sistema bem como sobre a forma correta de preenchimento dos dados, extração de relatórios e análise dos dados são fatores limitantes. Percebe-se que os profissionais não executam, na prática diária, a análise dos dados para o planejamento das ações necessárias no âmbito da AN:

“[...] o que a gente tem visto, não somente para o idoso mas para as outras situações, é que o pessoal descreve o peso ou o que foi falado durante a evolução na consulta, e não coloca no lugar correto que, se não puser ali, que é um espacinho que tem para a colocação dos dados dele de peso e altura, daí não migra para o SISVAN.” (B9)

“[...] não percebi nenhum avanço nesses últimos anos em relação ao SISVAN. Porque ele não tem uma meta, não tem... é apenas um registro, no meu ponto de vista é apenas um registro.

Ele não implica em metas, não te traz um retorno pra ti, dentro do próprio município, na verdade ele é só um sistema de vigilância, mas nós não temos metas dentro dele.” (B7)

“[...] eu nem sei trabalhar muito com essa ferramenta do SISVAN [...] procurar dados, essas coisas assim... essa é uma dificuldade que nós temos aqui no município, que eu acho que deveria ter mais capacitações de como isso funciona, de como fazer pra gente tentar passar para os outros profissionais também alimentarem.” (B3)

Em relação ao planejamento das ações realizadas para o público idoso, percebe-se que não há uma análise da situação de saúde, definição de metas, avaliação das ações, ou seja, um planejamento e definição de prioridades acerca da saúde da pessoa idosa, como podemos observar nos relatos a seguir:

“[...] os dados existem, a gente sabe os dados, sabe que tem o problema, pode até fazer uma análise bem superficial, mas é uma análise que por ora não gera nenhuma ação, entendeu? [...] Não é feito nenhum planejamento de ações em relação aos dados que já existem no município [...]” (A6)

“[...] eu acho que falta um planejamento assim de iniciar o ano e planejar as ações, eles não dão importância pra isso, eles acham ainda que essa parte não é necessária na atenção básica, eles eu me refiro a gestão.” (A7)

Discussão

Em 2015, o Ministério da Saúde lançou o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional, que tem por objetivo apoiar profissionais e gestores para a organização da VAN na Atenção Básica, reconhecendo-a como parte do processo de vigilância em saúde e como instrumento para a gestão do cuidado no âmbito individual e coletivo. Trata-se de um marco de

referência que identifica, define e esclarece os conceitos e as metodologias da VAN na Atenção Básica, assim como os contextos dos quais essa prática se origina e se insere atualmente.

No contexto da VAN é fundamental cartografar o território que se apresenta e conhecer como se dão as relações, as tradições e os costumes adotados pela comunidade no tocante às práticas alimentares. Para exercer atitude de vigilância, recomenda-se utilizar como referência o Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado. Esse ciclo abrange etapas de coleta de dados e produção de informações, de análise e decisão, de ação e de avaliação que podem ocorrer simultaneamente ou em momentos distintos, tanto no âmbito individual como nos atendimentos de rotina na UBS ou em domicílio, quanto no coletivo, quando se analisam as informações consolidadas por território (BRASIL, 2015a).

Os dados encontrados nesse estudo mostram que as coberturas de estado nutricional de idosos ainda estão aquém do esperado. Porém, comparado com estudo realizado por Jung et al. (2014), em que a cobertura do estado nutricional de idosos foi 0,9%, é notável que ao longo dos anos as coberturas apresentaram um aumento significativo.

Desde 2017, a partir da nota técnica do Ministério da Saúde (MS), passou a existir a integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) à Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Essa integração entre os sistemas surgiu com o intuito de reduzir o retrabalho por parte dos profissionais de saúde definindo um modelo integrado de registro de informações, possibilitando uma única entrada de dados para os serviços de Atenção Básica, ou seja, buscando evitar que o profissional de saúde tenha que usar vários sistemas ao mesmo tempo para alimentar as mesmas informações (BRASIL, 2017).

Quando não há esta integração, vários sistemas captam o mesmo dado, cada um tem sua própria forma de coleta e processamento, aumentando a chance de haver inconsistências, excesso e duplicidade de informações, dificultando o cruzamento, a consolidação de dados da Atenção Básica (CAMPELO, 2015) e um impacto importante no cotidiano dos processos de

trabalho e gestão locais. Vários sistemas demandam as mesmas informações de usuários e serviços de saúde que não são compartilhadas entre si (MENDES, 2011).

A exemplo disso, em uma consulta nutricional ao paciente idoso, é exigido do profissional o preenchimento do prontuário clínico, dos dados do SISVAN e da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Em determinado momento, pode-se até causar a impressão de que o registro das informações é mais importante que o próprio atendimento clínico, a escuta qualificada, a construção do vínculo, o exame físico, ou seja, a integralidade do cuidado (BRASIL, 2008; BRASIL, 2018).

Além da fragmentação dos sistemas, outros fatores que dificultam a implantação e operacionalização mais efetiva do SISVAN nos municípios analisados foi a falta de tempo. O MS apontou a falta de tempo como um viés que contribui para a baixa alimentação do SISVAN pelos municípios, justificado pelo tempo reduzido para realizar as atividades locais, tendo em vista que o SISVAN compete com outras atividades de atenção básica e com outros sistemas dentro do SUS (BRASIL, 2009).

O desconhecimento sobre a falta de recursos financeiros para operacionalização do SISVAN foi descrito como um fator que desfavoreceu as ações de VAN nos municípios avaliados. Vitorino et al (2016) revelaram que há comprometimento da gestão municipal em implantar ações de alimentação e programas sociais na rotina da APS e nutrição com o recebimento de recursos financeiros. E, quando se trata de ações para a população como um todo, sem estes recursos, o mesmo comprometimento não é observado. Identifica-se, assim, um sistema gerido de forma burocrática, servindo somente como instrumento para vinculação e recebimento de recursos, triagem e/ou acompanhamento dos beneficiários de programas, não de monitoramento do estado nutricional da população (VITORINO et al., 2016).

O relato dos participantes sobre a inserção do nutricionista na APS demonstrou-se insuficiente. Este profissional na APS tem como desafio a atenção a uma população numerosa

e muitas das equipes destes níveis de assistência não contam com nutricionista. Com isso, as ações de AN desenvolvidas por estas equipes podem estar inadequadas ou, no mínimo, insuficientes diante das necessidades da população e condicionadas à definição de prioridades pelo profissional ou pela própria equipe (CERVATO-MANCUSO, A.M.; et al, 2012; VITORINO et al., 2016). E, do ponto de vista da gestão das ações do SISVAN, como implantação e supervisão das ações, de acordo com a Portaria nº2246 de 2004, é recomendado que a responsabilidade seja preferencialmente coordenada por um nutricionista (BRASIL, 2004). Desta forma, para que seja possível avançar na integralidade do cuidado (NEIS et al.,2012), tanto na gestão quanto no cuidado das ações de AN, não só a presença do nutricionista na APS é fundamental, quanto um aumento do número de profissionais nas equipes de saúde.

A presença do nutricionista é importante para suprir a formação de outros profissionais da saúde diante da necessidade da abordagem alimentar, valorizando o trabalho multidisciplinar da APS, resgatando ainda a prevenção na reorganização do modelo de atenção à saúde, ou seja, na transição de um modelo assistencialista para o de promoção à saúde (NEIS et al.,2012). No presente estudo, observamos a atuação assistencialista destes profissionais.

A PNAN defende a qualificação dos gestores e de todos os trabalhadores de saúde para implementação de políticas, programas e ações de AN voltados à atenção e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional, o que representa uma necessidade histórica e estratégica para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do atual quadro alimentar e nutricional brasileiro (BRASIL, 2013a). De acordo com estudo realizado por Romeiro (2006) e Vitorino (2016), as capacitações dos gestores e profissionais de saúde que lidam com o SISVAN também representavam uma dificuldade. São necessários maiores incentivos por parte da esfera federal, estadual e municipal

na melhoria destas capacitações e que causem impacto em todo o ciclo de gestão e produção do cuidado.

Em uma revisão recente, em que investigou a produção de evidências sobre AN na atenção básica, foi verificado que todos os estudos que envolveram idosos, tinham relação sobre os aspectos do consumo e estado nutricional e a presença de doenças como obesidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial (CANELLA; SILVA; JAIME, 2013). Além disso, observou-se a falta de estudos que envolvam a prática profissional, as percepções e a educação permanente de profissionais de saúde da APS e à avaliação de programas.

Da mesma forma que no presente estudo, Melo e Medeiros (2020) verificaram em seu estudo que as ações de AN continuam sendo pautadas do tratamento e no manejo de doenças e influenciadas por concepções negativas de envelhecimento, imputando exclusivamente ao indivíduo a responsabilidade pelo próprio cuidado. As ações distanciaram-se da promoção da saúde e do envelhecimento saudável, enfraquecendo seu caráter estratégico para o alcance da integralidade.

Neste estudo fica claro que quando ocorrem as ações para a população idosa, elas apenas são possíveis devido ao trabalho em equipe. As ações para atenção à saúde do idoso devem pautar-se na otimização das oportunidades de saúde, de participação e de segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento. A coleta de dados referentes a vigilância alimentar e nutricional dos usuários das ESF é um papel que cabe a todo profissional da atenção básica. Para tanto, necessitam de políticas públicas que promovam a independência ou a redução do risco de vulnerabilidade em todas as instâncias da sociedade. Tais ações contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho na qualidade de vida e saúde (OMS, 2004).

Embora os idosos não estejam vinculados a programas ou políticas que condicionem a coleta destas informações a recursos específicos, os registros de peso, altura e do consumo

alimentar são de extrema importância. Cabem às equipes da APS a realização de ações que fomentem essa coleta, como ações educativas em grupos ou em consultas médicas e de enfermagem e em visitas domiciliares. Estes momentos são excelentes para a coleta de dados que alimentam o SISVAN apoiadas nas diretrizes oficiais para alimentação adequada e saudável apresentadas no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014). Quando essas práticas são desenvolvidas pela equipe multiprofissional, acabam por incluir uma maior diversidade de saberes, contribuindo para a criatividade e a maior adesão dos usuários. Esse fato, juntamente ao saber descentralizado do profissional, constitui-se em estratégias estruturais, para tornar as atividades educativas em espaços de partilha de saberes (MENDONÇA; NUNES 2014).

Podemos observar em nosso estudo que as ações de saúde para essa população são insuficientes, porém, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi identificada como principal estratégia vinculada às ações para essa população em alguns municípios. No estudo de Damasceno e Chirelli (2009), a utilização da caderneta do idoso demonstrou-se incipiente quando foi utilizada somente como instrumento de registro dos dados e que necessitaria de pactuações e formação dos profissionais para que pudesse ocorrer mudança nas práticas, com integração entre os serviços na perspectiva da concepção de RAS. As informações produzidas por meio da análise antropométrica e do consumo alimentar podem embasar desde a escolha do melhor cuidado para um indivíduo até o desenvolvimento de uma estratégia ou política municipal, estadual ou federal. Assim, é essencial que todos os profissionais da equipe de AB se integrem ao processo, de forma que as etapas do ciclo da VAN sejam compartilhadas e que todos compreendam o sentido dessa ação no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2015). Embora essencial, Damasceno e Chirelli (2019), no cenário de sua pesquisa verificaram a ocorrência de tentativas de implementação das políticas, desde a aprovação da PNSPI, com poucos avanços junto às equipes da ESF. Um dos determinantes estava focado no planejamento insuficiente,

sem a perspectiva da cogestão com as equipes da ESF e das necessidades dos territórios, gerando uma política com pouco impacto nas práticas das equipes.

Para a efetivação de um modelo de saúde é necessária a reorganização dos processos de trabalho a luz do planejamento das ações intersetoriais, com o estabelecimento de parcerias, objetivando ter respostas mais efetivas (OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Este deve ser pensado como um todo e direcionado à resolução dos problemas identificados no território de responsabilidade da unidade de saúde, visando à melhoria progressiva das condições de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Para isso, parte-se da ideia que desenvolver um diagnóstico situacional de nutricional, seja ele individual ou coletivo, auxilia na avaliação e constatação das necessidades de uma população. A partir da identificação destas necessidades, pode-se pensar estratégias de intervenção visando a minimização dos agravos em saúde (KEMPER et al., 2015). Mas para isso, o ciclo do cuidado e gestão em Vigilância Alimentar e Nutricional deve ser planejado e efetivado por completo, a fim de fomentar a organização da Atenção Nutricional no SUS.

Conclusão

O presente estudo, ao analisar as coberturas do estado nutricional dos idosos nos municípios gaúchos encontrou baixos registros e buscou compreender os fatores intervenientes na execução do ciclo do cuidado e gestão da VAN com foco no idoso. Os fatores que mais contribuíram para o baixo registro no SISVAN foram a falta de nutricionista nos municípios, a ausência de padronização dos sistemas, insuficiência de tempo dos profissionais da APS por terem várias atribuições, o baixo conhecimento a respeito do SISVAN e deficiência em capacitação sobre a utilização do sistema e também os recursos financeiros.

Na realidade explorada, as ações de AN para população idosa são realizadas de modo pontual pelos trabalhadores dos serviços de APS. Percebe-se que as ações são desempenhadas

com maior sucesso quando a equipe multiprofissional está envolvida no processo de desenvolvimento das ações. O processo de planejamento ainda é incipiente, porém os profissionais percebem a necessidade e entendem a importância.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.246, 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. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de vigilância alimentar e nutricional: Brasil 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 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: Ministério da Saúde, 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 51 - SEI/2017** - Departamento de Atenção Básica. Dispõe sobre a integração do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) à Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CAMPELO, F. Sistemas de informação da Atenção à saúde: da fragmentação à interoperabilidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS**. Brasília: Ed. Cidade Gráfica e Editoria LTDA, p.167, 2015.

CANELLA, D. S.; SILVA, A. C. F.; JAIME, P. C. Produção científica sobre nutrição no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v.2, p.297-308, 2013.

CERVATO-MANCUSO, A.M.; et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(12):3289-3300, 2012

COUTINHO, J. G.; CARDOSO A. J. C.; TORAL, N.; SILVA, A. C. F.; UBARANA, J. A.; AQUINO, K. K. N. C.; NILSON, E.A.F.; FAGUNDES, A.; VASCONCELLOS, A.B. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol**, n.12, v.4, p.688-699, 2009.

DAMACENO, M. J. C. F; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciênc. saúde coletiva**, n.5, v. 4, Rio de Janeiro: 2019.

ENES, C. C.; LOIOLA, H.; OLIVEIRA, M. R. M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1543-1551, 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012.

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.

JUNG, N. M.; BAIROS, F. S.; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.19, v.5, p.1379-1388, 2014.

KEMPER, M. L. C. et al. Integralidade e redes de cuidado: uma experiência do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 1, p.995-1003, dez. 2015.

MELO, C. L.; MEDEIROS, M. A. T. Atenção nutricional à pessoa idosa na Atenção Primária a Saúde, sob a ótica dos profissionais da saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, n.6, v.23, 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E. F. P. A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Caderno Saúde Coletiva**, n 22, v. 2, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública** n.33, v.12, 2017.

NEIS, M. A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. **Revista de Ciências Humanas**, n.2, v. 46, p.399-414, 2012.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, n.44, v.3, p.774-81, 2010.

PEREIRA, K. C. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cad Saúde Pública**, n.33, v.4, 2017.

ROMEIRO, A. A. F. Avaliação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil. 2006. Dissertação – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

VITORINO, S. A. S; et al. Estrutura da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica em saúde no Estado de Minas Gerais. **Rev. APS**, n.19, p. 230-44, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. **Food and Nut Bull**, n.25, v.3, p.292 – 302, 2004.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, ao analisar as coberturas do estado nutricional dos idosos nos municípios gaúchos encontrou baixos registros e buscou compreender os fatores intervenientes na execução do ciclo do cuidado e gestão da VAN com foco no idoso. Os fatores que mais contribuíram para o baixo registro no SISVAN foram a falta de nutricionista nos municípios, a falta de padronização dos sistemas, falta de tempo dos profissionais da APS por terem várias atribuições, o baixo conhecimento a respeito do SISVAN e falta de capacitação sobre a utilização do sistema e também os recursos financeiros.

Na realidade explorada, as ações de AN para população idosa são realizadas de modo pontual pelos trabalhadores dos serviços de APS. Percebe-se que as ações são desempenhadas com maior sucesso quando a equipe multiprofissional está envolvida no processo de desenvolvimento das ações. O processo de planejamento ainda é insipiente, porém os profissionais percebem a necessidade e entendem a importância.

Esse estudo investigou questões importantes, acerca do SISVAN para a população idosa, mas não conseguiu aprofundar todas aquelas que permeiam o SISVAN. Portanto, é válido o desenvolvimento de novas pesquisas que avancem na reflexão do uso das informações geradas pelo sistema e aprofundem em questões que permanecem inexploradas, como por exemplo, a utilização dos dados do sistema para planejamento de ações de acordo com o diagnóstico situacional de saúde.

Observa-se que os objetivos deste estudo foram cumpridos adequadamente, conforme o proposto, uma vez que os resultados identificaram os fatores intervenientes da execução do SISVAN, demonstrando os desafios e potencialidades deste sistema, sendo possível assim a identificação de fragilidades para a reorientação de estratégias adequadas a partir dos relatos dos entrevistados.

REFERÊNCIAS

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, 2014.

BATISTA-FILHO, M.; RISSIN, A. Vigilância Alimentar e Nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades. A VAN no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 99-105, 1993.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Diário Oficial da União, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Portaria n° 1.156, de 31 de agosto de 1990**. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. **Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.

BRASIL. **Decreto n° 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 1996.

BRASIL. **Portaria n° 710, de 10 de junho de 1999**. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro – situação e desafios atuais**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 339, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19 - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de vigilância alimentar e nutricional: Brasil 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o artigo 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação e nutrição como direito social. Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012.

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

BRASIL. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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: Ministério da Saúde, 2015a.

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: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRITO, F. **A Transição Demográfica e as Políticas Públicas no Brasil: Crescimento Demográfico, Transição da Estrutura Etária e Migrações Internacionais**. Belo Horizonte, 2007.

CERVATO-MANCUSO, A.M.; et al. Nutrição e alimentação em saúde pública. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (organizadores). **Saúde pública: bases conceituais**. 2ª ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

COUTINHO, J. G.; CARDOSO A. J. C.; TORAL, N.; SILVA, A. C. F.; UBARANA, J. A.; AQUINO, K. K. N. C.; NILSON, E.A.F.; FAGUNDES, A.; VASCONCELLOS, A.B. A

organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol**, n.12, v.4, p.688-699, 2009.

DAMÉ, P. K. V. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.11, p. 2155-2165, 2011.

ENES, C. C.; LOIOLA, H.; OLIVEIRA, M. R. M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1543-1551, 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012.

GERLACK, L. F. et al. Saúde do idoso: residência Multiprofissional como instrumento transformador do cuidado. **Revista Ciência & Saúde**, v.2, n.2, p.104-108, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares, 2002-2003**: aquisição alimentar domiciliar per capita, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

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. **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI**: Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Políticas sociais**: acompanhamento e análise. Brasília, edição especial, n.13, 2007.

JAIME, P.; SANTOS, L. M. P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.51, p.72-85, out 2014.

JAIME, P; et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n.23, v.6, Jun., 2018.

JUNG, N. M.; BAIROS, F. S.; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.19, v.5, p.1379-1388, 2014.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, n.1, v.27, Jan.-Abr., 2012.

LOUZADA, M. L. C; et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, n.49, v.38, 2015.

LUZ, L. A.; et al. Avaliação das ações estratégicas na atenção à saúde do idoso em Unidades Básicas de Saúde de Teresina-PI. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, n.7, v.22, p. 20-6, Jan.-Mar, 2012.

MELO, C. L.; MEDEIROS, M. A. T. Atenção nutricional à pessoa idosa na Atenção Primária a Saúde, sob a ótica dos profissionais da saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, n.6, v.23, 2020.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, n. 5, v.28, Rio de Janeiro, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 34 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.507-519, 2016.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública** n.33, v.12, 2017.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n.22, 2019.

PEREIRA, K. C. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cad Saúde Pública**, n.33, v.4, 2017.

POPKIN, B. M. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. **Public Health Nutr.**, n.5, v.1A, p.93-103, 2002.

POPKIN B. M.; ADAIR, L. S.; NG S. W. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. **Nutrition Reviews**, n.70, v.1, p.3-21, 2012.

SILVA, A. A. Viver com mais de 60 anos a propósito da política social para as pessoas idosas. **Revista Serviço Social & Saúde.** UNICAMP Campinas, n. 11, Jul. 2011.

SILVA, M. L. N.; MARUCCI, M. F. N.; ROEDIGER, M. A. **Tratado de nutrição em gerontologia.** Barueri, São Paulo: Manole, 2016.

TADDEI, J. A.; et al. **Nutrição em Saúde Pública.** 2 ed., Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.4, dez., 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública** n.43, v.3, p548-54, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. *Food and Nut Bull*, n.25, v.3, p.292 – 302, 2004.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SES/RS

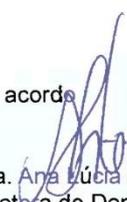
**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Eu, Maísa Beltrame Pedroso, da Coordenação de Alimentação e Nutrição, estou ciente do protocolo de pesquisa intitulada **Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para a população idosa no Rio Grande do Sul: Diagnóstico e análise dos fatores intervenientes na sua exposição** desenvolvida pela Profa. **Dra. Vanessa Ramos Kirster**, autorizo sua execução, assim como o acesso aos relatórios dos dados de cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos. A execução da pesquisa (coleta dos dados/informações) deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme diretrizes e normas das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e 580/2018.

Porto Alegre, 09 de outubro de 2019.

De acordo


Dra. Ana Lúcia da Costa
Diretora do Departamento de Ações em Saúde


Maísa Beltrame Pedroso
Especialista em Saúde.
Política de Alimentação e Nutrição



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE
POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Declaração de Evidente Interesse Público e do Sistema Único de Saúde

Em atendimento ao disposto na Lei de Acesso à Informação nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011, em seu Art. 31, parágrafo 3º, inciso II, como gestora da Política de Alimentação e Nutrição, **declaro** que a pesquisa intitulada **Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para a população idosa no Rio Grande do Sul: Diagnóstico e análise dos fatores intervenientes na sua exposição** desenvolvida pela Profa. **Dra. Vanessa Ramos Kirster**, é dotada de **evidente interesse público, previsto em lei, para o Sistema Único de Saúde.**

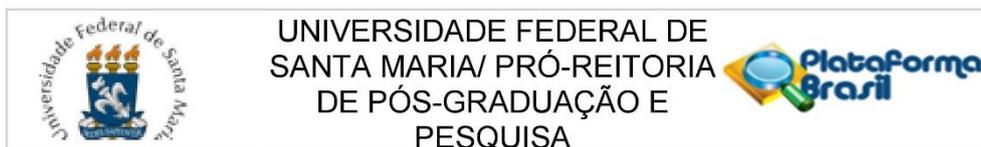
Porto Alegre, 09/10/2019.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maísa', is written over the typed name.

Maísa Beltrame Pedroso
Especialista em Saúde.
Política de Alimentação e Nutrição

ANEXO B

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFSM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cobertura da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para a população idosa no Rio Grande do Sul: Diagnóstico e análise dos fatores intervenientes na sua execução

Pesquisador: VANESSA RAMOS KIRSTEN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23971319.8.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.702.279

Apresentação do Projeto:

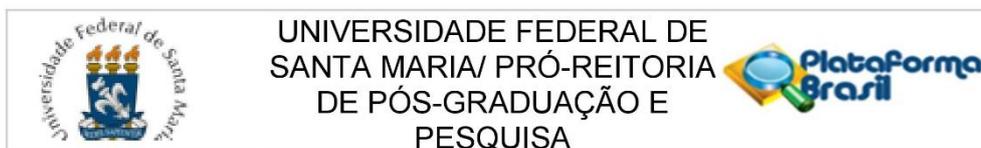
Este estudo tem como objetivo analisar a cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) na população idosa de municípios do Rio Grande do Sul e os fatores intervenientes na sua execução. É um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa, realizado nos municípios do Rio Grande do Sul, nos meses de dezembro de 2019 a julho de 2020. A pesquisa será dividida em 2 fases. Na fase 1, será realizada coleta de dados de estado nutricional e consumo alimentar de idosos dos 497 municípios do Rio Grande do Sul através do SISVAN para definição da cobertura em cada município. Para realizar o cálculo da cobertura populacional do SISVAN para estado nutricional, serão coletados dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Após, será realizada a média da cobertura dos últimos 5 anos. Na fase 2 será realizada pesquisa quantitativa com os gestores dos três municípios com maior e menor cobertura de cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), por meio de questionário online, composto por 27 questões referentes ao funcionamento do sistema. Será realizada análise descritiva dos dados (média e frequência), usado o modelo de regressão linear, o intervalo de confiança adotado será de 95%. Na segunda parte desta fase 2, o município com maior e menor cobertura de cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul serão convidados para uma reunião, os gestores dos municípios responsáveis pelo SISVAN para a realização da análise qualitativa dos fatores intervenientes para a execução do

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.702.279

Sistema. A metodologia utilizada será um grupo focal com os gestores dos municípios selecionados em um encontro a ser realizado na Secretaria Estadual de Saúde. As respostas serão analisadas através da metodologia de análise de conteúdo. Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado do Programa de Mestrado em Gerontologia do Centro de Educação Física e Desporto da UFSM.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: analisar a cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e fatores associados em idosos no estado do RS.

Objetivos específicos:

- Analisar a evolução da cobertura do SISVAN desde a sua implantação no estado do RS.
- Analisar fatores relacionados à gestão das políticas públicas de saúde que interferem na cobertura do SISVAN de idosos do RS.
- Analisar o processo de planejamento das ações de saúde para a população idosa de acordo com a utilização dos dados presentes nos relatórios do SISVAN.
- Analisar os fatores intervenientes na execução do SISVAN na população idosa de municípios do Estado do RS.

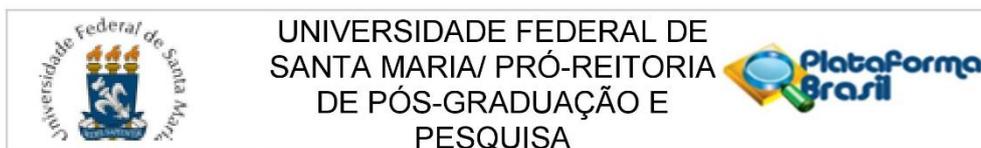
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisa não representará riscos potenciais ou reais à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do participante, em qualquer fase. No entanto, poderá causar algum desconforto, em caso de desconhecimento do assunto. Caso isso aconteça, a qualquer instante, o indivíduo poderá interromper a sua participação na mesma. Ressalta-se que, esta não onera gastos financeiros para o voluntário.

Benefícios: a partir dos resultados obtidos será possível traçar estratégias que contribuam para qualificar o processo de avaliação e monitoramento das políticas de saúde do SUS nos municípios, principalmente no que tangem os aspectos de avaliação do estado nutricional da população.

Critério de inclusão: na fase 1, todos os 497 municípios que fazem parte da Unidade Federativa do Estado do RS, definidas pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Estado do RS, serão incluídos nesta pesquisa. Será realizada coleta de dados referentes ao estado nutricional e consumo

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA**

Continuação do Parecer: 3.702.279

alimentar de idosos dos 497 municípios do estado do RS através do SISVAN Web. Na Fase 2, serão selecionados para a pesquisa os 3 municípios que apresentarem maior e menor cobertura do estado nutricional por coordenadoria, totalizando 114 municípios. Caso houver empate no ranking, será realizado sorteio para a definição do município que será entrevistado. Para a análise dos fatores intervenientes, haverá uma diminuição do tamanho da amostra para 38 municípios. O critério para seleção destes será o município com maior e menor cobertura de cada uma das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos referentes aos TCLEs, AI, termo de confidencialidade, registro no GAP e folha de rosto foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://nucleodecomites.ufsm.br/index.php/cep/orientacoes-gerais> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

O proponente do projeto é responsável por eventuais danos comprovadamente decorrentes da realização da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1452078.pdf	21/10/2019 14:09:44		Aceito

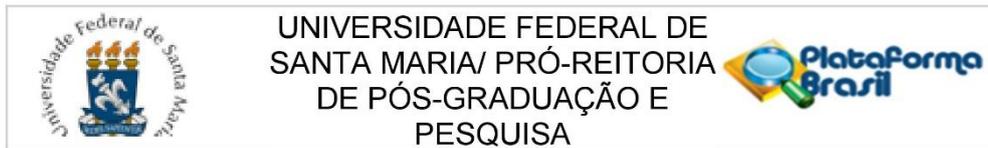
Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.702.279

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	21/10/2019 14:09:13	VANESSA RAMOS KIRSTEN	Aceito
Outros	confidencialidade.pdf	21/10/2019 14:08:54	VANESSA RAMOS KIRSTEN	Aceito
Outros	projetoportalproj.pdf	21/10/2019 13:58:02	VANESSA RAMOS KIRSTEN	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	21/10/2019 11:18:36	VANESSA RAMOS KIRSTEN	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	21/10/2019 11:16:35	VANESSA RAMOS KIRSTEN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCEP.pdf	21/10/2019 11:12:08	VANESSA RAMOS KIRSTEN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 13 de Novembro de 2019

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome do entrevistador: _____ **Data:** ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Profissão/função: _____

Município: _____

Classificação (tamanho): _____

Hora de início da entrevista: _____

1. Observamos no seu município a avaliação de x idosos registrados no SISVAN no ano de 2018. Explique como isso acontece na prática. Ou seja, quais são as ações e como elas acontecem para haver registro do estado nutricional de idosos nesse sistema.
2. Você considera que o SISVAN é implantado no seu município? Porquê?
3. Indique os avanços atingidos ao longo dos últimos anos no seu município?
4. Quais são as dificuldades para a implementação do SISVAN e para a realização das avaliações do estado nutricional (peso e altura)?
5. No seu município, quais atividades de Vigilância Alimentar e Nutricional são executadas? (avaliação do estado nutricional, preenchimento dos formulários de Marcadores de Consumo Alimentar, educação alimentar e nutricional, suplementação de vitaminas e minerais, PBF, PSE, EAAB, Crescer Saudável). Quem coordena? Houve pactuação dessas ações em algum momento? Como ocorreu?
6. A VAN está incluída na rotina da AB, ou seja, na prática cotidiana dos serviços de AB? Existe articulação da VAN/SISVAN com a AB e outros pontos da Rede de Atenção à Saúde e da Vigilância em Saúde?
7. Além da coleta e digitação dos dados, o município realiza a análise dos dados do sistema - antropometria? Com que frequência são analisados e utilizados esses resultados (percentuais de baixo peso, sobrepeso ou obesidade) para planejamento de ações futuras?
8. A VAN no seu município contribui com os processos de planejamento e gestão das ações e dos serviços da RAS? Se sim, descreva como funciona. Se não, porque?
9. Como são realizadas ações de alimentação e nutrição específicas para população idosa? Quais?

10. Você identifica que a VAN faz parte da agenda de políticas públicas da saúde e está inserida no Sistema Único de Saúde do seu município? Porque ou Como?
11. Em caso negativo, quais as estratégias que poderiam ser adotadas no âmbito municipal ou nas outras esferas para garantir/melhorar essa inserção e integração no SUS?
12. Percebemos que o seu município apresentou alta/baixa cobertura de estado nutricional de idosa – x%. A que você atribui isso?

Hora do fim da entrevista: _____

Tempo de entrevista: _____