

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva  
Instituto de Saúde/SES-SP**

**FERNANDA MARIA VITAL OLIVEIRA**

**Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar  
e Nutricional no município de São João da Boa Vista SP: o  
SISVAN como instrumento de diagnóstico e planejamento das  
ações em saúde.**

**São Paulo  
2016**

Fernanda Maria Vital Oliveira

Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no município de São João da Boa Vista - SP: o SISVAN como instrumento de diagnóstico e planejamento das ações em saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo  
2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Fernanda Maria Vital Oliveira

Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no município de São João da Boa Vista - SP: o SISVAN como instrumento de diagnóstico e planejamento das ações em saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Práticas e Gestão em Saúde.

Orientadora: Dra. Silvia Regina Dias Medici Saldiva

São Paulo  
2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde.

Oliveira, Fernanda Maria Vital  
Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no município de São João da Boa Vista – SP: o SISVAN como instrumento de diagnóstico e planejamento das ações em saúde. São Paulo; 2016.  
115p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.  
Área de concentração: Práticas e Gestão em Saúde.  
Orientadora: Dra Sílvia Regina Dias Medici Saldiva

1.Vigilância Nutricional 2.Avaliação de Serviços de Saúde 3. Estado Nutricional 4.Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação I. Título.

A minha amada mãe Maria José, a maior mestra que já conheci.  
Aos meus eternos Aparecida (avó) e Aparecido (pai), a Dra. e o Protetor,  
por isso moram no céu.  
Meu irmão Flávio, meu maior exemplo.  
Alessandra, Felipe e Lucas minha família linda.  
Ednardo, meu amor e maior incentivador.  
Irineu, meu fiel companheiro.

## **Agradecimentos**

A Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

À minha orientadora Dra. Silvia Regina Dias Medici Saldiva pela paciência, amizade e disposição com que me estendeu a mão e me orientou, vou guardá-la para sempre em meu coração.

A todos os professores e aos funcionários do Instituto de Saúde - SP pela dedicação.

A todos os colegas e amigos do Departamento Municipal de Saúde de São João da Boa Vista, por auxiliarem na viabilização desse trabalho, em especial à equipe da administração, à equipe de enfermagem e a todos os motoristas.

À diretora do departamento de saúde Lia Bissoli Malaman, por permitir minha presença durante todo o mestrado.

À ex-diretora e amiga Silvia Maria Rodrigues Teixeira Valota que há 13 anos plantou em meu coração a semente do “estudar”.

Aos amigos Laura Cristina da Cruz Dominciano, Janine Ribeiro Pinto, Juliana da Silva Rodrigues, Marcel Rocha Barbosa, Luis Gonzaga Gomes, Rita de Cássica Cunha Felipe e João Batista Azevedo Barbosa pelo auxílio providencial, sem palavras para agradecer.

Ao engenheiro cartógrafo Ricardo Rossi Goulart Bittencourt, sem o qual não seria possível realizar o georreferenciamento.

A todos meus amigos, pela ajuda, orações e por entenderem minha ausência em muitos momentos.

À Maria José Vital Oliveira e Irineu Vital pelo amor e cumplicidade com que me acompanharam em todas as fases.

Ao meu namorado Ednardo Vital pelo amor, carinho, ajuda, paciência, dedicação e compreensão com que me acompanhou e literalmente me ajudou em todas as etapas dessa caminhada, pois, foi sua persistência e incentivo que me fizeram seguir em frente e concluir mais essa fase da minha vida.

“Que minha coragem seja maior que o meu medo e  
que minha força seja tão grande quanto minha fé.”

(Marisa Pereira Silva).



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB - Atenção Básica

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CGAN – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

CGPAN – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição

CNA – Comissão Nacional de Alimentação

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DF - Distrito Federal

DRS – Diretoria Regional de Saúde

DT - Doenças Transmissíveis

ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP - Estado de São Paulo

FAO – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

IMC – Índice de Massa Corporal

INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS - Organização Pan-Americana da Saúde

PBA - Programa Bolsa Alimentação

PBF – Programa Bolsa Família

PCCN – Programa de Combate às Carências Nutricionais

PENSE - Pesquisa Nacional de Saúde Escolar.

PMAQ – Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade

PNAD – Pesquisa Nacional sobre Amostragem de Domicílios

PNAN – Política Nacional Alimentação e Nutrição

POF - Pesquisa de Orçamento Familiar

PP - Ponto percentual

PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SAPS - Serviço de Alimentação da Previdência Social

SCA – Serviço Central de Alimentação

SIM – Sistema de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Distribuição das dificuldades citadas pelos profissionais de saúde em relação ao SISVAN, São João da Boa Vista, 2015. -----45
- Gráfico 2** - Estado Nutricional de crianças de 0 a 5 anos e de 5 a 10 anos acompanhadas pelo SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.-----48
- Gráfico 3** - Estado Nutricional de adolescentes de 10 a 19 anos acompanhados pelo SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.-----49
- Gráfico 4** - Estado Nutricional de adultos e idosos, acompanhados pelo SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.-----49
- Gráfico 5** - Estado Nutricional de gestantes acompanhadas pelo SISVAN, São João da Boa Vista, 2013-----50
- Gráfico 6** - Distribuição da População total por área de abrangência, São João da Boa Vista, 2010.-----52
- Gráfico 7** – Cobertura populacional do SISVAN, de acordo com a população total IBGE, segundo área de abrangência das Unidades de Saúde em São João da Boa Vista, 2013.-----53
- Gráfico 8** - Prevalência de desvios nutricionais, por UBS e USF segundo os dados do SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.-----53

## LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

- Figura 1** – Ciclo de Gestão e produção do cuidado do DAS/SAS/MS.-----26
- Figura 2-** Fluxograma dos procedimentos efetuados para a avaliação do grau de implantação do SISVAN em São Joao Boa Vista.-----33
- Figura 3** - Avaliação do estado nutricional de gestantes segundo IMC por semana gestacional. -----39
- Figura 4** – Mapa de georreferenciamento segundo área de abrangência das Unidades de Saúde de São João da Boa Vista, 2013. -----52
- Quadro 1** - Classificação do estado nutricional para crianças de acordo com o IMC percentilar.-----38
- Quadro 2** – Classificação do estado nutricional para adultos, segundo IMC.---38
- Quadro 3** - Classificação do estado nutricional para idosos segundo IMC.-----38
- Quadro 4** – Julgamento de valores da matriz de indicadores. -----41
- Quadro 5** – Matriz de julgamento para avaliar a implantação do SISVAN de São João da Boa Vista. -----42
- Quadro 6** – Matriz de julgamento das UBS/USFs de São João da Boa Vista, 2015. -----44
- Quadro 7** – Síntese da avaliação do grau de implantação SISVAN São João da Boa Vista.-----46
- Tabela 1** – Distribuição da População total e SUS dependente, segundo faixa etária e cobertura do SISVAN, em São João da Boa Vista, 2013.-----47

## RESUMO

OLIVEIRA, FMV. **Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no município de São João da Boa Vista SP: o SISVAN como instrumento de diagnóstico e planejamento das ações em saúde.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

**Introdução:** O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) enquanto um sistema de informações geradas pelos Estabelecimentos de Saúde, tem como propósito principal avaliar e monitorar o estado nutricional e a situação alimentar da população. **Objetivos:** Avaliar o grau de implantação do SISVAN no município de São João da Boa Vista, assim como descrever a cobertura e magnitude dos desvios nutricionais. **Métodos:** Para se conhecer a cobertura populacional do SISVAN e o perfil nutricional dos indivíduos acompanhados pelo sistema, foi utilizado o banco de dados do SISVAN/web de 2013. Os desvios nutricionais foram georreferenciados para conhecer a distribuição espacial. Para medir o grau de implantação, foi construído um modelo lógico definindo-se os indicadores de implantação, através da avaliação das condições das instalações físicas; equipamentos; disponibilidade de manuais; materiais de orientação e apoio técnico; adequação de recursos humanos e recursos financeiros destinados a esse fim. Também foi levado em conta a compreensão, utilização e adesão dos profissionais de saúde para com o sistema, assim como, as dificuldades encontradas para a execução das ações inerentes ao SISVAN. **Resultados:** A cobertura populacional do SISVAN foi 4,8%, sendo que a prevalência de excesso de peso foi de 21,9% em crianças menores de 5 anos, 25,3% em crianças entre 5 e 10 anos, cerca de 70% em adolescentes e acima de 50% em adultos e idosos. Em relação ao grau de implantação os resultados mostraram que foi uma implantação parcial média (em oito unidades) e incipiente (em quatro unidades). O valor atribuído ao conjunto de indicadores foi 34%. Entre as principais dificuldades mencionadas pelos técnicos foram estrutura física e equipamentos (33%) falta de impressos e de informações (22%), recursos humanos insuficientes (3%). **Conclusões:** Os resultados desse estudo mostraram uma baixa cobertura populacional do SISVAN, alta prevalência de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias, implantação de parcial média a incipiente do SISVAN nas UBS/USFs com dificuldades estruturais, materiais e de equipamentos. Diante disso constata-se a necessidade da realização de treinamentos a fim de solucionar os pontos levantados durante a avaliação do grau de implantação. **Potencial de Aplicabilidade:** fornecer aos gestores e profissionais da saúde do município os resultados dessa avaliação para se efetivar a plena implantação do SISVAN, através de treinamentos a serem realizados pela “Comissão Permanente das ações da VAN” que será formada por profissionais técnicos da Atenção Básica, onde serão discutidos e abordados a importância do SISVAN, os aspectos práticos de coleta de dados antropométricos e de consumo alimentar; o preenchimento e digitação dos formulários, o fluxograma de atendimento, além de apropriação e utilização dos

recursos financeiros destinados a essas ações provenientes da portaria do MS 2975 de 2011.

**Descritores:** Vigilância Nutricional, Avaliação de Serviços de Saúde, Estado Nutricional, Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, FMV. **Evaluation of the implementation of the Food and Nutrition Surveillance System in São João da Boa Vista SP. The SISVAN as a diagnostic tool and planning of health actions.** [Masters dissertation]. Professional Master's program in Public Health, CRH / SES-SP. São Paulo: Ministry of Health; 2016.

**Introduction:** The Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) as a system of information generated by Health Care Facilities, has as main purpose to evaluate and monitor nutritional status and food situation of the population. **Objectives:** To assess the degree SISVAN deployment in São João da Boa Vista, and to describe the coverage and magnitude of nutritional deviations. **Methods:** To know the population coverage of SISVAN and the nutritional status of individuals monitored by the system, we used the database SISVAN / web 2013. The nutritional problems were georeferenced to know the spatial distribution. To measure the degree of implementation was built a logical model setting up the deployment of indicators, by assessing the condition of the physical facilities; equipments; availability of manuals and guidance materials and technical support; adequacy of human resources and financial resources. It was also taken into account the understanding, use and acceptance of health professionals to the system, as well as the difficulties faced in carrying out the activities to SISVAN. **Results:** The population coverage of SISVAN was 4.8%, and the prevalence of overweight was 21.9% in children under 5 years, 25.3% in children between 5 and 10 years, about 70% in adolescents and over 50% in adults and elderly. Regarding the degree of implementation the results showed that it was an average partial deployment (eight units) and fledgling (four units). The value assigned to the set of indicators was 34%. The mayor difficulties mentioned by the health professionals were physical structure and equipment (33%) and lack of printed information (22%), insufficient human resources (3%). **Conclusions:** The results of this study showed low population coverage by SISVAN, higher prevalence of overweight and obesity in all age groups, the average deployment of SISVAN is incipient to middle in UBS/USFs with structural difficulties, materials and equipment. Thus notes the need of training sessions in order to address the points raised during the evaluation of the degree of implementation. **Potential Applicability:** provide managers and municipal health professionals the results of that evaluation to be effective the full deployment of SISVAN through training to be made by "Standing Committee of VAN's shares" will be formed by technical professionals. The training will be discussed and addressed the importance of SISVAN, the practicalities of collecting anthropometric data and food consumption; filling and typing forms, the flowchart of care, as well as ownership and use of financial resources allocated to these actions by MS 2975 2011.

**Keywords:** Nutritional Surveillance, Health Services Evaluation, Nutritional Status, Programs and Nutrition and Food Policy.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1 Transição epidemiológica e nutricional.....	16
1.2 Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).....	20
1.3 A importância do monitoramento das condições nutricionais na atenção básica.....	24
1.4 Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.....	26
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	29
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	30
3.1. Objetivo geral .....	30
3.2 Objetivos específicos.....	30
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	31
4.1 Local de estudo .....	31
4.2 Delineamento do estudo.....	32
4.2.1 Aspecto operacionais do SISVAN .....	33
4.2.2 Implantação.....	34
4.2.3 Cobertura populacional do SISVAN e prevalência dos desvios.....	37
4.2.4 Geoprocessamento.....	40
4.2.5 Matriz de julgamento.....	41
<b>5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	43
<b>6. RESULTADOS</b> .....	44
6.1 Grau de implantação .....	44
6.2 Avaliação da cobertura do SISVAN e perfil nutricional.....	47
6.3 Geoprocessamento .....	50
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	54
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	64
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	66
<b>10. ANEXOS</b> .....	
ANEXO 1 - Questionário.....	75
ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	84
ANEXO 3 – Matriz de julgamento.....	86
ANEXO 4 – Parecer CEP .....	110

## **Apresentação da autora**

Sou Nutricionista, formada há 16 anos pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), e há 13 anos trabalho no Departamento de Saúde da Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista – SP. Desde 2008 ocupo o cargo de Coordenadora dos Programas de Saúde do município. Sou gestora municipal do SISVAN e também realizo os atendimentos ambulatoriais no Centro de Especialidades e no Serviço de Atendimento Especializado para DST/HIV e AIDS.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Transição epidemiológica e nutricional.

O processo de transição epidemiológica que o Brasil vem experimentando há décadas traz um grande desafio para o Sistema de Saúde e outros setores governamentais, principalmente em relação ao financiamento. As doenças crônicas são “onerosas” para o Sistema Único de Saúde (SUS) e demandam investimentos em ações de pesquisa, prevenção, promoção e defesa da vida saudável, além da vigilância e assistência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a; MONTEIRO 2000).

No Brasil, estudos consideram que essa transição tem ocorrido de forma diferente de outros países da América Latina ou mesmo de países desenvolvidos. As Doenças Transmissíveis (DT) e Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) ocorrem concomitantemente, havendo uma superposição de agravos, caracterizado pela dupla carga de doenças. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde – (OMS), as DCNT são responsáveis por 45,9% da carga de doença no mundo. Estima-se que em 2020 dois terços do total de doenças em todo mundo serão atribuídas a esse grupo de doenças. (CHOPRA et al., 2002).

As DCNT tornaram uma preocupação global, não apenas para o setor saúde, mas também para outros setores da sociedade, por conta da sua magnitude e do custo social. No mundo, elas têm causado mortes prematuras, perda da qualidade de vida, limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e lazer, ocasionando impactos econômicos negativos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral e, conseqüentemente, ampliando as desigualdades sociais e pobreza. (MALTA et al., 2014).

No Brasil, estima-se um prejuízo econômico de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 decorrentes das DCNT, principalmente por perda da produtividade no trabalho e da diminuição da renda familiar. (MALTA et al., 2014).

Ainda no Brasil, em 2011, cerca de um milhão de mortes foram causadas por DCNT e representaram 72% do total de mortes. O Ministério da Saúde (MS) tem implementado políticas de enfrentamento dessas doenças, tais como a Política Nacional de Promoção da Saúde, Expansão da Atenção Primária, Combate ao Tabaco, Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A meta nacional é reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

As mudanças no padrão de vida da população brasileira com dietas altamente calóricas e sedentarismo impulsionaram o aumento da prevalência da obesidade. (COUTINHO et al., 2009).

A alimentação do brasileiro, que tinha por base grãos e cereais estão sendo substituídos por alimentos com excesso de gorduras, carboidratos simples, alimentos processados e com pouca quantidade de fibras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Segundo os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF, 2008-2009), os valores per capita indicam um menor consumo de feijão, saladas e verduras, sendo que, os adolescentes apresentam valores ainda mais inferiores que adultos e idosos. Quanto maior a idade, menor o consumo de biscoitos, linguiça, salsicha, mortadela, sanduíches e salgados. Outro fato que chama a atenção é que alguns marcadores negativos da qualidade da dieta, como o consumo de doces, refrigerantes, pizzas, salgados fritos e assados, foram menores na categoria mais baixa de renda. (IBGE, 2011a).

O consumo excessivo de açúcar e gordura saturada (maior do que 7% do consumo total de energia) foi referido por 61% e 82% da população respectivamente. Além disso, foi verificado um consumo elevado de sódio, para além do recomendado, em mais de 70% da população. Por outro lado,

o consumo de fibras estava abaixo da recomendação em 68% da população. Os dados evidenciam a inadequação da alimentação da população brasileira. (IBGE, 2010a).

Em relação à alimentação infantil, a situação também é preocupante. Evidências científicas mostram os benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês e a sua manutenção de forma complementada até os 2 anos de idade ou mais, assim como, a introdução adequada da alimentação completar, porém, os dados da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno Exclusiva, mostraram que somente 41% das crianças menores de 6 meses estavam em AME, no conjunto das capitais brasileiras e DF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Verificou-se ainda, introdução precoce de água, chás e outros leites no primeiro mês de vida. Por outro lado, entre as crianças de 6 a 9 meses, cerca de 70% haviam consumido frutas, verduras e legumes. Em relação ao consumo de alimentos não saudáveis, constatou-se uma ingestão elevada de refrigerantes (11,6%), bolachas e biscoitos (70,9%), na faixa etária de 9 a 12 meses. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Mudanças expressivas também foram observadas no estilo de trabalho e de lazer. Até pouco tempo as pessoas tinham afazeres que exigiam um gasto energético e trabalho físico elevado, porém, com o desenvolvimento tecnológico, os ambientes foram modificados e se tornaram pouco ativos e mecanizados, sendo que esse fenômeno se deu tanto na área urbana quanto rural. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Os resultados da pesquisa de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, por inquérito telefônico (VIGITEL), em 2010, mostraram que, 14,2% dos adultos foram considerados inativos e 28,2% relataram assistir três ou mais horas de televisão por dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c). Entre os adolescentes, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar 2009 (PENSE), somente 43,1% dos alunos avaliados foram considerados suficientemente ativos (pelo menos 300 minutos de atividade

física acumulada nos últimos sete dias), enquanto que, 79,5% gastavam mais de duas horas por dia em frente à televisão. (IBGE, 2009).

Com relação ao estado nutricional, o Brasil experimentou um declínio importante da desnutrição infantil. (MONTEIRO, 2009a). Esse fato é resultado da combinação entre o aumento do poder aquisitivo das famílias e a expansão do acesso da população a serviços públicos essenciais. (MONTEIRO et al., 2000). Essa situação se torna mais evidente com os resultados das Pesquisas Nacionais sobre Amostragem de Domicílios (PNAD, 2006) que mostraram uma melhoria na distribuição da renda nacional e a redução da proporção de indivíduos vivendo com renda abaixo da linha da pobreza. (MONTEIRO et al., 2009b).

A prevalência do excesso de peso e obesidade tem aumentado de forma preocupante nos últimos anos, segundo dados da POF 2008-2009. O excesso de peso está presente na metade da população adulta de homens, em 48% das mulheres e nas crianças a partir de 5 anos de idade, para todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras. (IBGE, 2010a).

A projeção dos resultados de estudos efetuados nas últimas três décadas, é indicativa de um comportamento claramente epidêmico do problema.

Os dados do VIGITEL 2011, mostraram que no período 2006-2010 houve um aumento de excesso de peso em 1,2 pontos percentuais (pp) ao ano entre os homens, enquanto que, entre as mulheres, esse aumento foi de 2,2 pp ao ano. A frequência de obesidade aumentou, em média, 1 pp ao ano em mulheres no mesmo período. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Os dados da POF 2008-2009, em relação ao estado nutricional de crianças de 5 a 9 anos, mostraram excesso de peso e obesidade em 33,5% e 14,3% respectivamente. (IBGE, 2010a).

Em relação aos adolescentes (10 a 19 anos), um quinto dessa população se encontrava com sobrepeso e, a prevalência de obesidade foi de 4% nas meninas e 5,9% nos meninos. Em todas as faixas etárias analisadas na POF 2008-2009, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maior frequência de excesso de peso e obesidade. (IBGE, 2010a).

Esses dados apontam uma tendência de aumento do excesso de peso, obesidade e diminuição da desnutrição, características inerentes ao processo de transição nutricional. (FILHO e RISSIN, 2003).

## **1.2 Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN).**

O conceito de Vigilância Alimentar se consolidou a partir da crise mundial de alimentos. Logo após a primeira guerra mundial, com intuito de garantir as necessidades básicas de alimentação, foi criado um Comitê de Higiene da Sociedade das Nações. (MACEDO et al., 2009).

No Brasil, Josué de Castro, em 1933, coordenou um inquérito nutricional realizado entre a classe operária, sendo o precursor de estudos sobre o perfil da alimentação e nutrição na população brasileira. (CAMILO et al., 2011; ARRUDA e ARRUDA, 2007). Com os resultados desse estudo foi criado o Serviço Central de Alimentação (SCA), em 1939. (MALUF et al., 1996).

Mais tarde, em 1940, o SCA foi substituído pelo Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), que tinha como objetivo promover a instalação de refeitórios em empresas maiores, fornecer refeições nas menores, vender alimentos a preço de custo a trabalhadores com família numerosa, proporcionar educação alimentar, formar pessoal técnico especializado e apoiar pesquisas sobre alimentos e situação alimentar da população. Muitos dos programas de assistência alimentar existentes até hoje se originaram do SAPS, tais como Restaurantes Populares, Merenda Escolar, Auxílio-doença, Postos de Venda a Preços de Custo e Serviço de Visitação Domiciliar. (SILVA, 1995).

Com objetivo de se definir uma Política Nacional de Alimentação e Nutri o, estudar o estado nutricional e os hábitos alimentares da popula o, e ainda, acompanhar e estimular as pesquisas relativas às questões e

problemas de alimentação, foi criada em 1945, a Comissão Nacional de Alimentação (CNA). (MACEDO et al., 2009).

Em 1968, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) foi recomendada a 21ª Assembleia Mundial de Saúde, atendendo às propostas da OMS, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO), para os países membros. (COUTINHO et al., 2009).

Foi sugerido que as ações voltadas à vigilância epidemiológica não ficassem restritas as Doenças Transmissíveis (DT), e que deveriam abranger as questões relacionadas à alimentação e nutrição. (CAMILO et al., 2011; COUTINHO et al., 2009).

Em termos de VAN, a Conferência Mundial de Alimentos, em Roma, patrocinada pela FAO, em 1974, é considerada um marco histórico, por ter formalizado a recomendação para que os Estados membros organizassem sistemas de vigilância alimentar e nutricional, sendo que vários países assim fizeram. (ENGSTRON et al., 2009).

No Brasil, em 1972, o INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) foi criado para dar assistência ao governo na formulação de uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na elaboração do I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN). Esse programa englobava ações voltadas à suplementação alimentar, alimentação do trabalhador, amparo ao pequeno produtor rural, combate às carências específicas, apoio à realização de pesquisas e capacitação de recursos humanos. (ARRUDA e ARRUDA, 2007).

A proposta de implantação do SISVAN pelo INAN foi baseada na construção de um sistema de informação para a vigilância do estado nutricional direcionado ao diagnóstico e ao tratamento da desnutrição infantil, porém, não houve desdobramentos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 1976, o I PRONAN foi substituído pelo II PRONAN. (CAMILO et al., 2011).

Somente em 1990, que o SISVAN passou a ser regulamentado como uma atribuição do SUS, (Portaria nº 080-P, de 16/10/1990) do MS e da Lei



Orgânica do SUS. Essa portaria dispõe, no capítulo I, art. 1, item 4, que a vigilância nutricional e orientação alimentar é campo de atuação do SUS e essa Lei prescreve que as suas disposições se estendam aos Estados e municípios a partir do nível central. A partir daí inicia-se a institucionalização do sistema de saúde brasileiro. (ENGSTRON et al., 2009; VENANCIO et al., 2007; CAMILO et al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Com a criação em 1993 do Programa Leite é Saúde (PLS) do MS, o SISVAN passou a ser requisito para que os municípios aderissem a esse programa. Embora fosse uma tentativa de consolidação, ficou limitada a um instrumento de triagem do PLS e não conseguiu se desenvolver como um sistema de vigilância nutricional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com objetivo de combate à desnutrição infantil no setor saúde o PLS/MS foi substituído por outros programas como o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), em dezembro de 1997, depois pelo Programa de Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais (ICCN), em junho de 1999 e, mais uma vez, a implantação do SISVAN era considerada requisito para o repasse de recursos financeiros às Secretarias Municipais de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 1999, com a aprovação da PNAN, (portaria nº 710 de 10/06/99), a VAN é caracterizada como uma de suas diretrizes, fato que veio reforçar a importância do SISVAN. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dado que não havia um sistema nacional para gerenciar as informações, e que, o Estado de São Paulo (ESP) precisava avaliar o desempenho dos municípios, tanto para o credenciamento como para o repasse de financiamento do Programa ICCN, foi desenvolvido um aplicativo destinado à coleta de informações, processamento e análise de dados nutricionais de crianças menores de cinco anos de idade. (VENANCIO et al., 2007).

O processo da implantação do SISVAN/SP informatizado, coordenado pelo Grupo de Nutrição do Instituto de Saúde, foi iniciado em 2000, teve rápida expansão e adesão de 345 municípios. O SISVAN/SP operou regularmente

até 2003, quando foi substituído pelo aplicativo elaborado pelo MS para todo o País. (VENANCIO et al., 2007).

Com a criação do Programa Bolsa Alimentação (PBA) instituído pela Medida Provisória n.º 2.206-1 de 6 de setembro de 2001, o SISVAN volta a ser a peça chave de gerenciamento. O PBA integrava o Programa Nacional de Renda Mínima do Governo Federal cujo objetivo era a complementação da renda familiar para melhoria da alimentação. Destinava-se à promoção da melhoria das condições de saúde e nutrição de crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade, gestantes e nutrizes. (BITTAR, 2002; VENANCIO et al., 2007).

Com a finalidade de unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do governo federal, foi lançado em 2004 o Programa Bolsa Família (PBF), que incluiu vários programas de transferência de renda como Bolsa Escola, Vale Gás, Bolsa Alimentação. (ENGSTRON et al., 2009).

Dentro do PBF, entre as suas normas de permanência no programa, está o acompanhamento, no setor da saúde, pela Atenção Básica (AB), do estado nutricional de crianças e gestantes membros das famílias beneficiárias. (ENGSTRON et al., 2009).

Novamente o SISVAN foi designado como um dos instrumentos de gestão, condicionando o seu preenchimento ao monitoramento das famílias beneficiárias do PBF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

A Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN (hoje Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN), do MS, iniciou um processo de reestruturação do SISVAN em 2004, sendo a sua informatização, responsabilidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e a capacidade técnica-científica da CGAN. Contou ainda, com a participação de especialistas dos Centros Colaboradores e áreas técnicas de Alimentação e Nutrição, no âmbito das Secretarias de Estado da Saúde de todo o país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Em janeiro de 2008, o SISVAN Web foi disponibilizado para o acesso aos municípios. Esse novo sistema informatizado da VAN, incorporou as novas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (2006), para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes, possibilita o registro de marcadores de consumo alimentar nas diferentes fases da vida e possui uma interface mais fácil e lógica para o usuário do sistema, por meio da Internet. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Como os recursos financeiros existentes para as ações da VAN são extremamente escassos e muitos gestores não utilizam para esse fim, e ainda não há uma obrigatoriedade para o cadastramento e monitoramento na VAN de todos os usuários da atenção básica, o sistema prioritariamente contempla os dados das famílias cadastradas no PBF, apresentando uma cobertura muito baixa.

### **1.3 A importância do monitoramento das condições nutricionais na atenção básica.**

Definida como principal porta de entrada do SUS, a AB é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a, p.19).

A responsabilidade sobre a vigilância e monitoramento das condições nutricionais deve ser uma preocupação de todos os profissionais das equipes

de AB, dada a sua aptidão de identificação das necessidades de saúde da população, desta forma, o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, e/ou de atenuar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, mesmo que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da AB como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

O SISVAN fortalece o objetivo primordial das ações da AB, que é a "atitude de vigilância", e significa dispensar um olhar diferenciado para cada indivíduo, para cada grupo, para cada fase do curso da vida, usando a informação rotineiramente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b).

Nessa linha de pensamento pode-se entender que essa "atitude de vigilância" deve estar sempre presente em qualquer alteração do estado nutricional, pois, qualquer mudança deve ser valorizada, por ser um risco potencial de adoecimento e morte. (ENGSTRON et al., 2009).

O documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2005, intitulado Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, recomenda que seja utilizado o Ciclo de Gestão e Produção do cuidado para se exercer a atitude de vigilância, o qual abrange etapas de coleta de dados e produção de informações, análise e decisão, ação e avaliação que podem ocorrer simultaneamente ou não, tanto no nível individual quanto coletivo, levando-se em conta a territorialidade, conforme ilustra a figura 1.

**Figura 1** – Ciclo de Gestão e produção do cuidado do DAS/SAS/MS.



Fonte: Ministério da Saúde, 2015b.

As estratégias da VAN na AB podem ser potencializadas por outras estratégias de monitoramento, como as Chamadas Nutricionais usualmente realizadas em crianças menores de 5 anos no dia da Campanha Nacional de Imunização, assim como, por meio da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS); essas ações auxiliam na tomada de decisões tanto em nível local quanto nacional, uma vez que permite trazer informações de pesquisas locais e de inquéritos populacionais. (JAIME et al., 2011).

#### 1.4 Avaliação de Políticas e Programas de Saúde

Nos tempos atuais, uma das grandes necessidades e desafios dentro da gestão pública em seus vários setores, é garantir a qualidade dos serviços oferecidos. Para tanto, é fundamental ter como instrumento norteador uma avaliação adequada e sistemática para o monitoramento das políticas e programas públicos, com a perspectiva de se delinear possíveis soluções e reorganização de suas atividades. A avaliação de programas ou intervenções

em saúde também se faz necessária e traz contribuições significativas para a melhoria da qualidade dos serviços. (FELISBERTO et al., 2008).

O termo avaliar pressupõe fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou serviço, onde é possível fazer uso de uma metodologia científica (pesquisa avaliativa) ou da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa), que através do conhecimento de seus componentes trará um desempenho positivo no trabalho. (HARTZ, 2010a).

As avaliações podem ser caracterizadas de duas maneiras, a de processo e a de resultado. A primeira tem como objetivo o delineamento, as características organizacionais e de desenvolvimento, focado em detectar fatores que ao longo da implantação facilitaram ou impediram que o programa atingisse os resultados esperados. Já a avaliação de resultados, responde o quanto e com que qualidade os objetivos do programa foram cumpridos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Uma das maneiras de se avaliar um programa/sistema é a realização de uma avaliação da implantação, que tenta responder se a forma com que o programa ou intervenção implantado está atingindo a população desejada, e ainda, se as atividades realizadas estão onde deveriam estar, e se os usuários estão tendo o devido acesso. Na prática, tenta avaliar se a implantação corresponde ao que foi planejado e quais barreiras estão dificultando ou inviabilizando o perfeito desenvolvimento da proposta. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Segundo SAMICO et al. (2010) a pesquisa avaliativa é dividida em seis tipos: 1-) análise da pertinência (análise estratégica); 2-) fundamentos teóricos que avaliam se há adequação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para atingi-los (análise lógica); 3-) a existência de adequação na relação entre os recursos empregados e os serviços produzidos (produtividade); 4-) se há influência dos serviços de saúde sobre o estado de saúde dos usuários, ou seja, o efeito que serve para analisar sua eficácia; 5-) o rendimento, onde é preciso conhecer a utilização dos recursos e os efeitos alcançados (eficiência) e 6-) as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ele se situa, a análise de implantação. Esse último vai focar

dois aspectos essenciais: a influência do grau de implantação de uma intervenção sobre seus efeitos e a influência do contexto em que está inserida a intervenção.

Em geral, para se avaliar o grau de implantação de um programa/sistema é necessário analisar o contexto político organizacional da localidade, realizar análises históricas, entrevistas com os envolvidos e a elaboração de modelos teóricos causais. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Na literatura é possível identificar estudos que avaliaram o grau de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no país. Dentre eles, podemos citar o estudo de ROMEIRO (2006) que avaliou a qualidade da estratégia utilizada pela CGAN em 2004 para a implantação do SISVAN em nível nacional, a partir da percepção dos coordenadores e gestores locais, além de levantar as dificuldades e problemas encontrados em sua implantação.

ROLIM et al, (2015), avaliou a utilização do SISVAN como instrumento de informação para o planejamento, gestão e avaliação de ações de alimentação e nutrição no âmbito da atenção básica do SUS nos municípios de Minas Gerais.

O estudo de ENEAS et al. (2014) avaliou a cobertura populacional do SISVAN no estado de São Paulo nos diferentes estágios de vida, assim como o seu funcionamento.

## 2. JUSTIFICATIVA

O município de São João da Boa Vista experimenta os mesmos problemas de saúde pública do Brasil, observando-se um aumento nos indicadores de sobrepeso e obesidade, em todas as fases da vida, e convivendo, em menor escala, com o déficit de estatura em crianças. O SISVAN, como instrumento de diagnóstico e acompanhamento nutricional, contribui para o monitoramento dessa situação e oferece parâmetros imediatos para planejamento de ações da VAN.

Embora o SISVAN tenha sido implantado em 2004, ele não tem sido utilizado em todo seu potencial de ação. A proposta de se avaliar essa implantação traz benefícios para sua implementação, pois, pode identificar possíveis dificuldades e propor intervenções para mudança desse quadro.

Dada a importância do SISVAN como uma ferramenta de gestão, justifica-se o desenvolvimento deste estudo no qual pretende-se avaliar o seu funcionamento, em São João da Boa Vista, com o intuito de auxiliar o planejamento das ações de AB.



## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo geral**

Avaliar o grau de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no município de São João da Boa Vista.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Construir um modelo lógico para avaliação do grau de implantação do sistema.
- Identificar as condições das instalações físicas, equipamentos e materiais, manuais de orientação e apoio técnico existentes nas UBS/USF para a execução da VAN.
- Investigar a opinião dos profissionais de saúde em relação à importância da SISVAN.
- Investigar as dificuldades dos profissionais para executar as ações da VAN.
- Descrever a cobertura do SISVAN no município.
- Descrever o perfil nutricional e o georreferenciamento dos desvios nutricionais por UBS/USF.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Local de estudo

O município de São João da Boa Vista possui 83.639 mil habitantes, de acordo com o último censo de 2010, e uma população estimada de 88.477 para 2014. Em relação à organização em saúde, é sede da XIV Diretoria Regional de Saúde (DRSXIV) do Estado de São Paulo.

Os equipamentos de saúde do município são compostos por um Departamento Municipal de Saúde; doze Unidades de Saúde, sendo cinco Unidades Básicas de Saúde (UBSs), sete Unidades de Saúde da Família com doze equipes (USFs); Centro de Especialidades; Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Serviço de Atendimento Especializado HIV/AIDS (SAE); CEREST(Centro de Referência em Saúde do Trabalhador); CAPS – AD (Centro de Assistência Psicossocial - álcool e droga); Centro de Assistência Psicossocial (CAPS II), Ambulatório de Saúde Mental, Pronto Socorro e sede do SAMU regional.

Em relação aos recursos humanos, o município possui um total de setecentos e cinquenta funcionários entre contratados e concursados. São vinte e três prédios, quarenta veículos e 23% do orçamento investido na saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde a cobertura da Atenção Básica no município em 2013 era de 104,4% sendo sua distribuição 49,22% nas USFs e 55,18% nas UBSs. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2013).

No entanto, a ANS informa que 42% da sua população possui plano de saúde suplementar. (ANS, 2013).

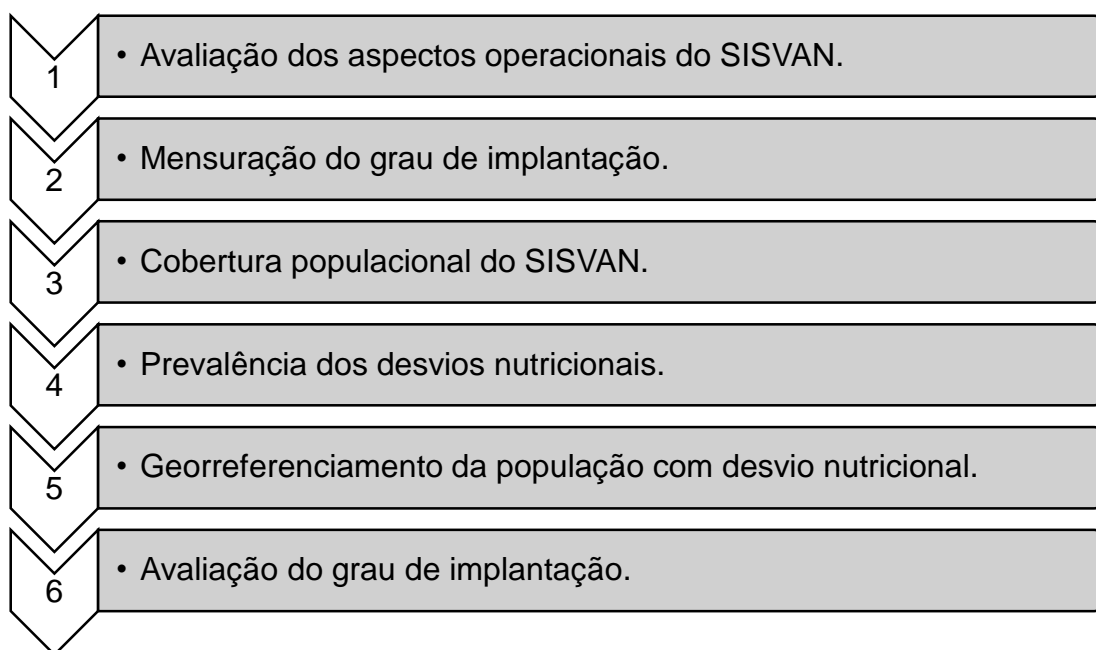
A composição das equipes das ESFs do município segue um modelo diferente do preconizado para essa estratégia, sendo composta por três médicos (clínico, ginecologista e pediatra), enfermeiro, dentista, auxiliar de dentista, servente, seis agentes comunitários de saúde, três auxiliares de enfermagem e três auxiliares administrativos em cada unidade (72 profissionais no total). O município conta ainda com uma equipe do Núcleo e Apoio a Saúde da Família (NASF) composta por 1 Nutricionista, 1 farmacêutico, 2 fisioterapeutas, 1 educador físico, 1 psicólogo e 1 fonoaudióloga. Esses profissionais não trabalham diretamente com as ações da VAN, mas de forma indireta nos grupos das USFs, no Programa Saúde na Escola e nos eventuais atendimentos para orientação e construção do Projeto Terapêutico Singular.

## **4.2 Delineamento do estudo**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação do componente 2, que analisa a influência das variações dos indicadores estudados no resultado. (HARTZ, 2010a).

No processo de análise do grau de implantação do SISVAN no município de São João da Boa Vista, foram utilizados os seguintes procedimentos conforme fluxograma abaixo, (figura 2).

**Figura 2** - Fluxograma dos procedimentos efetuados para a avaliação do grau de implantação do SISVAN em São Joao Boa Vista.



#### **4.2.1 Aspectos operacionais do SISVAN**

Foi aplicado um questionário auto preenchível, sem a identificação do profissional, para auxiliar a identificação das condições da estrutura física e dos equipamentos, verificar a disponibilidade de materiais e protocolos pertinentes ao SISVAN, entender os fluxos de atendimento dos pacientes por ciclo de vida, verificar o preenchimento de fichas, bem como a investigação do entendimento dos profissionais de saúde em relação ao SISVAN e suas dificuldades (anexo 1).

Foram convidados a participar da pesquisa 39 profissionais da equipe de enfermagem, dentre eles enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, pertencentes a 12 UBS/USFs e que estavam diretamente envolvidos com as ações do SISVAN, porém, foram realizadas 36 entrevistas

em função de transferências e licença maternidade. Não houve recusa de nenhum convidado.

Os questionários foram entregues para preenchimento após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo2).

Foi dado um prazo de 2 dias para o preenchimento dos questionários, que foram digitados no programa EPI INFO 2000.

Para cada USF/UBS foram realizadas as seguintes entrevistas:

USF/UBS	Entrevistas
1	3
2	3
3	3
4	2
5	4
6	3
7	3
8	4
9	2
10	2
11	3
12	4

#### 4.2.2 Implantação

Essa análise consiste em melhor entender o que explica as variações observadas em nível de implantação ou de integridade. O grau da implantação de uma intervenção representa a variável dependente que será trabalhada em relação às características contextuais. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A análise de implantação pode ser realizada por meio da construção de um modelo lógico, entendido como um esquema visual que se apresenta como o sistema deveria ser implantado e quais resultados são esperados. Ele auxilia a responder os questionamentos sobre mudanças nas práticas sociais, de saúde e no reconhecimento das utilidades de uma avaliação. (SAMICO et al., 2010; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Um modelo lógico deve incluir

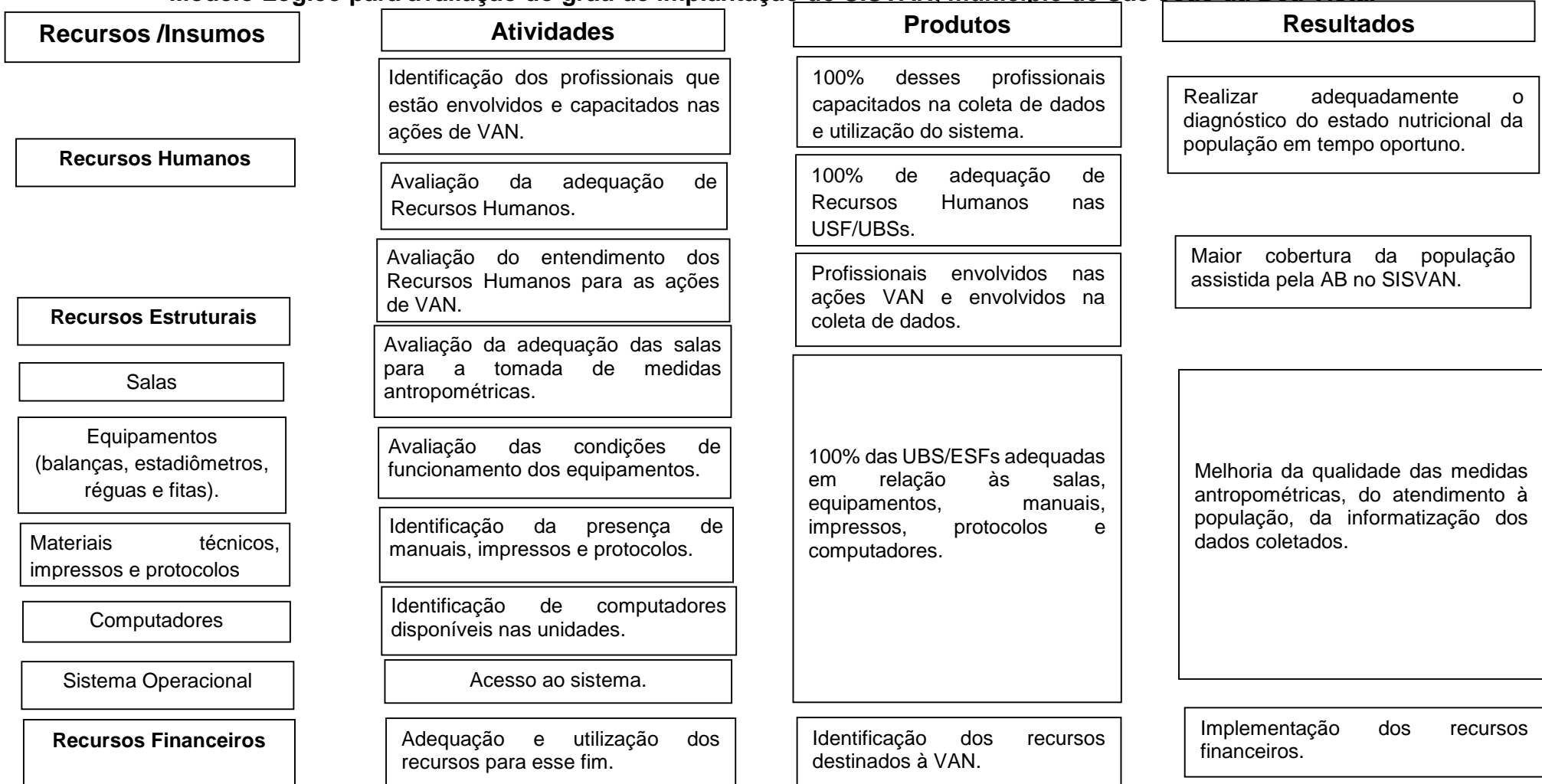
as relações entre as atividades planejadas para desenvolver o programa, os recursos necessários, a intervenção e o efeito. Frequentemente é apresentado como um fluxograma ou uma tabela que demonstra a sequência de etapas que levam aos efeitos desejados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

O modelo lógico construído para este estudo partiu de uma análise detalhada dos protocolos e materiais técnicos do MS, tais como:

- ❖ Portaria de nº 1.156, de 31 de agosto de 1990 que Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.
- ❖ Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999 que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).
- ❖ Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) revisada e publicada em 2012.
- ❖ Manual Técnico do MS: Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde.
- ❖ Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.

Foram também considerados na construção do modelo os seguintes aspectos: recursos humanos envolvidos no SISVAN, estrutura física e os recursos financeiros do município destinados a esse fim. A diagramação do modelo lógico se encontra abaixo.

**Modelo Lógico para avaliação do grau de implantação do SISVAN, município de São João da Boa Vista.**



### **4.2.3 Cobertura populacional do SISVAN e prevalência dos desvios nutricionais**

Neste estudo a cobertura foi considerada como um indicador de resultado para o grau de implantação do SISVAN no município.

Para se analisar a cobertura do sistema, foi solicitado o banco de dados de 2013 do município à CGAN/MS que continha 7.015 acompanhamentos de usuários de todas as faixas etárias.

Para efeito de cobertura foi utilizado somente o primeiro acompanhamento de cada indivíduo. Com isso o banco ficou com 4.022 usuários.

A cobertura do SISVAN foi realizada pela divisão do número de indivíduos acompanhados em cada ciclo de vida, pelo total da população de São João da Boa Vista de cada ciclo de vida, multiplicado por 100.

Também foi avaliada a cobertura utilizando-se como denominador a população SUS dependente que foi calculada a partir dos dados obtidos através da Agência Nacional de Saúde Suplementar. (ANS, 2013).

A avaliação nutricional da população cadastrada e acompanhada pelo SISVAN foi realizada de acordo com o IMC (Índice de Massa Corporal) preconizado pela OMS e MS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Para crianças menores de 10 anos e adolescentes ( $\geq 10$  anos e  $< 20$  anos), empregou-se IMC por idade e sexo; para os adultos ( $\geq 20$  anos e  $< 60$ ) e idosos ( $\geq 60$  anos), IMC segundo pontos de cortes para cada faixa etária, já para as gestantes, foi considerado IMC de acordo com a idade gestacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Os pontos de corte considerados para crianças, adultos e idosos são apresentados nos quadros 1, 2 e 3 respectivamente, e os pontos de corte para gestante estão descritos na figura 3.



**Quadro 1** - Classificação do estado nutricional para crianças de acordo com IMC percentilar.

<b>Valores (Percentil)</b>	<b>Diagnóstico nutricional</b>
< 0,1	Desnutrida grave
≥ 0,1 a < 3	Desnutrida
≥ 3 a ≤ 85	Eutrófica
> 85 a ≤ 97	Sobrepeso
> 97	Obesas

Fonte: Ministério da saúde, 2011a.

**Quadro 2** – Classificação do estado nutricional para adultos, segundo IMC.

<b>Valores IMC (kg/m)</b>	<b>Diagnóstico nutricional</b>
< 18,5	Desnutrido
≥ 18,5 e < 25	Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obeso

Fonte: Ministério da Saúde 2011a

**Quadro 3** – Classificação do estado nutricional para idosos, segundo IMC.

<b>Valores IMC (kg/m)</b>	<b>Diagnóstico nutricional</b>
≤ 22	Desnutrido
>22 a < 27	Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: Ministério da Saúde 2011a.

**Figura 3** - Avaliação do estado nutricional de gestantes segundo IMC por semana gestacional.

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC $\leq$	Adequado (A) IMC entre	Sobrepeso (S) IMC entre	Obesidade (O) IMC $\geq$
6	19,9	20,0 24,9	25,0 30,0	30,1
7	20,0	20,1 25,0	25,1 30,1	30,2
8	20,1	20,2 25,0	25,1 30,1	30,2
9	20,2	20,3 25,1	25,2 30,2	30,3
10	20,2	20,3 25,2	25,3 30,2	30,3
11	20,3	20,4 25,3	25,4 30,3	30,4
12	20,4	20,5 25,4	25,5 30,3	30,4
13	20,6	20,7 25,6	25,7 30,4	30,5
14	20,7	20,8 25,7	25,8 30,5	30,6
15	20,8	20,9 25,8	25,9 30,6	30,7
16	21,0	21,1 25,9	26,0 30,7	30,8
17	21,1	21,2 26,0	26,1 30,8	30,9
18	21,2	21,3 26,1	26,2 30,9	31,0
19	21,4	21,5 26,2	26,3 30,9	31,0
20	21,5	21,6 26,3	26,4 31,0	31,1
21	21,7	21,8 26,4	26,5 31,1	31,2
22	21,8	21,9 26,6	26,7 31,2	31,3
23	22,0	22,1 26,8	26,9 31,3	31,4
24	22,2	22,3 26,9	27,0 31,5	31,6
25	22,4	22,5 27,0	27,1 31,6	31,7
26	22,6	22,7 27,2	27,3 31,7	31,8
27	22,7	22,8 27,3	27,4 31,8	31,9
28	22,9	23,0 27,5	27,6 31,9	32,0
29	23,1	23,2 27,6	27,7 32,0	32,1
30	23,3	23,4 27,8	27,9 32,1	32,2
31	23,4	23,5 27,9	28,0 32,2	32,3
32	23,6	23,7 28,0	28,1 32,3	32,4
33	23,8	23,9 28,1	28,2 32,4	32,5
34	23,9	24,0 28,3	28,4 32,5	32,6
35	24,1	24,2 28,4	28,5 32,6	32,7
36	24,2	24,3 28,5	28,6 32,7	32,8
37	24,3	24,5 28,7	28,8 32,8	32,9
38	24,5	24,6 28,8	28,9 32,9	33,0
39	24,7	24,8 28,9	29,0 33,0	33,1
40	24,9	25,0 29,1	29,2 33,1	33,2
41	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3
42	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3

Fonte: Ministério da Saúde 2011a.

#### **4.2.4 Geoprocessamento**

Foi utilizada a técnica de geoprocessamento para se avaliar a distribuição geográfica dos pacientes cadastrados e que apresentavam desvios nutricionais no município em 2013.

Os endereços dos pacientes foram geocodificados para o processamento informatizado. Não foram localizados 172 endereços.

A técnica utilizada nesse estudo foi a de Sistemas de Informação Geográficas (SIG). O software utilizado foi o QGIS que é um Sistema de Informação Geográfica de Código Aberto. Os dados foram plotados com o auxílio de um Engenheiro Cartógrafo da Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista.

#### 4.2.5 Matriz de julgamento

A matriz de julgamento foi elaborada tomando por base o modelo lógico e indicadores para se analisar o contexto organizacional e a sua relação com grau de implantação.

A matriz com os indicadores foi aplicada a cada uma das 12 USF/UBSs, onde a partir do padrão estabelecido para cada indicador, foi se atribuindo valores com base nos pontos de corte.

Foi atribuída a nota dez para o padrão ouro e valores intermediários para cada uma das situações encontradas (5, 2 e 0).

Para analisar o grau de implantação individual, foi utilizado o percentual de implantação através da soma dos valores obtidos, vezes o valor máximo e dividido por 100.

Para julgar os níveis de implantação foram usados os valores e julgamentos propostos por SAMICO et al., 2010. O quadro 4 mostra o Julgamento de valores da matriz de indicadores. A matriz está representada no quadro 5.

**Quadro 4 – Julgamento de valores da matriz de indicadores.**

<b>Valores (intervalo)</b>	<b>Julgamento</b>
66,6% a 100%	Implantação satisfatória ou plena
33,3% a > 66,6%	Implantação parcial, média
1% a > 33,3%	Implantação incipiente

Fonte: SAMICO et al., 2010.

**Quadro 5** - Matriz de julgamento para avaliar a implantação do SISVAN de São João da Boa Vista.

<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Definição dos pontos</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece claridade, permite privacidade, conforto térmico e tem espaço suficiente para o trabalho.	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos. 0 - não atende a nenhum critério descrito.
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.
Computadores	Estar presente.	10- presente. 0- ausente

## 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde e aprovado sob o número de Parecer 1.032.989 com data da Relatoria de 23/04/2015.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para os sujeitos de pesquisa entrevistados foram preenchidos em duas vias: sendo uma via do entrevistado e a outra do pesquisador.

Para o desenvolvimento desse trabalho, todos os princípios éticos e fundamentais foram respeitados em todas as etapas que guiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos na Resolução CNS 466/12 e suas resoluções complementares. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c).

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Grau de implantação

Os resultados do grau de implantação das unidades estudadas mostraram que oito delas tiveram avaliações semelhantes, de 35,7% e classificadas como implantação parcial média. Três unidades obtiveram 31,4% e uma unidade 28,5%, sendo consideradas como implantação incipiente. Quando analisamos o município como um todo, o valor apresentado foi de 34%, correspondendo à uma implantação parcial média, como mostra o quadro 6.

**Quadro 6 –** Matriz de julgamento das UBS/USFs de São João da Boa Vista, 2015.

Indicadores UBS/USFs	Valores de referência											
	USF1	USF2	USF3	USF4	USF5	USF6	USF7	UBS8	UBS9	UBS10	UBS11	UBS12
Profissionais capacitados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adequação RH	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Entendimento SISVAN	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Salas	5	5	5	5	5	2	5	2	0	2	5	5
Equipamentos	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Materiais Técnicos	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Computadores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Grau implantação %	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	31,4	35,7	31,4	28,5	31,4	35,7	35,7

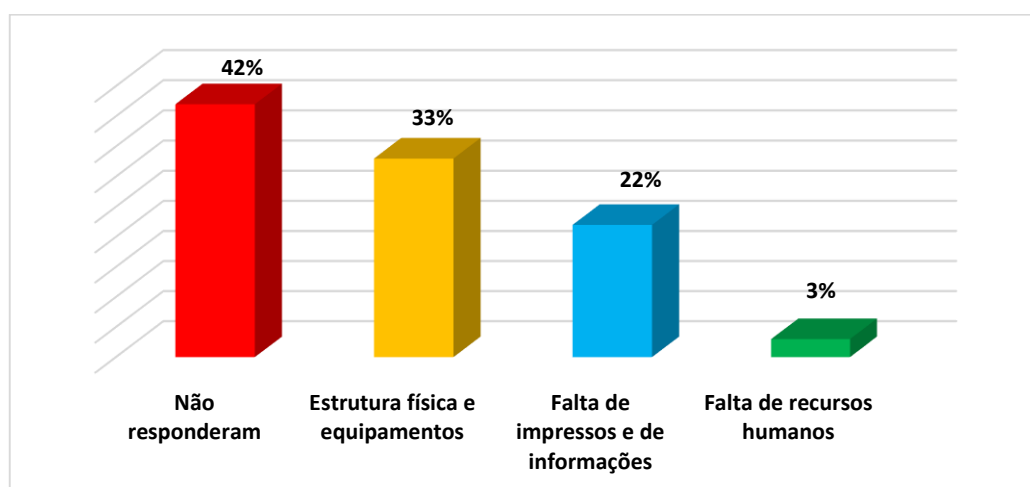
Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Em relação às instalações, nenhuma unidade obteve nota máxima, por não serem de uso exclusivo do SISVAN, a maioria realiza as atividades do SISVAN em conjunto com outros procedimentos, três unidades apresentaram

notas 2 por serem inadequadas para os atendimentos. Todas as unidades possuíam a maioria dos equipamentos em funcionamento, porém, em todas não havia um dos dois equipamentos: balanças digitais pediátricas ou balança com capacidade maior que 150 quilos. Em relação aos materiais técnicos e protocolos, foi observado que o número de exemplares não eram suficientes para todas as unidades, assim como, não apresentavam computadores para uso exclusivo do SISVAN. Além disso, o município não destina recursos financeiros para o SISVAN.

A análise de investigação do entendimento dos profissionais para executar as ações do SISVAN mostrou que, 89% dos entrevistados consideraram o SISVAN importante, 75% informaram que o mesmo traz benefícios para UBS/USF, e 77,8% avaliaram que as atividades do sistema não atrapalhavam a rotina das unidades. Entre as principais dificuldades mencionadas pelos técnicos verificou-se que, 1/3 deles referiram inadequação da estrutura física e de equipamentos, 22% a falta de impressos e de informações e 3% da escassez de recursos humanos. Por outro lado, 15 profissionais, o que corresponde a 42% da amostra, não responderam a esse questionamento. O gráfico 1 mostra a distribuição das dificuldades encontradas para a efetivação do SISVAN no município.

**Gráfico 1** – Distribuição das dificuldades citadas pelos profissionais de saúde em relação ao SISVAN, São João da Boa Vista, 2015.



Fonte: Dados coletados na pesquisa.



**Quadro 7** – Síntese da avaliação do grau de implantação SISVAN São João da Boa Vista.

	<b>Atividades</b>	<b>Resultados observados</b>
<b>Recursos humanos</b>	Identificação dos profissionais que estão envolvidos e capacitados nas ações de VAN.	0%
	Avaliação da adequação de Recursos Humanos.	50%
	Avaliação do entendimento dos Recursos Humanos para as ações de VAN.	50%
<b>Recursos estruturais Salas</b>	Avaliação da adequação das salas para a tomada de medidas antropométricas.	36,7%
<b>Equipamentos (balanças, estadiômetros régua e fitas).</b>	Avaliação das condições de funcionamento dos equipamentos.	50%
<b>Materiais técnicos, impressos e protocolos</b>	Identificação da presença de manuais, impressos e protocolos.	50%
<b>Computadores</b>	Identificação de computadores disponíveis nas unidades.	0%
<b>Sistema Operacional</b>	Acesso ao sistema.	0%
<b>Recursos Financeiros</b>	Adequação e utilização dos recursos para esse fim.	0%

Fonte: Dados coletados na pesquisa

## 6.2 Avaliação da cobertura do SISVAN e perfil nutricional

A cobertura da população assistida pelo SISVAN no município de São João da Boa Vista foi de 4,8%, sendo que as crianças tiveram maior abrangência nas duas faixas (29,1% e 15,2%) e os idosos a menor (0,5%), conforme pode ser vista na tabela 1. Quando calculado em relação a população SUS dependente as porcentagens de acompanhamento foram de 8,2%, também com predomínio de crianças (52,5%), seguido de adolescentes (7,8%), adultos (4,9%) e idosos de (0,7%).

**Tabela 1** – Distribuição da População total e SUS dependente, segundo faixa etária e cobertura do SISVAN, em São João da Boa Vista, 2013.

Ciclo de Vida	N População Total*	N do SISVAN**	% acompanhada Pop.Total	N SUS dependente***	% acompanhada SUS dependente
Crianças menores de 5 anos	4.599	1.340	29,1%	2.414	52,5%
Crianças de 5 a menores de 10 anos	5.123	781	15,2%	2.689	52,5%
Adolescentes	12.031	621	5,2%	7.955	7,8%
Adultos	49.075	1.053	2,1%	26.989	4,9%
Gestantes	961	264	27,5%	-----	-----
Idosos	12.349	63	0,5%	8.614	0,7%
Total	83.639	4.022	4,8%	48.663	8,2%

\*Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010b.

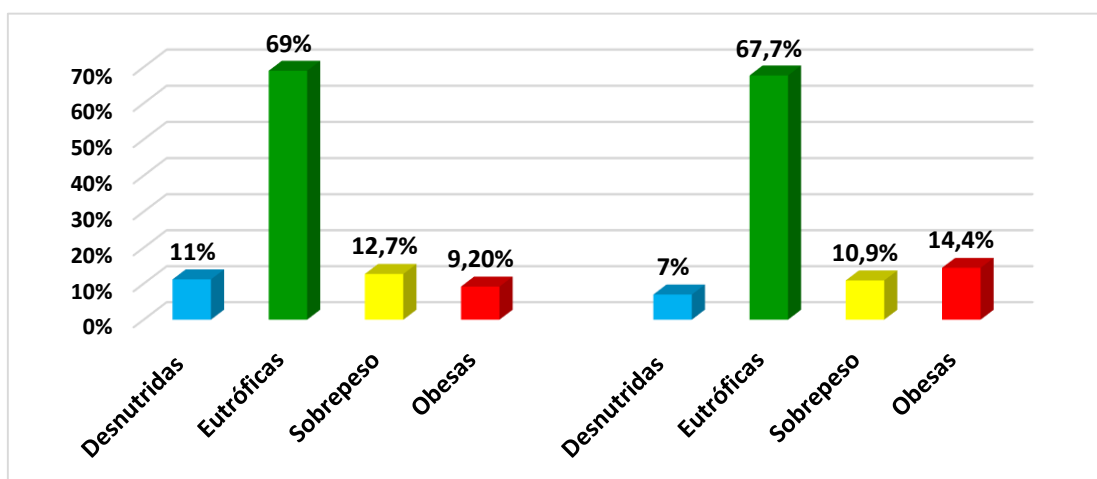
\*\* Banco de dados SISVAN – MS, 2013.

\*\*\* Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2013.

Foram identificados no banco de dados 1.181 pacientes, de todos os ciclos de vida, com inadequação do estado nutricional.

O diagnóstico do estado nutricional das 1.217 crianças de 0 a 5 anos, mostrou que 11% estavam desnutridas, 67,1% eutróficas, 12,7% sobrepeso e 9,2% obesidade. Em relação às 803 crianças de 5 a 10 anos observamos que 7% eram desnutridas, 67,7% eutróficas, 10,9% sobrepeso e 14,4% obesas como mostra o gráfico 2.

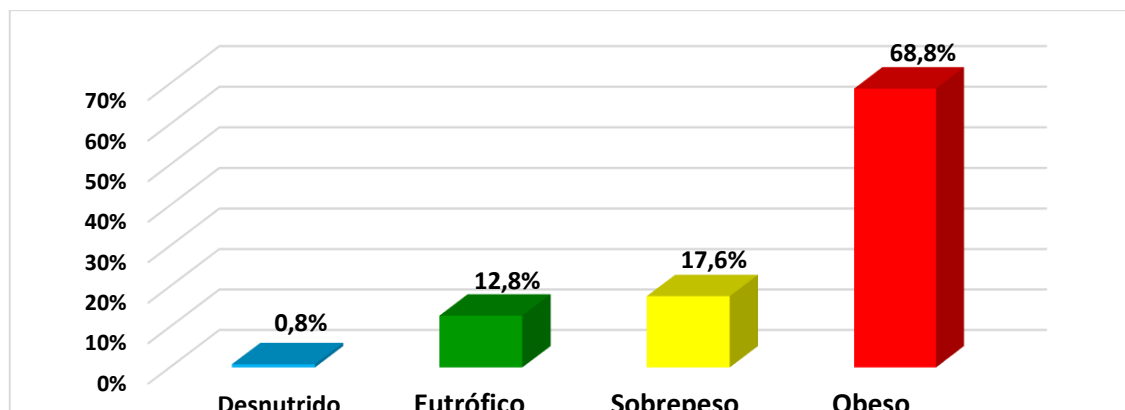
**Gráfico 2** - Estado Nutricional de crianças de 0 a 5 anos e de 5 a 10 anos acompanhadas pelo SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.



Fonte: Banco de dados SISVAN- MS, 2013.

No caso dos adolescentes (10 a 19 anos), dos 621 acompanhados, foi observado menos de 1% de desnutrição, 12,8% e 17,6% de eutróficos e sobrepeso respectivamente, enquanto que a obesidade atingiu a maior parte dos adolescentes atendidos (68,8%), conforme se observa no gráfico 3.

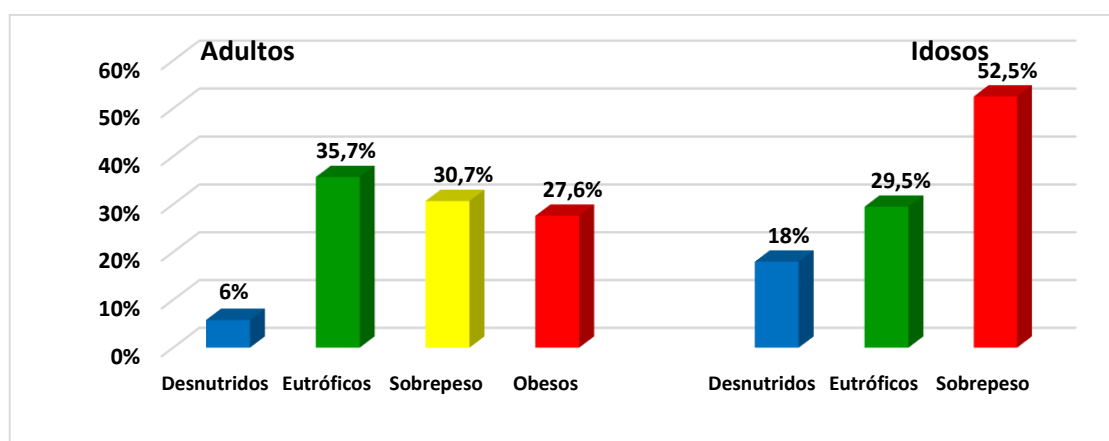
**Gráfico 3** - Estado Nutricional de adolescentes de 10 a 19 anos acompanhados pelo SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.



Fonte: Banco de dados SISVAN- MS, 2013.

Foram acompanhados 1.053 adultos e 63 idosos. A desnutrição foi diagnosticada em 6% dos adultos e em 18% dos idosos. Em relação à eutrofia foi encontrada uma prevalência de 35,7% nos adultos e 29,5% nos idosos. Os adultos apresentaram uma prevalência de 30,7% de sobrepeso e 27,6% de obesidade, e ainda, 52,5% dos idosos foram classificados com sobrepeso e nenhum caso de obesidade, de acordo com o gráfico 4.

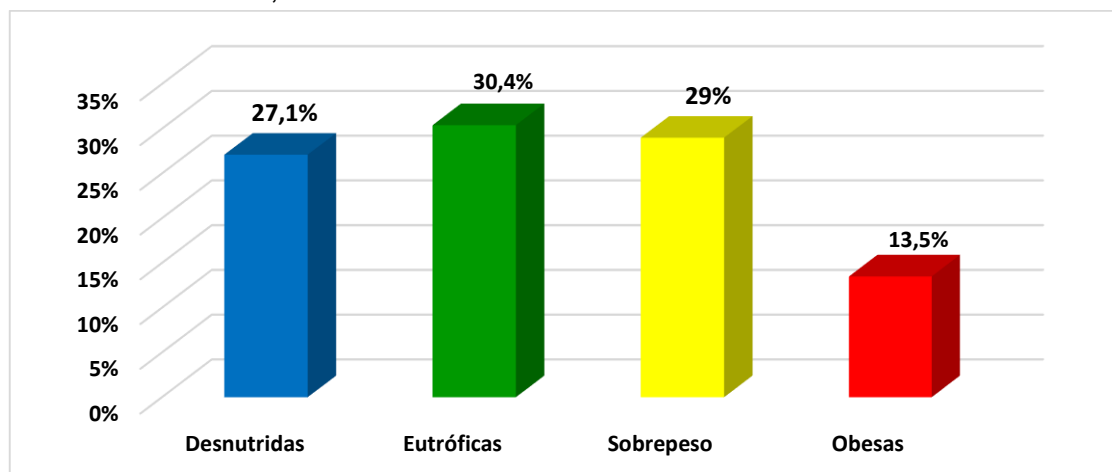
**Gráfico 4** - Estado Nutricional de adultos e idosos, acompanhados pelo SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.



Fonte: Banco de dados SISVAN- MS, 2013.

Em relação às gestantes, das 264 acompanhadas, 27,1% estavam desnutridas, 30,4% eutróficas, 29% sobrepeso e 13,5% eram obesas, conforme mostra o gráfico 5.

**Gráfico 5** - Estado Nutricional de gestantes acompanhadas pelo SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.

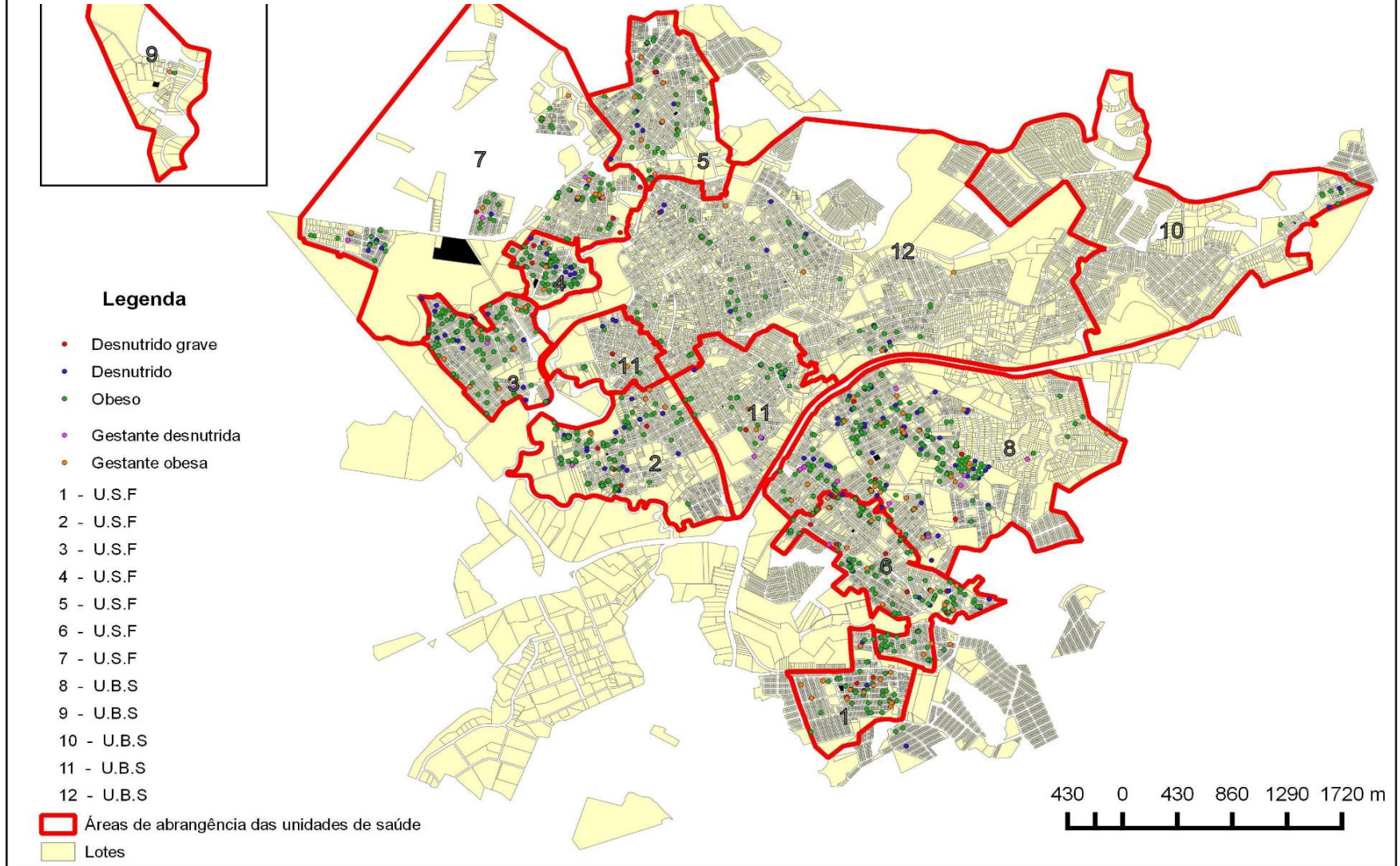


Fonte: Banco de dados SISVAN- MS, 2013.

### 6.3 Geoprocessamento

A análise espacial dos casos de desvios nutricionais estão representadas no mapa a seguir (figura 4). Não foi realizada a distribuição por faixa etária e, dos 1.181 casos de desnutrição e obesidade, 1.009 foram referenciados no mapa, que foi dividido por área de abrangência e numerados de acordo com as USF/UBSs, a fim de não expor o nome das unidades. Foi observado predomínio da obesidade em todas as áreas estudadas, exceto na UBS 9 em que a prevalência maior é de desnutrição. Em relação às gestantes, pode-se observar que as USF/UBS 2, 7 e 11 apresentaram maiores prevalência de desnutrição.

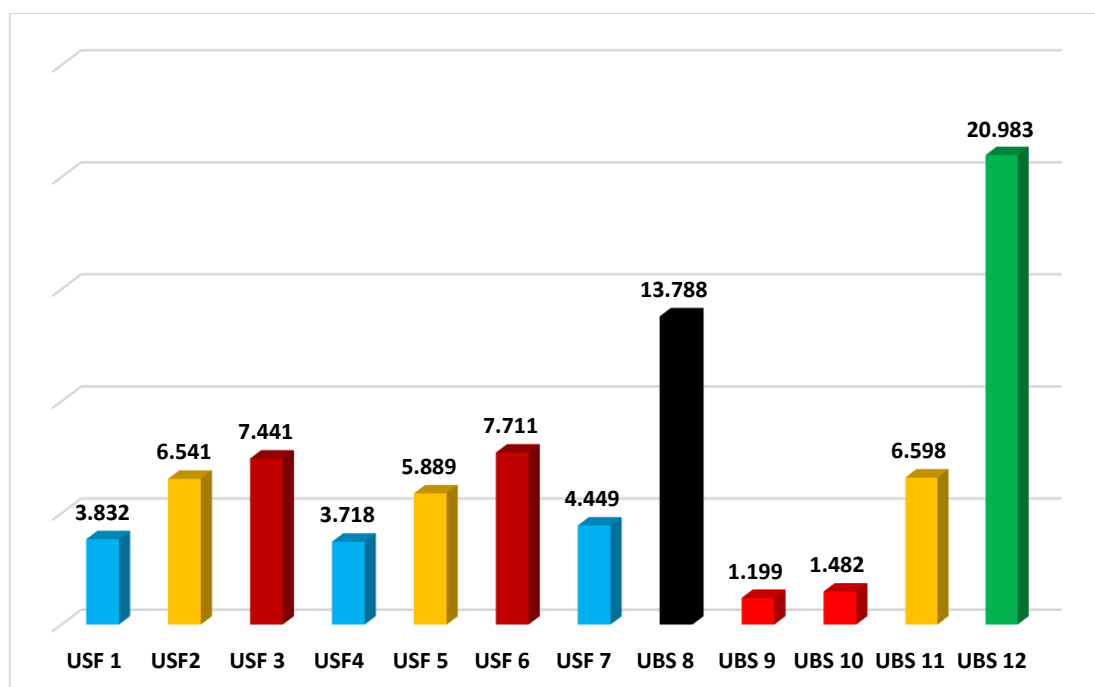
**Figura 4** - Mapa georreferenciado, segundo área de abrangência das Unidades de Saúde de São João da Boa Vista, 2013.



A distribuição da população por área de abrangência está descrita no gráfico 6. As USFs 1, 4 e 7 tem tamanho populacional semelhante (3.832, 3.718 e 4.449 respectivamente), a 1 e a 4 contam com apenas uma equipe de saúde da família e a 7 com duas equipes. A USF 2 conta com 6.541 usuários, a 3 com 7.441, a 5 com 5.889 e a 6 com 7.711. Essas unidades contemplam duas equipes de saúde da família cada uma. A UBS 11 atende uma área central do município e possui 6.598 usuários. As UBSs 8 e 12 são as de maior porte populacional, 13.788 e 20.983 respectivamente. Já as UBSs 9 (1.199) e 10 (1.482) correspondem às menores áreas.

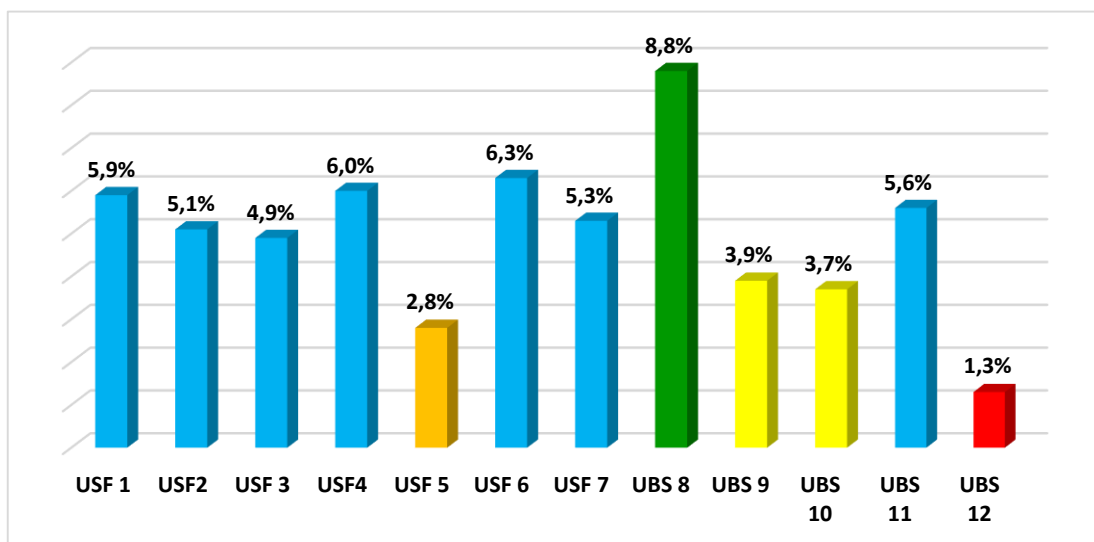
Quanto a cobertura por área de abrangência, a UBS 12 foi a que apresentou a menor cobertura (1,31%). A USF 5, mesmo sendo Estratégia Saúde da Família, também se mostrou baixa, 2,8%. As demais, tiveram coberturas variando entre 3,7% a 6,3%, com exceção da UBS 8 que teve 8,8%. O gráfico 7 mostra as porcentagens de cobertura por UBSs e ESFs.

**Gráfico 6** - Distribuição da População total por área de abrangência, São João da Boa Vista, 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010b.

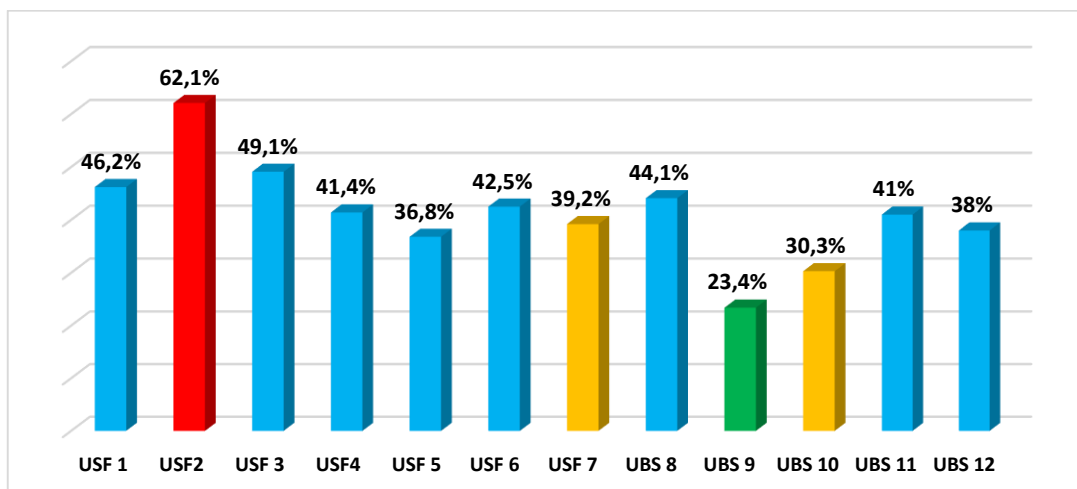
**Gráfico 7** – Cobertura populacional do SISVAN, de acordo com a população total, segundo área de abrangência das Unidades de Saúde em São João da Boa Vista, 2013.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010b.

Quanto aos desvios nutricionais, houve variações entre 23,4% (UBS 9) até 62,1% (USF 2), conforme mostra o gráfico 8. As demais tiveram prevalências bem próximas.

**Gráfico 8** - Prevalência de desvios nutricionais, por UBS e USF, segundo os dados do SISVAN, São João da Boa Vista, 2013.



Fonte: Banco de dados SISVAN- MS, 2013.



## 7. DISCUSSÃO

Os objetivos imediatos da avaliação de implantação podem ser a detecção de dificuldades e barreiras durante o percurso, e irão contribuir para as recomendações que possibilitem corrigir os rumos do programa. (DRAIBE, 2001).

O grau de implantação do sistema no município de São João da Boa Vista, foi considerado como parcial médio na maioria das unidades e em quatro foram consideradas incipientes. A maioria dos indicadores apresentaram variações semelhantes para todas as unidades. Aquelas que tiveram menores pontuações, corresponderam principalmente aos itens relacionados à estrutura física, visto que, três unidades realizam as medidas antropométricas em um consultório médico e a outra, por ser uma unidade muito pequena em uma sala comum às outras atividades da unidade. Porém quando analisamos o grau de implantação em relação à cobertura populacional atendida pelo SISVAN ela não corresponde aos valores encontrados. Possivelmente, a matriz construída não foi suficientemente sensível para se avaliar o desempenho das unidades.

O estudo de ROMEIRO (2006), que tinha por objetivo analisar a qualidade da estratégia utilizada pelo MS para a implantação do SISVAN nacional, mostrou que o sistema estava em grau aceitável de implantação em 44% dos Estados e em grau crítico em 100% das capitais brasileiras. Os resultados apontaram ainda para a necessidade de um esforço maior, por parte da equipe, na sensibilização da importância do SISVAN junto aos gestores estaduais e municipais.

CAVALCANTE et al. (2006), analisou a implantação de áreas estratégicas da atenção básica nas ESFs, em Camaragibe-Recife, Pernambuco, mostrando um grau de implantação “parcial” para o conjunto de áreas estratégicas mínimas da AB no conglomerado das ESF e apontando para a necessidade de superar os pontos críticos identificados, para que haja

melhoria dos indicadores de saúde do município, o que pode ser aplicado também à São João da Boa Vista, diante dos resultados encontrados na implantação do SISVAN.

Quando comparamos os nossos resultados com os do estudo de ROLIM et al. (2015), no Estado de Minas Gerais, as dificuldades encontradas são semelhantes em relação à insuficiência e falta de manutenção de equipamentos antropométricos (balanças e antropômetros), sobrecarga de trabalho do enfermeiro, internet lenta, falta de profissionais capacitados para a coleta de dados, sobrecarga do trabalho do digitador e falta de profissionais para a digitação dos dados. O que chamou a atenção no estudo de São João da Boa Vista, foi que 42% dos entrevistados não responderam a esse questionamento, e que será motivo de investigação por parte do pesquisador. Porém, algumas hipóteses para a não resposta podem ser levantadas como, por exemplo, a não obrigatoriedade de resposta nas questões, e ainda, ao fato da pesquisadora responsável ser gestora do SISVAN no município.

ROMEIRO (2006) também encontrou em seu estudo, questões de estrutura como equipamentos antropométricos insuficientes e sem manutenção dentre as dificuldades de primeira ordem nos Estados estudados.

Quando se refere às dificuldades dos profissionais em executar as ações do SISVAN, a maioria dos entrevistados, no presente estudo, reconheceram a importância e os benefícios do sistema, mesmo levando em conta a estrutura física, equipamentos, falta de impressos e de recursos humanos.

ROLIM et al. (2015), identificou que a maioria dos responsáveis pelo sistema (94,8%), reconhecia sua contribuição no atendimento à saúde das crianças em vários aspectos, tais como: monitoramento nutricional, diagnóstico precoce dos casos de desvios nutricionais, direcionamento das ações de AB, fortalecimento da área de alimentação e nutrição, diminuição de internações e de medicamentos, fortalecimento da área de Segurança Alimentar e Nutricional e fortalecimento de parcerias.

Embora no presente estudo não tenha sido relatado problemas em relação ao cadastramento, MÜLLER e BASSO (2010) assinalaram que a

grande dificuldade do SISVAN se referia à necessidade de registrar novamente os indivíduos que possuem o Cartão SUS, causando retrabalho, sugerindo ainda que, se os dois sistemas fossem integrados, a digitação no SISVAN seria facilitada. Porém, os dados do Cartão SUS são acessados por um outro aplicativo que, por sua vez, não repassa informações para o banco de dados do SISVAN.

Quando comparados os dados da avaliação do grau de implantação (quadro 7), com o modelo lógico elaborado para esse estudo, pôde-se perceber que não havia profissionais capacitados para as ações da VAN em nenhuma unidade, porém, a adequação de recursos humanos e o entendimento desses profissionais sobre as ações da VAN se mostraram com 50% de adequação. Os recursos estruturais referentes a equipamentos, materiais técnicos e impressos também estavam adequados em 50%, a questão da sala para tomada de medidas antropométricas ficou comprometida em 4 unidades (36,7%) de adequação. Já nos itens computadores, sistema operacional e recurso financeiro estava inadequado (0%) em todas as unidades estudadas.

A cobertura do SISVAN no município de São João da Boa Vista segundo a população total foi considerada muito baixa (4,8%), predominando os registros de acompanhamentos de gestantes (27,6%) e crianças (20%), seguido dos adolescentes (5,2%), adultos (2,1%) e idosos (0,5%). Porém, quando analisamos a cobertura do SISVAN em relação aos usuários SUS dependentes (ANS) ela atinge 8,2% da população, maior que a anterior, mas mesmo assim baixa. A distribuição de atendimento por faixa etária não se altera, tendo a população infantil a maior cobertura, uma vez que os dados da ANS não identifica as gestantes.

PEREZ et al. (2013) avaliaram a cobertura do SISVAN no Estado de São Paulo (ESP) por Diretoria Regional de Saúde (DRS), que mostrou ser de 2,8%. A regional de Registro obteve maior cobertura (10,1%) e a Grande São Paulo a menor (1,4%). Em relação ao acompanhamento de crianças até 10 anos, a DRS que apresentou maior cobertura foi São José do Rio Preto

(20,3%). A DRS XIV, com sede em São João da Boa Vista, registrou 2,4% de acompanhamento.

Em um estudo realizado nas mesorregiões do ESP, em 2010, pode-se verificar que, em mais da metade das regiões estudadas (57,1%), a cobertura encontrada foi entre 5 a 10%, porém, essa cobertura é próxima de zero na maioria das regiões do ESP. As regiões de Presidente Prudente (19%), Araçatuba (13,7%) e Bauru (10%) apresentaram a maior cobertura populacional quando comparadas às demais regiões do Estado. Quanto aos ciclos de vida acompanhados pelo SISVAN, houve predominância da faixa etária de menores de 5 anos e reduzida entre os idosos. (ENEAS et al., 2014).

Segundo os relatórios públicos do SISVAN, a cobertura no ESP (2013) foi de 4,1%. Em relação ao percentual de acompanhamento entre as faixas etárias temos, 2,3% foram de crianças menores de 5 anos, 1,5% de crianças de 5 a 10 anos, decrescendo para adolescentes (0,85%), adultos (0,63%) e idosos (0,11%). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; IBGE, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

O presente estudo revelou que o município de São João da Boa Vista se encontra acima da média das DRSs, e da DRS XIV. Quanto as mesorregiões do ESP, São João da Boa Vista está na média das regiões, tanto na cobertura quanto no acompanhamento de crianças e idosos.

Comparados aos relatórios públicos do ESP, São João da Boa Vista se assemelha à média de cobertura, porém, quanto ao acompanhamento pelos ciclos de vida, sua porcentagem é maior para todas as faixas etárias.

Quando comparados aos dados do Brasil e do ESP, São João da Boa Vista está abaixo da média obtida por eles, uma vez que os resultados apresentados pela CGAN mostraram que a cobertura do SISVAN nacional passou de 7,7% em 2011 para 11,5% em 2014. As regiões Sul e Sudeste, que foram as que tiveram as menores coberturas em 2014, alcançaram 6,8% e 7,4% respectivamente. Dentre os Estados da região Sudeste, Minas Gerais foi o que apresentou as melhores e maiores evoluções de cobertura de 2011 a 2014 (9,4% para 14,9%) e o Rio de Janeiro as menores, de 2,9 % em 2011 para 6,3% em 2014. O Nordeste foi a região que apresentou as maiores

coberturas e variou de 12,6% em 2011 para 18,9% em 2014. (IBGE, 2011b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

A cobertura do Nordeste pode ser, em parte, explicada por ser a região que possui o maior número de famílias com perfil saúde para o PBF (mais de 6 milhões) e de famílias acompanhadas (mais de 4,6 milhões). Esses dados são da primeira vigência de 2015 do acompanhamento das condicionalidades do PBF, onde mais de 8,8 milhões de famílias foram acompanhadas, de um total de 12 milhões beneficiárias. (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2015a).

Outro fator a ser considerado é a porcentagem de cobertura da região Nordeste pela Estratégia Saúde da Família que, em 2014, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do MS, era de 70,6%, maior cobertura dentre as regiões do país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A UBS 8 mostrou a maior cobertura do SISVAN, mesmo não sendo USF e não contando com agentes comunitários de saúde. Apesar de ser uma UBS tradicional, possui forte vínculo com a população atendida, que foi construída ao longo do tempo, por conta de uma equipe formada por funcionários que estão atuando na mesma área há anos e que são considerados como referência. Chama a atenção que, embora o valor do grau de implantação tenha sido incipiente (31,4%), por conta da inadequação da sala, sua cobertura é a maior, mostrando que se forem investidos os recursos necessários, ela rapidamente deverá alcançar melhores resultados.

A UBS 12 apresentou a menor cobertura do SISVAN (1,3%), porém em relação aos desvios ficou na média das demais unidades. Isso pode ser explicado, em parte, por sua localização, que é predominantemente de estabelecimentos comerciais e com usuários de melhor poder aquisitivo. Por outro lado, o grau de implantação do SISVAN apresentado por essa unidade, foi considerado parcial médio (35,7%), o maior valor conseguido no município, devendo haver mais investimentos em capacitações para maior adesão por parte dos funcionários.

Analisando os dados de crianças menores de 5 anos, acompanhadas pelo SISVAN em São João da Boa Vista, verificou-se que 34,1% são beneficiárias do PBF e que a prevalência entre elas foi menor ( 3,9%) em relação ao total da população acompanhada (11%), mostrando que um pouco mais de 1/3 dos desnutridos (35%) pertencem ao PBF. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo os dados da POF 2008-2009, as porcentagens de desnutrição (nesse caso medido pelo déficit de altura) foi de 6% em crianças menores de 5 anos e de 6,8% em crianças de 5 a 10 anos.

Observando os relatórios consolidados do SISVAN de 2013, pode-se constatar que os casos de desnutrição em crianças menores de 5 anos no ESP foi de 4,2% e de 5 a 10 anos de 8%. Mesmo com uma baixa cobertura em São João da Boa Vista, foi possível constatar a alta prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos, fato que é preocupante, uma vez que se revelou maior que as médias do ESP e do Brasil.

Em relação às crianças de 5 a 10 anos, embora a maioria seja beneficiária do PBF ( 72%), a prevalência de desnutrição nessa população foi de 4,5%, representando 64,2% da população desnutrida acompanhada. A prevalência de desnutrição (7,0 %) dessa faixa etária acompanhada em São João da Boa Vista é semelhante a dos Brasileiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em São João da Boa Vista, 12,7% e 9,2% das crianças menores de 5 anos apresentaram sobrepeso e obesidade respectivamente, e as da faixa etária de 5 a 10 anos, 10,9% e 14,4% respectivamente.

PERES, et al., 2013, mostrou que a prevalência de excesso de peso em crianças menores de 10 anos no ESP variou de 6,7% a 10,1%, com uma média de 8,7% e são inferiores ao encontrado no presente estudo.

Dados do SISVAN de 2013 para crianças menores de 5 anos no ESP são superiores aos de São João da Boa Vista para sobrepeso (29,2%) e semelhantes à obesidade (7,8%), assim como os resultados apresentados para o Brasil (27,0% e 8,6%). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O mesmo perfil pode ser visto quando comparados com os resultados da POF 2008-2009, onde foram encontrados 33,4% de sobrepeso e 14,2% para obesidade.

Os resultados do SISVAN, para a faixa etária de 5 a 10 anos no Brasil, foram de 14,7% e 6,2% para sobrepeso e obesidade respectivamente, e no ESP de 17,1% e 7,3%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Os resultados de sobrepeso são superiores aos de São João da Boa Vista, porém, em relação à obesidade, o presente estudo revelou quase o dobro dos dados apresentados no ESP e no Brasil, no mesmo período.

Em relação à faixa etária de 10 a 19 anos, os resultados do ENDEF e POF mostraram que a evolução do excesso de peso nos meninos passou de 3,7% em 1974-75 para 21,7% em 2008-09 e, nas meninas de 7,6% para 19,4% (IBGE, 2010a). Esse resultado não pode ser comparado com os de São João da Boa Vista, onde mais da metade dessa população é obesa (68,8%).

COSTA et al. (2011), em um estudo que avaliou o estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no município de Cascavel, Estado do Paraná, observou que 22,9% deles apresentaram excesso de peso (15,4% com sobrepeso e 7,5% com obesidade). Diante disso, relatou que esses dados poderiam estar superestimados, pois, geralmente, os usuários dos serviços públicos de saúde, procuram atendimento quando o problema de saúde já está instalado.

Em São João da Boa Vista, os resultados de obesidade (68,8%) devem ser vistos com muita atenção, pois, foram analisados somente os dados da população assistida pelo SISVAN e a cobertura não é representativa da população de adolescentes do município, podendo haver um viés importante. No entanto, como no estudo citado anteriormente, esse resultado merece uma maior investigação e acompanhamento, podendo inclusive ser sugerido uma chamada nutricional nas escolas para essa faixa etária.

Quando analisamos os adultos, a prevalência de sobrepeso (30,7%) e obesidade (27,6%), encontrada em São João da Boa Vista, mostraram-se diferentes dos resultados encontrados na POF 2008-2009, que foi de 49% e 14,7% respectivamente e dos encontrados pelo VIGITEL 2013, onde 50,8%

foi de sobrepeso e 17,9% de obesidade. (IBGE, 2010a; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Em relação aos idosos, a prevalência de desnutrição (18%) e de sobrepeso (52,5%) são parecidos com os achados do relatório do SISVAN (2013) no ESP, onde foram encontrados 10,8% de desnutridos e 57,4% com sobrepeso e semelhantes aos do Brasil (16,6% desnutridos e 45% de sobrepeso).(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A desnutrição afeta com frequência essa população, em função das mudanças fisiológicas, sociais, econômicas e psicológicas relacionadas ao envelhecimento. A nutrição inadequada favorece o surgimento de doenças que irão repercutir em seu estado nutricional, tornando-o mais debilitado e suscetível ao agravo das doenças. (SOUSA e GUARIENTO, 2009).

Quanto ao sobrepeso em idosos, este estudo não fez distinção entre os sexos, porém, os resultados da PNSN e da POF 2002-2003, mostraram que essa prevalência é maior em mulheres quando comparada aos homens, e ainda, as regiões Sul e Sudeste foram as que se destacaram por ter valores maiores desse desvio nessa faixa etária. Esse fato se agrava quando está associado a outras DCNT, como diabetes mellitus e hipertensão, podendo contribuir para o aumento da morbi-mortalidade e proporcionar um impacto negativo sobre o sistema de saúde. (SILVEIRA et al., 2009).

A prevalência de desnutrição nas gestantes de São João da Boa Vista foi de 27,1%, maior que a média do ESP (17,1%) e do Brasil (19,6%). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Esse resultado merece uma maior atenção por parte da equipe, dado que a inadequação nutricional da mãe possui grande influência nas condições do nascimento.

Quando comparamos aos dados de 2013 de sobrepeso e obesidade em gestantes no ESP, que foi de 26,4% e 19,8% e no Brasil de 24,8% e 15,5% respectivamente, podemos dizer que eles são da mesma magnitude que os encontrados em São João da Boa Vista (29% e 13,5%).

O período gestacional é uma fase na qual as exigências nutricionais são elevadas e o organismo materno passa por uma série de ajustes fisiológicos para o desenvolvimento do feto. O prognóstico de uma gestação



é influenciado pelo estado nutricional materno antes da concepção, assim como, durante toda a gestação. (MELO et al., 2007; RASMUSSEN e YAKTINE, 2009).

O sobrepeso e a obesidade por sua vez, também trazem sérios agravos à saúde materna e ao feto, tais como diabetes, hipertensão, bebês obesos (considerados de risco) e riscos obstétricos durante o parto. (VITOLLO, 2008).

Os resultados encontrados em relação à cobertura do SISVAN e os desvios nutricionais por UBS e USF, no município de São João da Boa Vista, confirmaram de certa maneira as particularidades de cada UBS/USF.

A maior porcentagem de desvios nutricionais (62,1%) foi encontrada na USF 2, mesmo tendo uma cobertura baixa do SISVAN (5,1%); no entanto, esses dados corroboram com o perfil dessa área que é caracterizada como carente, com sérios problemas sociais, e onde são disponibilizadas duas equipes de ESF. Em relação ao grau de implantação, essa unidade obteve o valor máximo do município (35,7%), indicando que o maior problema não está na estrutura física, dado que obteve uma nota intermediária (5) nesse indicador e que, talvez o problema esteja no envolvimento da equipe e, portanto, deverá haver um esforço maior por parte dos envolvidos para que se consiga aumentar a sua cobertura.

O georreferenciamento elaborado nesse estudo, com os dados do SISVAN, trouxe maior visibilidade dos problemas enfrentados na atenção básica e, em especial, à área de nutrição, dados que ficaram evidentes nos locais com baixa cobertura, mesmo com equipes atuantes de ESF, assim como foram destacados os locais com prevalências elevadas de desvios nutricionais e que merecem maior empenho por parte da equipe de saúde.

Um estudo realizado em Araraquara, interior de São Paulo, com pré-escolares, onde foi utilizado o georreferenciamento para estudar a distribuição dos casos de desnutrição e obesidade, foi possível identificar áreas com prevalência desses desvios e verificar o crescimento da obesidade em certas regiões, quando comparadas ao ano anterior. (BORGES, 2009). Embora o presente estudo tenha sido transversal com os dados de 2013, esta pode ser

uma ferramenta a ser implantada em São João da Boa Vista para os anos seguintes, para o melhor direcionamento das ações na AB no município.

Além do georreferenciamento ter sido útil para identificar áreas prioritárias, a avaliação do grau de implantação do sistema em São João da Boa Vista também se mostrou importante na identificação das dificuldades para pleno desenvolvimento das atividades relativas ao SISVAN.

## 8. CONCLUSÃO

Mesmo com uma baixa cobertura do SISVAN em São João da Boa Vista, os resultados da avaliação do perfil nutricional mostraram uma situação preocupante quanto a esse aspecto, com prevalência de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias e uma taxa elevada de desnutrição em crianças menores de 5 anos (11%).

O georreferenciamento dos desvios nutricionais mostrou as diferenças de cobertura e de desvios nutricionais nas regiões de abrangência das UBS/USFs. Essa ferramenta mostrou-se útil na identificação das áreas que necessitam de maior atenção.

A implantação do SISVAN foi considerada parcial média na maioria das UBS/ESFs, apontando para a necessidade de vários ajustes para se conseguir uma implantação plena. Para tanto, sugere-se a criação de uma “Comissão Permanente da VAN”, formada pelo gestor municipal do SISVAN, digitador central, representantes dos enfermeiros, nutricionista do NASF, auxiliares de enfermagem e administrativos, setor de educação e comunicação do Departamento de Saúde.

Essa comissão será responsável por organizar e ministrar as capacitações nas unidades, pois, de acordo com experiências anteriores, eles funcionam melhor nas UBS/USFs quando é feita “in loco”.

A capacitação será constituída por uma parte conceitual e outra prática, que envolverá a coleta de dados, preenchimento de fichas e digitação. Será designado um responsável pelo SISVAN em cada uma das unidades.

Os resultados desse estudo serão utilizados para a discussão, planejamento e execução de ações locais, de forma rápida e eficiente.

Após estruturação dessa comissão e organização local das ações, sugere-se incorporar outros setores, como as Secretarias de Educação, Esporte e Lazer, Assistência Social, a fim de implementar as ações da VAN no município.

Com a finalidade de suplantar a falta de recursos financeiros, será identificado e direcionado para reorganização da VAN, os recursos provenientes da Portaria nº 2975 de 14 de dezembro de 2011, que deverá ser direcionada aos polos do Programa Academia da Saúde e UBS com Equipes de AB e com adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) homologados.

As salas serão reorganizadas a fim de se adequar para o desenvolvimento das ações do SISVAN. No treinamento será planejado as adequações que tiverem custo zero e no caso da necessidade de financiamento, elas serão encaminhadas aos setores responsáveis.

Será criada uma lista única com todos os materiais técnicos e impressos necessários para as ações da VAN, que serão enviados às Unidades, conforme demanda

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arruda BKG, Arruda IKG. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2007; 7 (3): 319-326.

ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários por município. Assistência Médica segundo Competência. UF: São Paulo Município: 354910 São João da Boa Vista Período: Dez/2013. [acesso em 01 março 2016]. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_02.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def)

Borges RG. Estudo da espacialização das prevalências de desnutrição e excesso de peso em pré-escolares de Araraquara/SP, em 2001 e 2004. [tese de Livre-Docência]. Araraquara; Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2009.

Camilo SMB, Camilo GB, Toledo GC, Júnior RDC, Toledo CC. Vigilância nutricional no Brasil: criação e implementação do SISVAN. *Rev APS.* 2011;(14): 224-228.

Cavalcante MGS, Samico I, Frias PG, Vidal AS. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Rev Bras Saúde Materno Infantil.* 2006;6(4):437- 445.

Chopra M, Galbraith S, Darnton-Hill I. A global esponse to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization.* 2002; 80(12):952-958.

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

Costa, MCD; Barreto ADC; Bleil APT; Osaku N; Ruiz FS. Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil. Brasil Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2009;20(3):355-361.

Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKNC. A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. Rev Bras Epidemiol. 2009; 12(4):688-99.

Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Carvalho MCR, Brant MC, organizadores. Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE-PUC-SP; 2001.p.13-42.

Eneas CC, Loiola H, Oliveira MRM. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva.2014; 19(5):1543-1551.

Engstrom EM, coordenador. SISVAN: Instrumento para o Combate aos Distúrbios Nutricionais em Serviços de Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto avaliação. Cad Saúde Pública. 2008; 24(9):2091-2102.

Filho MB, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais Cad Saúde Pública, 2003; 19(Sup. 1):181-191.

Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a.

Bittar SM. Programa Bolsa Alimentação. BIS - Boletim do Instituto de Saúde, 2002; 26: 16-17.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro;2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE). Rio de Janeiro; 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010b.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade São João da Boa Vista (SP). Rio de Janeiro; 2010c. [acesso em 20 dez 2015]  
Disponível em:  
[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=354910&corhomem=3d4590&cornulher=9cdbc](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=354910&corhomem=3d4590&cornulher=9cdbc)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de Orçamentos

Familiares 2008-2009. Análise do Consumo alimentar pessoal no Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2011a.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População residente segundo projeção intercensitária do Censo Demográfico para o ano de 2011. Rio de Janeiro, 2011b [acesso em: 20 dez 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Rio de Janeiro; 2013.

Jaime PC; Silva ACF; Lima AMC; Bartoline GN. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. Rev Nutr, Campinas, 2011; 24(6):809-824.

Macedo DC; Teixeira BEM; Jerônimo M; Barbosa AO; Oliveira MRM. A construção da política de segurança alimentar no Brasil. Rev Simbio-Logias. 2009; 2(1):31-46.

Malta DC; Gosh CS; Buss P; Rocha GD; Rezende R; Freitas PC; Akerman M; Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. Ciência e Saúde Coletiva. 2014;19(11):4341-4350.

Maluf RS; Menezes F; Valente F. Contribuição ao tema da segurança alimentar no Brasil. Revista Cadernos de Debate. 1996 ; 5 (6) : 66-88.

Melo ASO, Assunção PL, Gondim SSR, Carvalho DF, Amorim AAM, Benicio MHDA, Cardoso AAA. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(2): 249-57.



Ministério da Saúde. Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 ago1990.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 710 de 10 de junho de 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Diário Oficial da União. jun Seção 1; junho 1999.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 709, de 11 de novembro de 1999. Incentivo ao Combate as Carências Nutricionais (ICC). Diário Oficial da União. nov 1999; Seção 1.

Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília (DF); 2002.

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

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual da oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa. Brasília (DF); 2007.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília (DF); 2008a.

Ministério da Saúde. Protocolos do sistema de vigilância alimentar e nutricional na assistência à saúde. Brasília (DF); 2008b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2975 de 14 de dezembro de 2011. 2011 institui o apoio financeiro para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos municípios e Distrito Federal, com foco nos polos do Programa Academia da Saúde e Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Equipes de Atenção Básica (EAB) com adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). Diário Oficial União. 15 dez 2011; Seção 1:4.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília (DF); 2011a.

Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011. Brasília (DF); 2011b.

Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, 2010. Brasília (DF); 2011c.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF); 2012b.

Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 13 dez 2012c; Seção 1.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Histórico cobertura Saúde da Família. [homepage na internet]. Brasília(DF). [acesso em 10 jan. 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN. Relatórios consolidados SISVAN 2013. [homepage na internet]. Brasília (DF). [acesso em 23 dez 2015]. Disponível em: [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos/relatorio-acomp-nutri.view.php](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorio-acomp-nutri.view.php) 2013.

Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2015. Brasília (DF); 2015. [acesso em 23 dez 2015]. Disponível em: [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios\\_publicos](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos) 2015

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania – Senarc. Bolsa família informa. 2015a(478).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília (DF); 2015b.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Bolsa Família. Brasília (DF); 2015 [acesso em 24 fev 2016]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/como-funciona/como-funciona>

Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na Cidade de São Paulo (1974-1996). Rev Saúde Pública. 2000; 34 (6): 52-61.

Monteiro CA. A queda da desnutrição infantil no Brasil. Cad Saúde Pública. 2009a; 25(5):950-951.

Monteiro CA, Benício MHDA, Konno SC, Silva ACFS, Lima ALLL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007 Rev Saúde Pública. 2009b; 43(1): 35-43.

Muller CO, Basso GN. Desafios e contradições da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) In: Anais do 1.Seminário de Sociologia da Saúde e Ecologia Humana; 2010;Florianópolis, (SC). Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. p. 1-10.

Perez AILC, Oliveira TZ, Moraes MA, ShirassuMs I 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 2013;10(116):1-13

Rede-SANS - Rede de Defesa e Promoção da Alimentação Saudável, Adequada e Solidária. Questionário de avaliação da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Básica. Brasília (DF) 2012 [acesso em 03 fev 2015]. Disponível em: [http://www.redesans.com.br/redesans/wpcontent/uploads/2012/10/Questionario\\_GESTOR\\_UNIDADE\\_DE\\_SAUDE.pdf](http://www.redesans.com.br/redesans/wpcontent/uploads/2012/10/Questionario_GESTOR_UNIDADE_DE_SAUDE.pdf).

Rolim MD, Lima SML, Barros DC de, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2015, 20(8):2359-2369.

Romeiro AAF. Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil [dissertação de mestrado]. Brasília: Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Brasília; 2006.

Institute of Medicine of the National Academies. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines Washington (DC): National Academy; 2009.

Silva AC. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. *Estud Av.* 1995; 9 (23): 87-107.

Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro; MedBook; 2010.

Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(7):1569-1577.

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde IBGE/DATASUS - Estimativas populacionais. [ acesso em 22 abr 2016]. Disponível em: [http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/defthtm.exe?atbasica\\_sp.def](http://sistema.saude.sp.gov.br/tabnet/defthtm.exe?atbasica_sp.def)

Sousa VMC; Guariento ME; Avaliação do idoso desnutrido. *Rev Bras Clin Med,* 2009; 7:46-49.

Venancio 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 Saúde Matern Infant.* 2007;7(2):213-22.

## 10 . ANEXOS

### ANEXO 1

#### QUESTIONÁRIO

Peço a gentileza de responder o questionário, expressando de forma mais verdadeira possível a sua opinião em relação aos itens levantados. **Sua identificação não é necessária.**

#### A. DADOS GERAIS.

1) Nome da unidade: \_\_\_\_\_.

2) Nos últimos dois anos, você participou de algum curso sobre antropometria (tarefa de pesar e medir a altura / comprimento das pessoas)?

[  ] Sim [  ] Não

3) Se sim, responda:

Nome / Tema do Curso	Local (Instituição)	Duração em horas

4) Como você classificaria esse curso:

[  ] **Muito bom**, discutiu todos os procedimentos para a coleta de dados, e esclareceu todas as dúvidas.

[  ] **Médio**, discutiu todos os procedimentos, mas fiquei com muitas dúvidas.

[  ] **Frac**, o conteúdo não apresentou todos os procedimentos e não esclareceu as dúvidas.

5) Considerando que a antropometria é a tarefa de pesar, medir a altura/comprimento da pessoa e as circunferências da cintura/abdominal e quadril, assinale quais medidas são realizadas na sua unidade?

- ] Peso;
  - ] Altura/Comprimento;
  - ] Cintura;
  - ] Quadril.
- 

## **B. ESTRUTURA FÍSICA.**

6) Na sua unidade, onde são realizadas as avaliações antropométricas?

- ] Sala exclusiva para este fim;
- ] Consultório médico;
- ] Sala de pré e pós consulta.

7) Você considera esse local adequado?

- ] Sim  ] Não

8) O local onde são realizadas as medidas de peso e altura oferece clareza suficiente para que se possa fazer uma boa leitura da escala de medidas:

- ] Sim  ] Não

9) Permite privacidade do indivíduo e de sua família:

- ] Sim  ] Não

10) Proporciona conforto térmico, evitando-se correntes de ar que podem afetar, especialmente, os bebês e as pessoas idosas:

- ] Sim  ] Não

11) O local tem espaço suficiente para permitir o trabalho dos profissionais e a presença da mãe e/ou familiares:

Sim  Não

12) Quais as mudanças você implementaria nesse local para a melhoria da tomada de medidas antropométricas?

---

---

---

---

---

---

### C. EQUIPAMENTOS.

13) Em relação aos equipamentos utilizados para as medidas de peso, altura e circunferências, a sua unidade possui:

Balança para adultos (até 150Kg)

Funcionando perfeitamente?  Sim  Não

Balança para obesos (mais 150Kg)

Funcionando perfeitamente?  Sim  Não

Balança pediátrica digital

Funcionando perfeitamente?  Sim  Não

Balança pediátrica mecânica

Funcionando perfeitamente?  Sim  Não

Estadiômetro infantil (régua usada para medir crianças)

Funcionando perfeitamente?  Sim  Não



Antropômetro (régua usada para medir adultos aqui não considerar a régua da balança)

Funcionando perfeitamente?  Sim  Não

Fita métrica inelástica (para as medidas de cintura/quadril)

Em bom estado de conservação?  Sim  Não

Maca na sala da realização da coleta de dados;

Em bom estado de conservação?  Sim  Não

#### **D. MATERIAIS.**

**14)** Em relação aos manuais\impressos de funcionamento do SISVAN. Quais desses citados abaixo, a sua unidade possui?

Impressos para cadastro no SISVAN;

Mapa para acompanhamento;

Carteira da criança (para registro informações para as mães);

Carteira de gestante (para registro informações para as gestantes);

Carteira do adolescentes (para registro informações para os adolescentes);

Carteira do Hipertensão (para registro informações para os hipertensos e diabéticos);

Carteira do idoso (para registro informações para idosos).

**15)** Esse material é suficiente para todos os atendimentos da Unidade?

Sim  Não

**16)** Quais deles são mais escasso / ou insuficiente?

---

---

**NESSA SEÇÃO GOSTARÍAMOS DE SABER A SUA  
OPINIÃO/ENTENDIMENTO SOBRE O SISVAN.**

---

**17)** Você sabe por que tem que pesar, medir a altura e tomar as medidas de circunferências? Descreva o(s) objetivo(s).

---

---

**18)** Qual o fluxo de atendimento das medidas antropométricas na sua Unidade?

- Antes da consulta com o médico;
- Durante a consulta de enfermagem;
- Outros, quais? \_\_\_\_\_.

**19)** Em quais ciclos da vida são realizadas as tomadas de peso, altura e circunferências?

- Gestantes;
- Crianças (de 0 a 9 anos);
- Adolescentes (de 10 a 19 anos);
- Adultos (de 20 a 59 anos);
- Adultos com doença crônica (de 20 a 59 anos);
- Idosos (de 60 anos em diante).

**20)** Depois que você realiza as medidas antropométricas o que você faz com elas?

- Registra nos impressos do SISVAN, mas não anota no prontuário;
- Registra nos impressos do SISVAN e anota no prontuário;
- Registra nos impressos do SISVAN e anota no prontuário, mas não registra nas carteiras dos usuários (gestantes, crianças, adolescentes, adultos (hipertensos e diabéticos) e idosos);

Registra nos impressos do SISVAN, anota no prontuário e nas carteiras dos usuários (gestantes, crianças, adolescentes, adultos (hipertensos e diabéticos) e idosos);

Registra em todos os formulários acima citados, e ainda, discute com a equipe da unidade os resultados encontrados.

**21)** Você preenche a curva de crescimento na caderneta da criança?

Sim  Não

Se não, por quê? \_\_\_\_\_

**22)** Você sabe interpretar a curva de crescimento da caderneta da criança?

Sim  Não

**23)** Você preenche a curva de ganho de peso da carteira gestante?

Sim  Não

Se não, por que? \_\_\_\_\_

**24)** Você sabe interpretar a curva de ganho de peso da carteira da gestante?

Sim  Não

**25)** Você sabe o que é avaliação nutricional ou classificação do estado nutricional?

Sim  Não

**26)** Você sabe quais são os padrões de referência utilizados para se fazer a classificação do estado nutricional?

Sim  Não

**27)** Você poderia citar qual a referência é utilizada para cada um dos ciclos de vida abaixo discriminados:

Gestantes; \_\_\_\_\_

Crianças (de 0 a 10 anos); \_\_\_\_\_

- ] Adolescentes (de 11 a 19 anos); \_\_\_\_\_
- ] Adultos (de 20 a 59 anos); \_\_\_\_\_
- ] Adultos com doença crônica (de 20 a 59 anos); \_\_\_\_\_
- ] Idosos (de 60 anos em diante); \_\_\_\_\_
- ] Outra referência. Qual? \_\_\_\_\_

**28)** Você sabe dizer se os profissionais desta unidade conhecem a situação nutricional da população atendida?

- ] Sim  ] Não

**29)** Os profissionais de saúde utilizam essa informação para alguma estratégia?

- ] Sim  ] Não

Se não, por que? \_\_\_\_\_

**30)** A equipe usa a situação nutricional para o planejamento de seu trabalho (cuidado à população)?

- ] Sim  ] Não  ] Não sabe

**31)** Com que frequência são coletados os dados do SISVAN para cada ciclo de vida citado:

- ] Mensalmente independente do ciclo de vida;

] Criança : segundo calendário mínimo de consultas do programa da criança padronizado pelo município ( primeira semana, depois com 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses; após 2 anos anualmente até aos 9 anos);

] Adolescentes (pelo menos um registro por ano);

] Adultos : conforme calendário de consultas do programa de hipertensão e diabetes ( a cada 60 dias em média);

Idosos que não pertencem ao programa de hipertensão e diabetes no mínimo uma vez ao ano;

Eventualmente, não há uma rotina definida.

**32)** Após a classificação do estado nutricional, é realizada alguma orientação aos pacientes?

Sim  Não

Se não, por que? \_\_\_\_\_

**33)** Sobre quais temas que você realiza orientação?

---

---

---

**34)** Tem algum tema, que você não faz orientação, por que desconhece a conduta?

Sim  Não

**35)** Você gostaria de receber atualização em algum tema específico?

Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

**36)** Assinale abaixo quais são as dificuldades encontradas na execução das tarefas relativas ao SISVAN?

Falta de balanças;

Falta fitas inelásticas para as medidas de cintura e quadril;

Falta réguas / antropômetros para medir comprimento/altura;

Salas insuficientes e ou inadequadas;

Ausência de mapas de acompanhamento para registro dos dados;

Ausência de curvas e tabelas do padrão de referência para a classificação do estado nutricional;

- ] Dúvidas em relação a coleta de dados (peso, altura, etc.);
- ] Dúvidas no cadastramento de pacientes;
- ] Dúvidas no registro no mapa de acompanhamento;
- ] Dúvidas/Desconhecimento quanto a classificação do estado nutricional;
- ] Outras, quais? \_\_\_\_\_

**37)** Comente sobre essas dificuldades apontadas acima?

---

---

Você acha que as tarefas do SISVAN atrapalham a sua rotina de trabalho?

] Sim  ] Não

Se sim, por que? \_\_\_\_\_

---

**38)** Você considera o SISVAN importante?

] Sim  ] Não

**39)** Traz algum benefício para a sua Unidade?

] Sim  ] Não

Se sim, quais? \_\_\_\_\_

---

---

**40)** Quais mudanças você adotaria para melhorar as ações do SISVAN na sua Unidade?

---

---

## **ANEXO 2**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a), você está sendo convidado(a), por ser o responsável pela coleta de dados do SISVAN na sua Unidade, a participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA – SP. O SISVAN COMO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE que, está sendo desenvolvida por Fernanda Maria Vital Oliveira, aluna do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/ Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo - CRH/SES-SP, sob orientação da Professora Dra. Silvia Regina Dias Medici Saldiva.

A pesquisa tem como objetivo: avaliar o grau de implantação do SISVAN nas unidades de saúde e estratégias saúde da família do município de São João da Boa Vista. Para tanto, você deverá responder a um questionário sobre a coleta, processamento e análise dos dados de peso e altura dos usuários, assim como, questões sobre os equipamentos, uso de manuais, instalações e o seu entendimento sobre a rotina do SISVAN. Sua participação é voluntária, ou seja, você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas por você. Qualquer dado que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa através dos contatos ao final deste termo.

A sua participação é muito importante e contribuirá para a melhoria do SISVAN em nosso município, ela consistirá em responder as perguntas de um questionário que levará em torno vinte minutos.

A pesquisa não apresenta riscos para você. Os dados serão armazenados por 5 anos, conforme resolução 466/12 CONEP/CNS e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa, em arquivos digitais, com acesso somente da pesquisadora e sua orientadora. Os resultados serão divulgados de uma forma geral, sem identificação de unidades, em reunião com os gestores de saúde e com as unidades, com vistas ao aprimoramento do SISVAN no município, ao final da pesquisa, além da publicação de artigos científicos e da dissertação.

Li, estou de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceito participar da pesquisa.

Entrevistado \_\_\_\_\_

Dúvidas, reclamações e sugestões.

Contato com a pesquisadora responsável (para dúvidas relacionadas a pesquisa).

Departamento Municipal de Saúde - Avenida Dr. Oscar Pirajá Martins, 1520  
Bairro Santa Edwirges - São João da Boa Vista - SP

Telefone: (19) 3634-8124 / (19) 98196-0303

E-mail: [saude\\_nutricao@saojoao.sp.gov.br](mailto:saude_nutricao@saojoao.sp.gov.br)

[fernanda-vital@uol.com.br](mailto:fernanda-vital@uol.com.br)

Contato com o CEP: Comitê de Ética em Pesquisa - Instituto de Saúde (para dúvidas sobre procedimentos éticos).

E-mail [cetica@isaude.sp.gov.br](mailto:cetica@isaude.sp.gov.br)

Telefone: (11) 3116-8597

Você receberá uma via original desse termo com a assinatura do pesquisador responsável.

---

Fernanda Maria Vital Oliveira  
Nutricionista



## ANEXO 3 – Matriz de julgamento

Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista. USF 1				
Indicadores	Padrão	Valor máximo	Definição de pontos	Atribuído
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece claridade, permite privacidade, conforto térmico e tem espaço	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	5

	suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 – Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>25/70.100</b>	<b>35,7%%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista. USF 2</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece claridade, permite privacidade, conforto térmico e tem espaço	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	5

	suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10 - presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>25/70.100</b>	<b>35,7%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista. USF 3</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade,	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	5

	conforto térmico e tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 – Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>25/70.100</b>	<b>35,7%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>USF 4</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece claridade, permite privacidade, conforto térmico e	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	2

	tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>25/70.100</b>	<b>35,7%</b>



<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>USF 5</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade, conforto térmico e	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	5

	tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	3
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>25/70.100</b>	<b>35,7%%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>USF 6</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade, conforto térmico e	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	2

	tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>22/70.100</b>	<b>31,4%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>USF 7</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade, conforto térmico e	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	5

	tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	3
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>25/70.100</b>	<b>35,7%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>UBS 8</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade,	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	2

	conforto térmico e tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>22/70.100</b>	<b>31,4%</b>



<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>UBS 9</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade,	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	0

	conforto térmico e tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>70</b>	<b>20/70.100</b>	<b>28,5%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>UBS 10</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade,	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	2

	conforto térmico e tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau (%)</b>		<b>90</b>	<b>22/70.100</b>	<b>31,4%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>UBS 11</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade,	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	5

	conforto térmico e tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau(%)</b>		<b>70</b>	<b>25/70.100</b>	<b>35,7%</b>

<b>Matriz julgamento implantação do SISVAN Município São João da Boa Vista.</b>				
<b>UBS 12</b>				
<b>Indicadores</b>	<b>Padrão</b>	<b>Valor máximo</b>	<b>Descrição dos pontos</b>	<b>Atribuído</b>
Profissionais capacitados	Funcionários envolvidos nas ações do SISVAN capacitados em antropometria há menos de 2 anos.	10	10 - se todos os funcionários foram capacitados no período padronizado. 5 - se 50 % dos funcionários foram capacitados no período padronizado. 0 - se nenhum funcionário foi capacitado no período padronizado.	0
Adequação RH	Um funcionário em cada área de coleta de dados: criança, mulher/gestante e adulto/idoso.	10	10 - presença de um funcionário para cada área. 5 - se os funcionários se dividem entre as áreas. 0 - se não houver funcionário estabelecido para coleta de dados.	5
Entendimento sobre SISVAN	Entendimento dos objetivos da antropometria: fluxos, ciclos de vida, preenchimento e interpretação da curva, padrões de referência, planejamento de ações e orientações.	10	10 - entendimento de todos os objetivos descritos. 5 - entendimento em dois ou mais aspectos descritos. 0 - não tem entendimento de nenhum dos aspectos descritos.	5
Salas	Exclusiva para esse fim, oferece clareza, permite privacidade,	10	10 - se atende todos os critérios descritos. 5 - se atende a dois ou mais critérios descritos.	5

	conforto térmico e tem espaço suficiente para o trabalho.		0 - não atende a nenhum critério descrito.	
Equipamentos	Presença e bom estado de conservação e funcionamento de balança adulto, balança obeso, balança pediátrica (mecânica ou digital), estadiômetro infantil, antropômetro e maca.	10	10 - se todos equipamentos citados estão presentes e em bom estado de conservação e funcionamento. 5 - se possui de um a seis equipamentos descritos em bom estado de conservação e funcionamento. 0 - Não possui nenhum dos equipamentos descritos.	5
Materiais técnicos	Possuir protocolos, impressos, cadastros, mapa para acompanhamento do SISVAN, carteira da criança, da gestante, do adolescente, do HIPERDIA e dos idosos em quantidades suficientes.	10	10 - se possui todos os materiais e protocolos descritos e em quantidade suficiente. 5 - se possui todos os itens citados, mas em quantidade insuficiente. 0 - não possui nenhum dos itens citados.	5
Computadores	Estar presente.	10	10- presente. 0- ausente	0
<b>Grau(%)</b>		<b>70</b>	<b>25/70.100</b>	<b>35,7%</b>



## ANEXO 4 – Parecer CEP

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  
SP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA SP, O SISVAN COMO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE.

**Pesquisador:** Fernanda Maria Vital Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 42123415.0.0000.5469

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde CEPIS - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.032.989

**Data da Relatoria:** 23/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de um município do interior paulista composto de três partes distintas. Uma delas é a pesquisa avaliativa do tipo avaliação do grau de implantação, com abordagem quantitativa. Será construído um modelo lógico e uma matriz de julgamento com indicadores de processo de implantação. No modelo teórico serão demonstradas as etapas do trabalho a serem realizadas com base em análise documental (protocolos do Ministério da Saúde, portarias de instituição do SISVAN, Política Nacional de Alimentação e Nutrição), serão definidos os indicadores de estrutura (instalação física, os equipamentos e materiais existentes nas UBS/ESF para execução do SISVAN), serão analisados o grau de implantação e os resultados.

A segunda parte consistirá de uma investigação sobre o entendimento dos profissionais de saúde em relação ao SISVAN e sobre as dificuldades dos profissionais para executar as ações do Sistema de Vigilância. Serão entrevistados todos os profissionais das UBS envolvidos na coleta de dados, nas anotações, no envio dos dados e na digitação dos dados do SISVAN e estes são os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa. Participarão do projeto 39 profissionais, cujos dados serão obtidos por meio de questionário autoperenchido. Uma terceira parte do projeto consistirá em uma análise de dados secundários sobre a cobertura do SISVAN municipal e do perfil nutricional da

**Endereço:** Rua Santo Antônio, 500 - 1º andar  
**Bairro:** Bela Vista **CEP:** 01.314-000  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3116-8597 **Fax:** (11)3116-8523 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

Continuação do Parecer: 1.032.989

população cadastrada e acompanhada neste sistema de vigilância no município no ano de 2013 (banco de dados do Ministério da Saúde). A análise será feita por geoprocessamento.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Primário:**

Avaliar o grau implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no município de São João da Boa Vista.

**Secundários:**

- 1) Descrever a cobertura do SISVAN no município por UBS e ESF;
- 2) Construir um modelo lógico para avaliação do grau de implantação do sistema;
- 3) Identificar a estrutura de instalação física, os equipamentos e materiais existentes nas UBS/ESF para a execução do SISVAN;
- 4) Investigar o entendimento dos profissionais de saúde em relação ao SISVAN;
- 5) Investigar as dificuldades dos profissionais para executar as ações do SISVAN.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O desenvolvimento do projeto oferece riscos mínimos aos seus participantes, uma vez que os questionários sejam autopreenchidos e sem identificação pessoal.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo poderá contribuir com a implementação do sistema no município, aumento da cobertura da coleta de dados e das ações de vigilância alimentar e nutricional em todas as fases da vida, contribuindo, também para o planejamento de estratégias de melhorias do estado nutricional da população.

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  
SP



Continuação do Parecer: 1.032.989

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

O TCLE foi devidamente corrigido.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

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

As recomendações e pendências foram acatadas e corrigidas tanto nos itens 5 e 6 do projeto, como no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO PAULO, 23 de Abril de 2015

---

Assinado por:  
Ligia Rivero Pupo  
(Coordenador)