

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ariane de Oliveira Botega

**O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL COMO
FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Santa Maria, RS
2018**

Ariane de Oliveira Botega

**O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL COMO
FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Prof. Dr^a Liziane Maahs Flores

Santa Maria, RS
2018

Botega, Ariane de Oliveira

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta de gestão na Atenção Básica / Ariane de Oliveira Botega.- 2018.

79 p.; 30 cm

Orientadora: Liziane Maahs Flores

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2018

1. Sistema de Informação em Saúde 2. Vigilância Nutricional 3. Lactente 4. Planejamento em Saúde 5. Antropometria I. Flores, Liziane Maahs II. Título.

Ariane de Oliveira Botega

**O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL COMO
FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Aprovado em 16 de março de 2018:

**Liziane Maahs Flores, Dra (UFSM)
(Presidente/Orientadora)**

Karen Mello de Mattos Margutti, Dra

Vanessa Ramos Kirsten, Dra (UFSM)

Valéria Maria Limberger Bayer, Dra (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais,
Adelmo do Amaral Botega e Saleta de Oliveira Botega,
meus melhores exemplos, responsáveis pela minha formação e caráter.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Adelmo e Saleta, por todo amor, carinho, dedicação, abdições, paciência, investimento e apoio a minha formação pessoal e profissional.

À minha irmã, que da sua maneira, incentivou o ingresso e a minha permanência nesta trajetória acadêmica e meus sobrinhos, que estimulam e por vezes, suavizam através do brincar, sorrir e gestos de carinho a minha construção pessoal e profissional.

À minha orientadora prof. Dra. Liziane Maahs Flores, pela paciência, confiança, estímulo e compartilhamento de saberes no desenvolvimento deste trabalho e durante a jornada do mestrado.

Ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde- A/C Vigilância em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria que proporcionou construção e formação profissional em Saúde Coletiva e, valiosas amizades.

A Elenir Anversa pelo incentivo, apoio e auxílio na construção do projeto para a seleção de ingresso no mestrado.

A nutricionista Márcia Arenhart que acreditou, apoiou e colaborou para o desenvolvimento da pesquisa junto à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

As Secretarias Municipais de Saúde de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul pela autorização para execução do trabalho e os profissionais de saúde pela participação, sem os quais não seria possível realizar o estudo.

Aos amigos, em especial um parceiro/companheiro, que apoiaram essa caminhada, pelas palavras de incentivo, a divisão de inquietudes, compreensão, estímulo, auxílios, força e gestos de carinho.

Ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde e Universidade Federal de Santa Maria, pela oportunidade de crescer pessoal e profissionalmente.

Aos membros da banca, que gentilmente disponibilizaram-se para realizar a avaliação e qualificação desta pesquisa.

*“Os sonhos são como uma bússola,
indicando os caminhos que seguiremos e
as metas que queremos alcançar.
São eles que nos impulsionam, nos fortalecem e
nos permitem crescer.”*

Augusto Cury

RESUMO

O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

AUTORA: Ariane de Oliveira Botega
ORIENTADORA: Liziane Maahs Flores

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) consiste em uma ferramenta de informação em saúde que proporciona gerenciamento da atenção alimentar e nutricional, diagnóstico epidemiológico da situação nutricional, tendências temporais e dos fatores de determinação, formulação de políticas públicas, estabelecimento de programas de intervenções e promoção da saúde e nutrição, qualificando a assistência à saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde. A realização de vigilância alimentar e nutricional através do SISVAN é fundamental, principalmente para os lactentes em virtude de o estado nutricional exercer influência decisiva aos riscos de morbimortalidade, crescimento e desenvolvimento infantil. Estudo objetivou analisar o SISVAN como ferramenta de gestão em saúde na atenção básica dos 32 municípios de abrangência de uma região de saúde do sul do país, bem como descrever e caracterizar o estado nutricional de lactentes acompanhados pelo SISVAN Web e comparar a cobertura de acompanhamento nutricional dessas crianças registrada no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do Bolsa Família. Trata-se de um estudo de delineamento observacional ecológico. Os dados relativos ao perfil nutricional dos lactentes foram averiguados em bases do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Módulo Gerenciador do SISVAN - Relatórios consolidados anuais do estado nutricional de crianças menores de dois anos, período de 2008 a 2015 e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Para análise do perfil nutricional utilizou-se os parâmetros antropométricos estabelecidos pelo Manual do SISVAN. Observou-se sub-registro (25% dos municípios) e limitado percentual de acompanhamento nutricional de crianças menores de dois anos no SISVAN Web (2,59%), indicando perfil nutricional de eutrofia para a maioria (87,50%) dos municípios que acompanharam as crianças neste sistema. Além disso, houve priorização de acompanhamento do estado nutricional no SISVAN Módulo de Gestão do Bolsa Família, possivelmente por este módulo estar vinculado ao recebimento de verbas públicas. Os resultados encontrados corroboram com demais estudos e inquéritos de saúde nacionais, indicando restrita compreensão e apropriação, por parte dos profissionais de saúde, do SISVAN como ferramenta de gestão em saúde, o que impacta na legitimação do planejamento de ações e, conseqüentemente, a identificação e antecipação aos agravos em saúde da população. Infere-se que a utilização sistemática e ampliada do SISVAN é um desafio a ser conquistado. Sugere-se promoção de educação permanente para os profissionais que atuam na atenção básica dos municípios com a operacionalização e integração dos sistemas de informação em saúde, para que as informações produzidas possam ser utilizadas como elemento estratégico de planejamento nas práticas cotidianas e no cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Nutricional; Antropometria; Lactente; Sistema de Informação em Saúde; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

THE FOOD AND NUTRITIONAL SURVEILLANCE SYSTEM AS MANAGEMENT TOOL IN BASIC ATTENTION

AUTHOR: Ariane de Oliveira Botega
ADVISOR: Liziane Maahs Flores

The Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) consists of a health information tool that provides management of food and nutritional care, epidemiological diagnosis of the nutritional situation, temporal trends and determining factors, formulation of public policies, establishment of programs intervention and promotion health and nutrition, qualifying health care in basic attention of the SUS. The implementation of food and nutritional surveillance through SISVAN is essential, especially for infants because nutritional status exerts a decisive influence on the risks of morbidity and mortality, child growth and development. The objective of this study was to analyze SISVAN as a health management tool in the basic attention of the 32 cities within a health region in the south of the country, as well as to describe and characterize the nutritional status of infants followed by SISVAN Web and to compare nutritional monitoring coverage of these children registered in the Module Manager Report SISVAN Web and SISVAN Management Module of "Bolsa Família". This is an ecological observational study. Data on the nutritional profile of infants were investigated on the basis of the Department of Informatics of the SUS, Manager Module of SISVAN - Annual consolidated reports of the nutritional status of children under two years, the period from 2008 to 2015, and at the Brazilian Institute of Geography and Statistics. To analyze the nutritional profile, the anthropometric parameters established by the SISVAN Manual were used. There was under-registration (25% of cities) and a limited percentage of nutritional follow-up of children under two years of age at SISVAN Web (2.59%), indicating a nutritional profile of eutrophy for the majority (87.50%) of the cities that accompanied the children in this system. In addition, there was prioritization of monitoring of nutritional status in the SISVAN Management Module of the "Bolsa Família", possibly because this module is linked to the receipt of public funds. The results found corroborate with other studies and national health surveys, indicating a limited understanding and appropriation by health professionals of SISVAN as a tool health management, which impacts on the legitimation of the planning of actions and, consequently, the identification and anticipation of health problems in the population. It is inferred that the systematic and expanded use of SISVAN is a challenge to be achieved. It is suggested that permanent education be promoted for professionals who work in the basic attention of the cities within the operationalization and integration of health information systems, so that the information produced can be used as a strategic planning element in daily practices and health care.

KEYWORDS: Nutritional Surveillance; Anthropometry; Infant; Health Information Systems; Health Planning.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de 2 anos registradas no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do BF, dos municípios da 4ª CRS-RS, ano de 2015	47
Tabela 2 -	Cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de 2 anos, segundo a origem de registros (Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo BF), dos municípios da 4ª CRS-RS, série histórica 2008 a 2015	50
Tabela 3 -	Classificação nutricional de crianças menores de 02 anos dos municípios de abrangência da 4ª CRS-RS, registrados no SISVAN-Web, no ano de 2015	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Dados populacionais dos municípios de abrangência da 4ª CRS-RS	48
Quadro 2 -	Caracterização sociodemográfica e proporção de acompanhamento no SISVAN Web de crianças menores de dois anos, municípios da 4ª CRS-RS, 2015	49

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A -	Resultados parciais do estudo apresentados em XXXI Jornada Acadêmica Integrada	59
APÊNDICE B -	Resultados parciais do estudo apresentados em 32ª Jornada Acadêmica Integrada	60
APÊNDICE C -	Termo de Confidencialidade da Pesquisa	61
APÊNDICE D -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Pesquisa ..	62
APÊNDICE E -	Questionário	63
ANEXO A -	Parecer do CEP	65
ANEXO B -	Autorização Institucional	69
ANEXO C -	Normas para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva	71
ANEXO D -	Comprovante de submissão do artigo para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BF	Bolsa Família
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP UFSM	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestora Regional
CRS-RS	Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
E/I	Estatura pela Idade
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IMC/I	Índice de massa corporal pela idade
MS	Ministério da Saúde
MDT	Manual de Monografias, Dissertações e Teses
PIB	Produto Interno Bruto
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PRMISPS	Programa de Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde
P/E	Peso por Estatura
P/I	Peso por Idade
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 PANORAMA DA SITUAÇÃO NUTRICIONAL NO BRASIL.....	17
2.1.1 Panorama da Situação Nutricional de Crianças no Brasil	18
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	19
2.3 SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	20
2.3.1 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de Gestão na Atenção Básica	21
3 OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL.....	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4 ARTIGO - SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E LACTENTES: LIMITES E DESAFIOS	25
RESUMO.....	26
ABSTRACT	27
INTRODUÇÃO	28
MÉTODOS	30
<i>Desenho do estudo</i>	30
<i>População de estudo</i>	30
<i>Procedimentos de coleta e análise dos dados</i>	30
<i>Critérios Éticos</i>	33
RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
6 REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A- RESULTADOS PARCIAIS APRESENTADO NA XXXI JORNADA ACADÊMICA INTEGRADA	59
APÊNDICE B- RESULTADOS PARCIAIS APRESENTADO NA 32ª JORNADA ACADÊMICA INTEGRADA	60
APÊNDICE C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	61
APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	62
APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO DE PESQUISA	63
ANEXO A- PARECER DO CEP	65
ANEXO B- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	69
ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	71
ANEXO D- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	79

1 APRESENTAÇÃO

A Constituição Federal Brasileira atribuiu autonomia político-administrativa aos municípios e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de coordenar e integrar as ações em saúde nas três esferas federativas e articular vigilância e assistência em saúde (BRASIL, 1988). A Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011 atualizou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como instrumento de apoio e articulação das ações em saúde no SUS, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) (BRASIL, 2011a). Essa política pública é instigante, visto que proporciona descrição contínua e predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes, devendo ser considerada a partir de uma abordagem ampliada que alie a vigilância dos serviços de saúde e a integração de informações oriundas dos sistemas de informação em saúde relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012a).

O Brasil vivencia um período de transição nutricional e epidemiológica, indicando novos desafios aos gestores em saúde. Nesse aspecto, na atenção básica, porta de entrada do SUS, a VAN é fundamental para o cumprimento da agenda de saúde da população e deve ser realizada por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Esse sistema é uma ferramenta de informação que proporciona aos gestores e profissionais de saúde apoio para o processo de organização e avaliação da atenção nutricional dos municípios, implementação de ações e embasamento para tomada de decisões políticas no sentido de auxiliar o planejamento, monitoramento e gerenciamento de prioridades relacionadas à alimentação e nutrição, qualificando a assistência à saúde (COUTINHO et al., 2009).

Silva e Sena (2010) reforçam que o planejamento de estratégias de promoção e prevenção em saúde deve ser priorizado e subsidiado pelos órgãos públicos na atenção básica, com vistas ao alcance do enfrentamento dos problemas de saúde e suas resoluções, em especial os relacionados à alimentação e nutrição. Diante disso, o SISVAN precisa ser incorporado às rotinas de assistência a saúde na atenção básica, não apenas para o monitoramento dos beneficiários do Programa Bolsa Família nas condicionalidades de saúde, mas também para detectar precocemente situações de risco nutricional em todas as fases da vida e, sobretudo,

subsidiar o planejamento das ações de promoção e de prevenção em saúde (BRASIL, 2012a).

A definição da temática a ser pesquisada se justifica devido o SISVAN ser uma ferramenta essencial para subsidiar o planejamento em saúde no que se refere à alimentação e nutrição e seus fatores determinantes para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse sistema possibilita um diagnóstico epidemiológico local importante para o controle de agravos e promoção da saúde e nutrição, principalmente de crianças menores de dois anos. Destaca-se essa faixa etária em virtude do estado nutricional exercer influência decisiva aos riscos de morbimortalidade, crescimento e desenvolvimento infantil (VITOLLO, 2008).

Outro estudo ressalta a escassez de pesquisas avaliativas acerca da utilização do SISVAN (ROLIM et al., 2015) e do desempenho desse sistema, principalmente no que se refere a sua utilização e cobertura nas esferas de gestão do SUS. Jung, Bairros e Neutzling (2014) recomendam a realização de pesquisas qualitativas para compreender fatores que dificultam a implementação do mesmo nas práticas de saúde.

Além disso, a vivência da autora enquanto nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (PRMISPS-UFSM), em reuniões da Política de Alimentação e Nutrição da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS-RS) permitiu observar a dificuldade de operacionalização e utilização do SISVAN nas práticas de saúde dos municípios de abrangência desta regional de saúde, o que reforça a importância deste estudo.

Nesse sentido, propõe-se como questão norteadora: O SISVAN é utilizado na atenção básica dos municípios da 4ª CRS-RS como ferramenta de Gestão Municipal? O formato deste volume segue o modelo indicado pelo Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - Mestrado Profissional, correspondendo ao Manual de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, 2015). Após os elementos pré-textuais, apresenta-se um artigo científico original, com os resultados da pesquisa. O artigo foi submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva (ANEXO D), cujas normas encontram-se em anexo (ANEXO C).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PANORAMA DA SITUAÇÃO NUTRICIONAL NO BRASIL

Nas últimas décadas, a população brasileira vivenciou transformações sociais que ocasionaram impacto na diminuição da pobreza e exclusão social, e conseqüentemente no perfil nutricional (BRASIL, 2012a). O cenário epidemiológico do país demonstra avanços na luta contra a fome e desnutrição, embora ainda existam populações vulneráveis a esses agravos (BRASIL, 2012a), decorrentes de mudanças no padrão comportamental e do consumo alimentar da população, que estão diretamente associados ao estado de saúde (PEREZ et al., 2013).

Entre os anos de 1970 e 2015, observou-se a transição nutricional no Brasil, que passou de altas taxas de desnutrição para um país onde mais da metade da população adulta apresenta excesso de peso (BRASIL, 2017). Em 20 anos, estima-se que 70% da população estará com excesso de peso, que é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, afetando todas as faixas etárias e conseqüentemente, promovendo maiores custos aos serviços de saúde (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

A partir dessa mudança epidemiológica e transição nutricional, que ocasionou o aumento relativo das DCNT, nosso país inicia uma mudança do enfoque da saúde que, por anos privilegiou a medicina curativa em detrimento da preventiva (CAMILO et al., 2011). Experiências em outros países já demonstraram que o sucesso das intervenções em saúde pública tem sido atribuído ao enfoque da vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de vida favoráveis a saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Destaca-se que, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, tanto no Brasil como nos demais países. Estas doenças são responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), atingindo a população em todas as camadas socioeconômicas, especialmente nos grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2011b). Essa constatação agrava-se com a transição demográfica, que vem se caracterizando pelo envelhecimento da população brasileira, o que requer planejamento e investimentos específicos direcionados a esse público (IBGE, 2010a).

Mendes (2010) define a situação epidemiológica brasileira como tripla carga de doenças uma vez que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e fatores de risco, como o sobrepeso, obesidade, inatividade física, tabagismo, alimentação inadequada e o acentuado crescimento das causas externas. Já a transição nutricional apresenta-se associada a uma dupla carga de agravos – a desnutrição e obesidade, frequentemente encontrada em um mesmo grupo familiar.

Frente a esse contexto, a consolidação da VAN através do SISVAN no âmbito da atenção básica em saúde é fundamental para o cumprimento da agenda de saúde dos usuários no SUS, em especial para o desenvolvimento de lactentes, a promoção da alimentação saudável e a prevenção de doenças.

2.1.1 Panorama da Situação Nutricional de Crianças no Brasil

Nos primeiros anos de vida, o crescimento e desenvolvimento infantil associam-se significativamente ao estado de saúde da criança (SILVA et al., 2016). A mensuração das dimensões corporais constitui instrumento útil para avaliação do estado nutricional e saúde da população. Índices antropométricos calculados através de medidas de peso, altura, sexo e idade em crianças permitem classificar o estado nutricional e estabelecer o grau de exposição a distúrbios nutricionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Nas últimas décadas, a redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos foi intensa. Entre 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas relativas à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, no qual a prevalência de crianças menores de cinco anos abaixo do peso reduziu de 7,1% para 1,7% assim como o déficit de estatura de 19,6% para 6,7% (BRASIL, 2012a).

Ao comparar os Inquéritos Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS), referentes a 1996 e 2006, visualizou-se também redução estatisticamente significativa em relação à prevalência de déficit de altura para idade (13,4% para 6,7%) e déficit de peso para idade (4,2% para 1,8%) em crianças menores de cinco anos, o que indica redução do risco de desnutrição infantil no Brasil, paradoxalmente ao aumento do excesso de peso nesta faixa etária (BRASIL, 2009).

Já para as crianças menores de dois anos, em um intervalo de 17 anos, felizmente os inquéritos demonstraram redução de 2,5% da prevalência de excesso de peso, no entanto a média se mantém em 6,5% (PNDS 1989; BRASIL, 1997; 2009). Salienta-se que essa sensível redução deve-se, possivelmente, aos esforços empreendidos pelas políticas públicas para melhora da saúde infantil, como a política de alimentação e nutrição.

Essa política incentiva à formação adequada de hábitos alimentares na infância que pode proporcionar boa saúde ao longo da vida, favorecer pleno crescimento e desenvolvimento e proteger da ocorrência de morbimortalidade em crianças (MARIN; BERTON; SANTO, 2009). Ressalta-se que o déficit de crescimento nesta faixa etária está associado ao maior risco de mortalidade, ocorrência de doenças infecciosas, prejuízo ao desenvolvimento psicomotor, baixo rendimento escolar e menor capacidade produtiva na vida adulta (VICTORA et al., 2008) e o sobrepeso e a obesidade são os preditores do surgimento das DCNT (FREEDMAN et al., 2009).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

A PNAN foi aprovada pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, como uma declaração de compromisso do Ministério da Saúde com a erradicação dos males relacionados à falta de alimentos e à pobreza, principalmente a desnutrição infantil e materna e, também o sobrepeso e obesidade na população adulta. Em 2011, visando fortalecimento desse compromisso, essa política passa por atualização através da Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2012a).

A PNAN passa a integrar a Política Nacional de Saúde, inserida no contexto da Segurança Alimentar e de Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), tendo por objetivo melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, por meio da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2011).

Essa política pública se constitui em um instrumento de planejamento na área de alimentação e nutrição, uma vez que articula nove diretrizes, que orientam a elaboração e implantação de planos, programas e projetos relacionados às linhas de

ações e cuidados em alimentação e nutrição com propósito de saúde e modificação de seus determinantes. Além disso, marca uma etapa importante para a configuração do campo da saúde, evidenciando as transições epidemiológica, nutricional e demográfica no país. Propõe um modelo de segurança alimentar e nutricional fundamentado no DHAA, destacando a alimentação e a nutrição como requisito de promoção, controle de distúrbios nutricionais e proteção da saúde (BRASIL, 2012a).

2.3 SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Na década de 60, durante a 21ª Assembleia Mundial de Saúde (1968), a VAN é instituída, promovendo uma evolução ideológica no sentido de que ações de vigilância epidemiológica deveriam ampliar e englobar problemas relacionados a alimentação e nutrição e não apenas, doenças transmissíveis (COUTINHO et al., 2009). No entanto, somente em 1974 a partir da Conferência Mundial de Alimentos, patrocinada pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), que aprovou recomendações para que os estados membros estabelecessem sistemas de vigilância alimentar e nutricional, a temática converteu-se em componente da programação desenvolvida por vários países (OMS, 1976).

Em 1972, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) é criado para prestar assistência ao governo na formulação da PNAN e elaborar o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), que em 1976 é substituído pelo II PRONAN (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

A Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990, cria o SISVAN que é implantado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), relacionado ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), com a principal missão de implementar e operacionalizar ações de acordo com as diretrizes da PNAN, com vistas a garantir condições de saúde adequadas à população brasileira (BRASIL, 1990). A partir da regulamentação desse sistema como atribuição do SUS, iniciou-se um processo de organização do SISVAN em forma de rede, centrado na área da saúde, com indicadores e fluxo de dados padronizados.

Com a extinção do INAN em 1997, surge a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) que propôs em 2002 uma nova reestruturação no SISVAN através de orientações básicas para coleta, processamento, análise dos

dados e informações nos serviços de saúde, mantendo o modelo de registro manual (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Em 2008, o SISVAN é novamente reestruturado pelo Ministério da Saúde que disponibiliza aos municípios a ferramenta informatizada, elaborada com a finalidade de sistematizar a informação continuamente sobre os marcadores antropométricos e padrão alimentar da população assistida a partir de atenção básica no SUS, principalmente grupos sob vulnerabilidade social, econômica ou biológica (COUTINHO et al., 2009). Esta ferramenta proporciona informações em saúde através da coleta, processamento e análise contínua de marcadores antropométricos e de consumo alimentar da população, possibilitando diagnóstico atualizado da situação nutricional, tendências temporais e dos fatores de determinação. Nesse sentido, o sistema pode contribuir para que se conheçam a natureza e a magnitude dos problemas nutricionais, caracterizando grupos sociais de risco e subsidiando a formulação de políticas públicas e o estabelecimento de programas de intervenções (BRASIL, 2012a).

A utilização adequada desse sistema de informação pode contribuir para qualificação dos dados em saúde e a confiabilidade das informações geradas, o que conseqüentemente, aprimora o planejamento e implementação das ações propostas pela PNAN nas diferentes esferas de gestão (COUTINHO et al., 2009). Ressalta-se, que o módulo gerador de relatórios do SISVAN possibilita a obtenção de dados sobre o estado nutricional dos indivíduos acompanhados no SISVAN Web (sistema de origem do registro) e SISVAN módulo de gestão do Bolsa Família.

2.3.1 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de Gestão na Atenção Básica

A atenção básica é vista como ordenadora do cuidado. As Estratégias de Saúde da Família (ESF) foram instituídas com objetivo de reorganizar a atenção à saúde por meio de expansão, qualificação e consolidação, o que favorece a ampliação da resolutividade e impacta na situação de saúde da população dos territórios (JUNG; BAIROS; NEUTZLING, 2014). Nesta perspectiva, reconhecer o território a partir dos indicadores epidemiológicos e nutricionais permite maior conscientização e compreensão do contexto social em que os indivíduos estão inseridos, potencializando a identificação de fatores determinantes e condicionantes

em saúde assim como o planejamento de ações de promoção e prevenção (MAIS et al., 2014).

O planejamento das ações em saúde deve ser realizado de modo ascendente e integrado, inserido na centralidade da agenda da gestão, contemplando informações sobre o processo decisório das políticas públicas, no sentido de identificar como as decisões minimizam ou potencializam o impacto de estratégias desenvolvidas (BURLANDY, 2009). Segundo Campos et al. (2006) o planejamento tem sido reconhecido como uma ferramenta ou instrumento de administração, gerência ou gestão potencial, visto que é um método de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quem vai ser feito, não se reduzindo à produção de planos, programas ou projetos inadequados às necessidades de saúde da população.

Destaca-se que, desde 1990 o Ministério da Saúde adota o SISVAN para monitoramento das condições nutricionais e alimentares no âmbito da atenção básica do SUS. A utilização sistematizada desse sistema como prática coletora de informações para o diagnóstico alimentar e nutricional pelos profissionais na atenção básica, principalmente nas ESF, propicia o reconhecimento do território e a identificação de grupos de risco, planejando e qualificando a atuação das equipes de saúde, dos serviços e alcançando a resolubilidade dos problemas nutricionais (JUNG; BAIRROS; NEUTZLING, 2014).

Assim, o SUS incentiva à utilização do SISVAN módulo de origem de registro dos dados antropométricos da população em geral (SISVAN WEB) na atenção básica, para além dos dados convertidos exclusivamente dos beneficiários do Programa Bolsa Família condicionalidades da saúde disponíveis no SISVAN Módulo de Gestão do Bolsa Família, a fim de incorporá-lo como ferramenta de gestão para mapeamento nutricional e subsidiar o planejamento de ações em saúde pública. Observa-se, por exemplo, que as alterações no perfil de saúde da população, com predomínio das doenças crônicas e suas complicações, em especial na faixa etária infantil geram importantes desafios aos gestores e alertam para a necessidade de uma agenda de saúde pública que possa atuar na prevenção e promoção destas patologias que tendem a cronicidade (uma vez adquiridas, podem perdurar por toda a vida).

Assim, o acompanhamento alimentar e nutricional pelo SISVAN Web de crianças menores de dois anos deve seguir o calendário mínimo de consultas para a

assistência à criança, determinado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Isso se deve a prática alimentar inadequada nesse período de vida estar associada ao aumento de morbidades como doenças infecciosas, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes, tais como ferro, zinco e vitamina A (BRASIL, 2010a).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o SISVAN como ferramenta de gestão na Atenção Básica dos municípios da 4ª CRS-RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o Perfil Nutricional de crianças menores de dois anos acompanhadas pelo SISVAN Web dos municípios da 4ª CRS-RS;

- Comparar a cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de dois anos registrado no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do Bolsa Família, dos municípios da 4ª CRS-RS.

- Avaliar a utilização do SISVAN como instrumento de informação para o planejamento em saúde, no âmbito da atenção básica, pelos responsáveis municipais.¹

¹ Os resultados deste objetivo proposto para estudo encontram-se descritos nas publicações em eventos, conforme APÊNDICE A e APÊNDICE B.

4 ARTIGO - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e lactentes: limites e desafios **Food and Nutrition Surveillance System and infants: limits and challenges**

Ariane de Oliveira Botega

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

E-mail: ariane.botega@gmail.com (autor para correspondência).

Liziane Maahs Flores

Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, CCS, UFSM.

Participou do delineamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e Lactentes: limites e desafios

Food and Nutrition Surveillance System and infants: limits and challenges

RESUMO

Estudo observacional objetivou descrever e caracterizar o estado nutricional de lactentes acompanhados pelo SISVAN Web de 32 municípios de uma região de saúde do sul do país, além de comparar a cobertura de acompanhamento nutricional dessas crianças registrada no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do Bolsa Família. O perfil nutricional dos lactentes foi averiguado em base de dados do DATASUS e IBGE, utilizando-se parâmetros antropométricos do Manual do SISVAN. Observou-se inexpressivo percentual (2,59%) de acompanhamento nutricional da faixa etária estudada no SISVAN Web, apontando para perfil nutricional eutrofia para maioria dos municípios (87,5%) que acompanharam as crianças neste sistema, o que corrobora com resultados encontrados em estudos e inquéritos de saúde nacionais. Entretanto, a utilização de sistemas de informação em saúde como o SISVAN, enquanto ferramenta de gestão, ainda se constitui em um desafio. Ressalta-se que a baixa utilização do SISVAN Web limita o planejamento de ações em saúde e, conseqüentemente, identificação e antecipação aos agravos em saúde da população. Sugere-se promoção de educação permanente aos profissionais voltada à operacionalização e integração dos sistemas de informação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Nutricional; Antropometria; Estado Nutricional; Sistema de Informação em Saúde; Lactente.

ABSTRACT

An observational study aimed at describing and characterizing the nutritional status of infant, accompanied by SISVAN Web from 32 cities in a health region in the south of the country and to comparing the nutritional monitoring coverage of these children registered in the Module Manager Reporting SISVAN Web and SISVAN Management Module of “Bolsa Familia”. Nutritional profile of infants were searched in DATASUS and IBGE database, using the anthropometric parameters of the SISVAN Manual. There was an inexpressive nutritional monitoring coverage (2,59%) of the age group studied in SISVAN Web, indicating nutritional profile eutrophy for most of the cities (87,5%) that accompanied the children in this system, which corroborates results found in other studies and surveys national health systems. However, the use of health information systems such as SISVAN, as a management tool, is still a challenge. It should be noted that the low utilization of SISVAN Web limits the planning of actions in health and, consequently, the identification and anticipation of the health problems of the population. It is suggested to promote the permanent education of professionals in the operationalization and integration of health information systems.

KEYWORDS: Nutritional Surveillance; Anthropometry; Nutritional Status; Health Information Systems; Infant.

INTRODUÇÃO

A situação de saúde das crianças sofre influência direta do estado nutricional, do desenvolvimento físico-motor e de fatores determinantes que afetam o processo saúde-doença. O processo de saúde e doença está intimamente relacionado com as condições de morbimortalidade prevalentes em determinada região ou comunidade, demandando ações de prevenção de doenças e promoção de hábitos de vida saudáveis que, interligados, possibilitam crescimento e desenvolvimento infantil de forma satisfatória ¹. O perfil antropométrico, especialmente entre os menores de dois anos é um dos melhores indicadores, na área de saúde pública, da condição nutricional e de saúde da criança, em virtude de sua estreita dependência a fatores ambientais. O lactente apresenta imaturidade fisiológica e imunológica, o que configura um grande desafio à segurança alimentar e nutricional em determinadas condições sociais ².

No Brasil, entre 1989 e 2006, verificou-se redução da prevalência de excesso de peso em crianças menores de dois anos, passando de 9,0% para 6,5% ^{3,4}. Isto evidenciou quadro de vulnerabilidade sociobiológica, visto que estes valores ainda estavam bem superiores à proporção esperada de 2,5%, quando são ótimas as condições de alimentação, saúde e nutrição da população infantil ⁵. Apesar dessa sensível redução do excesso de peso, a obesidade infantil tem se configurado como um problema de saúde pública no país, representando sério agravo para a situação de saúde atual e futura dos brasileiros ^{4, 6}. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada entre 2008 e 2009, apontou declínios intensos e contínuos na prevalência de déficit de altura em crianças brasileiras, indicando uma progressiva redução da desnutrição infantil nas últimas décadas ⁶. Destaca-se que, prevenção precoce, por meio de políticas de saúde adequadas para a infância, pode reduzir de maneira racional e menos onerosa a incidência de obesidade infantil e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na vida adulta.

Diante desse contexto, o Fundo das Nações Unidas para a Infância ⁷ recomenda, principalmente para essa faixa etária, devido a maior vulnerabilidade social, incorporação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) às rotinas de atendimento da atenção básica em saúde. Esse sistema é uma ferramenta de vigilância alimentar e nutricional (VAN) que possibilita desagregação da informação no nível da unidade de saúde e rapidez para a informação ser coletada, consolidada, analisada e interpretada, permitindo diagnóstico precoce de possíveis desvios nutricionais, promovendo alicerce para tomada de decisões políticas no que se refere às condições de alimentação, nutrição e saúde dessa população ⁸.

O SISVAN estabeleceu-se no Brasil em 1990, após a promulgação da Lei nº 8.080/90 e a publicação da Portaria nº 1.156/90. No ano de 2002, iniciou-se o processo de informatização, culminando com a criação do SISVAN Módulo Municipal em 2003 e o SISVAN informatizado em 2008 ⁹. Apesar de algumas limitações como baixa cobertura geográfica e populacional ¹⁰ e descontinuidade no envio de dados ^{11, 8}, Figueiredo ¹² destaca a importância do SISVAN para detectar e prevenir precocemente problemas de origem nutricional e estimula o desenvolvimento de estudos que utilizem o sistema para manter atualizado o controle de saúde da população infantil e subsidiar gestores de saúde na identificação dos riscos nutricionais, combatendo-os de maneira mais eficaz. Silva et al. ¹³ reforça a necessidade de fortalecimento do SISVAN como instrumento de monitoramento nutricional, visando aumentar a cobertura e confiabilidade dos dados neste sistema.

Assim, considerando-se a escassez de pesquisas avaliativas acerca da utilização do SISVAN e do desempenho desse sistema ^{14, 10}, dada a sua importância no contexto da saúde e do planejamento de políticas públicas ¹⁵ e a carência de estudos de base populacional sobre o estado nutricional de lactentes, optou-se por desenvolver um estudo na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS-RS), com objetivo de descrever e caracterizar o estado nutricional de crianças menores de dois anos acompanhadas pelo

SISVAN Web dos municípios de abrangência desta regional e comparar a cobertura de acompanhamento nutricional dessas crianças registrada no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do Bolsa Família (BF).

MÉTODOS

Desenho do estudo

A pesquisa segue delineamento observacional ecológico. Como fator em estudo considerou-se a cobertura de acompanhamento pelo SISVAN dos dados antropométricos de lactentes que viviam nos municípios estudados e que estavam georeferenciados em uma unidade básica de saúde. Para o desfecho, considerou-se o perfil nutricional.

População de estudo

A população delimitada constituiu-se dos 32 municípios que compõem a 4ª CRS-RS: Santa Maria, Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jaguari, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul, compreendendo uma população de 541.247 habitantes, dos quais 12.056 são crianças entre zero e dois anos ¹⁶.

Procedimentos de coleta e análise dos dados

A pesquisa foi realizada em base de dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), a partir das informações coletadas no

Módulo Gerenciador de Relatórios consolidados anuais do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do BF do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), de domínio público ¹⁷.

Foram utilizados dados originados dos relatórios consolidados do estado nutricional de indivíduos acompanhados— crianças menores de dois anos, para descrever o perfil nutricional registrado no SISVAN Web e realizar a comparação das coberturas de acompanhamento nutricional de cada município que compõe a 4ª CRS-RS nos referidos módulos, no ano de 2015 (referência de início do estudo) e, para série histórica, os anos de 2008 até 2015 ¹⁷.

Destaca-se que o SISVAN Web foi à base escolhida para descrever o perfil nutricional, devido ser o sistema de origem de registro dos dados antropométricos da população em geral usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes dados são originalmente coletados pelos profissionais na atenção básica dos municípios. Já a base do SISVAN Módulo de Gestão do BF é condicionada a registros dos dados antropométricos exclusivo dos beneficiários do Programa Bolsa Família condicionalidades da saúde, que convertem do Sistema de Gestão do BF do Ministério de Desenvolvimento Social para o SISVAN ¹⁸.

A análise do perfil nutricional foi realizada a partir dos quatro parâmetros antropométricos em virtude das particularidades representativas para o grupo estudado. O *Peso pela Idade (P/I)* objetiva refletir a situação global da criança e acompanhar o ganho de peso, não diferenciando comprometimento nutricional atual ou agudo dos pregressos ou crônicos. Já o *Peso pela Estatura (P/E)* permite identificação do aumento ou redução de peso corporal da criança. Por sua vez o *Índice de Massa Corporal pela Idade (IMC/I)* identifica o excesso de peso entre crianças, podendo ser utilizado em outras fases da vida. *Estatura pela Idade (E/I)* analisa o crescimento linear da criança, podendo indicar efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento destas, considerado o melhor indicador para aferição da qualidade de vida de uma população ⁴.

Para descrição do perfil nutricional das crianças residentes nos municípios da referida CRS-RS, os dados foram distribuídos segundo os parâmetros antropométricos preconizados pelo Manual do SISVAN ¹⁹:

- *P/E*: magreza acentuada ($<$ percentil 0,1), magreza (\geq percentil 0,1 e $<$ percentil 3), eutrofia (\geq percentil 3 e \leq percentil 85), risco de sobrepeso ($>$ percentil 85 e \leq percentil 97), sobrepeso ($>$ percentil 97 e \leq percentil 99,9) e obesidade ($>$ percentil 99,9).

- *P/I*: muito baixo peso para idade ($<$ percentil 0,1), baixo peso para idade (\geq percentil 0,1 e $<$ percentil 3), eutrofia (\geq percentil 3 e $<$ percentil 97) e peso elevado para idade (\geq percentil 97).

- *E/I*: muito baixa estatura para a idade ($<$ percentil 0,1), baixa estatura para a idade (\geq Percentil 0,1 e $<$ Percentil 3) e estatura adequada (\geq percentil 3).

- *IMC/I*: magreza acentuada ($<$ percentil 0,1), magreza (\geq Percentil 0,1 e $<$ Percentil 3), eutrofia (\geq percentil 3 e $<$ percentil 85), risco de sobrepeso ($>$ percentil 85 e \leq percentil 97), sobrepeso ($>$ percentil 97 e \leq percentil 99,9) e obesidade ($>$ percentil 99,9).

A escolha da faixa etária se deu em virtude da maior confiabilidade dos dados, pois é preconizado que lactentes realizem mensalmente consultas de rotina, além de vacinas e, semestralmente, para atender a obrigatoriedade de pesagem do Programa BF. Além disso, dada à importância no contexto da saúde e do planejamento de políticas públicas, considera-se que ainda existe uma carência de estudos de base populacional sobre o estado nutricional dessa faixa etária ¹⁵.

As variáveis estudadas no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do BF do DAB/MS foram: relatório do estado nutricional dos indivíduos acompanhados; competências: Anos (2008 até 2015) e meses de referência (Janeiro a Dezembro); municípios: da 4ª CRS-RS; fase da vida: lactentes; índices: P/I; P/E;

IMC/I; E/I; acompanhamentos registrados: SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do BF; Sexo; Raça/Cor; Povo e Comunidade; Escolaridade: Todos ¹⁷.

Além disso, utilizou-se como fonte de dados a base do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para verificar a população total residente nos municípios da 4ª CRS-RS e população menor de dois anos ¹⁶; o Produto Interno Bruto (PIB) de cada município ²⁰ e, a taxa de mortalidade infantil ²¹. Foi utilizada a classificação de estratificação da população pelo porte do município, de acordo com o Censo ¹⁶: muito pequeno (população até 20.000 habitantes), pequeno (população de 20.001 a 50.000 habitantes), médio (população de 50.001 a 100.000 habitantes) e grande (população com mais de 100.000 habitantes).

A análise dos resultados do estudo foi realizada por meio de estatística descritiva.

Crítérios Éticos

Esta pesquisa encontra-se aprovada na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da 4ª CRS-RS, Comissão Intergestora Regional (CIR) da 4ª CRS-RS, sob Resoluções nº 17/2016 e 23/2016 (ANEXO B) e no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP UFSM), sob o número do parecer 1.590.615 e certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) 56683716.5.0000.5346 (ANEXO A).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar e comparar a cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de dois anos registrada no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do BF dos municípios da 4ª CRS-RS, observou-se priorização de acompanhamento do estado nutricional no SISVAN Módulo de Gestão do BF. Neste último módulo, os 32 municípios de abrangência da 4ª CRS-RS realizaram alimentação do sistema

em 2015, correspondendo a um percentual de 100% de utilização. Já a análise realizada no banco de dados secundários do SISVAN Web, permitiu inferir que apenas oito municípios de abrangência da 4ª CRS-RS realizaram alimentação do sistema, correspondendo a um percentual de 25% de utilização, no período e para faixa etária estudada, conforme demonstrado na Tabela 1.

AQUI TABELA 1

A análise destes dados reafirma uma tendência já apresentada por Coutinho et al.⁸ em estudo no qual, 95% dos municípios brasileiros enviavam dados antropométricos pelo sistema informatizado do BF, enquanto apenas metade dos municípios brasileiros costumavam registrar informações no SISVAN Web. Enes et al.¹⁸, em estudo realizado no Estado de São Paulo também obtiveram cobertura populacional inexpressiva do SISVAN Web quando comparada aos registros do SISVAN Módulo de Gestão do BF. Estes dados são preocupantes, visto que, mesmo avaliando diferentes estágios de vida (crianças, adolescentes, adultos e idosos), em muitas regiões os valores encontrados estavam próximos de zero¹⁸.

O Quadro 1 demonstra a população total e a população de crianças menores de dois anos dos municípios da 4ª CRS-RS. Observa-se que a população menor de dois anos é relativamente pequena nos municípios, o que não justifica o inexpressivo percentual (2,59%) de crianças em acompanhamento nutricional no SISVAN Web em relação a população desta região, no ano de 2015. Do total de municípios avaliados, segundo a estratificação proposta pelo Censo¹⁶, existe apenas um grande (3,12%), dois pequenos (6,25%) e a maioria dos municípios é considerado muito pequeno (90,63%).

AQUI QUADRO 1

Estudo realizado por Perez et al.²² que analisou o estado nutricional dos usuários de unidades básicas no Estado de São Paulo cadastrados no SISVAN, considerando todas as fases da vida, demonstrou cobertura do sistema (2,86%) semelhante a encontrada na presente

pesquisa. Tavares e Ferreira ²³, apesar de avaliar uma faixa etária mais ampliada no SISVAN Web (crianças de zero a cinco anos), no estado do Rio de Janeiro, também demonstraram baixa utilização do sistema, visto que dos 92 municípios, 38 (41,31%) não utilizavam o sistema para registro de acompanhamento. Observa-se que independente da faixa etária estudada por diferentes autores, é comum o sub-registro e a falta de utilização do sistema para acompanhamento nutricional da população ^{22, 23}.

Salienta-se que o BF é um programa de transferência de renda do governo federal, que tem o objetivo de reduzir déficit nutricional e mortalidade infantil entre famílias carentes no Brasil, através do repasse de recursos financeiros direto aos usuários beneficiários, mediante ao cumprimento de algumas condicionalidades por parte destes, visando vinculação das famílias ao SUS. Em decorrência disso, essa priorização do acompanhamento do estado nutricional de lactentes no SISVAN Módulo de Gestão do BF nesta região, no período avaliado, pode ser explicada, tendo em vista que as condicionalidades de saúde são compromissos que devem ser cumpridos pelos gestores, profissionais de saúde e usuários para continuar recebendo benefício social ^{24, 10}. Nesse sentido, observa-se que, os sistemas de informação em saúde relacionados a controle orçamentário e/ou repasses financeiros do nível central são, com maior frequência, atualizados e analisados em comparação aos sistemas que realizam outras operações descentralizadas. Assim, percebe-se que a utilização dos sistemas de informação em municípios ainda é limitada e prioriza o cumprimento de rotinas que estão vinculadas ao recebimento de verbas ^{25, 23}, o que acaba por comprometer o planejamento, gerenciamento e tomada de decisões políticas voltadas as reais necessidades de saúde da população no que se refere à melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde ⁸.

Além disso, essa baixa cobertura do acompanhamento populacional do SISVAN, também pode estar relacionada à restrita apropriação por parte dos profissionais de saúde de metodologias de planejamento de base local, uma vez que o modelo assistencial de saúde

ainda predominante, frequentemente não valoriza linhas de atuação que utilizam a informação como apoio gerencial em nível local, mantendo o monitoramento alimentar e nutricional da população em segundo plano, frente aos demais compromissos do município ¹⁸.

Destaca-se que a implementação do SISVAN informatizado poderia auxiliar no importante acompanhamento da população em todo país, no entanto, mesmo com todos os esforços voltados para ampliação e qualificação da VAN, ainda se observa muito baixa cobertura populacional tanto no SISVAN Web quanto no SISVAN Módulo de Gestão do BF ¹⁸. Ressalta-se que a operacionalização da VAN por meio da ferramenta SISVAN Web, produz dados contínuos sobre as condições nutricionais e alimentares de um local, possibilitando detectar precocemente alterações do perfil nutricional e subsidiar políticas públicas de saúde nos diferentes níveis de atenção ²⁶.

Na faixa etária infantil, a VAN se torna fundamental, visto que permite avaliar medidas de promoção e prevenção de saúde acerca dos riscos de desnutrição, obesidade e carências nutricionais, que podem influenciar no crescimento, desenvolvimento, prevenir mortalidade e complicações nas condições de saúde atuais e na vida adulta ²⁶. No entanto, dos municípios que compõe a 4ª CRS-RS, apenas oito (25%) realizaram VAN através do SISVAN Web no ano de 2015 e ainda, a cobertura de acompanhamento foi baixa, o que pode implicar na caracterização do perfil nutricional dos lactentes residentes no âmbito desta região (Quadro 2) e possivelmente, no planejamento de ações de promoção e prevenção de saúde para a faixa etária.

AQUI QUADRO 2

Conforme demonstrado no Quadro 2, a proporção de acompanhamentos no SISVAN Web na região sul são similares ao estudo de Ferreira et al. ²⁷ que apontou baixas coberturas do SISVAN Web para crianças de 0 a 23 meses em municípios de Belo Horizonte, nos anos de 2008 a 2011, variando entre 4,30% a 10,70%. Outro estudo semelhante, realizado por

Jung, Bairros e Neutzling²⁸ no âmbito do Rio Grande do Sul em 2010, demonstrou que 324 (65,30%) municípios utilizavam o SISVAN Web e, a cobertura total de registros neste sistema foi de até 2,50% em 17 das coordenadorias regionais de saúde. Entretanto, se verificou importante variação na faixa etária de zero a cinco anos (1,70% a 26,60%), predominando na maioria (n=14) das coordenadorias do RS uma cobertura menor que 10%. Já a presente pesquisa, apesar da restrição na faixa etária— menores de dois anos e limitação a uma coordenadoria, a cobertura de acompanhamento foi superior na maioria dos municípios (Quadro 2), com destaque para Ivorá que acompanhou 94,87% das crianças residentes.

Ao relacionar o percentual de crianças menores de dois anos acompanhadas no SISVAN Web com a população do município, considerando a estratificação da população pelo porte do município¹⁶, observou-se algumas diferenças entre os municípios muito pequenos (até 20 mil habitantes) (Quadro 2). Já estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro com crianças de zero a cinco anos, identificou percentual de crianças acompanhadas no SISVAN semelhante entre os municípios mais e menos populosos²³.

Em relação ao PIB, conforme se observa no Quadro 2, não se confirma a hipótese de que municípios com maior PIB poderiam apresentar maior número de registros no SISVAN Web, em virtude da maior disponibilidade de recursos financeiros que permite empregar em recursos humanos e tecnologias. Essa inferência também foi levantada no estudo de Tavares e Ferreira²³, que não identificaram diferença significativa ao comparar os municípios com maior e menor PIB no estado do Rio de Janeiro e, no estudo de Nascimento, Silva e Jaime²⁹ que constatou que a incorporação da prática de VAN no cotidiano dos serviços de saúde não depende exclusivamente da disponibilidade de recursos financeiros, mas essencialmente de aspectos como comprometimento político com a saúde coletiva e com o SUS por parte de gestores e profissionais responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição nos territórios.

A infância determina necessidades nutricionais específicas em decorrência do crescimento rápido, perda de imunidade passiva e o desenvolvimento do sistema imunológico contra infecções, o que reforça a necessidade da realização e ampliação do monitoramento nutricional contínuo através deste sistema de informação. Ressalta-se que essas iniciativas podem incidir sobre a taxa de mortalidade infantil que é um indicador prioritário na política de saúde do SUS ⁴.

A pesquisa demonstrou (Quadro 2) que dois municípios apresentaram taxa de mortalidade infantil zero, o que é ideal e esperado para todos os municípios; outros dois municípios não disponibilizaram seus registros e os demais, apresentaram índices preocupantes em relação à população, com destaque para dois municípios que apresentaram valores acima da taxa nacional de 12,9 óbitos de crianças menores de um ano para cada 1000 nascidos vivos ¹⁶. Observou-se que a taxa de mortalidade foi menor no município mais populoso em relação a dois dos municípios menos populosos.

Ao comparar as Pesquisas Nacionais Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e 2006, visualiza-se redução de 44% dos níveis de mortalidade infantil, porém verificou-se manutenção de contrastes entre as macrorregiões do País. A PNDS 2006 apresentou a região Sul com nível mais baixo da taxa de mortalidade infantil (17 por mil) contrastando com o Nordeste, de maior nível (35 por mil); seguido da região Norte (28 por mil); Centro-Oeste (20 por mil) e, Sudeste (18 por mil) ⁴.

A Tabela 2 apresenta a série histórica da cobertura de acompanhamento nutricional de lactentes, segundo a origem de registros- Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do BF, dos municípios da 4ª CRS-RS a partir de 2008, quando o sistema se tornou informatizado. A série histórica (Tabela 2) permitiu confirmar a priorização e manutenção de acompanhamento nutricional da faixa etária estudada no SISVAN Módulo de Gestão do BF e demonstra o declínio da cobertura de acompanhamento

nutricional no Módulo SISVAN Web dos municípios, como já apontavam outros autores^{8,18}.

Além disso, pode-se visualizar (Tabela 2) que no período de oito anos, seis (18,70%) municípios de abrangência da 4ª CRS-RS nunca alimentaram o SISVAN Web e apenas três (9,37%) municípios mantiveram alimentação regular deste sistema para a faixa etária estudada. Observou-se que outros três (9,37%) municípios, mantiveram registros de acompanhamento nutricional das crianças no SISVAN Web em, pelo menos, sete anos da série histórica.

Ressalta-se que, o SISVAN foi pactuado interfederativamente como indicador de saúde da população- cobertura de acompanhamento para crianças menores de cinco anos (Pacto pela Saúde 2006-2010), entretanto, mesmo o público alvo desta pesquisa estando inserido na faixa etária preconizada, apenas 13 (40,60%) municípios registraram acompanhamento nutricional de crianças menores de dois anos em pelo menos um ano de vigência do Pacto pela Saúde.

AQUI TABELA 2

A respeito do perfil nutricional dos oito municípios da 4ª CRS-RS que acompanharam crianças menores de dois anos no SISVAN Web, a análise permitiu descrever que a maioria apresenta perfil nutricional de *eutrofia* (87,50%, n=07), porém também se observa prevalência de *risco de sobrepeso*, *sobrepeso*, *obesidade* e em menor frequência *baixo peso/magreza*, segundo os parâmetros de classificação antropométrica P/E, P/I e IMC/I.

Destaca-se que um município (12,50%) apresentou perfil nutricional de *obesidade* no período estudado, segundo os parâmetros de classificação P/E e IMC/I. Quanto aos parâmetros de E/I, a maioria dos municípios apresentaram crianças com *estatura adequada para idade* (87,50%, n=07), porém também se verificou *déficit de estatura*, conforme demonstra a Tabela 3.

AQUI TABELA 3

Ao classificar as crianças menores de dois anos segundo o parâmetro IMC/I, notou-se maior prevalência de municípios com *risco de sobrepeso* (75%, n=06), *sobrepeso* (62,50%, n=05) e *obesidade* (50%, n=04) em relação à *magreza acentuada* (37,50%, n=03) e *magreza* (12,50%, n=01). Já para o parâmetro P/E, mantém-se a prevalência de municípios com *risco de sobrepeso* (75%, n=06), *sobrepeso* (62,50%, n=05), *obesidade* (50%, n=04) e *magreza acentuada* (37,50%, n=03), porém observou-se aumento do percentual de *magreza* (25%, n=02). Quanto aos parâmetros de P/I destas crianças, os oito (100%) municípios apresentam perfil nutricional de *eutrofia*, mas se verificou prevalência de peso elevado para idade (62,50%, n=05) e baixo peso para idade (62,50%, n=05) nos municípios.

Os resultados apresentados confirmam tendência demonstrada pelos inquéritos nacionais de saúde que evidenciaram aumento do excesso de peso e redução significativa da prevalência do déficit de P/I entre crianças menores de cinco anos^{30, 4, 24}. Entretanto, deve-se considerar a baixa adesão dos municípios em manter atualizados os registros dos dados antropométricos no sistema, ponderando para possíveis limitações quanto à representatividade destes dados em relação à população estudada.

Para o parâmetro de E/I, apesar da maioria dos municípios estudados apresentarem crianças com estatura adequada para a idade, verificou-se municípios com baixa estatura para idade (50%, n=04) e estatura muito baixa para idade (50%, n=04), o que gera preocupação visto que déficit linear adquirido pelo lactente é mais difícil de ser revertido após os dois anos de idade³¹. Apesar do parâmetro E/I ser considerado o melhor indicador para aferição da qualidade de vida⁴ observou-se que os oito municípios em estudo apresentavam redução de dados nesta base do SISVAN Web, o que pode ser explicado pela dificuldade de mensuração da estatura em crianças menores de dois anos nos serviços de saúde, devido à falta de equipamento apropriado (antropômetro) e/ou destreza/habilidade profissional para aferição¹⁰.

As PNDS realizadas em 1996 e 2006, ao serem comparadas, demonstraram redução significativa (4% para 1,80%) no que se refere à prevalência do déficit de P/I assim como no déficit de E/I (13,40 para 6,70%), reafirmando a diminuição do risco de desnutrição infantil no país ⁴.

Estudo realizado por Saldanha et al. ³¹ com crianças menores de sete anos beneficiárias do bolsa família residentes em Minas Gerais, também demonstrou redução de déficits de altura para idade (6,30% para 5,80%) e do percentual de baixo peso (3,40% para 3,00%), no entanto aumento percentual de peso elevado para idade (7,50% para 9,10%), considerando o índice P/I, no decorrer dos anos de 2008 a 2011.

Silva et al. ¹³, em seu estudo que avaliou o estado nutricional de 360 crianças menores de dois anos no município de Redenção, no Ceará, demonstrou resultados semelhantes ao encontrado nesta pesquisa: prevalência de sobrepeso e obesidade segundo parâmetros de P/I e IMC/I bem como de déficit de E/I e reduzida prevalência de baixo peso (IMC/I) entre os lactentes dos municípios.

Outro estudo que avaliou o estado nutricional de 202 crianças ribeirinhas menores de dois anos do Estado do Pará apresentou que a maioria (53,50%) não possuía deficiência de peso e estatura para idade, uma parcela pequena das crianças (11,90%) apresentou deficiência de peso para idade assim como deficiência de peso e estatura para idade (17,30%), o que também pode ser observado na população em estudo ³². Vale lembrar que o estado nutricional da criança, especialmente nos primeiros anos de vida, é considerado o principal indicador de saúde desta população, uma vez que reflete as condições ambientais a que estão expostas, como o tipo de alimentação, a presença de enfermidades, as condições de moradia e saneamento básico. Além disso, o estado nutricional infantil pode ainda ser influenciado pela idade, escolaridade materna, condição socioeconômica e estrutura familiar ³³.

Figueiredo¹² em estudo realizado em um Centro de Saúde Vila Planalto em Brasília avaliou o perfil antropométrico de 664 crianças entre zero a dez anos, sendo mais da metade destas (n=350, 52,71%) menores de dois anos, e também constatou prevalência de eutrofia, porém acentuado risco de sobrepeso nas crianças, o que confere aumento no risco de desenvolvimento de DCNT, que tendem a trazer consequências na morbimortalidade da população.

Por fim, corroborando com Silva et al.³⁴, a preocupação com a atualização dos sistemas de informação em saúde ainda se restringe ao cumprimento da exigência legal do SUS, sendo evidente a limitação da compreensão destes sistemas como ferramentas de gestão em saúde. Ressalta-se que a pesquisa atual apresenta como limitação o uso de dados secundários, o que inviabiliza o pesquisador de controlar possíveis erros oriundos da digitação e registro no sistema. Apesar disso, acredita-se que, por serem dados oficiais dos serviços de saúde, os resultados possibilitem o alcance dos objetivos propostos. Além disso, deve-se ter cuidado com a extrapolação de resultados para a faixa etária menores de dois anos no âmbito da 4ª CRS-RS, visto que a cobertura de acompanhamentos registrados no SISVAN Web foi baixa e não tem validade interna para o período estudado.

CONCLUSÃO

O estudo ilustrou a cobertura de utilização do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do BF de crianças menores de dois anos no âmbito da 4ª CRS-RS, a cobertura de acompanhamento nutricional no SISVAN Web e o perfil nutricional destas crianças neste sistema. Os resultados apontaram priorização de utilização do SISVAN Módulo de Gestão do BF em comparação ao SISVAN Web, inexpressiva cobertura de acompanhamento nutricional da faixa etária estudada no SISVAN Web e perfil nutricional de *eutrofia* para a maioria dos

municípios que acompanharam as crianças neste sistema, no ano de 2015. Entretanto, existem limitações referentes à análise do perfil nutricional que devem ser consideradas. Apesar disto, observou-se que os dados encontrados estão em conformidade com as demais pesquisas e os inquéritos de saúde nacionais.

Contudo, a baixa utilização do SISVAN Web para acompanhamento de crianças menores dois anos no âmbito da 4ª CRS-RS interferem na legitimação do planejamento de ações em saúde e, conseqüentemente, na identificação e antecipação aos agravos em saúde locais. Assim, infere-se que a utilização ampliada do SISVAN é um desafio a ser conquistado nas diferentes esferas de gestão e, para tanto, sugere-se promoção de educação permanente voltada à operacionalização do sistema e para utilização dos dados produzidos como instrumento de planejamento nas práticas cotidianas de saúde. Destaca-se que o Ministério da Saúde vem trabalhando na implementação efetiva do sistema informatizado para a Atenção Básica (e-SUS Atenção Básica) dos municípios, visando simplificar a sistemática de alimentação dos distintos sistemas de informação em saúde e, conseqüentemente, ampliar a utilização integrada destes no âmbito da atenção básica do SUS. Essa perspectiva de integração dos sistemas de informação pode impulsionar os gestores e profissionais de saúde para reconhecer a informação como elemento estratégico para a gestão e principalmente, cuidado em saúde, discutindo a importância do uso e da disseminação das informações para planejamento, execução e avaliação das atividades inerentes à saúde e as condições de vida da população.

REFERÊNCIAS

- 1 Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Situação mundial da infância 2008: sobrevivência infantil*. Brasília: UNICEF; 2007.
- 2 Vitolo MR. *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Rubio; 2008.
- 3 Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos*. Brasília: INAN/PNSN; 1989.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher– PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde 2009; 213 -30 p.
- 5 World Health Organization (WHO). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: World Health Organization; 1995.
- 6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *POF: 2008-2009 Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Brasília: IBGE; 2010a.
- 7 Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: Orientações para implementação nos municípios*. Brasília, UNICEF; 2010. 28 p.
- 8 Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC, Nilson EAF, Fagundes A, Vasconcellos AB. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na internet]. 2009 [acessado 2017 nov 18]; 12(4): 688-699. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/18.pdf>
- 9 Ferreira CS, Cherchiglia ML, César CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2017 nov 18]; 13 (2): 167-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a10v13n2.pdf>
- 10 Damé PKV, Pedroso MRO, Marinho CL, Gonçalves VM, Duncan BB, Fisher PD, Romero ALC, Castro TG. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. *Cad. Saúde Pública* [periódico na internet]. 2011 [acessado 2017 nov 18]; 27(11): 2155-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/09.pdf>
- 11 Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Stefanini MLR. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [periódico na internet]. 2007 [acessado 2017 nov 18]; 7(2): 213-220. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/12.pdf>
- 12 Figueiredo PEA. *Avaliação antropométrica de crianças de zero a 10 anos: dados do SISVAN do Centro de Saúde da Vila Planalto, Brasília, DF* [monografia]. Brasília (DF): Universidade de Brasília – UNB; 2016.
- 13 Silva HAM, Costa EC, Sousa PHM, Almeida PC. Vigilância nutricional de crianças menores de dois anos do município de Redenção, Ceará: a importância do diagnóstico para planejamento das políticas públicas nesse grupo etário. *RBONE* [periódico na internet]. 2016 mar/ab [acessado 2017 nov 18]; 10(56): 62-73. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/409/379>

- 14 Rolim MD, Lima SML, Barros DC, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* [período na internet]. 2015 [acessado 2107 nov 18]; 20(8): 2359-2369. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2359.pdf>
- 15 Cocetti M, Taddei JAAC, Konstantyners T, Konstantyners TCRO, Filhos AAB. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de 2 anos. *J Pediatr* [período na internet]. 2012 [acessado 2017 nov 18]; 88 (6): 503-508. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n6/v88n06a10.pdf>
- 16 Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010*. Dados populacionais dos municípios. Brasília: IBGE; 2010b. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 25 de maio de 2015.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional* [Relatórios Públicos na internet]. 2015 Maio [acessado em 2015 maio 05]. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan>
- 18 Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM. Cobertura populacional do Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2017 nov 18]; 19(5): 1543-1551. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63030588023/>
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. *SISVAN*: na assistência à saúde. Brasília; 2008. 61 p.
- 20 Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus–SUFRAMA. *PIB per capita*. Brasília: IBGE; 2014.
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS: Indicadores e Dados Básicos. *Mortalidade Infantil*. Brasília: DATASUS; 2010b.
- 22 Perez AI de la C, Oliveira TZ de, Moraes MA de, Shirassums MM, Ribeiro AB, Coria S. Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). *BEPA* [periódico na internet]. 2013 jun [acessado 2017 nov 18]; 10(116): 1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200010
- 23 Tavares JW, Ferreira KF. *Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no acompanhamento de crianças de 0 a 5 anos nos municípios do Estado do Rio de Janeiro* [monografia]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Nutrição Emília de Jesus Ferreira; 2016.
- 24 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 3. Ed, 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 25 Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev. Saude Publica* [período na internet]. 2011 fev [acessado 2017 nov 18]; 45: 24-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100003
- 26 Vieira VL, Gregorio MJ, Cervato-Mancuso AM, Graca APSR. Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e

Portugal. *Saúde Soc.* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2017 nov 18]; 22(2): 603-607. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a28.pdf>

27 Ferreira CS, Cherchiglia ML, Cesar, CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [periódico na internet]. 2013 [acessado 2017 nov 18]; 13(2): 167-177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a10v13n2.pdf>

28 Jung NM, Bairros FS, Neutzling MB. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2017 nov 18]; 19(5): 1379-1388. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01379.pdf>

29 Nascimento FA do, Silva SA da, Jaime PC. *Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013*. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2017 mar [acessado 2018 mar 20]; 33(12):e00161516. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00161516.pdf>

30 Brasil. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro International Inc. *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996*. Março 1997.

31 Saldanha LF, Lagares EB, Fonseca PC, Anastácio LR. Estado nutricional de crianças beneficiárias do programa bolsa família acompanhadas pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais* [periódico na Internet]. 2014 [acessado 2017 nov 15]; 24(4): 478-486. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8635618/14867>

32 Silva AS, Moura EC. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2017 nov 15]; Rio de Janeiro, 26(2): 273-285. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/8068/aa9047c6a1ea9f70c58d00a4e4dec4415df9.pdf>

33 Damasceno RJP, Martins PA, Devincenzi MU. Estado nutricional de crianças atendidas na rede pública de saúde do município de Santos. *Rev Paul Pediatr* [periódico na Internet]. 2009 [acessado 2017 nov 15]; 27(2): 139-147. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/04.pdf>

34 Silva KSB, Bezerra AFB, Sousa IMC, Gonçalves RF. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2010 [acessado 2017 jul 15]; 26: 373-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200016

Tabela 01. Cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de 2 anos registradas no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo de Gestão do BF, dos municípios da 4ª CRS-RS, ano de 2015.

Municípios de abrangência 4ª CRS-RS	Número de registros no SISVAN Módulo de gestão do BF	Número de registros no SISVAN-Web
Agudo	102	0
Cacequi	136	0
Capão do Cipó	33	01
Dilermando de Aguiar	28	0
Dona Francisca	17	0
Faxinal do Soturno	27	0
Formigueiro	48	21
Itaara	48	0
Itacurubi	30	0
Ivorá	54	37
Jaguari	64	0
Jari	64	0
Júlio de Castilhos	54	01
Mata	54	26
Nova Esperança do Sul	43	0
Nova Palma	26	0
Paraíso do Sul	59	0
Pinhal Grande	59	0
Quevedos	38	18
Restinga Seca	159	0
Santa Maria	308	0
Santiago	493	198
São Francisco de Assis	151	0
São João do Polêsine	20	0
São Martinho da Serra	28	0
São Pedro do Sul	89	0
São Sepé	129	0
São Vicente do Sul	67	0
Silveira Martins	13	11
Toropi	11	0
Unistalda	22	0
Vila Nova do Sul	18	0
Total de registros	2.492	313

Fonte: Brasil¹⁷.

Legenda: BF – Bolsa Família.

Quadro 01. Dados populacionais dos municípios de abrangência da 4ª CRS-RS.

Município	Taxa mortalidade infantil ²¹	População ¹⁶	Crianças <2 anos ¹⁶	% crianças na população
Santa Maria	9,69	261.031	6.121	2,34
São Sepé	12,35	23.798	498	2,09
São Francisco de Assis	-	19.254	379	1,97
Agudo	18,52	16.722	337	2,02
São Pedro do Sul	6,54	16.368	338	2,07
Restinga Seca	-	15.849	310	1,96
Cacequi	9,62	13.676	326	2,38
Jaguari	12,05	11.473	169	1,47
São Vicente do Sul	-	8.440	185	2,19
Paraíso do Sul	34,48	7.336	159	2,17
Faxinal do Soturno	-	6.672	128	1,92
Nova Palma	14,49	6.342	118	1,86
Itaara	-	5.010	109	2,18
Nova Esperança do Sul	-	4.671	99	2,12
Pinhal Grande	24,39	4.471	100	2,24
Vila Nova do Sul	-	4.221	87	2,06
Jari	-	3.575	75	2,10
Itacurubi	0	3.441	76	2,21
Dona Francisca	30,30	3.401	75	2,21
São Martinho da Serra	32,26	3.201	60	1,87
Dilermando de Aguiar	-	3.064	70	2,28
Toropi	-	2.952	52	1,76
São João do Polêsine	-	2.635	28	1,06
Unistalda	-	2.450	48	1,96
*Santiago	10,89	49.071	1.072	2,18
*Júlio de Castilhos	8,00	19.579	530	2,71
*Formigueiro	17,86	7.014	142	2,02
*Mata	22,73	5.111	114	2,23
*Capão do Cipó	-	3.104	92	2,96
*Quevedos	0	2.710	65	2,40
*Silveira Martins	-	2.449	55	2,25
*Ivorá	0	2.156	39	1,81

Fonte: IBGE ¹⁶. Brasil ²¹.

Legenda: * Municípios que realizaram alimentação dos dados antropométricos de crianças menores de dois anos no SISVAN Web, ano de 2015.

Quadro 02. Caracterização sociodemográfica e proporção de acompanhamento no SISVAN Web de crianças menores de dois anos, municípios da 4ª CRS-RS, 2015.

Município	PIB per capita (R\$) ²⁰	Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos) ²¹	População ¹⁶	Crianças menores de 2 anos ¹⁶	Crianças acompanhadas SISVAN Web (2015) %
Capão do Cipó*	71.853,85	-	3.104	92	1,08
Quevedos*	44.096,79	0	2.710	65	27,69
Júlio de Castilhos*	42.589,53	8	19.579	530	0,18
Ivorá*	20.498,12	0	2.156	39	94,87
Formigueiro*	20.379,87	17,86	7.014	142	14,78
Santiago**	18.956,13	10,89	49.071	1.072	18,47
Mata*	17.260,52	22,73	5.111	114	22,8
Silveira Martins*	16.664,41	-	2.449	55	20,0

Fonte: IBGE¹⁶⁻²⁰. Brasil²¹.

Legenda: * município muito pequeno; ** município pequeno.
PIB: Produto Interno Bruto

Tabela 02. Cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de 2 anos, segundo a origem de registros (Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo BF), dos municípios da 4ª CRS-RS, série histórica 2008 a 2015.

Região de saúde/ municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF
R. Verdes Campos																
Agudo	1	44	0	43	0	61	0	36	0	13	0	65	0	68	0	102
Dilermando de Aguiar	2	3	0	6	0	7	0	4	0	1	0	8	0	12	0	28
Dona Francisca	0	0	3	8	5	9	0	5	0	8	0	10	0	8	0	17
Faxinal do Soturno	0	8	0	13	0	12	0	4	0	9	0	12	0	31	0	27
Formigueiro	0	11	0	20	0	14	1	12	0	2	4	18	7	29	21	48
Itaara	0	0	0	4	39	9	46	15	27	8	0	18	0	23	0	48
Ivorá	0	7	17	1	24	3	22	5	14	1	19	8	13	16	37	54
Júlio de Castilhos	0	77	25	80	8	77	0	46	0	38	0	58	0	40	1	54
Nova Palma	0	4	0	9	0	14	64	11	13	10	1	21	0	26	0	26
Paraíso do Sul	0	0	0	15	5	9	2	8	0	5	0	14	0	43	0	59
Pinhal Grande	0	6	0	7	0	10	3	9	0	7	6	18	1	25	0	59
Quevedos	0	8	4	9	8	7	16	15	24	10	19	5	3	15	18	38
Restinga Seca	57	25	68	47	20	81	1	49	59	40	26	74	1	109	0	159
Santa Maria	0	66	21	66	0	325	0	137	0	146	36	346	0	460	0	308
São João do Polêsine	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4	0	6	0	20
São Martinho da Serra	0	13	0	18	0	14	4	8	1	5	6	8	6	18	0	28
São Pedro do Sul	2	4	77	38	2	62	0	46	0	28	0	83	0	75	0	89
São Sepé	0	24	1	41	0	52	0	33	32	30	2	43	0	42	0	129
Silveira Martins	5	5	17	6	16	12	7	9	6	1	17	7	9	9	11	13
Toropi	3	6	4	5	19	6	21	2	1	5	0	9	0	8	0	11
Vila Nova do Sul	0	8	0	7	0	9	0	11	0	10	0	21	0	14	0	11

continua

Tabela 02. Cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de 2 anos, segundo a origem de registros (Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo BF), dos municípios da 4ª CRS-RS, série histórica 2008 a 2015.(**continuação**)

Região de saúde/ municípios	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF	Web	BF
R. Entre Rios																
Cacequi	0	0	24	14	0	34	0	5	0	3	0	48	0	71	0	136
Capão do Cipó	0	2	0	6	0	16	0	15	1	1	1	22	0	22	1	33
*Itacurubi	0	6	0	8	0	18	0	15	0	14	0	12	0	6	0	30
Jaguari	5	10	3	11	12	19	0	9	0	6	0	32	0	52	0	64
Jari	0	4	0	0	0	3	0	3	0	1	0	13	0	7	0	64
Mata	63	22	25	22	35	18	55	10	77	1	34	18	18	24	26	54
Nova Esperança do Sul	0	4	13	6	1	15	0	13	26	7	14	14	0	4	0	43
Santiago	2	60	130	77	2	124	55	102	22	47	177	65	200	122	198	493
São Francisco de Assis	0	41	118	33	35	59	146	64	44	57	15	63	0	88	0	151
São Vicente do Sul	0	9	0	11	0	39	0	10	0	3	0	15	0	33	0	67
Unistalda	13	8	8	9	1	15	3	17	0	9	0	16	0	16	0	22
Total de municípios	10	28	17	31	16	32	15	31	14	31	15	31	9	32	8	32

Fonte: Brasil¹⁷.

Legenda: * Até 2009, a abrangência da 4ª CRS-RS era 31 municípios. Em 2010, o município de Itacurubi integrou-se à 4ª CRS-RS.

Tabela 3. Classificação nutricional de crianças menores de 02 anos dos municípios de abrangência da 4ª CRS-RS, registrados no SISVAN-Web, no ano de 2015.

Municípios que alimentaram o SISVAN-Web	Variáveis			
	Peso/Idade	Peso/Estatura	IMC/Idade	Estatura/Idade
Capão do Cipó (n=1)	Eutrofia (n=1)	Eutrofia (n=1)	Eutrofia (n=1)	Altura baixa para idade (n=1)
Formigueiro (n=21)	Eutrofia (n=14) Peso elevado para idade (n=7)	Eutrofia (n=10) Risco de Sobrepeso (n=4) Sobrepeso (n=2) Obesidade (n=5)	Eutrofia (n=11) Risco de sobrepeso (n=3) Sobrepeso (n=1) Obesidade (n=6)	Altura adequada para idade (n=20)
Ivorá (n=37)	Baixo peso para idade (n=1) Eutrofia (n=20) Peso elevado para idade (n=16)	Magreza acentuada (n=2) Eutrofia (n=11) Risco de sobrepeso (n=4) Sobrepeso (n=4) Obesidade (n=16)	Magreza acentuada (n=2) Eutrofia (n=9) Risco de sobrepeso (n=5) Sobrepeso (n=5) Obesidade (n=16)	Altura adequada para idade (n=08)
Júlio de Castilhos (n= 1)	Eutrofia (n=1)	Eutrofia (n=1)	Eutrofia (n=1)	Altura adequada para idade (n=1)
Mata (n=26)	Baixo peso para idade (n=4) Eutrofia (n=20) Peso elevado para idade (n=2)	Magreza (n=2) Eutrofia (n=18) Risco de sobrepeso (n=1) Sobrepeso (n=3) Obesidade (n=2)	Eutrofia (n=15) Risco de sobrepeso (n=6) Sobrepeso (n=3) Obesidade (n=2)	Altura muito baixa para idade (n=2) Altura baixa para idade (n=01) Altura adequada para idade (n=14)
Quevedos (n=18)	Baixo peso para idade (n=1) Eutrofia (n=17)	Eutrofia (n=13) Risco de sobrepeso (n=4) Sobrepeso (n=1)	Eutrofia (n=13) Risco de sobrepeso (n=3) Sobrepeso (n=3)	Altura muito baixa para idade (n=02) Altura adequada para idade (n=11)
Santiago (n=198)	Baixo peso para idade (n=2) Eutrofia (n=182) Peso elevado para idade (n=14)	Magreza acentuada (n=2) Magreza (n=1) Eutrofia (n=111) Risco de sobrepeso (n=60) Sobrepeso (n=21) Obesidade (n=3)	Magreza acentuada (n=1) Magreza (n=2) Eutrofia (n=89) Risco de sobrepeso (n=66) Sobrepeso (n=34) Obesidade (n=6)	Altura muito baixa para idade (n=01) Altura baixa para idade (n=12) Altura adequada para idade (n=176)
Silveira Martins (n=11)	Baixo peso para idade (n=3) Eutrofia (n=7) Peso elevado para idade (n=1)	Magreza acentuada (n=3) Magreza (n=1) Eutrofia (n=6) Risco de sobrepeso (n=1)	Magreza acentuada (n=3) Eutrofia (n=7) Risco de sobrepeso (n=01)	Altura baixa para idade (n=01) Altura adequada para idade (n=8)

Fonte: Brasil¹⁷.

Legenda: n= número de crianças avaliadas no município.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido considerando a dificuldade de operacionalização e utilização do SISVAN como instrumento de planejamento em saúde nas práticas cotidianas dos profissionais que atuam na atenção básica dos municípios de abrangência da 4ª CRS-RS e, a escassez de estudos relativos à situação de saúde e nutricional de crianças menores de dois anos.

Inevitavelmente, o cenário epidemiológico demonstra as mudanças no padrão comportamental e do consumo alimentar da população brasileira o que impacta diretamente na situação de saúde, principalmente de grupos mais vulneráveis, como os lactentes, promovendo desafios e maiores custos aos serviços de saúde. Diante disso, os resultados apresentados neste estudo não se limitam a um diagnóstico da utilização do SISVAN, mas a ampliar uma discussão a respeito do conhecimento e fragilidades de operacionalização de uma ferramenta de planejamento em saúde no âmbito da atenção básica do SUS, por parte dos profissionais, gestores e coordenadores do sistema.

Sem dúvidas, o conhecimento e utilização sistematizada deste instrumento de planejamento em saúde é um desafio a ser conquistado, nas distintas esferas de gestão, atenção e formação profissional. A partir da identificação destas fragilidades observou-se que o modelo assistencial de saúde predominante nos municípios estudados, freqüentemente não valoriza linhas de atuação que utilizam informações como suporte gerencial para os lactentes, poucos responsáveis municipais utilizaram o SISVAN apenas como um instrumento de coleta de informações em saúde, sem caráter analítico e de organização para o reconhecimento e diagnóstico da situação de saúde dos municípios. Assim, sugere-se inserção na agenda dos profissionais que ocupam funções de gestão e coordenação em saúde nos municípios, programa de educação continuada quanto à utilização do SISVAN e outros sistemas de informação em saúde como instrumento de planejamento para as políticas públicas de saúde, visando qualificar o desempenho profissional e, conseqüentemente, a assistência à saúde da população. Além disso, apesar de não ser obrigatório, considerar a formação profissional ao designar atribuições no âmbito da atenção básica pode potencializar a análise e interpretação dos dados oriundos dos sistemas de informação em saúde.

Salienta-se, que o Ministério da Saúde vem trabalhando na implementação efetiva do sistema informatizado para a Atenção Básica (e-SUS Atenção Básica) dos municípios, visando simplificar a sistemática de alimentação dos distintos sistemas de informação em saúde e, conseqüentemente, ampliar a utilização integrada destes no âmbito da atenção básica do SUS. Essa perspectiva de integração dos sistemas de informação pode impulsionar os gestores e profissionais de saúde para reconhecer a informação como elemento estratégico para a gestão e principalmente, cuidado em saúde, discutindo a importância do uso e da disseminação das informações para o planejamento, a execução e a avaliação das atividades inerentes à saúde e as condições de vida da população.

6 REFERÊNCIAS

ARRUDA, B.K.G.; ARRUDA, I.K.G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, 7(3): 319-26, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/11.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar Brasil- 1986**. PNSMIPF- Brasil 1986. Rio de Janeiro, 1989. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=pnds>. Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990**. Institui o Sistema de vigilância alimentar e nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_sisvan.pdf>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Macro International. Inc. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996**. Março, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional**. Manual técnico. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. SISVAN: na assistência à saúde. Brasília, 2008. 61 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher- PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 213 -30 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110486-2715.html>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2017. 170 p.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Cien. Saúde Colet.**, 14 (3): 851-860, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300020>. Acesso em: 05 nov. 2017.

CAMILO, S.M.B et al. Vigilância Nutricional no Brasil: criação e implementação do SISVAN. **Rev. APS**, 14(2): 224-228, Abr/Jun., 2011. Disponível em:<<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1034/479>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

CAMPOS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Editora HUCITEC/Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006. 871 p.

COUTINHO, J.G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol.**, 12(4): 688-699, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n4/18.pdf>>. Acesso em: 18 nov 2017.

FREEDMANN, D.S. et al. Risk factors and adult body mass index among overweight children: the Bogalusa Heart Study. **Pediatrics**, 123 (3): 750-57, 2009. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **POF: 2008-2009 Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Brasília: IBGE; 2010a.

JESUS et al. Atualização dos dados nos sistemas de informação em saúde. *Rev. enferm. UERJ*, 2012; 20(esp.2): 795-801. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6026>>. Acesso em: 29 mar. 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. **Cien Saude Colet.**, 19(5): 1379-1388, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01379.pdf>>. Acesso em: 05 nov 2017.

MAIS, L.A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Cien. Saúde Colet.**, 19(1): 93-104,

2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00093.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

MARIN, T.; BERTON, P.; SANTO, L. K. R. E. Educação Nutricional e Alimentar: Por uma Correta Formação dos Hábitos Alimentares. **Revista Fapciência**, 3 (7): 72 – 78, 2009. Disponível em: <http://www.fap.com.br/fapciencia/003/edicao_2009/007.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2017.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Cien. Saúde Colet.**, 15(5): 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Metodologia de la vigilância nutricional**. Genebra: OMS, 1976.

PEREZ, A.I. de La C. et al. Monitoramento do estado nutricional de usuários de Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). **BEPA**, 10(116): 1-13, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292013000200010> Acesso em: 05 nov. 2017.

ROLIM, M.D. et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Cien Saude Colet.**, (8): 2359-2369, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2359.pdf>>. Acesso em: 05 nov 2017.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. **Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SILVA, H.A.M et al. Vigilância nutricional de crianças menores de dois anos do município de Redenção, Ceará: a importância do diagnóstico para planejamento das políticas públicas nesse grupo etário. **Revista brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento**. São Paulo, 10 (56): 62-73, mar/abr. 2016. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/409/379>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (UFSM). **Manual de dissertação e teses das UFSM: estrutura e apresentação**. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2015.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **Lancet**, 371: 340-57, 2008. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)616924/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)616924/fulltext)>. Acesso em: 05 nov. 2017.

VITOLO, M.R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

VIDOR, A.C; FISHER, P.D; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saude Publica*. 2011; 45: 24-

30. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100003>. Acesso em: 03 mar. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.

APÊNDICE A- RESULTADOS PARCIAIS APRESENTADOS NA XXXI JORNADA ACADÊMICA INTEGRADA



XXXI Jornada Acadêmica Integrada



SISVAN COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE MUNICIPAL: UMA ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO

Botega, Ariane de O.¹(PG); Flores, Liziane M.^{1,2}(O)

¹*Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM);*

^{1,2}*Departamento de Saúde e Comunidade, CCS, UFSM*

Na atenção primária em saúde, a vigilância alimentar e nutricional é fundamental para saúde da população, principalmente de crianças menores de 5 anos, devendo ser realizada por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹. O SISVAN proporciona apoio para o processo de diagnóstico, organização, avaliação e monitoramento da atenção alimentar e nutricional assim como identificação de grupos de risco a agravos nutricionais, implementação de ações e embasamento para tomada de decisões políticas no sentido de auxiliar no planejamento e gerenciamento de prioridades relacionadas à alimentação e nutrição, qualificando a assistência à saúde². Este estudo descritivo objetivou analisar a utilização do SISVAN como instrumento de gestão em saúde, para crianças menores de 5 anos. Os dados foram provenientes de bases de dados secundárias (SISVAN-Web e SISVAN Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde - relatórios do estado nutricional dos indivíduos)³, de Santa Maria, RS, período de 2010 a 2015. Verificou-se que o município não tem como rotina da atenção primária em saúde registrar o acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de 5 anos no SISVAN-Web, visto que apenas em 2013 encontrou-se registro de acompanhamento incipiente. Já no SISVAN Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família observou-se registros de acompanhamento regulares anualmente. Diante disso, reforça-se a necessidade do SISVAN-Web ser incorporado às rotinas de assistência a saúde na atenção primária, não apenas para vigilância dos beneficiários do Programa Bolsa Família nas condicionalidades de saúde, mas para detectar precocemente situações de risco nutricional nos usuários do Sistema Único de Saúde e, sobretudo, subsidiar o planejamento de estratégias de promoção e de prevenção em saúde, principalmente para faixa etária analisada, uma vez que é na infância que os hábitos alimentares e o estilo de vida são determinados para a vida adulta.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

² COUTINHO *et al.* A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev. Bras. Epidemiologia*, 12(4): 688-699, 2009.

³ BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios Públicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

APÊNDICE B- RESULTADOS PARCIAIS APRESENTADOS NA 32ª JORNADA ACADÊMICA INTEGRADA



32ª Jornada Acadêmica Integrada



UTILIZAÇÃO DO SISVAN COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO EM DIFERENTES MUNICÍPIOS DO SUL DO PAÍS

Botega, Ariane de Oliveira¹(PG); Flores, Liziane Maahs^{1,2}(O)

¹ *Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional), Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM);*

^{1,2} *Departamento de Saúde Coletiva, CCS, UFSM*

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é uma ferramenta de informação que proporciona aos gestores e profissionais de saúde apoio para o processo de organização e avaliação da atenção nutricional, implementação de ações e alicerce para tomada de decisões políticas no sentido de auxiliar o planejamento, monitoramento e gerenciamento de prioridades relacionadas à alimentação e nutrição dos municípios, qualificando a assistência à saúde. Esse estudo de delineamento observacional ecológico objetivou identificar a utilização do SISVAN como instrumento de gestão em saúde para crianças menores de dois anos no âmbito da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS-RS) por meio de questionário semiestruturado em formato eletrônico. Foram convidados a participar todos coordenadores do SISVAN dos 32 municípios que compõem a 4ª CRS-RS. A aplicação dos questionários ocorreu entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017 e foi realizada análise de conteúdo dos dados. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM, sob CAAE nº 56683716.5.0000.5346. Dos 32 municípios de abrangência da 4ª CRS-RS contatados, apenas 13 (40,62%) voluntariamente aceitaram participar da pesquisa. Destes, a maioria (n=12; 92,3%) tem conhecimento a respeito do SISVAN e já utilizou esse sistema de informação no âmbito da atenção básica, mas em um município houve desconhecimento e, por consequência, não utilização do sistema. No entanto, os coordenadores municipais participantes demonstraram limitada compreensão do SISVAN como instrumento de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde. Isto pode ocorrer porque o modelo assistencial de saúde predominante nos municípios estudados, possivelmente não esta valorizando as linhas de atuação que utilizem informações como suporte gerencial para crianças menores de dois anos. Além disso, diante desses resultados, pode-se inferir que a baixa adesão ao estudo foi decorrente da pequena apropriação do SISVAN e sua importância como suporte de gerenciamento municipal por parte dos profissionais responsáveis técnicos, bem como por limitações da gestão municipal, que apesar de ser a responsável por designar, cadastrar e informar o profissional responsável pelo sistema às atribuições necessárias, em três destes municípios, os responsáveis ficaram surpresos ao serem contatados, pois desconheciam suas responsabilidades e atribuições junto ao SISVAN. Destaca-se que a exteriorização destas fragilidades mostra-se fundamental para promover mudanças institucionais em torno do domínio do SISVAN e demais sistemas de informação como ferramentas de gestão em saúde municipal, visto que é condição para qualificar a identificação de problemas e riscos em saúde, avaliar a eficácia e influência que as ações desenvolvidas possam ter no estado de saúde, especialmente em faixas etárias mais vulneráveis, como as crianças menores de dois anos, no qual o estado nutricional influencia no desenvolvimento, previne mortalidade e complicações nas condições de saúde atuais e na vida adulta.

APÊNDICE C- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta de Gestão na Atenção Básica.**

Pesquisador responsável: Liziane Maahs Flores

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde da Comunidade.

Telefone: (55) 3220 9370.

O pesquisador deste projeto se compromete a preservar a confidencialidade dos dados dos voluntários desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de questionário semiestruturado, autoaplicável em formato eletrônico. Informo, que as informações coletadas serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente serão divulgadas de forma anônima e serão mantidas na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Avenida Roraima, nº 1000, prédio 26, sala 1244-A, CEP 97105-900, Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Liziane Maahs Flores. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., e recebeu o número de registro Caae

Santa Maria, 30 de Maio de 2016.

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: **O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta de Gestão na Atenção Básica.**
 Pesquisador responsável: Liziane Maahs Flores; Ariane de Oliveira Botega.
 Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Saúde da Comunidade. Telefone: (55) 3220 9370.
 Endereço Postal: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Ciências da Saúde, Avenida Roraima, nº1000, prédio 26, sala 1244-A, CEP 97105-900, Santa Maria – RS.
 Local da Coleta de Dados: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jaguari, Jari, Júlio de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropí, Unistalda e Vila Nova do Sul.

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta de Gestão na Atenção Básica**. Não se apresse em tomar a decisão, leia cuidadosamente o que segue e pergunte, em caso de dúvidas, ao pesquisador. Após esclarecido(a) sobre as informações a seguir, assine ao final deste documento que aceita fazer parte da pesquisa. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

Esta pesquisa objetiva Analisar a utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) como ferramenta de gestão na Atenção Básica dos 32 municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ªCRS-RS). A sustentação desta decorre do SISVAN ser uma ferramenta essencial para subsidiar o planejamento em saúde no que se refere à alimentação e nutrição e seus fatores determinantes para doenças crônicas não transmissíveis. A coleta de dados primários se dará a partir do preenchimento de um questionário eletrônico autoaplicável pelos voluntários da pesquisa e, a coleta de dados secundários, no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN-Web pela pesquisadora.

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

Esta pesquisa pode não apresentar benefícios diretos a você, mas a partir dos resultados obtidos será possível traçar estratégias que contribuam para qualificar o planejamento em saúde do seu município. Destaca-se que, em qualquer etapa, terá acesso aos pesquisadores e/ou ao Conselho de Ética e Pesquisa da UFSM para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Ao concordar em participar da pesquisa, seu nome e identidade são mantidos em sigilo, garantindo a privacidade das informações fornecidas. Salienta-se que, você não será identificado(a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados da pesquisa forem divulgados em eventos ou publicações.


Autorização do voluntário:

Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Fui suficientemente informado a respeito do que li, descrevendo a pesquisa "**O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta de Gestão na Atenção Básica**". Estou ciente dos propósitos, procedimentos a serem realizados, garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Data: ____/____/____

Nome e Assinatura do Voluntário: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário(a) de pesquisa ou representante legal, para a participação no estudo.


 Pesquisador

Caso de dúvida sobre a Ética da Pesquisa contate: Comitê de Ética e Pesquisa/ UFSM. Cidade Universitária. Bairro Camobi. Av. Roraima, nº1000, CEP: 97.105.900, Santa Maria – RS, 2º andar do prédio da Reitoria. Contatos: (55)3220-9362 e E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

1

QUESTIONÁRIO

Número do Questionário ()

Este questionário de pesquisa é direcionado aos responsáveis municipais do SISVAN dos 32 Municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS-RS). Apresenta-se estruturado com questões abertas e fechadas. Atente aos questionamentos, em caso de dúvidas solicite ao pesquisador esclarecimentos.

I- IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dados a ser utilizados para conhecer o perfil dos profissionais responsáveis pelo SISVAN da 4ªCRS-RS.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1 Idade: Anos | 6 Formação Profissional: |
| 2 Vínculo Empregatício: | 7 Escolaridade: |
| 3 Município de Atuação: | () 1- Ensino Superior |
| 4 Tempo de atuação na Atenção Básica:
..... | () 2- Especialização, ênfase?..... |
| 5 Cargo de atuação na Atenção Básica:
..... | () 3- Mestrado, ênfase?..... |
| | () 4- Doutorado, ênfase?..... |

II- QUESTIONÁRIO

Apresenta questões referentes ao SISVAN, o conhecimento e aplicabilidade na Atenção Básica.

- 8 Você conhece o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)?**
() 0- Não 1-Sim
- 9 Você já trabalhou(a) com o SISVAN?**
() 0- Não 1-Sim
- 10 Qual(is) função(ões) do SISVAN você realiza e/ou realizou (pode marcar mais de uma opção):**
() 1- Coleta de dados antropométricos (peso, altura) e/ou consumo alimentar
() 2- Digitação dos dados no SISVAN
() 3- Análise dos dados do SISVAN
() 4- Recomendação de ações/ Tomada de decisões/ Execução de ações
() 5- Divulgação de informações
() 6- Não realizei.
() 7- Outra. Especifique:.....
- 11 Caso trabalha(ou) com o SISVAN, direciona(ou) a algum público específico (Ciclo da Vida)? (Pode marcar mais de uma opção)**
() 1- Crianças menores de 2 anos () 5- Adulto
() 2- Criança menores de 5 anos () 6- Gestantes
() 3- Crianças menores de 10 anos () 7- Idosos
() 4- Adolescente () 8- Não trabalho com o SISVAN.
- 12 Em quais situações os marcadores antropométricos e/ou de consumo alimentar da população são coletados? (pode marcar mais de uma opção)**
() 1- Atendimento individualizado () 5- Campanhas/dia de vacinação
() 2- Atendimento em grupo () 6- Não são coletados dados antropométricos e/ou consumo alimentar
() 3- Visita domiciliar
() 4- Agenda para a pesagem do Programa Bolsa Família () 7- Outro. Especifique:

APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

- 13 Os dados gerados pelo SISVAN são analisados por você?
() 0-Não 1-Sim
- 14 Caso você não realize a análise dos dados do SISVAN, identifique entre o quadro profissional do município quem realiza (cargo e função que exerce no município):
- 15 Você realiza algum tipo de planejamento e/ou intervenção em saúde no seu município a partir dos dados analisados?
() 0-Não 1-Sim
- 16 Com que frequência o SISVAN é analisado e/ou utilizado para planejamento de ações em saúde no seu município?
() 1- Semanal 2- Mensal 3- Quadrimestral 4- Anual 5- Nunca
- 17 Caso realize(ou) planejamento a partir do SISVAN, indique a linha de ação em saúde:
() 1- Ações de promoção da saúde no território e/ou município;
() 2- Ações de prevenção de doenças e distúrbios nutricionais;
() 3- Ações de assistência, tratamento ou cuidado;
() 4- Não realizei nenhuma intervenção e/ou planejamento em saúde.
- 18 Você realiza alguma intervenção e/ou articulação em apoio à gestão do SISVAN?
() 0-Não 1-Sim, qual(is):.....
- 19 Você considera que a utilização do SISVAN pode trazer ou trouxe alguma melhora na assistência à saúde do seu território/município?
() 0-Não 1-Sim, qual(is):.....
- 20 Você já participou de alguma capacitação sobre o SISVAN?
() 0-Não 1- Sim 2- Não, mas tenho interesse de participar.
- 21 Você conhece o perfil nutricional do seu município?
() 0-Não 1-Sim, qual?.....
- 22 Qual sua percepção sobre a utilização do SISVAN para planejamento de ações e metas em saúde na atenção básica do município?
- 23 Quais as dificuldades encontradas para utilização do SISVAN?
- 24 Sugestão para desencadear a utilização do SISVAN no território/município.

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO A- PARECER DO CEP

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

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

Título da Pesquisa: O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta de Gestão na Atenção Básica

Pesquisador: Liziane Maahs Flores

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56683716.5.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.590.615

Apresentação do Projeto:

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição tem como uma das diretrizes a Vigilância Alimentar e Nutricional, que na atenção básica, deve ser realizada por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan. Esse sistema de informação é uma ferramenta essencial para subsidiar o planejamento em saúde no que se refere à alimentação e nutrição e seus fatores determinantes para doenças crônicas não transmissíveis, visto que possibilita um diagnóstico epidemiológico local importante para o controle de agravos e promoção da saúde e nutrição, principalmente voltado a crianças menores de 2 anos. Trata-se de um estudo ecológico compreendendo os municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (4ª CRS-RS), que se justifica devido a dificuldade de operacionalização e utilização do Sisvan nas práticas de saúde dos municípios de abrangência dessa coordenadoria.

A pesquisa segue delineamento do tipo ecológico. Será desenvolvida nos municípios que compõem a 4ª CRS-RS, que apresenta-se subdividida em duas Regiões de Saúde, a Região Verdes Campos (n=21) e Região Entre Rios (n=11), totalizando 32 municípios. Pretende-se realizar a coleta de dados primários com todos os coordenadores municipais pelo SISVAN da Região de

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

ANEXO A- PARECER DO CEP
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E**


Continuação do Parecer: 1.590.615

Saúde Verdes Campos e da Região de Saúde Entre Rios. Nestas regiões de saúde, está inserido o município de Santa Maria (RS), sede da Coordenadoria, juntamente a outros 31 municípios, a saber: Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Itacurubi, Ivorá, Jaguari, Jari, Júlio

de Castilhos, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santiago, São Francisco de Assis, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, São Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Unistalda e Vila Nova do Sul, que apresentam população de 541.247 habitantes (IBGE, 2010).

A coleta de dados primários será norteada por meio de questionário semiestruturado, autoaplicável em formato eletrônico, considerando a viabilidade financeira, tempo disponível e distância territorial. Esse foi construído com base em dificuldades observadas previamente à pesquisa, nas reuniões com o Coordenador Regional da Política de Alimentação e Nutrição da 4ª CRS-RS e os Coordenadores Municipais e, também, a partir das diretrizes da PNAN. Apresenta questões fechadas e abertas referentes ao conhecimento do SISVAN, sua aplicabilidade como ferramenta de gestão na atenção básica e perfil dos coordenadores municipais do sistema.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: analisar o Sisvan como ferramenta de gestão na Atenção Básica e descrever o perfil nutricional de crianças menores de 2 anos dos municípios que compõem a 4ª CRS-RS.

Objetivo secundário:

- Conhecer os responsáveis municipais pela gestão do SISVAN da 4ª CRS-RS;
- Avaliar a utilização do SISVAN como instrumento de informação para o planejamento em saúde no âmbito da atenção básica pelos responsáveis municipais;
- Identificar as fragilidades de implementação do SISVAN-Web nos municípios da 4ª CRS-RS;
- Descrever o Perfil Nutricional de crianças menores de 2 anos acompanhadas pelo SISVAN-Web dos municípios da 4ª CRS-RS;
- Comparar a cobertura de acompanhamento nutricional de crianças menores de 2 anos registrado no Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN-Web e SISVAN Módulo de Gestão do Programa Bolsa Família, dos municípios da 4ª CRS-RS.

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

ANEXO A- PARECER DO CEP

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



Continuação do Parecer: 1.590.615

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: serão tomadas medidas que visam prever e assegurar a confidencialidade e privacidade e, a proteção da imagem e a não estigmatização, certificando-se da não utilização das informações em prejuízo dos voluntários, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou economias, ou de uma possível desistência a qualquer momento (BRASIL, 2012). A participação do voluntário na pesquisa não representará a princípio, riscos potenciais ou reais à sua dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, em qualquer fase. No entanto, poderá causar algum desconforto, em caso de desconhecimento do assunto. Caso isso aconteça, a qualquer instante, o voluntário poderá interromper a sua participação. Ressalta-se que, esta não onera gastos financeiros para o voluntário.

Benefícios: esta pesquisa pode não apresentar benefícios diretos ao voluntário, mas a partir dos resultados obtidos será possível traçar estratégias que contribuam para qualificar o planejamento em saúde do seu município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão bem elaborados e explicitados pela pesquisadora, atendendo as exigências deste comitê.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações 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:**

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

ANEXO A- PARECER DO CEP


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


Continuação do Parecer: 1.590.615

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_673695.pdf	02/06/2016 14:17:40		Aceito
Outros	projGAPari.pdf	02/06/2016 14:16:44	Liziane Maahs Flores	Aceito
Outros	autorizainst.pdf	30/05/2016 15:35:43	Liziane Maahs Flores	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/05/2016 15:33:18	Liziane Maahs Flores	Aceito
Outros	tconfAri.pdf	30/05/2016 15:32:41	Liziane Maahs Flores	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projAriane.pdf	30/05/2016 15:32:02	Liziane Maahs Flores	Aceito
Folha de Rosto	frostAri.pdf	30/05/2016 15:31:28	Liziane Maahs Flores	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 15 de Junho de 2016

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

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

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

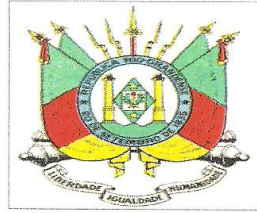
UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL




COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL **4.ª CRS – SES/RS -Santa Maria**

RESOLUÇÃO n.º 17/2016 – CIR ENTRE RIOS – 4ª CRS

A Comissão Intergestores Regional - CIR Entre Rios, com sede em Santiago/RS, no uso de suas atribuições legais conforme as Resoluções n.º 107/2003 e 45/2007 da CIB/RS:

*1.RESOLVE aprovar, em reunião realizada no dia 11/05/2016, o desenvolvimento da pesquisa intitulada “O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como Ferramenta de Gestão na Atenção Básica”, nos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, pela mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, **Ariane de Oliveira Botega**, sob orientação da docente Liziane Maahs Flores, a desenvolver por meio de formulário eletrônico. Considerando a Política de Alimentação e Nutrição importante como instrumento essencial para monitoramento das condições e predições de tendências de alimentação e nutrição.*

Santa Maria, 18 de maio de 2016.


Moacir da Rosa Alves
Comissão Intergestores Regional
4.ª CRS/SES/RS – Santa Maria

Moacir da Rosa Alves
Delegado Regional de Saúde - Adjunto
ID 4234650
4ª CRS - Santa Maria/RS

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL 4.ª CRS - SES/RS (Santa Maria)

RESOLUÇÃO n.º 23/2016 – CIR VERDES CAMPOS – 4ª CRS

A Comissão Intergestores Regional - CIR Verdes Campos com sede em Santa Maria/RS, no uso de suas atribuições legais conforme as Resoluções n.º 107/2003 e 45/2007 da CIB/RS:

*1.RESOLVE aprovar, em reunião realizada no dia 11/05/2016, o desenvolvimento da pesquisa intitulada “O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como Ferramenta de Gestão na Atenção Básica”, nos municípios de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, pela mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, **Ariane de Oliveira Botega**, sob orientação da docente Liziane Maahs Flores, a desenvolver por meio de formulário eletrônico. Considerando a Política de Alimentação e Nutrição importante como instrumento essencial para monitoramento das condições e predições de tendências de alimentação e nutrição.*

Santa Maria, 12 de maio de 2016.


Moacir da Rosa Alves
 Comissão Intergestores Regional
 4.ª CRS/SES/RS – Santa Maria

 Moacir da Rosa Alves
 Delegado Regional de Saúde - Adjunto
 ID 4234650
 4ª CRS - Santa Maria/RS

Moacir da Rosa Alves
 Delegado Regional de Saúde - Adjunto
 ID 4234650
 4ª CRS - Santa Maria/RS

ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já

ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



Revista Ciência e Saúde Coletiva

com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



Revista Ciência e Saúde Coletiva

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com

ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



Revista Ciência e Saúde Coletiva

informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Revista Ciência e Saúde Coletiva

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias**6. Indivíduo como autor**

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Revista Ciência e Saúde Coletiva

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

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

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

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

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

ANEXO C - NORMAS REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

Revista Ciência e Saúde Coletiva

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.
Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

ANEXO D- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

2018-1-27

ScholarOne Manuscripts

 [Ciência & Saúde Coletiva](#)
 [Home](#)
 [Author](#)

Submission Confirmation

 [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSO-2018-0193

Title

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e lactentes: limites e desafios

Authors

Bolega, Ariane

Flores, Liziane

Date Submitted

27-Jan-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.
 ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
 ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.
[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)