



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

Faculdade de Ciências da Saúde – FS

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA
ALIMENTAR E NUTRICIONAL - SISVAN, NO BRASIL**

BRASÍLIA-DF
2006

ANDRESSA ARAÚJO FAGUNDES ROMEIRO

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL – SISVAN, NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Roncada

BRASÍLIA-DF
2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Fagundes-Romeiro, Andhressa A.

Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil./ Andhressa A. Fagundes-Romeiro. Brasília-DF: 2006.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB.

Área de concentração: Epidemiologia e Políticas Públicas de Saúde.
Orientador: Dra. Maria José Roncada

Descritores: 1. SISVAN 2. Avaliação de programas e serviços de saúde 3. Avaliação em saúde 4. Monitoramento nutricional 5. Estado nutricional.

BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE: Profa. Dra. Maria José Roncada

Departamento de Nutrição
Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília

2º MEMBRO: Profa. Dra. Denise Costa Coitinho

Director Nutrition for Health and Development – NMH
World Health Organization – WHO

3º MEMBRO: Prof. Dr. Pedro Luiz Tauil

Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina
Universidade de Brasília

4º MEMBRO: Profa. Dra. Adriana Pederneiras Rebelo da Silva (Suplente)

Departamento de Nutrição
Universidade Católica de Brasília

Aos meus amados, **Gustavo** e **Sofia**: dispensam palavras, mas me despertam a escrever mil coisas de amor.

Gustavo, obrigada pela incessante dedicação e incentivo.

À minha filha, linda **Sofia**, meu anjo de candura, você me trouxe muita alegria e novos ensinamentos no meio desta caminhada tão árdua!

Fiz o máximo para, no meio de tantas demandas, acolher e responder a esses dois grandes amores.

AGRADECIMENTOS

Muito agradeço,

À Deus, a Quem me entrego, pela proteção, luz e força ... sempre!

À **Profª Maria José Roncada**, verdadeira orientadora e mestra, que aceitou esse desafio e me guiou, confiando em mim como profissional e pessoa, transmitindo-me muitos ensinamentos.

À minha amada irmã – **Lohraine**, pela presença sempre sensata e carinhosa.

Às amigas **Helen Duar** e **Luciana Sardinha**, com muito amor, que há muito extrapolam o ambiente profissional. O que dizer do suporte e colaboração de vocês?

À **Marilia Leão**, chefe incentivadora e compreensiva, e à **Maria de Fátima Carvalho**: muita coisa começou com o seu apoio. Vocês sabem do meu carinho!

Aos **colegas da CGPAN** que contribuíram, desde o tema até o resultado final deste trabalho. Em especial, ao **Fábio Teixeira**, responsável pelo Sistema: sei que foi difícil, mas deixo aqui os meus sinceros agradecimentos!

Às estagiárias de Nutrição **Rozane, Mariana, Fernanda e Luana**. Futuras profissionais que muito me ajudaram na coleta e análise dos dados.

Às novas e sempre colegas de Mestrado: **Heloísa, Paula e Janaína**, e às colegas **Carmen Dhália, Mie e Fernanda Alvim** que, mesmo sem tanta proximidade, estenderam-me as mãos e muito auxílio. Espero poder retribuir.

À todos os familiares, amigos e colegas que me incentivaram e acreditaram na proposta.

À banca examinadora, **Dra. Denise Coitinho, Dr. Pedro Taul e Dra. Adriana Pederneiras** que colaboraram com o trabalho, tornando-o, sem dúvida, de melhor qualidade. Além do agradecimento por serem grandes mestres e já terem contribuído com meu crescimento profissional e acadêmico também em outros momentos....

E claro, **aos responsáveis pelo SISVAN dos Estados e Municípios entrevistados**, que concederam informações tão essenciais para a realização da pesquisa. Sei que ainda teremos alguns trabalhos pela frente...

Os meus sinceros agradecimentos, obrigada!

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À **Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília**, que me recebeu oportunizando a realização do meu trabalho, acreditando e valorizando-o desde o princípio, oferecendo condições para sua finalização.

Ao Coordenador do **Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**, aos professores, às atendentes da Faculdade de Ciências da Saúde.

Ao **Comitê de Ética da Faculdade** de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília.

Ao **Departamento de Estatística**, da Universidade de Brasília, na pessoa do professor **Eduardo Freitas**, que colaborou com toda sua sabedoria.

Às **Secretarias Estaduais de Saúde** de todo o Brasil e às **Secretarias Municipais de Saúde** representadas na amostra, que apoiaram e participaram da pesquisa, vencendo cada dificuldade.

À **Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição** do Departamento de Atenção – Ministério da Saúde, sem a qual nada teria sido possível. Confiando na proposta, designou-me responsável pelo processo de avaliação da implantação do SISVAN, oferecendo condições de trabalho e suporte à pesquisa.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	10
ÍNDICE DE ANEXOS.....	13
APRESENTAÇÃO.....	14
PREFÁCIO.....	15
RESUMO.....	16
ABSTRACT.....	17
1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 A transição epidemiológica nutricional no Brasil.....	18
1.2 A importância do diagnóstico e monitoramento nutricional e as informações existentes no País	20
1.3 Sistemas de Informações de Saúde	23
1.4 A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	24
1.5 O SISVAN no Brasil – Histórico.....	27
1.6 Capacitações de recursos humanos.....	38
1.7 O SISVAN: definição e funcionalidades	43
1.8 Avaliação de Políticas Públicas.....	49
1.9 Definição e relevância dos estudos avaliativos.....	49
2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	61
3. OBJETIVOS.....	61
3.1. Objetivo geral.....	61
3.2. Objetivos específicos	61
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	62
4.2. Variáveis do estudo.....	62
4.3. Amostra.....	63
4.4. Procedimentos para coleta dos dados.....	64
4.5. Análise dos dados.....	67
4.6. Viabilidade do estudo.....	71
4.7. Definições de conceitos.....	72

4.8.	Considerações éticas.....	73
4.9.	Orçamento.....	73
5.	RESULTADOS.....	74
5.1	Resultados Estados.....	74
5.2	Resultados Municípios.....	91
6.	DISCUSSÃO	103
7.	CONCLUSÃO	113
8.	RECOMENDAÇÕES.....	115
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
	ANEXOS.....	125

ÍNDICE DE FIGURAS

Tabela 1 -	Os quatro tipos de Vigilância Alimentar e Nutricional e seus objetivos.....	34
Gráfico 1 -	Comparação do percentual de cobertura de acompanhamento das famílias com perfil das condicionalidades da saúde do PBF, no primeiro e segundo semestres, efetuados no módulo de gestão do SISVAN, Brasil e por Unidades da Federação – UF. Brasil, 2005.....	36
Gráfico 2 -	Percentual de capacitações estaduais do SISVAN, realizadas pelo Ministério da Saúde em 2004. Brasil, 2005.....	40
Tabela 2 -	Estatísticas das Capacitações Macrorregionais do SISVAN. Brasil, 2005.....	42
Tabela 3 -	Índices antropométricos utilizados no SISVAN e recomendados pelo Ministério da Saúde, segundo as fases do curso da vida.....	46
Tabela 4 -	Atributos das pesquisas avaliativas, segundo seus aspectos e características.....	52
Figura 1 -	Sugestão do fluxo de ações a serem seguidas para realização de estudos avaliativos.....	56
Figura 2 -	Modelo Lógico para a avaliação da implantação do SISVAN. Brasil, 2006.....	58
Tabela 5 -	Indicadores e variáveis definidos para classificar o Grau de Implantação do SISVAN, em nível estadual. Brasil, 2006.....	69
Tabela 6 -	Percentual de amostragem e protocolos respondidos na Pesquisa de Avaliação do SISVAN, segundo Regiões. Brasil, 2006.....	74
Tabela 7 -	Grau máximo de escolaridade do Coordenador Estadual de Alimentação e Nutrição e concentração na Área de Nutrição, segundo Regiões. Brasil, 2006.....	75
Tabela 8 -	Situação dos estados pelo nível de replicação das capacitações, segundo o percentual de municípios e Regionais de Saúde capacitados em SISVAN pela Coordenação Estadual e Região. Brasil, 2006.....	76
Gráfico 3 -	Percentual dos temas das capacitações realizadas na esfera estadual, segundo a Região. Brasil, 2006.....	77
Tabela 9 -	Avaliação das Capacitações em SISVAN – Estaduais e Macrorregionais, realizadas pelo Ministério da Saúde, segundo média de pontuação por tópico avaliado. Brasil, 2006.....	78

Gráfico 4 -	Percentual da utilização dos instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para implantação do SISVAN, segundo regiões. Brasil, 2006.....	80
Gráfico 5 -	Percentual da avaliação dos instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a implantação do SISVAN. Brasil, 2006.....	81
Gráfico 6 -	Percentual das parcerias realizadas com outras instituições para o fortalecimento das ações do SISVAN. Brasil, 2006	82
Gráfico 7 -	Percentual do apoio do CECAN para a implantação do SISVAN, segundo ações e regiões. Brasil, 2006.....	83
Gráfico 8 -	Percentual de incrementos por parte dos Estados para o desenvolvimento das ações do SISVAN. Brasil, 2006.....	84
Gráfico 9 -	Percentual de estados que já realizavam SISVAN, anteriormente à proposta de padronização do Ministério da Saúde, segundo Regiões. Brasil, 2006.....	85
Tabela 10 -	Percentual de acompanhamento nutricional, segundo o público monitorado e a periodicidade, conforme relato das Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição. Brasil, 2006.....	85
Gráfico 10 -	Percentual de utilização das informações geradas pelo SISVAN nos Estados, segundo informações dos Coordenadores Estaduais. Brasil, 2006.....	86
Gráfico 11 -	Grau de Implantação do SISVAN nos estados, segundo indicadores de processo definidos pela equipe de gestão nacional, determinados por meio do relato dos Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição. Brasil, 2006.....	88
Tabela 11 -	Grau máximo de escolaridade do Coordenador Municipal de Alimentação e Nutrição e concentração na Área de Nutrição, segundo estrato. Brasil, 2006.....	89
Gráfico 12 -	Avaliação dos instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a implantação do SISVAN por parte dos Coordenadores Municipais de Alimentação e Nutrição. Brasil, 2006.....	93
Gráfico 13 -	Percentual da utilização dos instrumentos do SISVAN disponibilizados pelo MS por parte das EAS, segundo os estratos. Brasil, 2006.....	94
Gráfico 14 -	Percentual de municípios que utilizam estratégia de captação dos indivíduos para fins de monitoramento nutricional, segundo os estratos. Brasil, 2006.....	96

Tabela 12 -	Percentual de acompanhamento segundo o público monitorado e a periodicidade, segundo relato das Coordenações Municipais de Alimentação e Nutrição. Brasil, 2006.....	96
Gráfico 15 –	Percentual de municípios que já realizavam Vigilância Alimentar e Nutricional anteriormente à proposta do MS, segundo os estratos. Brasil, 2006.....	97
Tabela 13 -	Responsabilidades de cada esfera de governo para o aprimoramento do processo, segundo o relato dos Coordenadores Municipais. Brasil, 2006.....	99
Gráfico 16 -	Percentual dos relatos dos avanços obtidos com a implantação do SISVAN em nível municipal. Brasil, 2006.....	100
Tabela 14 -	Grau de implantação do SISVAN nas capitais dos estados brasileiros, segundo região geográfica de abrangência e indicadores estabelecidos pela equipe de gestão nacional. Brasil, 2006.....	100
Tabela 15 -	Avaliação da percepção da equipe gestora do SISVAN do MS, quanto ao Grau de Implantação desta ação nos estados. Brasil, 2006.....	102

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I -	O SISVAN em outros Países da América.....	126
Anexo II -	Portaria Interministerial do SISVAN.....	127
Anexo III -	Análise de dados do SISVAN.....	129
Anexo IV -	Exemplo de tela de seleção de ‘filtros’ (cruzamentos de variáveis) do relatório de saída do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Módulo Municipal.....	130
Anexo V -	Fração da amostra municipal da Pesquisa de Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.....	134
Anexo VI -	Ofícios de encaminhamento da solicitação e convite de participação na pesquisa de avaliação da implantação do SISVAN, e orientação do preenchimento do protocolo.....	132
Anexo V II-	Protocolo Estadual de Avaliação do Processo de Implantação do Sistema Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil.....	136
Anexo VIII -	Protocolo Municipal de Avaliação do Processo de Implantação do Sistema Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil.....	142
Anexo IX -	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas	148
Anexo X -	Termo de Ciência da Instituição.....	149
Anexo XI -	Planilha de orçamento da pesquisa.....	151

APRESENTAÇÃO

“... o SISVAN não pode ser uma bússola com apenas os quatro indicadores cardinais de sua história de 25 anos no País. Deve ser ampliado para representar, com presteza e acuidade, no painel epidemiológico e no cenário econômico, social e político, os agravos e riscos para todo o ciclo de vida, desde a concepção até a velhice, sem omitir o registro e as medidas para corrigir as assimetrias que fazem do Brasil um dos três países mais desiguais de todo o mundo”.¹

“Mais importante do que descobrir as verdades, é o processo de descobrir as verdades”.²

¹ BAPTISTA FILHO, Malaquias. **SISVAN: breve história, grandes perspectivas**. In: Boletim Eletrônico do SISVAN. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN. Ministério da Saúde. Boletim Nº 01. Out/2005. Disponível em www.saude.gov.br/nutricao. Acessado em 10 de janeiro de 2006.

² ARRUDA, Bertoldo Kruse G. de. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Frustrações, desafios e perspectivas**. Cad Saúde Públ., Rio de Janeiro (RJ), v.8 (1): p. 96-101, jan/abr, 1992.

PREFÁCIO

Esta Dissertação está sendo apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, como requisito parcial necessário para a obtenção do título de Mestre.

O conteúdo é apresentado de modo a atender às exigências do Programa e facilitar a leitura e compreensão do tema: revisão bibliográfica e descrição do trabalho intitulado: “Avaliação do Processo de Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil”, por meio da justificativa, introdução geral do tema com o referencial teórico, apresentação da metodologia, resultados e discussão, recomendações, conclusão geral e anexos.

Serão extraídos dois artigos científicos com os resultados e desdobramentos da Dissertação, os quais serão submetidos para publicação na revista Cadernos de Saúde Pública³, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, indexado às bases de dados *Medline* e *Scielo* e na Revista Pan-americana de Saúde Pública³, indexada ao *Medline* e *Scielo*.

³ Sujeito a alterações.

RESUMO

AValiação DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - SISVAN NO BRASIL

O quadro nutricional atual do País revela mudanças no padrão nutricional da população, indicando a existência concomitante de baixo peso/ desnutrição e excesso de peso/ obesidade, o que traz significativos desafios ao setor saúde. O SISVAN tem o propósito de, a partir das informações da atenção básica do SUS, orientar o planejamento das ações pertinentes e analisar os programas nutricionais. Apesar da tentativa governamental de implantar o SISVAN no País existir há mais de 30 anos, até 2003 não havia uma padronização nacional e informatização desencadeada pelo Ministério da Saúde – MS.

A estratégia de implantação do SISVAN, adotada no Brasil, e iniciada em 2004, é composta pela (i) realização de eventos de sensibilização aos gestores e profissionais da atenção básica de saúde, (ii) capacitação de recursos humanos, (iii) instalação do sistema nos municípios e (iv) elaboração e distribuição de materiais técnicos. A avaliação da implantação do SISVAN, objetivo deste estudo, visou analisar a qualidade dessa estratégia, por meio da percepção dos coordenadores locais, as dificuldades e os problemas encontrados na implantação, bem como propor as recomendações pertinentes. Trata-se de um estudo descritivo. Foram elaborados protocolos de avaliação, estadual e municipal, com questões quantitativas e qualitativas.

A pesquisa abrangeu as 27 Unidades da Federação e uma amostra probabilística representativa, estratificada pelo tamanho populacional, de 271 municípios (variabilidade de 12%). Para coleta de dados, os protocolos foram disponibilizados em uma página na internet e, construído exclusivamente para esse fim, com acesso restrito e senha para cada informante. A análise foi realizada no Excel e SAS, baseado nos indicadores de processo definidos pela equipe de gestão nacional do SISVAN. Foi definido o Grau de Implantação do SISVAN (Crítico, Aceitável e Satisfatório), por meio de um modelo validado de classificação, estabelecido pela pontuação de 07 indicadores construídos por 14 variáveis dos protocolos aplicados.

Os resultados da pesquisa mostraram que a implantação do SISVAN encontra-se em Grau Aceitável em 44% dos Estados e Grau Crítico para 100% das capitais. Alguns problemas foram identificados: rotatividade de profissionais, falta de material e equipamentos, problemas com a operacionalização do sistema e priorização inadequada da ação, entre outros. Essa pesquisa indicou que o SISVAN não está implantado em nível nacional como o esperado pelo governo federal. Porém, em 2006, reconhece-se o avanço na sua implantação devido à sua padronização e a um conjunto de novos incentivos políticos, embora ainda não suficientes para garantir a utilização local das informações do estado nutricional da população.

Os resultados deste estudo afirmam que ainda há um longo caminho para o SISVAN percorrer: efetivar sua utilização nos municípios e garantir que as informações geradas sejam transformadas em ações, planejamento e avaliação de políticas públicas.

Palavras chaves: SISVAN, Avaliação de Implantação, Monitoramento Nutricional Avaliação de programas e serviços de saúde.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE IMPLANTATION FOOD AND NUTRITION SURVEILLANCE SYSTEM - SISVAN IN BRAZIL

The nutritional scenario of Brazil reveals changes in the population's nutritional patterns, indicating the concomitant existence of low weight/ malnutrition and overweight/ obesity, which brings significant challenges to health sector. The SISVAN intends to guide the planning of pertinent actions and to analyze nutritional programs, based on information from basic health attention in the Brazilian National Health System (SUS). Despite several governmental attempts to implant the SISVAN in Brazil in the last 30 years, there was no national standardization and computerization led by the Ministry of Health until 2003.

The implantation strategy of the SISVAN, adopted in Brazil and initiated in 2004, is composed by: accomplishing sensibilization events for managers and basic health attention professionals, training human resources, installing the computer system in municipalities and elaborating and distributing technical materials. The evaluation of SISVAN's implantation, the objective of this study, was directed to assess the quality of this strategy, by means of the perception of local nutrition coordinators about difficulties and problems found in implantation, as well as the proposition of pertinent recommendations. It is, so, a descriptive study. Evaluation protocols for state and municipal-level have been elaborated, with quantitative and qualitative questions.

The research enclosed all 27 Units of the Brazilian Federation (states) and a representative probability sample, stratified by population size, of 271 municipalities (12% variability). For data collection, protocols were made available in a website, exclusively built for this evaluation, with restricted access and passwords for each informer. Analysis was carried out using Excel and SAS programs, based on process indicators defined by the national management team of SISVAN. The Implantation Level of the SISVAN was defined as Critical, Acceptable or Satisfactory, by means of a validated classification model, established by the number of points of 07 indicators, built by using 14 variables existent in the protocols.

Research results have shown that SISVAN implantation meets an Acceptable Level in 44% of the states and a Critical Level for 100% of their capitals. Problems listed included: rotativity of professionals, lack of materials and equipments, problems in making the computer system operational and inadequate prioritization of this action, among others. This research had indicated that the SISVAN was not implanted nationally as expected by the federal government. However, in the year 2006, there have been advances in its implantation due to standardization and to a set of new political incentives, even though it has not been enough to ensure the local use of information about the population's nutritional state. Results indicate that there is still a long path for the SISVAN: to accomplish its use in municipalities and to ensure that its information is transformed into action, planning and evaluation of public policies.

Palavras chaves: SISVAN, Avaliação de Implantação, Monitoramento Nutricional Avaliação de programas e serviços de saúde.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NUTRICIONAL NO BRASIL

A transição epidemiológica é o resultado de mudanças nas tendências dos padrões de morbi-mortalidade e fecundidade, que determinam alterações na estrutura populacional. A evolução gradual dos problemas de saúde, que agora são caracterizados pelo aumento e maior predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT, processam alterações na maneira de adoecer e de morrer da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Um outro processo ligado também a essas modificações, porém associado aos padrões de alimentação e nutrição da população, é a transição nutricional. As mudanças econômicas, sociais e demográficas têm grande influência sobre a modificação desses padrões, no contexto do processo saúde-doença.

No campo da nutrição, a transição epidemiológica representa uma abordagem específica de mudanças abrangentes no perfil de morbi-mortalidade que expressa, por sua vez, alterações no ecossistema da vida coletiva: habitação, saneamento, hábitos alimentares, níveis de ocupação e renda, dinâmica demográfica (urbano x rural), acesso e uso social das informações, escolaridade, utilização dos serviços de saúde, aquisição de novos estilos de vida, meios de diagnóstico, mudanças culturais expressivas ocorridas nas últimas décadas e outros desdobramentos (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003; BRASIL, 2005a).

As evidências científicas atuais apontam, de forma inequívoca, para o impacto da alimentação saudável na prevenção de mortes prematuras causadas por doenças cardíacas, câncer e outras DCNT, como diabetes, hipertensão e, também, a obesidade que, por si só, aumenta o risco dessas, e de outras doenças graves (BRASIL, 2005a; 2005e; MONTEIRO et al., 2000). Vale ressaltar que, nas últimas décadas, as DCNT passaram a liderar as causas de óbito do País (BRASIL, 2005e).

Nos últimos 25 anos, melhoraram, significativamente, o acesso, a cobertura e a resolutividade das ações de saúde no Brasil. Como resultado, mais de 90% das mães são atendidas no período pré-natal e no parto, a proteção vacinal universalizou-se e houve progresso no tratamento das doenças de elevada prevalência para a maioria da população. Esses dados são decisivos no que se refere às demandas nutricionais, pois

influenciam e favorecem a melhoria da condição nutricional da população (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003).

Essa transição epidemiológica nutricional tem colocado, constantemente, novos desafios aos gestores do setor saúde e de outros distintos setores governamentais, principalmente no que tange ao financiamento das ações de saúde. As DCNT são onerosas para o Sistema Único de Saúde – SUS e aumentam a necessidade de prevenção, pesquisas, vigilância e promoção da saúde e defesa da vida saudável, para que sejam adequadamente gerenciadas (BRASIL, 2005c; 2005e; 2004c; MONTEIRO et al., 2000).

A prevenção e o controle dos fatores de risco dessas doenças são fundamentais para evitar seu crescimento epidêmico e suas conseqüências nefastas à qualidade de vida e ao sistema de saúde do País (BRASIL, 2004c; 2005c; 2005e; BARATA et al., 1997).

Atualmente, a obesidade está presente em todos os estratos de renda. Os últimos estudos populacionais mostraram o aumento de sua prevalência em mulheres de baixa renda e em homens. O comportamento está descendente nas mulheres adultas de renda mais elevada devido, provavelmente, ao acesso às informações sobre alimentação saudável, modos de vida saudáveis, importância da atividade física, entre outras (IBGE, 2004; BRASIL, 2005c; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O aumento da prevalência de obesidade, que ocorreu de forma bem acelerada nas últimas duas décadas, pode ter algumas explicações: mudanças das características genéticas, condições ambientais e interação de fatores genéticos e ambientais. Além disso, a modernização das sociedades provocou aumento da oferta de alimentos, aliada à melhoria dos instrumentos de trabalho, como a mecanização e automação (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003), com conseqüente redução de gasto energético.

Pelo exposto, verifica-se que o processo de transição nutricional epidemiológica vem acontecendo no Brasil de maneira marcante. Hoje, a divergência desses dois extremos nutricionais são grandes desafios ao setor saúde: de um lado a insuficiência alimentar e, de outro, o excesso de peso.

1.2. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO NUTRICIONAL E AS INFORMAÇÕES EXISTENTES NO PAÍS

O estado nutricional de eutrofia de uma população é considerado um indicador positivo de saúde, ao contrário da maioria dos indicadores clássicos de morbidade e mortalidade, que medem a ausência de saúde. Porém, as informações nutricionais existentes no Brasil são aquelas oriundas de inquéritos populacionais, sem periodicidade definida, devido à inexistência de geração das informações nutricionais de forma sistemática e às deficiências na qualidade dos dados dos sistemas de informações de saúde (LEAL e BITTENCOURT, 1997).

Deve-se a Josué de Castro, com seu trabalho pioneiro “*Geografia da Fome*”, a iniciativa de consolidar e sistematizar informações sobre a situação alimentar e nutricional em escala epidemiológica. Na realidade, somente a partir de 1975 é que se dispõe, no Brasil, de inquéritos representativos da situação nutricional do País e suas diferentes macrorregiões (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003; 1993).

Alguns estudos de âmbito nacional e macrorregional com dados de alimentação e nutrição foram realizados nesses últimos 30 anos: Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF, 1974/75), Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 1995/96) e, mais recentemente, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2002/2003).

O primeiro inquérito nutricional com dimensão nacional foi realizado em 1974/75, sob a coordenação da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, e assessoria da FAO, com objetivo de avaliar o consumo alimentar, a estrutura da despesa familiar e o estado nutricional de uma amostra da população – trata-se do ENDEF (LEAL e BITTENCOURT, 1997; BRASIL, 2005b).

Já em 1989, a PNSN foi realizada para avaliar o estado nutricional da população brasileira e caracterizar condições de saúde e estrutura sócio-econômica das famílias investigadas (INAN, 1990; BRASIL, 2005b).

Na área de saúde materno-infantil, os dados mais atuais referem-se à PNDS, realizada pela BENFAM em 1995/96, que avaliou o estado nutricional de crianças menores de cinco anos e o de suas mães (LEAL e BITTENCOURT, 1997; BRASIL, 2005b; IBGE, 1997).

Com o objetivo de aprimorar o sistema de estatísticas socioeconômicas produzidas pelo IBGE, foi realizada a Pesquisa sobre Padrões de Vida – PPV, em

1996/1997, nas regiões metropolitanas, em outras áreas urbanas e na área rural das regiões Nordeste e Sudeste do País, visando indicar e qualificar os determinantes do bem-estar social e possibilitar a identificação dos impactos das políticas governamentais nas condições de vida domiciliar. Trata-se de um levantamento multitemático, abrangendo informações sobre domicílios, famílias, anticoncepção, saúde, antropometria, educação, trabalho, empreendimentos, mobilidade ocupacional e uso do tempo, tendo como unidade de coleta os domicílios das regiões selecionadas (BRASIL, 2005b).

Ainda na década de 90, o Instituto de Alimentação e Nutrição – INAN, em conjunto com universidades brasileiras, realizou um estudo multicêntrico, visando avaliar a nutrição, o consumo alimentar de uma amostra de indivíduos de sete grandes cidades brasileiras (Rio de Janeiro, Curitiba, São Paulo, Salvador, Campinas, Goiânia e Ouro Preto), resultando no Estudo Multicêntrico (BRASIL, 2005b).

Depois destes estudos, somente um novo estudo, realizado em 2003, a Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, traz dados antropométricos de adultos e com determinação indireta de consumo alimentar (IBGE, 2003). Outras POF foram realizadas anteriormente (1988/89, 1995/96), porém, sem incorporação de dados antropométricos (IBGE, 2004; BRASIL, 2005b).

Comparando-se os resultados desses estudos é possível verificar o declínio marcante da prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos (BATISTA FILHO e RISSIM, 2003; IBGE, 1997; IBGE, 1997; INAN, 1990). A desnutrição infantil no Brasil diminuiu de 19,8% (ENDEF, 1974/75) para 6,8% (PNDS, 1995/96), em cerca de 20 anos.

A população adulta também sofreu declínio acentuado dos casos de desnutrição entre 1975 e 1989, quando, em todas as regiões, com exceção do nordeste rural, a prevalência de casos de baixo Índice de Massa Corporal – IMC passou a equivaler aos valores encontrados em países desenvolvidos – cerca de 5% (IBGE, 1977; 1997; INAN, 1990).

Além da expressiva queda da prevalência de desnutrição infantil no País, a comparação das prevalências de desnutrição e de obesidade entre crianças traz informações relevantes. Observa-se que, em meados da década de 70, havia quatro vezes mais crianças desnutridas do que obesas e, essa proporção, ao final da década de 80, diminuiu para pouco menos de duas crianças desnutridas para uma obesa (BRASIL, 2005a; 2005b). Já a prevalência de obesidade entre crianças menores de cinco anos

manteve-se, segundo revelam os dados dos três inquéritos nacionais: 4,6% ENDEF, 4,6% PNSN e 4,3% PNDS (IBGE, 1977; 1997; INAN, 1990; BRASIL, 2004c; 2005b; 2005c; IBGE, 2004).

Infere-se, a partir dos dados nutricionais do País, que a segurança alimentar e nutricional deve, concomitantemente, prever ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nas diferentes fases do curso da vida e nos diferentes grupos populacionais. A promoção da saúde deve significar o reconhecimento da complexidade dos seus determinantes, exigindo-se, simultaneamente, abordagens mais qualitativas, bem como associações a estratégias participativas e territorializadas de vigilância (CZERESNIA e FREITAS, 2003).

Uma ação primordial para que os gestores, em parceria com os profissionais e a população, assumam o papel para melhorar a qualidade da saúde é ter o conhecimento dos perfis epidemiológico, socioeconômico e cultural de seus municípios e estados e acompanhar a evolução e tendências desses perfis; isto é, conhecer o processo saúde/doença e o papel dos vários setores de atividade nesse processo: alimentação, saneamento, acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Esse diagnóstico de saúde poderá servir de subsídio para nortear ações e formular políticas públicas de intervenção. A falta de diagnóstico, do monitoramento da saúde da população e de planejamento de atividades faz com que as Secretarias de Saúde exerçam atividades voltadas para a cura e não para a prevenção de doenças e promoção da saúde (BARATA et al., 1997; BRASIL, 2003a; 2003b).

A experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções em Saúde Pública tem sido atribuído ao enfoque da vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de vida favoráveis à saúde e à qualidade de vida, tendo um custo menor do que abordagens para doenças específicas (BRASIL, 2004).

A vigilância da saúde reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendências das doenças e dos fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle das mesmas (BRASIL, 2005d; 1997).

Frente ao perfil epidemiológico nutricional da população brasileira, consolida-se a Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito da atenção à saúde, como instrumento fundamental para o cumprimento da agenda de saúde dos usuários do SUS, em especial,

o crescimento e desenvolvimento das crianças, a promoção da alimentação saudável e a prevenção de doenças.

1.3. SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Conceber sistemas de informações como instrumentos de vigilância, destinados à coleta, registro e geração de informações para o processo de diagnóstico precoce e tomada de decisões e padronização de fluxo de dados, seja na dimensão técnica ou política, é essencial. Um sistema de informação deve ser arquitetado na qualificação de suas ações como produtor de conhecimentos e descritor de realidades (BRASIL, 1995).

Com o processo de descentralização do setor saúde proposto pelo SUS, a crescente responsabilização dos municípios com a oferta e gestão dos serviços é uma realidade inquestionável. A esmagadora maioria dos municípios brasileiros assumiu a implementação da agenda setorial. A descentralização tornou-se a condição para a eficácia política, em razão da exigência de um fluxo de informação a partir da base e do reconhecimento de sua autonomia (BODSTEIN, 2000; ARRUDA, 1992).

Para atingir esses preceitos definidos na Constituição Federal de 1988 e, mais especificamente, nas Leis Federais 8.080 e 8.142, de 1990, que estabeleceram o SUS, há necessidade de contar, entre vários outros mecanismos, com os sistemas de informação em saúde que possam responder com maior agilidade e especificidade à nova lógica de gerenciamento e redirecionamento do setor.

Afirma, acertadamente, Becker (1991), que à medida que se utilizam os dados onde foram gerados e em níveis mais próximos dos locais onde os eventos ocorrem, cresce a necessidade de que os mesmos sejam mais oportunamente disponíveis, e as análises, objetivas e rápidas, a fim de que as decisões possam ser prontamente tomadas e as ações implantadas.

É importante lembrar que esses fatores tecnológicos provocam grandes mudanças nas instituições e essas modificações são, geralmente, absorvidas de forma lenta em nível institucional, embora a tecnologia da informação avance de forma acelerada. Esse descompasso pode gerar a perda da eficiência e credibilidade dos sistemas de informação e, por outro lado, essa eficácia pode aumentar à medida que a organização aprende a administrá-los corretamente (ARRUDA, 1992).

Entende-se por sistema de informação o processo de transformação de dados em informações. O conhecimento sobre a situação de saúde requer informações sobre o

perfil de morbidade e de mortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes, as características demográficas e informações sobre os serviços – recursos humanos, infra-estrutura e outros (ROUQUAYROL e ALMEIDA, 1999).

O SISVAN, enquanto um sistema de informações, tem como propósito, a partir das informações geradas nos Estabelecimentos de Assistência à Saúde – EAS, avaliar e conhecer o perfil nutricional da população atendida na atenção básica à saúde. Justifica-se como um dos diagnósticos locais importantes para o controle de agravos e promoção da saúde e nutrição (BRASIL, 2005e; sd; 1988; SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2002).

1.4. POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Em 1998, com a ampla necessidade da construção de políticas públicas que orientassem as ações do governo e da sociedade na área de alimentação e nutrição, em decorrência da extinção do INAN, o Ministério da Saúde iniciou um processo de articulação para elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN.

A construção dessa política pública foi baseada no perfil epidemiológico da população brasileira e na discussão com representantes do Sistema Único de Saúde – SUS, com profissionais e gestores de outros diferentes setores governamentais, com a sociedade civil e com especialistas do assunto.

Algumas etapas sucederam-se a partir do documento elaborado pelo Grupo Técnico de Especialistas em Nutrição: oficina de trabalho, onde entidades governamentais e não-governamentais revisaram e propuseram sugestões ao texto; formação de Grupo Técnico do Ministério da Justiça, para releitura do documento na ótica dos direitos humanos; reenvio aos participantes com coleta de novas sugestões até fevereiro de 1999 e validação da proposta pela Comissão Intergestores Tripartite (comissão representada pelos gestores de saúde das três esferas de governo – federal, estadual e municipal) e pelo Conselho Nacional de Saúde (instância máxima de controle social na área da saúde).

A PNAN foi aprovada por meio da Portaria nº. 710 GM, de 10 de junho de 1999, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). Seu objetivo principal é contribuir com o conjunto de políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à

alimentação e nutrição adequadas e à garantia da segurança alimentar e nutricional da população.

Todas as ações de alimentação e nutrição, com base nas diretrizes da PNAN, sob gestão do Ministério da Saúde, derivam do princípio de que o acesso à alimentação adequada, suficiente e segura é um direito humano inalienável (BRASIL, 2005a). A este princípio são inerentes algumas implicações das ações: regulação, planejamento e prática, no âmbito da atenção básica à saúde e nos demais esferas de atribuição governamental.

A PNAN tem como diretrizes a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e o controle de distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, o desenvolvimento de pesquisas, a formação de recursos humanos e o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos.

Vale ressaltar que a responsabilidade de assegurar o direito humano à alimentação adequada a toda a população deve ser compartilhada por outros setores governamentais e pela sociedade como um todo, e as estratégias que orientam essas ações devem combinar iniciativas de articulação intersetorial, regulamentação, informação, comunicação e capacitação de profissionais (BRASIL, 2005a).

A Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN é responsável por programar e orientar as ações de Alimentação e Nutrição, com base nas sete diretrizes estratégicas propostas pela PNAN, a serem desenvolvidas pelos diversos setores envolvidos nas três esferas de governos. Para desencadear essas ações, a CGPAN conta com uma rede de colaboração e parceria, responsável por desenvolver, operacionalizar e apoiar essas ações. A rede é formada pelas seguintes instituições:

- . Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, também conhecidas como Área Técnica de Alimentação de Nutrição – ATANs, existentes em todas as Unidades Federativas do País, nas Secretarias Estaduais de Saúde;

- . Coordenações Municipais de Alimentação e Nutrição, existentes em quase todos os municípios brasileiros e localizadas nas Secretarias Municipais de Saúde;

- . Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição – CECANs, que totalizam seis no Brasil, representados em nível regional⁴, principalmente por Universidades

⁴ A região Nordeste é dividida em dois Centros Colaboradores devido sua grande extensão territorial e número de estados. Os estados da Bahia, Alagoas e Sergipe fazem parte do Nordeste II, representados

Federais e Instituições Acadêmicas, a saber: Universidades Federais do Pará – UFPA, da Região Norte; de Pernambuco – UFPE, da Região Nordeste I; da Bahia, – UFBA, da Região Nordeste II; a Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz, responsável pela Região Sudeste; e Universidade Federal do Paraná - UFPR, da Região Sul. Esses colaboradores são responsáveis por oferecer apoio técnico-científico quanto às ações de Alimentação e Nutrição aos estados de suas regiões.

. Centros de Referência em Alimentação e Nutrição, representados também, por Universidades, escolhidos para oferecer apoio e tecnologia de pesquisa à CGPAN. Estão representados por três instituições no País: Universidade de Brasília – UnB, Universidade de Pelotas – UFPel e Universidade de São Paulo – USP. Esses Centros de Referência foram escolhidos por se tratarem de Universidades conhecidas e recomendadas no meio científico como “de notório saber”. Vale ressaltar que essas instituições têm suas áreas de pesquisas voltadas para os interesses da área de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica.

O Ministério da Saúde colabora financeiramente com os Centros Colaboradores e de Referência, e com as Coordenações Estaduais, mediante a celebração de convênios para o desenvolvimento das ações de Alimentação e Nutrição em nível estadual, bem como por meio da disponibilização de materiais de apoio, orientação técnica e acompanhamento das ações executadas e realização de pesquisas. Os planos de trabalho constantes da programação das Secretarias Estaduais são elaborados em comum acordo com a programação da CGPAN, em conformidade com a PNAN, porém, sendo respeitadas as conveniências e necessidades locais.

A terceira diretriz da PNAN, que trata do monitoramento da situação alimentar e nutricional concretiza-se, primordialmente, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, objeto deste estudo, que tem como finalidade conhecer e acompanhar a situação nutricional da população brasileira, em todo o território nacional.

Com essa diretriz, propõe-se a descrever continuamente as tendências de saúde e nutrição da população, em nível individual ou coletivo, e seus fatores determinantes nos segmentos sociais e/ou grupos biológicos de maior risco nutricional, caracterizando-os por área geográfica, visando à melhoria das condições de saúde e nutrição dessa população (BRASIL, 2003).

pela Universidade Federal da Bahia. Os 6 outros estados são de responsabilidade da Universidade Federal de Pernambuco, no que diz respeito às ações de Alimentação e Nutrição.

Assim, essa e outras ações são desencadeadas e operacionalizadas até chegar aos serviços de saúde em nível local, com base na capilaridade e interlocução da rede de nutrição formada, em consonância com a hierarquia de gestão do SUS.

1.5. O SISVAN NO BRASIL – HISTÓRICO

As ações de Vigilância Alimentar e Nutricional são preconizadas desde os anos 70, pela Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Pan-americana da Saúde – OPAS e *Food and Agriculture Organization of the United Nations* – FAO. Baseadas no conceito de promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam, essa informação visa fundamentar decisões a serem tomadas pelos responsáveis pela política, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional (BRASIL, 2004a).

O conceito de vigilância alimentar consolidou-se em meio à crise mundial de alimentos, quando as reservas de cereais caíram, desestabilizando os preços do mercado internacional e afetando a situação alimentar, com o agravamento da fome coletiva nos países pobres (BATISTA FILHO, 2005).

A Conferência de Alma-Ata, realizada na Rússia, em 1978, ao recomendar princípios, prioridades e compromissos internacionais para a extensão de cobertura das ações básicas de saúde para todos os povos do mundo, incorporou a Vigilância Alimentar e Nutricional como um requisito essencial do direito universal à saúde, explicitando o papel estratégico dos Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no monitoramento desse objetivo (BATISTA FILHO, 2005).

Embora tenha sido preconizado há mais de 30 anos, a história mostra que o SISVAN, no Brasil, foi impulsionado por dois acontecimentos: a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, quando foi regulamentado por meio da Lei Orgânica de Saúde do SUS 8.080, em 1990 e, por meio da publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNaN, em 1999, comentada anteriormente (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2002).

A tentativa governamental para a implantação do SISVAN no Brasil teve início em 1977; desde então, o Ministério da Saúde trabalhou para implantar o monitoramento nutricional nos municípios, seguindo os padrões propostos por iniciativas similares em

outros países da América (Chile, Cuba, México e outros) e de organismos internacionais (Anexo I).

Embora seu conceito seja amplo, assumindo que a rede causal de determinação do estado nutricional reflete fatores múltiplos, encadeados e simultâneos, desde a condição de acesso aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes e adequadas até a sua utilização biológica, o País avançou para construir um sistema essencialmente de caráter nutricional, de cunho descritivo-operacional (OLIVEIRA et al., 1997).

Em 1972 e, novamente, em meados de 1976, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, (autarquia do Ministério da Saúde fundada em 1972 e extinta em 1997), propôs a implantação do SISVAN, baseando-se na construção de um sistema de informação para a vigilância do estado nutricional direcionado ao diagnóstico e tratamento da desnutrição infantil. Essa tentativa não teve desdobramentos e não foi concretizada em nível nacional (BRASIL, 2004a; SANTANA e SANTOS, 2004).

Após a criação do SISVAN, mediante a Portaria nº 1.156, publicada no Diário Oficial da União – DOU, de 31/08/1990, pelo INAN, foi estabelecido um Comitê Assessor para prestar apoio técnico-operacional à implementação do SISVAN, e um Grupo Técnico de Coordenação desse Comitê.

Implantou-se, então, em escala de projeto-piloto, um modelo de SISVAN em dois contextos operacionais: um, em área metropolitana (Recife, PE), utilizando a rede de serviços básicos de saúde da Previdência Social (INAMPS) e outro, no interior do Estado da Paraíba (Piancó e Itaporanga), com base em serviços públicos de saúde providos pelo governo do estado e dos municípios. Tratava-se de um protótipo simplificado: classificação antropométrica da situação nutricional pelo método de GOMEZ (Peso/Idade), suplementação alimentar, acompanhamento dos casos de desnutrição e promoção do aleitamento materno (BATISTA FILHO, 2005).

Cerca de quatro anos depois dessa experiência, o SISVAN foi implantado em vinte municípios do Estado de Pernambuco, passando a produzir um boletim trimestral, numa seqüência de 23 números, por um período de seis anos. As informações divulgadas nesse boletim eram sobre peso ao nascer, estado nutricional das mães e crianças, aleitamento materno e comportamento dos preços de bens e serviços nas despesas familiares, com ênfase no custo dos alimentos na zona metropolitana do Recife. Assinalou-se, nesse momento, uma expansão rápida do SISVAN no Brasil,

incluindo os Estados do Ceará, Paraíba, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Pará e Goiás (BATISTA FILHO, 2005; BRASIL, 2004a).

Posteriormente, em 1993, com a criação do “Programa Leite é Saúde” (Plano de Combate à Fome e à Miséria do Governo Federal), o SISVAN ganhou maior dimensão, pois foi estabelecido como requisito para a adesão dos municípios a esse Programa; porém, tornou-se uma ação restrita à sua triagem, não tendo evoluído como um sistema de vigilância nacional (BRASIL, 2004a; SANTANA e SANTOS, 2004).

O mesmo ocorreu em 1998, quando o SISVAN foi um dos pré-requisitos para adesão ao Programa de “Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN”: o critério de permanência do município no Programa era o envio regular de dados às instâncias específicas de Coordenação da Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2004a). Em termos operacionais e administrativos, a estratégia ganhou um avanço decisivo, pois os municípios criaram a rotina de enviar essas informações conforme o recomendado.

Vale ressaltar que o processo de organização e funcionamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no País era atrelado à celebração de convênios efetuados entre o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, e as Secretarias Estaduais de Saúde, os Centros Colaboradores e de Referência em Alimentação e Nutrição (OLIVEIRA et al., 1997).

Assim, com a implantação do ICCN, foram encaminhados a todos os municípios que aderiram ao programa, formulários para coleta de dados nos Estabelecimentos de Assistência à Saúde – EAS e por Agentes Comunitários de Saúde. Ao final de cada mês as Secretarias Municipais de Saúde – SMS deveriam mandar, às Secretarias Estaduais de Saúde – SES, os formulários do SISVAN consolidados, como cumprimento do fluxo estabelecido, para que, trimestralmente, os mesmos fossem encaminhados ao âmbito nacional. Todo esse processo era feito por meio de formulários e planilhas em sistemas de coleta manual (BRASIL, 2004a).

Entre as décadas de 80 e 90, portanto, existiram tentativas estaduais para definição de protocolos de Vigilância Alimentar e Nutricional e adoção na rotina de saúde, organizada pelo INAN. Essas iniciativas, contudo, não geraram uma ação consolidada, no âmbito das três esferas gestoras do SUS, que possibilitasse a comparação de dados em nível nacional, devido à inexistência de definição de fluxo, uniformidade e sistematização das informações.

A aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, veio reforçar, por meio de uma de suas sete diretrizes, que a Vigilância Alimentar e Nutricional fosse ampliada e aperfeiçoada, de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o País. Estabeleceu, ainda, as seguintes funções para o SISVAN: suporte para o planejamento e o ajuste de programas, a atualização contínua e a análise sistemática de informações concernentes à situação alimentar e nutricional do País (BRASIL, 2003).

No ano 2000, a CGPAN, organizou o I Encontro de Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição, quando foi demandada, por parte dos gestores participantes, a urgente informatização e uniformização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, em nível nacional.

Frente a essa solicitação, a CGPAN realizou, em 2001, o diagnóstico da situação do SISVAN no Brasil, deparando-se com algumas importantes limitações: baixa cobertura, pouca qualidade dos dados, descontinuidade no envio dos dados, falta de integração entre os sistemas existentes (iniciativas estaduais e municipais), duplicidade na coleta de informações, dados coletados considerando as informações por consultas realizadas e não por indivíduos atendidos, dados de demanda ou rotina dos serviços e não de base populacional, e ainda, informações somente sobre estado nutricional (peso e altura) e não alimentares (dados de consumo alimentar) (BRASIL, 2004a). O público sujeito acompanhado pelo SISVAN dessa época era composto, essencialmente, pela população materno-infantil.

Nesse mesmo ano (2001), para auxiliar na gestão do programa de transferência de renda com condicionalidades do governo federal de combate à fome e mortalidade infantil e desnutrição em famílias pobres do País, o Bolsa-Alimentação, o SISVAN foi reestruturado pelo MS, visando monitorar as condições de saúde dos beneficiários do aludido programa. Entre as ofertas de serviços de saúde que deveriam existir para esses beneficiários estavam: consultas de pré-natal, dados de peso e vacinação regular do bebê, além do estímulo ao desenvolvimento físico e psicológico da criança, e o recebimento de orientações sobre cuidados com alimentação e nutrição. O SISVAN teve grande adesão com esse programa, principalmente, quando disponibilizado na internet aos municípios que o acessavam e enviavam dados com mais frequência.

Visando também atender às prioridades do novo governo federal, eleito em 2000 – combate à fome e à desnutrição -, em 2002 foi iniciado um processo de reestruturação

do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, sob a direção e definição técnico-científica a cargo da própria CGPAN/MS, que contou com a participação de especialistas dos CECANs e das ATANs para definição do escopo do Sistema. A informatização ficou sob responsabilidade do Datasus, o departamento de informática (processamento e banco de dados) do SUS.

A CGPAN contou, também, com a participação das áreas técnicas do MS, responsáveis pelas diferentes fases do curso da vida, visando pactuar os indicadores nutricionais recomendados por esses responsáveis. Nesse sentido, foram chamados a participar a Coordenação do Aleitamento Materno, a Saúde da Criança, da Mulher, do Adolescente, do Idoso e as áreas de Hipertensão e Diabetes, para informações sobre as DCNT e saúde da população adulta, e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, para transmissão de tecnologia e experiências sobre sistemas de informação e indicadores de saúde.

Os fundamentos doutrinários e estratégicos do SISVAN no Brasil tornam-se singularmente oportunos, pertinentes e relevantes, desde que foi formalizado, a partir de 2003, a segurança alimentar e nutricional reconhecida como a maior prioridade do governo e da sociedade brasileira (BATISTA FILHO, 2005). Seus indicadores permitem a mobilização de gestores de saúde, profissionais, comunidades e famílias para a melhoria das condições nutricionais dos brasileiros (BRASIL, 2004a; 2003; 1994).

Na área da saúde, seu papel assume uma importância muito especial, com o dinamismo dual do rápido processo de transição alimentar e nutricional que o País vivencia. Diversificou-se o espectro de problemas, como já mencionado anteriormente, universalizando-se uma pauta variada de demandas para todas as idades, extrapolando o público materno-infantil como era no início e visando, também, a todos os estratos sócio-econômicos (BATISTA FILHO, 2005).

Assim, a elaboração e desenvolvimento de um sistema de informação, para registro do acompanhamento do estado nutricional na rede de atenção básica à saúde, com o objetivo de agilizar os procedimentos e estender a cobertura em todo o País, visou ampliar e aperfeiçoar as ações da Vigilância Alimentar e Nutricional, resgatando sua proposta original, entendido como um sistema estratégico de análise conjunta de dados provenientes dos diversos sistemas de informação de base nacional, como o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema da Atenção Básica (Siab), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações

Hospitalares (SIH/SUS), Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (Sinan) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIH/SUS).

- **Características e estratégias da implantação do SISVAN no Brasil**

Com a conclusão do projeto de concepção do sistema para a esfera municipal, ao final do ano de 2003, a CGPAN trabalhou na elaboração de um plano para implantação desta nova proposta SISVAN em nível nacional, que incluíram alguns desdobramentos:

1. Pactuação nas instâncias do SUS: Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e, ainda, no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA, que assessora o Presidente da República.
2. Capacitações de recursos humanos (descrito a seguir).
3. Realização de testes pilotos do sistema – Módulo Municipal em Balneário Camboriú, Teresina e Porto Alegre;
4. Elaboração e distribuição de materiais de apoio: a CGPAN desenvolveu materiais de apoio técnico aos profissionais de saúde estaduais e municipais, universidades e instituições afins, de modo a regulamentar os objetivos e normatizar os parâmetros contemplados, visando apoiar as capacitações e a efetiva implementação do SISVAN. Foram publicados e distribuídos à rede de colaboração de Alimentação e Nutrição:
 - i. Norma técnica: Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde.
 - ii. Conjunto de cartazes sobre a correta tomada de medidas antropométricas:
 - . Como pesar crianças menores de dois anos.
 - . Como medir crianças menores de dois anos.
 - . Como pesar crianças maiores de dois anos, adolescentes e adultos.
 - . Como medir crianças maiores de dois anos, adolescentes e adultos.
 - iii. Álbuns seriados:
 - . Antropometria: Como pesar e medir.

- . O que é Vida Saudável?
 - . Dez passos para alimentação saudável: guia para crianças menores de dois anos.
- iv. Manual do Sistema (disponibilizado em meio eletrônico).
 5. Finalização do sistema – módulo de gestão, para recebimento e controle das informações geradas no módulo municipal.
 6. Publicação da Portaria: recentemente, em 2004, um grande avanço para o respaldo e a recomendação do monitoramento nutricional em nível nacional foi a publicação da Portaria Ministerial nº 2.246, de 18/10/2004, DOU de 20/10/2004 (Anexo II), “instituinto e divulgando as orientações para implementação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito das ações básicas de saúde do SUS, em todo o território nacional”. Este instrumento veio reforçar a relevância desta ação para a Saúde Pública.
 7. Lançamento Nacional do SISVAN, realizado em Duque de Caxias – RJ, no dia 18 de outubro de 2004, onde foi assinada a Portaria e testado o sistema em um EAS, com a presença do Ministro da Saúde e profissionais e o Ministro da Saúde.
 8. Boletim Eletrônico do SISVAN: em 2005 a CGPAN elaborou e divulgou este instrumento que disponibiliza os principais indicadores que descrevem a situação alimentar, nutricional e de saúde da população brasileira, bem como os documentos e algumas tabelas dos principais inquéritos nacionais sobre alimentação e nutrição do país, e relatos de experiências de sucesso com ações de SISVAN. A proposta é que tenha periodicidade trimestral.

Segundo Rothe e Habitch (1998), existem quatro tipos de Vigilância Alimentar e Nutricional, que são definidas (Tabela 1) segundo seus objetivos.

Conforme descrito no objetivo do segundo tipo de SISVAN, um outro escopo da vigilância nutricional que vem sendo cumprido no Brasil é o controle e avaliação de programas.

Tabela 1 – Os quatro tipos de Vigilância Alimentar e Nutricional e seus objetivos.

Alerta precoce	Prevenção da redução de consumo de alimentos em curto prazo.
Políticas e planejamento de programas	Aumentar o impacto e avaliar as políticas expressas através de programas.
Administração e avaliação de programas	Racionalizar e maximizar a efetividade dos programas nutricionais.
Programação ou identificação de problemas	Utilizar indicadores relacionados com o estado nutricional como base para chamar atenção das autoridades, com o objetivo de obter recursos necessários para solucionar os problemas.

Fonte: Rothe e Habitch, 1998.

O Programa Bolsa Família – PBF, é o programa de transferência de renda do Governo Federal, cuja gestão nacional é de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Esse programa tem o objetivo de reduzir o *déficit* nutricional e a mortalidade infantil entre as famílias mais carentes do Brasil, por meio do repasse de recurso financeiro diretamente aos beneficiários selecionados e conta com a contrapartida do cumprimento de algumas condicionalidades por parte dos beneficiários, com o objetivo de vincular as famílias ao sistema de saúde (BRASIL, 2005c).

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pelo acompanhamento das famílias que possuem crianças menores de sete anos (vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento) e gestantes (assistência pré-natal e estímulo ao aleitamento materno).

Dessa forma, a partir de 2005, o SISVAN passou a ser o instrumento responsável pela coleta e sistematização dos dados de acompanhamento das condicionalidades da saúde dos beneficiários do Programa Federal Bolsa Família – PBF (BRASIL, 2005c). Este fato mobilizou e estimulou os gestores municipais a utilizarem este sistema. Cumpre saber que fazem parte das ações programáticas do programa o

provimento dessas informações de saúde e o incentivo à oferta das ações de saúde por parte da atenção básica (BRASIL, 2005c).

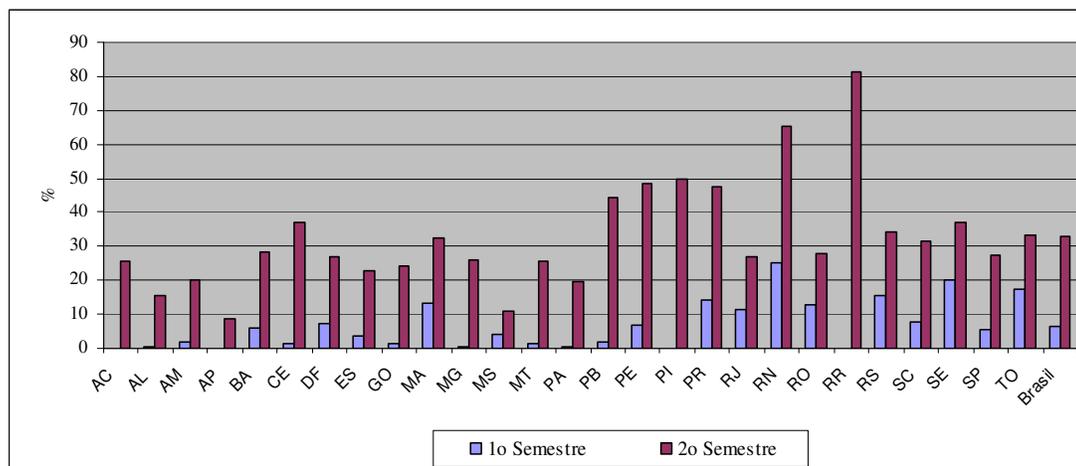
Para acompanhar as famílias, os profissionais da atenção básica obtêm, por meio da página eletrônica do SISVAN, o formulário de acompanhamento com a lista dos nomes e endereços das famílias e, depois de efetivado o acompanhamento, inserem os dados coletados em um módulo específico do PBF, disponível no módulo de gestão do SISVAN, e geram relatórios. Esse módulo informatizado foi disponibilizado de março de 2005 a julho de 2005, para a vigência do 1º semestre de acompanhamento e de agosto de 2005 a janeiro de 2006, para o 2º semestre.

O Ministério da Saúde fomenta a adesão dos gestores do PBF ao registro do acompanhamento das famílias e à divulgação das informações dessas condicionalidades por meio do SISVAN. As três esferas de governo do Sistema Único de Saúde estão envolvidas neste processo. O objetivo maior é contribuir para a qualificação do benefício monetário transferido, destacando, no âmbito da prestação de serviços de atenção básica à saúde, o seguimento das famílias incluídas socialmente pelo PBF.

O Gráfico 1 representa a comparação entre o desempenho das UF nos dois semestres de 2005, em relação ao acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, por meio do SISVAN.

Conforme relatado por Duar (2006), ao comparar o primeiro e segundo semestre de acompanhamento de 2005 observa-se um aumento de 3,8% de famílias beneficiárias, totalizando 5,7 milhões. Houve um aumento de 138,1% de municípios que informaram dados, totalizando 3.979, e aumentou 419,5% o número de famílias acompanhadas pela rede de saúde entre os dois semestres (362.410 para 1.882.558). Destas, 98,4% cumpriram as condicionalidades da saúde exigidas pelo PBF, o que afirma a validade dos esforços realizados em 2005 pelas três esferas de governo. Dessa forma, o SISVAN contribui para a qualificação de informações sobre beneficiários de programas sociais.

Gráfico 1 – Comparação do percentual de cobertura de acompanhamento das famílias com perfil das condicionalidades da saúde do PBF, no primeiro e segundo semestres, efetuados no módulo de gestão do SISVAN, Brasil e por Unidades da Federação – UF. Brasil, 2005.



Extraído de: Duar, 2006.

Finalizando este histórico, é necessário relatar que duas grandes dificuldades enfrentadas para implantação do SISVAN perduraram até meados de 2005: a pendência da finalização e entrega do módulo de gestão e a pendência da geração dos arquivos com o banco de dados das populações municipais, que alimentam o sistema, ambas de responsabilidade do DATASUS. Esses fatores geraram descontentamentos entre os coordenadores dos estados e municípios que aderiram à ferramenta informatizada, pois tratam dos instrumentos designados ao controle e gestão dos dados coletados e inseridos pelos municípios e à alimentação e preparação da base para funcionamento do sistema, respectivamente.

A equipe de Monitoramento, Investigação e Avaliação em Alimentação e Nutrição, CGPAN do MS, responsável pelo SISVAN, chegou a iniciar um processo de elaboração e pactuação para a publicação de uma portaria de incentivo financeiro para apoiar as ações de Vigilância Nutricional no país. A intenção era repassar, de forma regular, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, uma quantia destinada ao apoio e fortalecimento da implementação das diretrizes da PNAN, em nível local, incluindo o SISVAN. Essa medida reforçaria a institucionalização da PNAN e, conseqüentemente, do SISVAN, permitindo sua transcendência e sustentabilidade, em longo prazo, configurando-se em uma contribuição concreta do Setor Saúde no rol

de ações do Governo Federal para o combate à fome, à pobreza e para promoção da inclusão social.

Infelizmente, essa ação não obteve êxito por não ser considerada, à época, como prioridade na identificação de orçamento. Porém, há um compromisso de retomar a proposta em momento oportuno, uma vez que foi criado grupo técnico ministerial para encaminhar essa demanda.

Em 2005, além da conclusão e lançamento do Módulo de Gestão do SISVAN, a CGPAN realizou algumas visitas de supervisão. Para conhecer suas especificidades no processo de implantação do SISVAN e de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, as supervisões foram realizadas em 5 municípios de grande porte – Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Curitiba, Fortaleza e Distrito Federal, e em 4 municípios nordestinos de pequeno porte. Neste último caso, o objetivo foi avaliar, de forma qualitativa, a oferta dos serviços e registro das condicionalidades da saúde. Essas supervisões reforçaram ainda mais a necessidade de avaliar o processo de implantação, ora sendo realizado.

Outra ação para fortalecer a implantação do SISVAN foi a realização de compra e distribuição de equipamentos antropométricos, pela CGPAN (balanças para pesagens de adultos e balanças pediátricas, antropômetros e balanças de campo), que foram entregues a todas as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, em todas as UF, visando à formação de um laboratório de antropometria que contribua na formação e capacitação de profissionais envolvidos com o SISVAN.

Em 2006, os materiais técnicos elaborados (Norma técnica do SISVAN, Manual de orientação do Programa Bolsa Família) estão sendo revisados e em negociação para reimpressão e distribuição aos estados e municípios; algumas supervisões locais estão sendo realizadas; o suporte técnico continua a orientar gestores e profissionais que têm dúvidas e buscam o Ministério da Saúde; o módulo municipal está sendo, constantemente, revisado, atualizado e homologado e, principalmente, grandes esforços continuam sendo realizados para fomento do acompanhamento dos beneficiários do Bolsa Família, por meio do SISVAN.

Ainda em 2006, o Datasus fez o primeiro processamento dos dados de monitoramento nutricional alimentados e enviados pelos 1.032 municípios brasileiros, nos anos de 2003, 2004 e 2005. No Módulo de Gestão do SISVAN, foram gerados os relatórios estatísticos com informações sobre o estado nutricional de crianças menores de 10 anos, considerando-se o indicador de P/I. Segundo redatores do Boletim do

SISVAN (Brasil, 2005b), Ministério da Saúde, é necessário cautela na utilização dos dados e interpretação das informações divulgadas, pois as crianças atendidas pelo SISVAN não correspondem a uma amostra representativa da população dessa faixa etária (Anexo III).

É possível observar na análise dos dados uma redução importante da prevalência de baixo peso/desnutrição entre as crianças, que reduziu de 11,7% em 2003 para 8,5% em 2004 e 6,6% em 2005. Por outro lado, verifica-se uma tendência de aumento da prevalência de crianças em risco de sobrepeso ao longo dos três últimos anos: taxas que passaram de 3,7% em 2003, para 4,5% em 2004 e alcançaram 6,1% em 2005, revelando uma tendência condizente com o panorama epidemiológico mundial.

A proposta atual é enfatizar e consolidar a Vigilância Alimentar e Nutricional como ação a ser desenvolvida pelos profissionais da atenção básica (Equipes de Saúde da Família e dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde), como instrumento fundamental para o cumprimento da agenda de saúde dos usuários do SUS, em especial, o crescimento e desenvolvimento das crianças, promoção da alimentação saudável e das ações que visam ao fortalecimento de outros programas, das três esferas de governo.

1.6. CAPACITAÇÕES DE RECURSOS HUMANOS

A estratégia para a implantação do SISVAN adotada no País visou entre outras ações, à instalação do sistema informatizado nas Coordenações Municipais de Alimentação e Nutrição, por meio da capacitação de recursos humanos, realização de eventos de sensibilização dos gestores, ampliação de sua abrangência e o fortalecimento das atividades por meio da elaboração de publicações técnicas relativas ao assunto.

A CGPAN realizou capacitações sobre o SISVAN no período de outubro de 2003 a agosto de 2005, em dois momentos, e com metodologias distintas: Capacitações Estaduais e as Capacitações Macrorregionais.

✓ Capacitações Estaduais

Inicialmente a CGPAN realizou capacitações de profissionais de saúde e de informática, atuando na atenção básica de saúde, em nível estadual, com o objetivo de padronizar e qualificar as informações do SISVAN (BRASIL, 2004a). As capacitações foram dirigidas aos profissionais estaduais e municipais, por meio de metodologia

específica, habilitando-os na utilização do módulo municipal sistematizado e nos temas Antropometria, Segurança Alimentar e Nutricional, Avaliação e Indicadores Nutricionais e a construção da Atitude de Vigilância.

Inicialmente foram capacitados 08 técnicos da CGPAN/MS (nutricionistas e técnicos de informática responsáveis pelo aplicativo) para ministrar o treinamento sobre as ações de Vigilância Nutricional nos estados e municípios. O objetivo foi formar profissionais multiplicadores, visando desencadear o processo de capacitação para implantação nacional e qualificar os usuários do sistema nas secretarias de saúde (estaduais e municipais).

Essas capacitações foram realizadas por meio de encontros presenciais, no período de outubro de 2003 a novembro de 2004, com carga-horária de 16 horas; utilizou-se metodologia participativa, contando com técnicas de dinâmica de grupo, apresentações orais, aulas práticas de antropometria e uso de funcionalidades do sistema.

Tais capacitações foram realizadas por meio da demanda das Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, as quais escolhiam os municípios e/ou Regionais de Saúde a serem capacitados, a partir de critérios locais. O Ministério da Saúde deslocava uma dupla de técnicos (um profissional de nutrição e um de informática) para o estado ou Regional de Saúde, para realizar as capacitações em turmas compostas por, no máximo, vinte e cinco municípios. Para cada município era solicitada a participação de um profissional da saúde responsável pelo SISVAN e outro de informática. Técnicos federais e locais definiam a logística previamente à capacitação.

Essas capacitações contemplaram a abordagem dos seguintes temas:

1. Segurança alimentar e nutricional: reforça o SISVAN como instrumento para monitorar e auxiliar a garantia da segurança alimentar e nutricional da população, segundo o preconizado nas duas Conferências Nacionais ocorridas com esse tema;
2. Vigilância alimentar e nutricional: aborda os parâmetros recomendados para a avaliação nutricional e seus indicadores em todas as fases do curso da vida;
3. Antropometria (controle de qualidade): capacitação prática sobre os métodos antropométricos (“como pesar e medir”) e a sensibilização quanto à atitude de vigilância dos profissionais para a execução das ações de vigilância alimentar e nutricional.

- Utilização do aplicativo: apresentação e treinamento prático sobre o sistema, abordando a instalação, utilização do aplicativo e emissão de relatórios.

No momento das capacitações era solicitado aos representantes de cada Estado e/ou Município a elaboração e apresentação de um Plano de Metas com o planejamento do desdobramento das capacitações para a efetiva implantação das ações de vigilância alimentar e nutricional em nível local.

As primeiras capacitações, iniciadas em outubro de 2003, tiveram como foco os estados identificados como prioritários pelo Programa Fome Zero – Piauí e Rio Grande do Norte -, abrangendo, posteriormente, outros que demandaram o processo. Nesse período, foram capacitados 2.026 municípios de 26 UF, representando 36,0% do total de municípios do país. Apenas o estado de Rondônia não solicitou capacitações.

Ao longo do processo foram capacitados 928 profissionais da saúde e 1.088 técnicos de informática. Esse dado revela que nem sempre os gestores municipais indicaram os dois técnicos para participarem da capacitação, como previsto e solicitado pelo Ministério da Saúde.

Destaca-se que a região Sul apresentou o maior número de municípios capacitados (44,66%), seguida da região Nordeste com 41,52% (Gráfico 2). Embora não tenha sido tratado como região prioritária para esta ação, o destaque ao número de municípios capacitados da região Sul deve-se, primordialmente, ao fato do estado do Rio Grande do Sul ter dado continuidade ao processo de implantação com seus profissionais multiplicadores.

Gráfico 2 – Percentual de capacitações estaduais do SISVAN, realizadas pelo Ministério da Saúde, em 2003 e 2004. Brasil, 2005.



Extraído do: Sistema de Controle das Capacitações Estaduais do SISVAN. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN, Ministério da Saúde, Brasil, janeiro de 2005.

✓ **Capacitações Macrorregionais**

Em um segundo momento, a CGPAN desencadeou as Capacitações Macrorregionais em Atitude de Vigilância, realizadas entre maio e agosto de 2005.

Foram realizadas 11 capacitações, com a presença de 643 profissionais de saúde, das cinco regiões geográficas brasileira e da totalidade dos estados, sendo agrupados pela proximidade geográfica. O objetivo era atingir o maior número de participantes possível em um curto espaço de tempo e que os mesmos multiplicassem os conteúdos nos seus estados, além de reforçar o conteúdo de “atitude de vigilância”.

A metodologia foi baseada na pedagogia da problematização: construção coletiva dos problemas enfrentados e discussão de soluções, objetivando ampliar o conhecimento dos profissionais, como participantes e agentes de transformação das ações do SUS. Foram realizadas em dois dias, com técnicas participativas, dinâmicas de grupo, aulas práticas, filmes, apresentações orais, estudo de caso e sensibilização para a atitude de vigilância. Os temas abordados foram:

1. Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN: apresentação das sete diretrizes da PNAN, as ações possíveis, recomendadas e realizadas pelas UF, no âmbito de cada diretriz, com realização de trabalho de grupo por estado. Oportunamente foi apresentada a proposta da Estratégia Global para uma Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde;
2. Estudo de Caso: apresentação de relatórios do módulo municipal com dados reais do SISVAN (dados gerados pelos próprios municípios quando disponíveis);
3. Apresentações teóricas:
 - . Marcos teóricos do SISVAN
 - . Antropometria
 - . Estado Nutricional da Gestante e Caderneta de Saúde da Criança
 - . Programa Bolsa Família
 - . Sistema de Gestão e Módulo Municipal do SISVAN
 - . Materiais educativos e informacionais produzidos pela CGPAN

A logística de organização contou com o envio prévio de ofícios aos gestores responsáveis estaduais locais. A lista de participantes foi sugerida pela CGPAN, ficando a cargo de cada estado aceitar a sugestão ou modificá-la de acordo com a realidade e disponibilidades locais, obedecendo sempre o número de vagas oferecido. Os

participantes eram potenciais parceiros, identificados pelo efetivo compromisso com a proposta (BRASIL, 2006).

Os participantes eram profissionais das Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, profissionais da atenção básica das Secretarias Estaduais de Saúde, os responsáveis pela área de alimentação e nutrição das regionais de saúde e capitais, Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição – CECANs, membros dos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional Estaduais, Universidades com curso de Nutrição, membros dos Conselhos Estaduais de Saúde, profissionais do DATASUS e outros identificados pelas Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição das Secretarias Estaduais de Alimentação e Nutrição de cada Estado (Tabela 2).

As macrorregionais foram avaliadas diariamente, de três formas distintas, mediante instrumentos definidos previamente pela equipe gestora da CGPAN: avaliação das atividades por meio de notas; auto-avaliação dos participantes, que expressavam diversas sensações e sentimentos por meio de ícones; e avaliação da equipe de facilitadores por meio de relatos dos acontecimentos do dia.

Tabela 2 - Estatísticas¹ das Capacitações Macrorregionais do SISVAN. Brasil, 2005.

Número de capacitações realizadas	11
Número de profissionais de saúde participantes	643
Número de estados capacitados	27
Número de Regionais de Saúde	357
Número de municípios ²	5.564
Média de participantes por evento	57

¹ Dados referentes ao período de 30/Maio/2005 a 05/Agosto/2005.

² Esse número representa uma estimativa do potencial de municípios brasileiros que deverão ser capacitados pelas Regionais de Saúde, participantes dessas capacitações.

Fonte: BRASIL, 2006.

Ressalta-se que a concepção dessas capacitações adotou os princípios da atenção básica, no que se refere a intersetorialidade, interdisciplinaridade e promoção da saúde. Os resultados das avaliações permitem afirmar que os objetivos foram alcançados: a média nacional atribuída ao evento foi 4,0 em uma escala de 0-5.

As estatísticas de acompanhamento e supervisão da replicação, realizada pela CGPAN, demonstram que a multiplicação está sendo realizada: 70% das UF iniciaram a

capacitações, sendo que, destas, 58% iniciaram logo após a macrorregional da qual o estado participou. Todos os estados que ainda não iniciaram o processo têm propostas para o ano de 2006.

Essas capacitações geraram alguns produtos e desdobramentos de tarefas: publicação de um manual contendo a metodologia utilizada (BRASIL, 2006), incremento das informações de condicionalidades do setor saúde do PBF, fortalecimento da necessidade de avaliar a implantação do SISVAN, acompanhamento da replicação das capacitações, dentre outros.

1.7. O SISVAN: DEFINIÇÃO E FUNCIONALIDADES

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, é um sistema de informação cujo objetivo é conferir a necessária racionalidade e agilidade de fluxo como base de decisões nas ações de alimentação e nutrição e promoção da saúde, em qualquer das três esferas de governo – municipal, estadual e federal. Propõe a produção de dados que se originam da dinâmica das mudanças obtidas em situações que não podem ser observadas em cortes transversais, isto é, em dados que são coletados apenas uma vez (BRASIL, 2004a; LEAL e BITTENCOURT, 1997).

Segundo a OPAS (1998), uma vez geradas informações e indicadores nutricionais, estes permitem uma vigilância contínua dos aspectos operacionais e do impacto de programas sobre o estado de nutrição da população beneficiária.

O referido sistema foi concebido a partir de diretrizes consideradas fundamentais:

- Utilização de indicadores já consagrados pela comunidade científica e essenciais na avaliação nutricional;
- Cobertura para todas as fases do curso da vida (gestantes, crianças, adolescentes, adultos e idosos);
- Simplicidade e facilidade de operacionalização em nível local;
- Flexibilidade e autonomia do município na sua utilização;
- Contribuição para a qualificação das ações básicas de saúde e geração de informações agregadas e estratégicas para as esferas municipal, estadual e federal.

Algumas etapas são necessárias para a realização da vigilância. A primeira delas é a coleta de dados. Esta deve considerar o modelo de organização da atenção à saúde

no local e a disponibilidade de recursos (humanos, financeiros e de infra-estrutura). Os procedimentos englobam a adequada aferição das medidas antropométricas, a correta classificação e diagnóstico nutricional individual e a devida anotação nos formulários (BRASIL, 2004a; ENGSTRON et al., 2003). A coleta dos dados nutricionais deve ser realizada periodicamente; eventos mobilizadores de grandes contingentes de população, como os "Dias Nacionais de Vacinação" deverão ser aproveitados como oportunidades para a realização de sua coleta (BRASIL, 2004a).

Outra etapa prevista na vigilância nutricional é a consolidação dos dados, que visa totalizar os dados coletados e ordená-los para o cálculo das frequências absolutas e relativas. Todo esse processo é informatizado pelo SISVAN, com a oferta de relatórios pré-estabelecidos para as três esferas governamentais, desagregando-os em nível individual, quando pertinente.

A análise dos dados é a etapa em que ocorre a transformação desses dados em informação. Faz-se necessário interpretar as informações, compreendendo suas potencialidades e limitações.

Uma vez transformados em informações, a divulgação é o desfecho das atividades de vigilância. No SISVAN, o uso das informações resultantes da análise orienta as ações a serem desencadeadas, ou seja, cumpre seu objetivo principal: informação para ação.

A equipe responsável pela divulgação deve ter habilidade para traduzir os resultados obtidos para o público em questão (população, profissionais, gestores, instâncias de controle social e outros) e divulgá-los com clareza. Informes, boletins, relatórios, panfletos e cartazes, são alguns exemplos de divulgação escrita das informações.

Na atenção básica podem ser destacados dois objetivos clássicos das informações geradas pela Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN:

1. Monitorar a situação nutricional de grupos populacionais específicos (fases do curso da vida), segundo características definidas.
2. Subsidiar políticas públicas e ações para promoção da saúde e da alimentação saudável, e para prevenção e controle de agravos nutricionais.

As informações geradas têm como finalidade orientar a tomada de decisões dos gestores de saúde em todas as esferas de Governo; em nível local, orientar ou reorientar ações para melhorar a assistência prestada aos usuários dos serviços básicos de saúde e programas comunitários, por meio da implementação do conceito de *Atitude de*

Vigilância, valorizando o estado nutricional como um componente fundamental para a saúde (BRASIL, 2004a; BATISTA FILHO e RISSIN, 2003; 1993).

No âmbito da rede de serviços, a vigilância deve ser incorporada às rotinas de atendimento para monitorar o estado nutricional de cada usuário, visando à detecção da situação de risco e à prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia da reversão ao quadro de adequação (BRASIL, 2004a; CASTRO, 1995; ENGSTRON et al., 2003).

Nesse sistema, a população monitorada por meio das ações de Vigilância Nutricional, é formada por indivíduos de qualquer fase do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes que procurarem, por demanda espontânea os Estabelecimentos de Assistência à Saúde – EAS do SUS ou que forem assistidos pelos programas Saúde da Família – PSF e Agente Comunitário de Saúde – PACS (BRASIL, 2004a).

O objetivo é ampliar as iniciativas que, até então, eram executadas pontualmente por alguns estados ou municípios que monitoravam exclusivamente gestantes e crianças, geralmente beneficiários de programas de transferência de renda ou de suplementação alimentar.

O SISVAN possui dois módulos informatizados: o Módulo Municipal, instalado no local, sem uso da internet para seu funcionamento, com a entrada de dados gerados em nível local e gerencia as atividades de centralização dos dados digitados nos Estabelecimentos de Assistência à Saúde; e o Módulo de Gestão, também chamado de Módulo Federal, que funciona por meio de uma página da internet e consolida os dados enviados pelos municípios, gerando os relatórios para os estados e para o Ministério da Saúde (nível nacional), além de ser de domínio público. A transmissão das informações do Módulo Municipal ao Módulo de Gestão é feita via internet.

A partir da informação das medidas do peso e estatura e das informações de sexo e data de nascimento, o sistema é capaz de calcular o estado nutricional para qualquer fase do curso da vida. Os indicadores e pontos de corte utilizados no SISVAN são apresentados na Tabela 3.

Para gestantes, é necessário o conhecimento da Data da Última Menstruação – DUM para o cálculo da Idade Gestacional e posterior identificação do estado nutricional em gráficos e tabelas específicos (BRASIL, 2004a). Na gestação, um adequado estado nutricional pode proporcionar boa saúde à mãe e à criança, diminuindo os riscos de

obesidade materna e desenvolvimento de doenças como hipertensão e *diabetes mellitus* gestacional, bem como crianças de baixo peso ao nascer e/ou prematuras.

Tabela 3 – Índices antropométricos utilizados no SISVAN e recomendados pelo Ministério da Saúde, segundo as fases do curso da vida.

FASES DO CURSO DE VIDA	IDADES	ÍNDICES	PONTOS DE CORTE	FONTE
Gestantes	> 10 anos e < 60 anos	IMC por idade gestacional	Segundo gráfico e tabela específicos	ATALAH, 1997.
Crianças	< 10 anos	Peso/Idade Altura/Idade Peso/Altura	P/I < P0,1: Peso Muito Baixo para a Idade ≥ P0,1 e < P3: Peso Baixo para a Idade ≥ P3 e < P10: Risco Nutricional ≥ P10 e < P97: Adequado/Eutrófico ≥ P97: Risco de Sobrepeso A/I e P/A ≥ P3 e < P10: Risco Nutricional ou Baixa Estatura para Idade ≥ P10 e < P97: Adequado/Eutrófico ≥ P97: Risco de Sobrepeso	NCHS, 1977.
Adolescentes	≥10 e < 20 anos	IMC percentilar	< Percentil 5: Baixo Peso ≥ Percentil 5 e > Percentil 85: Adequado/ Eutrófico ≥ Percentil 85: Sobrepeso	NANHES II, 1995.
Adultos	≥ 20 e < 60 anos	IMC Relação Cintura–Quadril	IMC <18,5: Baixo Peso IMC ≥ 18,5 e < 25,0: Peso Adequado / Eutrófico IMC ≥ 25 e < 30,0: Sobrepeso	OMS, 1995.
Idosos	≥ 60 anos	IMC	IMC ≤ 22: Baixo Peso IMC > 22 e < 27: Peso Adequado / Eutrófico IMC ≥ 27: Sobrepeso	LIPSCHITZ, 1994.

Fonte: BRASIL, 2004a; 2005a.

O estado nutricional infantil deve contemplar o monitoramento de um processo sequencial de medidas antropométricas, em especial, peso e estatura, que tem como finalidade diagnosticar o crescimento físico e suas modificações, como refere Marcondes⁵ (1994) (Citado em SARDINHA, 2002).

Para a avaliação de adolescentes, além da altura e do peso para cálculo do IMC, a classificação do estado nutricional deve ser realizada de acordo com uma curva de distribuição em percentis (P) de IMC para cada sexo e a idade, diferentemente do cálculo do IMC para adultos e idosos. (BRASIL, 2005a). A importância de realizar vigilância nutricional de adolescentes se dá pela fase de desenvolvimento em que se encontram, quando ganham de 20% a 25% de sua altura e 50% do seu peso definitivos (ENGSTRON et al., 2002; MONEGO et al., 2003).

Os adultos devem ser monitorados para a manutenção de um peso saudável, a fim de evitar o desenvolvimento das DCNTs. Os idosos são acometidos de modificação da composição corporal e estão mais susceptíveis às DCNTs.

O Índice de Massa Corporal – IMC, é uma medida recomendada internacionalmente para avaliação do estado nutricional de adolescentes, adultos e idosos, que permite estimar a massa corporal e o risco progressivo de desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis associadas ao sobrepeso e obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2000; 2003; BRASIL, 2005a). Quanto maior o IMC, maior é o risco do indivíduo ser acometido por DCNT. É recomendado para utilização pelos profissionais de saúde nas avaliações de estado nutricional para orientar as ações junto aos usuários dos serviços, individualmente ou de forma coletiva (BRASIL, 2005a; ENGSTRON et al., 2002). Existem pontos de corte específicos de IMC para cada uma das fases do curso da vida (Tabela 3), visando atender as características fisiológicas de cada uma delas (BRASIL, 2004a; MONEGO et al., 2003).

É possível obter diferentes indicadores, a partir da realização do cruzamento do estado nutricional com outras variáveis que também são coletadas: peso ao nascer, aleitamento materno e algumas doenças associadas ao hábito alimentar e nutricional, selecionadas da décima versão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10. São exemplos de doenças contempladas no SISVAN: diabetes, hipertensão, diarreia, distúrbios por deficiência de iodo, hipovitaminose A e outras. Com dados

⁵ MARCONDES, E. Desenvolvimento da criança: desenvolvimento biológico; crescimento. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994.

complementares de avaliação nutricional é possível, ainda, calcular e obter outros indicadores no sistema. Como exemplo, a circunferência cintura-quadril, para adultos.

A base de dados desse sistema pode ser integrada pelo Cadastro de Domicílios e Usuários do SUS – CADSUS, pelo número do Cartão Nacional de Saúde – CNS e/ou pelo Cadastramento Único do Governo Federal – CADUNICO, garantindo a identificação única do usuário do SUS atendido. Os indivíduos que não possuem nenhum cadastro podem ser cadastrados no próprio Módulo Municipal, pelo Cadastramento Provisório do SUS.

O Módulo Municipal de Vigilância Alimentar e Nutricional pode ser instalado em diversos locais – Estabelecimentos de Saúde, Distritos Sanitários e Secretarias Municipais de Saúde, integrando os níveis de organização da rede de saúde municipal. Transfere e recebe dados do Módulo de Gestão na internet, gerando informações nacionais. A cadeia de monitoramento prevê a atuação dos três esferas de gestão – federal, estadual e municipal, sendo que, a identificação do estado nutricional da população e alimentação no sistema ficam a cargo da Secretaria Municipal de Saúde.

O SISVAN gera relatórios analíticos e sintéticos e, no Módulo Municipal, históricos individuais da situação nutricional da população contribuindo, dessa maneira, para a qualificação da atenção básica de saúde. Esses relatórios podem ser disponibilizados para todas as esferas de governo: Município, Estado, Região e União. Podem, ainda, ser moldados com a utilização de ‘filtros’, que são o cruzamento de variáveis, conforme a necessidade dos dados: período do atendimento, sexo, raça/cor, e se é ou não beneficiário de programas sociais, fase do curso da vida, entre outras (Anexo IV).

A informatização dessa ação permitiu alguns avanços e minimização de erros, o que era difícil com a vigilância por sistema manual. Um exemplo é a duplicidade de dados que pode mascarar os indicadores obtidos. Ao gerar um relatório, o sistema considera apenas o último acompanhamento nutricional do período solicitado, não tendo o risco de considerar um mesmo estado nutricional pelo número de vezes que o indivíduo foi acompanhado naquele período. Ou seja, o sistema identifica o indivíduo e não o número de acompanhamentos.

1.8. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, devido às inúmeras situações de desigualdades sociais e regionais, são muitas as políticas públicas, de diferentes setores, com vistas à inclusão social e redução da desigualdade. No campo da saúde não tem sido diferente. Ações compartmentalizadas e, muitas vezes, sobrepostas, têm sido propostas. Ademais, as políticas, quando executadas pelas três esferas de governo, enfrentam como problema principal a falta de clareza dos mecanismos de acompanhamento da implantação, do desenvolvimento e do impacto dos seus resultados. Ou seja, a ausência de avaliações.

Faz-se necessário o enfoque em linhas de investigação centradas em metodologias específicas para a avaliação da gestão de políticas públicas (GIL et al., 2001; CONTANDRIOPOULOS, 2002) e intensificando a avaliação como um instrumento norteador das práticas (GIL et al., 2001).

Após seis anos de sua homologação, a PNAN, política pública de nutrição e saúde, ainda não foi avaliada quanto à implantação, para que possa conhecer e visualizar seus resultados, visando ao aperfeiçoamento dos mesmos. Dessa maneira, reforça-se a necessidade de realização de estudos avaliativos, como este que se refere à terceira diretriz, analisando as linhas de ação e as diretrizes estratégicas dessa política pública.

1.9. DEFINIÇÃO E RELEVÂNCIA DE ESTUDOS AVALIATIVOS

Diz-se que a avaliação, assim como o planejamento, é uma atividade que surgiu com o primeiro ser humano: quem pensa, planeja. Quem planeja, avalia. Ou, pelo menos, deveria ser assim. Avaliar é acompanhar continuamente as ações priorizadas para verificar se os objetivos selecionados estão sendo alcançados ou não, se a priorização das ações foi correta, se os resultados alcançados mudaram ou não a situação desejada (GIL et al., 2001).

Segundo Contadriopoulos et al. (2002) avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Para Patton (1997), há três objetivos básicos da avaliação: i) fazer julgamentos; ii) facilitar o desenvolvimento do processo; e iii) contribuir com o conhecimento.

Objetivos mais imediatos e específicos podem impor-se à avaliação: detecção de dificuldades e obstáculos e produção de recomendações que possibilitem corrigir os rumos do programa e disseminar lições e aprendizagens (DRAIBE, 2001), visando à melhoria do processo de implementação ou implantação e desempenho da política ou programa proposto.

Ainda na perspectiva de definir avaliação em saúde, Hartz (2005) formulou, de maneira simples e abrangente esse conceito: a avaliação pode ser considerada um julgamento, dicotômico, qualitativo ou quantitativo, sobre uma intervenção ou qualquer dos seus componentes, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Para Consedey et al. (2002), a avaliação consiste em comparar um objeto de interesse com um padrão de aceitabilidade.

ARRUDA e ARRUDA, em 1992, afirmaram:

“[...] a avaliação implica em um juízo de valor, às vezes considerado ameaçador, mas que é um passo essencial se há o desejo de modificar, positivamente, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde...”.

As avaliações de práticas cotidianas correspondem a um julgamento oriundo do senso comum, com técnicas não sistemáticas de observação e análise, e formulação de juízos de valores dicotômicos e simplificados. Trata-se de um julgamento de equipe a partir da percepção dos seus componentes acerca do que seria um desempenho ‘positivo’ no trabalho, como por exemplo, do balanço das atividades (HARTZ, 1997).

A pesquisa avaliativa, por outro lado, recorre à metodologia científica para ser realizada e refere-se ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais, a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada (HARTZ, 2005). A utilização do termo *pesquisa de avaliação* ou *avaliativa* e não apenas avaliação preserva e enfatiza o suposto de que é um novo conhecimento que será produzido por meio de uma investigação que observa os cânones científicos mínimos (DRAIBE, 2001).

O campo da avaliação apresenta, hoje, uma diversidade conceitual e terminológica, pluralidade metodológica e multiplicidade de questões consideradas pertinentes (HARTZ, 2005; DRAIBE, 2001; WORTHEN et al, 2004). Os tipos e a natureza de cada pesquisa de avaliação são definidos em um campo bastante complexo de alternativas, referentes, cada uma delas, a distintas dimensões, momentos e etapas do que se pretende avaliar.

Não se deve perder o foco de que o mais importante de uma avaliação é o tipo de inferência demandada pelos tomadores de decisões. O desenho da avaliação deve ser sempre trabalhado com os gestores, planejando um estudo que direcionará o porquê da pesquisa avaliativa (HABICHT et al., 1999), de como é exemplo esta pesquisa.

Não é o objetivo desta revisão esgotar todos os tipos e possibilidades de estudo. Serão mencionados apenas os mais comuns para efeito de contextualização da proposta, e com foco na metodologia escolhida para avaliar a implantação do SISVAN.

Nesse caso, é muito importante diferenciar o termo “monitoramento” do termo “avaliação”, que usualmente são, equivocadamente, empregados como sinônimos. Embora ambos sejam etapas fundamentais da gestão de boa qualidade em todas as esferas, sejam elas local, regional ou nacional, o termo monitoramento refere-se ao acompanhamento sistemático sobre algumas características dos serviços, enquanto a avaliação corresponde ao julgamento dos serviços, em um determinado ponto do tempo (BRASIL, 2005f; HABICHT et al., 1999).

É importante, também, no âmbito avaliativo, em relação à determinada ação ou programa, esclarecer os conceitos (PEREIRA, 2000):

- Eficiência: relação entre o impacto real e o impacto potencial. É fazer mais com menos recursos, ou seja, agir sem desperdiçar recursos. Estabelece uma relação entre custo e benefício.
- Eficácia: capacidade de produzir o efeito desejado quando o serviço é colocado em “condições ideais de uso”.
- Efetividade: capacidade de produzir o efeito desejado, quando em “uso rotineiro”; é a relação entre o impacto real e o impacto potencial.

Não há método separado da prática da pesquisa. Hartz (1997) afirma que cada avaliação é um caso particular, que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critério, indicadores e padrões, principalmente ao se tratar de uma avaliação voltada à gestão dos serviços.

Na diversidade terminológica-conceitual dos atributos da pesquisa avaliativa, alguns conceitos podem ser agrupados pelo grau de consenso da literatura, guardando coerência entre si, e a um modelo lógico. Assim, a avaliação pode ser focada em determinados aspectos e julgada por algumas características específicas demonstradas na Tabela 4.

A literatura relata alguns tipos de avaliação. A formativa consiste em identificar as melhores alternativas para o programa, durante seu processo de planejamento ou implementação. Envolve diagnóstico de necessidade, análise de situação e incorpora alternativas de solução (BRASIL, 2005f). É, freqüentemente, conduzida durante a implementação de um programa e utilizada para apoiar seu desenvolvimento (HARTZ, 2005; BRASIL, 2005f; CONSENDEY et al., 2002).

Tabela 4 – Atributos das pesquisas avaliativas, segundo seus aspectos e características.

ASPECTOS	CARACTERÍSTICAS
Disponibilidade e distribuição social dos recursos	Cobertura Acessibilidade Equidade
Efeito da ação/programa	Eficácia Efetividade Impacto
Custo e produtividade da ação/programa	Eficiência
Adequação da ação ao conhecimento técnico-científico	Qualidade teórico-científica
Adequação aos objetivos e problemas de saúde	Direcionalidade e consistência (análise estratégica)
Processo de implantação	Avaliação do grau de implantação ou avaliação de processo Análise de implantação
Relação entre os agentes das ações	Usuário X Profissional Profissional X Profissional Gestor X Profissional

Fonte: HARTZ, 2005.

Um outro tipo de avaliação é a somativa, ideal para determinar os efeitos de um programa e decidir se deve ser mantido ou não. Envolve seu valor e mérito, favorecendo a prestação de contas e adicionando a credibilidade ao resultado final da avaliação. Responde sobre sua efetividade e se está seguindo as normas prescritivas. Geralmente, esta é conduzida após o término do programa, para prestar contas (BRASIL, 2005f).

Com base nos achados e resultados de uma avaliação somativa, um tomador de decisão pode decidir continuar, mudar, expandir ou finalizar um projeto ou intervenção.

Em referência ao tempo entre o programa a ser avaliado e a pesquisa avaliativa, encontra-se a clássica definição em avaliação *ex ante* e avaliação *ex post*. As avaliações *ex ante* precedem o início do programa, sendo realizada essencialmente na sua fase de formulação e preparação. Também são conhecidas como avaliações-diagnósticas, realizadas para apoiar decisões finais de formulação com a produção de orientações, parâmetros e indicadores que se incorporem ao projeto, melhorando o delineamento e as estratégias metodológicas de implantação e fixa um ponto de partida que permita comparações futuras (DRAIBE, 2001; BRASIL, 1998; WORTHEN et al., 2004).

Já as avaliações *ex post* são realizadas concomitantemente ou após a realização do programa. Também possui duplo objetivo: verificar o grau de eficiência e eficácia do programa e avaliar os resultados, impactos e efeitos (efetividade).

Quanto à natureza das avaliações distinguem-se em avaliação de processo ou de resultado. O primeiro tipo tem como objetivo o delineamento, as características organizacionais e de desenvolvimento, com o foco principal em detectar fatores que, ao longo da implementação, facilitam ou impedem que o programa atinja os resultados da melhor maneira possível. A avaliação de resultados traz a desejada resposta de quanto e com que qualidade os objetivos do programa foram cumpridos.

Para analisar a qualidade das políticas, Donabedian, na década de 1960 (citado por PEREIRA, 1995), sistematizou e propôs a tríade Estrutura-Processo-Resultado, onde essas categorias significam, no enfoque da avaliação:

- Avaliação de Estrutura: diz respeito aos recursos ou insumos utilizados na política de saúde;
- Avaliação de Processo: refere-se às atividades ou procedimentos empregados para transformar os recursos disponíveis em resultados. É tudo aquilo que faz intermédio entre a relação profissional-usuário.
- Avaliação de Resultado ou Impacto: são as respostas ou mudanças verificadas provenientes das intervenções propostas pela política executada.

O uso da avaliação, com a construção de indicadores pertinentes às realidades locais, pode contribuir não apenas com o trabalho gerencial, mas com todo o processo de planejamento.

Um outro enfoque da avaliação é a de implantação. Usualmente, esta é focada em um único programa e, freqüentemente, usa abordagens qualitativas para descrever as

atividades e percepções relacionadas ao programa/intervenção, especialmente em estágios iniciais do desenvolvimento, implantação e implementação. Essas abordagens podem ser realizadas por meio de questionários, grupos focais (equipe do programa, usuários e outros informantes chaves) e revisão de documentos afins. Pode usufruir, também, de abordagens quantitativas, como inquéritos sobre a satisfação dos usuários, e percepção sobre necessidades e serviços (HARTZ, 2005; DRAIBE, 2001).

Esse tipo de avaliação, foco desse estudo, é, comumente, abordado como equivalente à análise de processo e capaz de complementar o monitoramento de insumos e produtos, porém, utilizando uma dimensão mais explicativa e detalhada do processo, viabilizando a compreensão do contexto organizacional que pode afetar os resultados do programa em questão. Busca identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação e que condicionam, positiva ou negativamente, o cumprimento das metas e objetivos, observando a relação entre a filosofia, implantação e efeitos. Tais fatores podem ser entendidos como condições institucionais e sociais dos resultados. Só terão utilidade se suas inferências forem pertinentes às decisões dos gestores (HABICHT et al., 1999).

Draibe (2001) fez uma interessante analogia sobre pesquisadores e avaliadores com as políticas e programas de saúde:

“[...]as políticas e programas têm vida. Nascerem, crescem, transformam-se, reformam-se. Eventualmente estagnam, às vezes morrem. Percorrem, então, um ciclo vital, um processo de desenvolvimento, de maturação e alguns deles, de envelhecimento ou decrepitude. É este ciclo ou alguns de seus momentos que constitui o objeto das avaliações de processo... As políticas e programas também têm, em contrapartida, carne, osso, melhor, têm corpo e alma. São decididas e elaboradas por pessoas, são dirigidas às pessoas e ao seu *habitat*, são gerenciadas e implementadas por pessoas e, quando isso ocorre, são também avaliadas por pessoas].”

É importante lembrar que ‘essas pessoas’ fazem as políticas, programas e serviços de saúde segundo seus interesses, valores, opções, perspectivas, que nem sempre são consensuais e unânimes.

Assim, as avaliações de implantação tornam-se ainda mais complexas ao abarcar esse sentido e a lógica de programas movidos por interesses, conflitos e eventuais negociações. Alguns fatores influenciam nesse processo: características e dimensão da política, dimensão temporal, atores estratégicos envolvidos, subprocessos e estágios

pelos quais se desenvolverá a implementação, atividades necessárias para a adequada implementação, sensibilização de atores, formação de parcerias e rede de apoio e outros.

Hartz et al. (2005), definem que, embora haja a necessidade de compreender e participar de uma avaliação de implantação em suas diversas etapas, integrando adequadamente a contribuição dos processos e resultados das ações focalizadas com a agenda política nas quais estão inseridas, essa não é uma tarefa fácil.

As questões que a avaliação de implantação visam responder referem-se à forma como foi implantado o programa, intervenção ou serviço, se estão atingindo a população desejada, se estão sendo realizadas onde deveriam estar, se os usuários estão tendo o devido acesso, se foi ou se está sendo implantado conforme o planejado e, primordialmente, quais barreiras estão dificultando ou inviabilizando o perfeito desenvolvimento da proposta.

Seguindo o raciocínio de Draibe (2001), quando completa, uma avaliação de processo deve envolver estratégias que orientaram a implementação, aferindo em que medidas tiveram ou não êxito, garantiram ou dificultaram o sucesso da ação/programa.

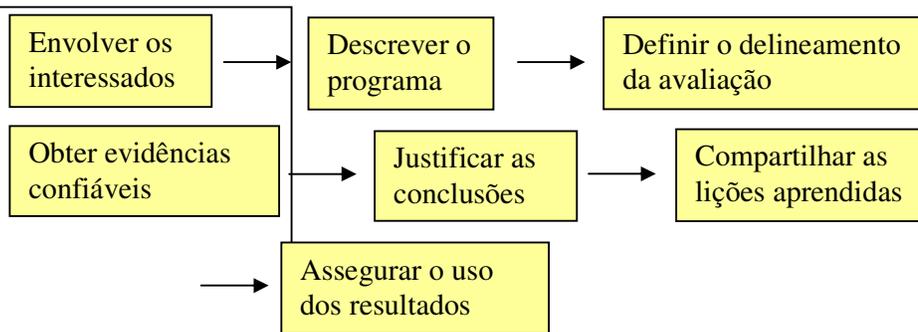
Em geral, a resposta à cerca das relações entre o grau de implantação e o contexto político organizacional requer a realização de análises históricas, entrevistas e a elaboração de modelos teóricos causais. Esses dois tipos de avaliação são úteis para o gestor no que diz respeito à geração de informações voltadas às retificações necessárias do programa em curso. Ainda declarado por Hartz (2005), o processo e a maneira pela qual os programas são implementados são tão importantes quanto os resultados.

Implantação, por definição, é a transferência, em nível operacional, de uma intervenção. Esse processo representa uma etapa distinta e posterior à decisão de adotar uma mudança. Ele se refere à operacionalização de um projeto, isto é, a sua integração a um dado contexto organizacional.

Embora a demanda da avaliação da implantação do SISVAN tenha advindo de uma necessidade do serviço, é importante afirmar sua relevância científica e valorizar o seu desenvolvimento, uma vez que foi pautada em procedimentos científicos.

Consendey et al. (2002) recomenda um fluxo de ações, que foi seguido neste estudo, para realizar pesquisas avaliativas, ilustrado na Figura 1:

Figura 1 – Sugestão do fluxo de ações a serem seguidas para realização de estudos avaliativos.



Fonte: Consenhey et al., 2002.

Alguns autores recomendam, ainda, a definição de modelos teórico e lógico, diretrizes metodológicas e medidas para avaliar a implantação de intervenções de saúde. Entende-se por intervenção, a avaliação de programas, sistemas e políticas públicas de saúde (BRASIL, 2005f; HARTZ, 1997; 2005; SANTOS et al., 2005).

A utilização desses modelos na avaliação tem o papel de orientar o processo avaliativo, colaborando com o avaliador na decisão metodológica, a lidar com os usuários potenciais e descrever os passos a serem seguidos (BRASIL, 2005f), uma vez que colaboram na comunicação do propósito fundamental do programa evidenciando os produtos e resultados esperados, ilustram a identificação das lacunas e resultados não realísticos e, dentre outras vantagens, contribuem para o monitoramento do progresso do programa (HARTZ, 2005).

Alguns aspectos, principais componentes de um programa ou ação, devem ser explicitados, como já foi feito neste trabalho ao longo do seu desenvolvimento: os recursos e as atividades consistem nos trabalhos previstos; e os produtos, resultados e impactos são os efeitos esperados.

Visando facilitar a identificação do problema levantado, torna-se necessário construir o modelo lógico ou plano avaliativo, maneira visual e sistemática de relacionar as intervenções da ação com seus efeitos.

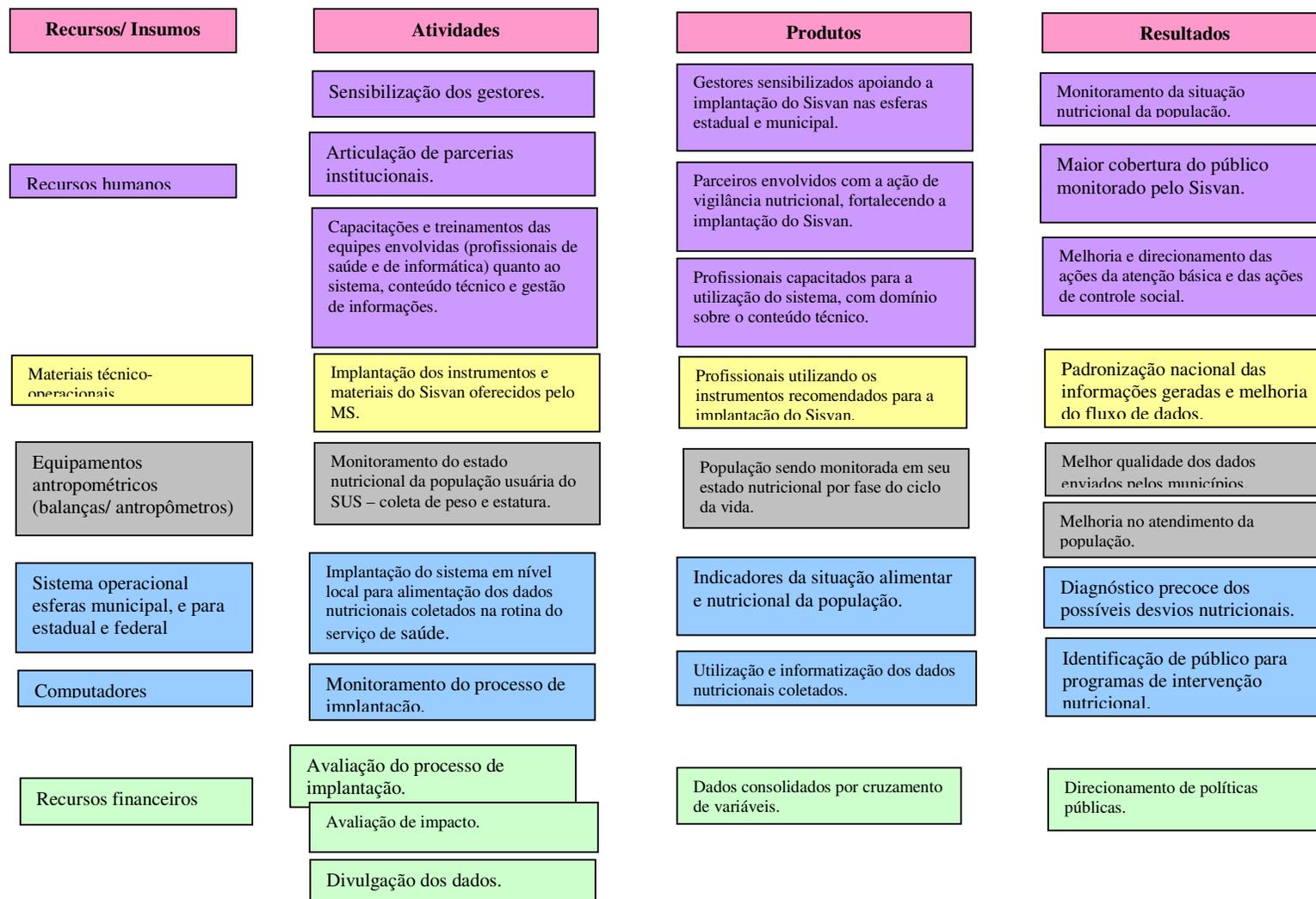
Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2005f), o modelo lógico pode variar em grau e foco, dependendo do objetivo da pesquisa. Além da descrição dos componentes, esse modelo inclui as relações entre cada um deles, que são, usualmente, expressas como fluxograma ou por meio de setas.

A Figura 2 ilustra essa “representação racional” sobre a avaliação da implantação do SISVAN, onde estão expostos os recursos necessários para operacionalização, as atividades planejadas e as mudanças e/ou resultados que se pretende alcançar, explicitando a seqüência de passos que conduzem aos seus efeitos.

Vale citar Ministério da Saúde (Brasil, 2005f) que, por outro lado, alerta que esses modelos devem ser utilizados com certo critério, pois tentam ser uma representação da realidade e não a realidade em si, uma vez que as ações não são lineares e não facilitam a relação de causalidade, já que muitos fatores influenciam nos efeitos.

Por não haver um modelo acabado, a avaliação deve ser construída gradativamente, respeitando as especificidades dos níveis organizativos dos sistemas e aperfeiçoando-a com as experiências adquiridas na sua implementação.

Figura 2 – Modelo lógico para avaliação da implantação do SISVAN.



2. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A universalização do acesso à saúde, a integralidade da assistência e a regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde, princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, prevêm a busca de metodologias de investigação que permitam a transformação da realidade dos serviços e suas adaptações às melhorias necessárias (FELISBERTO et al., 2002). Com o crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde do Brasil, o setor vem experimentando uma significativa expansão de serviços de saúde, acompanhada da oferta de novas tecnologias, como os sistemas de informações, e do desenvolvimento de modelos assistenciais diversos, como é exemplo o Programa de Saúde da Família – PSF (TOMASI et al., 2003).

Soma-se ao exposto, o fenômeno de transição nutricional que, devido às mudanças do padrão alimentar e à redução da atividade física, associado ao envelhecimento da população, alteram o perfil epidemiológico das populações (BARATA, 1997; CZERESNIA e FREITAS, 2003).

Sob a coordenação da *Food and Agriculture Organization of the United Nations* - FAO, foi realizada em Roma, em 1974, a Conferência Mundial de Alimentação, cuja principal recomendação foi envidar esforços para que os Países implantassem e mantivessem atualizados os sistemas de informações de Vigilância Alimentar e Nutricional, provendo indicadores de avaliação de programas e serviços de saúde e nutrição, da insegurança alimentar e da avaliação do estado nutricional da população, assegurando um fluxo ágil das informações entre as esferas de gestão (ENGSTROM et al., 2002).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil, atualmente constitui uma ferramenta tecnológica desenvolvida e disponibilizada para os estados e municípios. Tem como objetivo construir um sistema de monitoramento nacional sobre a situação alimentar e nutricional da população atendida pelo SUS. Assim, trata-se de um valioso instrumento de apoio às linhas de ações de promoção da saúde que o Ministério da Saúde propõe aos profissionais e aos gestores do SUS, visando aumentar a qualidade de assistência à população (BRASIL, 2003a; 2003b).

Segundo Arruda (1992), esse sistema é reconhecido como um recurso de valor organizacional e gerencial, capaz de instrumentalizar, de forma fidedigna e oportuna, os níveis decisórios institucionais, na identificação, acompanhamento e avaliação de modelos de intervenção, no apoio à atuação dos profissionais no contato diário com os usuários dos serviços de saúde e às linhas de promoção da saúde e formulação de políticas públicas.

Em março de 2006, o SISVAN o Datasus informou que o sistema informatizado está instalado em 3.979 municípios e utilizado por 1.032 destes municípios. Encontra-se em fase de implantação no Brasil.

A proposta de avaliar a implantação do SISVAN traz grande contribuição para o aprimoramento do processo de sua implementação no Brasil, podendo identificar as dificuldades e os problemas e propor intervenções que visem à orientação e organização para o aperfeiçoamento ou modificação do quadro. No âmbito da avaliação de processo, busca-se analisar a qualidade da estratégia de implantação do sistema e das ações de vigilância nutricional, com a identificação da eficácia desse processo e seu grau de implantação no País.

Acompanhar a implantação de determinado processo ou ação significa reafirmar que monitoramento e avaliação são processos sistemáticos que permitem analisar os resultados e quantificar a magnitude de impactos gerados pela ação, visando ao seu aperfeiçoamento. E ainda, em última instância, significa analisar a efetividade e eficiência no uso dos recursos para o alcance dos objetivos propostos e a eficácia no desdobramento de ações promotoras de saúde (BRASIL, 2002). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) declara que:

“[...]É importante incorporar desde a concepção de uma ação, mecanismos e instrumentos que permitam acompanhar seu processo de implantação e avaliar o impacto da utilização e funcionamento do sistema e das ações desenvolvidas junto à população...]”.

No caso da Vigilância Alimentar e Nutricional, há, portanto, a necessidade de ter um processo sistemático de monitoramento e avaliação das ações que permita:

- reorientar as ações;
- aperfeiçoar a funcionalidade de seus processos;
- analisar os resultados alcançados; e
- identificar e quantificar os impactos.

Pelo exposto, infere-se a extrema importância do acompanhamento e da avaliação da implantação desse sistema de informação, com direção à obtenção de um banco nacional de dados que permita gerar um elenco básico de indicadores que demonstrarão a realidade da situação alimentar e nutricional do Brasil, para as três esferas do SUS – nacional, estadual e municipal-, visando à prática organizada na produção de informações que podem gerar atuação efetiva na resolução de problemas nutricionais.

A avaliação desse sistema justifica-se, ainda, pela necessidade de conhecer a repercussão nas esferas estaduais e municipais sobre o processo de implantação desencadeado pela esfera nacional e identificar os motivos em caso de não cobertura e envio de dados adequados.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil.
- Realizar avaliação da estrutura existente para a implantação do SISVAN nos estados e municípios.
- Realizar avaliação da implantação, relacionando o grau de implantação dos estados com expectativas do órgão gestor da ação.
- Avaliar a implantação por meio da percepção dos Coordenadores Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição. Analisar a qualidade e identificar a eficácia do processo de implantação do Sistema e das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, por meio da percepção dos Coordenadores Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição.
- Fornecer direcionamentos aos problemas identificados no processo de implantação do SISVAN.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado em duas fases. Inicialmente, por meio de uma pesquisa bibliográfica documental para a definição do modelo de avaliação. Fez parte dessa etapa o acompanhamento e o apoio à implantação das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil, sendo elaborada uma descrição detalhada do processo de implantação desencadeado pelo Ministério da Saúde. O objetivo foi a compreensão de cada uma das ações estratégicas nos níveis central, estadual e municipal, tendo-as como referência para a elaboração do protocolo de investigação e dos indicadores de processo, visando, como produto final, à elaboração de uma proposta de intervenção para a melhoria desse processo de implantação.

Na segunda fase, foi realizado um inquérito, em todas as Unidades da Federação e em uma amostra de municípios do Brasil, no ano de 2005-2006. Consistiu na aplicação de protocolo aos estados e municípios do País, buscando informações dos Coordenadores Estaduais e Municipais sobre o processo de implantação do SISVAN. Esse protocolo foi elaborado de modo a responder alguns questionamentos sobre a implantação do SISVAN:

- I. Quais os resultados alcançados pela Vigilância, desde a capacitação até o momento?
- II. Esses resultados são satisfatórios, de acordo com o esperado pelo órgão gestor nacional?
- III. Os gestores entrevistados estão sensibilizados quanto à importância dessas ações?
- IV. A proposta de atividades é seguida conforme o sugerido pela CGPAN?
- V. O processo de implantação é efetivo?

4.1. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Os protocolos aplicados contemplavam questões sobre o processo de implantação do SISVAN, dividido em quatro seções:

1ª) Identificação do entrevistado.

2ª) Capacitações do SISVAN, uma das estratégias de implantação no País. Essa seção dispôs de questões arguindo sobre os temas abordados, o tempo disponível, a aplicabilidade do curso, a replicabilidade por parte dos estados e municípios, entre outros.

3ª) Processo de implantação propriamente dito. Buscou identificar em qual estágio de implantação o município/ estado entrevistado se encontrava e qual o seu grau de implantação, segundo os indicadores definidos pela equipe gestora nacional. Faziam parte dessa seção questões sobre o desenvolvimento das etapas de coleta, processamento e análise dos dados e,

ainda, sobre a utilização e colaboração dos instrumentos técnicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (Norma Técnica, manuais, álbuns e cartazes, Portaria e os sistemas – Módulo Municipal e o de Gestão).

4ª) Informações sobre o software e suas funcionalidades, como a versão do sistema instalado, a infra-estrutura de informática disponível em nível local e a parceria e apoio do DATASUS.

O questionário era composto tanto de questões quantitativas quanto qualitativas, uma vez que se tratam de metodologias complementares (MINDYO-GOMEZ E MINDYO (s.d.)).

Ao final do questionário, foram abordadas questões mais gerais, de cunho qualitativo, sobre a percepção do gestor a respeito da adequabilidade do processo de implantação do SISVAN do Ministério da Saúde, o cumprimento da ação na esfera municipal, sobre o sistema informatizado e as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, bem como a utilização e gestão dos dados como diagnóstico nutricional, visando ao apontamento de críticas e sugestões para a melhoria da ação.

4.2. AMOSTRA

✓ Abrangência Geográfica

A área de abrangência da pesquisa contou com as 27 (vinte e sete) Unidades Federadas e uma amostra de 271 municípios brasileiros dos 2.026 que receberam a capacitação do SISVAN, do Ministério da Saúde, de data até dezembro de 2004, incluindo todas as capitais.

✓ Plano amostral e dimensionamento da amostra

A realização de um estudo em todos os municípios (2.026), que já haviam sido capacitados no SISVAN até o momento do início desta pesquisa (2004) e que se encontravam em fase de implantação, não seria possível pela falta de recursos (humano, material, financeiro e de tempo). Essa limitação levou à necessidade de obter informações a partir de uma amostra representativa, sendo a unidade de análise, os municípios.

A partir da informação de uma prevalência de 50% de municípios com SISVAN implantados (expectativa do órgão gestor) em uma população de 2.026 municípios capacitados pelo Ministério da Saúde, estimou-se uma amostra de 250 municípios, que foram estratificados por região geográfica e tamanho populacional, para um erro de amostragem de

6% e um nível de confiança de 95%. Dentro de cada estrato foi selecionada, aleatoriamente, 40 municípios na Região Norte, 75 na Região Nordeste, 50 no Sudeste, 35 no Centro-Oeste e 50 municípios na Região Sul, correspondendo a uma fração amostral total de 12%. A seleção da amostra foi realizada no programa EPIINFO 6.0. O Anexo V apresenta a fração da amostra, com discriminação por região e número de municípios sorteados.

Com o objetivo de garantir melhor homogeneidade e representatividade em cada segmento da população, o critério ‘tamanho populacional’ foi considerado, uma vez que este fator pode influenciar e modificar, em muito, a implantação do SISVAN. Os estratos foram:

- Estrato I: municípios com população inferior a 20.≤ habitantes.
- Estrato II: municípios com população entre 20.≤ e 100.≤ habitantes.
- Estrato III: municípios com população superior a 100.≤ habitantes.

Dezesseis municípios, capitais de estados, que não entraram no sorteio da amostra aleatória foram inseridos, visando avaliar a implantação na sub-amostra das capitais, pois esses são diferenciados dos demais por terem outro tipo de acesso a recursos e infra-estrutura. Esse procedimento foi de interesse da equipe gestora da CGPAN. Vale ressaltar que o Distrito Federal não tem município capital e, por este motivo, não entrou no sorteio.

✓ Recursos Humanos

Este estudo contou com a participação da Pesquisadora Principal. Por se tratar da utilização de coleta de dados à distância com os municípios (internet, telefone ou correio), foi viável a sua realização e conclusão.

A CGPAN, do Ministério da Saúde, disponibilizou duas estagiárias de nutrição, que colaboraram com a coleta, e a equipe de informática, que desenvolveu uma página na internet para disponibilização do questionário e que realizou a tabulação e consolidação dos dados. Colaborou, também, um profissional habilitado em análises qualitativas.

4.3. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

A coleta de dados aconteceu entre os dias 10 de agosto de 2005 a 15 de janeiro de 2006. Em agosto de 2005, deu-se início ao trabalho por meio dos estados, em um evento de nutrição, organizado pela CGPAN, que agregou os respectivos atores em Brasília. Em seguida, deu-se seqüência à coleta de dados dos municípios e dos estados que faltaram ao

evento. Foram coletados por correio eletrônico ou outro recurso à escolha do participante da pesquisa (correio, fax ou telefone).

Em outubro de 2005, a CGPAN encaminhou um ofício a todos os participantes da pesquisa informando sobre a avaliação da implantação do SISVAN e solicitando as respectivas participações. Em anexo aos ofícios, foi encaminhada a orientação de preenchimento do protocolo na internet (Anexo VI).

Previamente à coleta de dados, os questionários elaborados foram testados e validados, cada qual para seu fim específico. Esse teste de validação do protocolo foi feito em papel e também em sistema. Não houve o que considerar para alterações dos instrumentos elaborados para avaliação do SISVAN, na esfera estadual e municipal, mostrando, por meio da percepção dos colaboradores da validação, que os protocolos contemplavam questões pertinentes e importantes sobre o processo em questão. A única observação foi o longo tempo e a demora em respondê-lo à mão, o que não aconteceu quando via internet.

Esse estudo foi realizado com os Coordenadores Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição, por serem os gestores responsáveis por desencadear a replicação das capacitações de recursos humanos, analisar e divulgar os dados coletados e enviados e oferecer apoio técnico-institucional. Infere-se, dessa maneira, que são os atores que poderão colaborar na avaliação da implantação e do desenvolvimento do processo em seus respectivos Estados, visto que são parceiros envolvidos em todo o processo de implementação dessa ação.

✓ Estados

Foram realizadas entrevistas por meio da aplicação do Protocolo Estadual de Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Anexo VII).

Não houve seleção dos Estados e nem pré-requisito para participação do estudo, devido à recomendação do Ministério da Saúde de padronizar, em âmbito nacional, o Sistema de Informação Nutricional. Por isso, mesmo o Estado que ainda não havia sido capacitado, como é o caso de Rondônia, entrou na avaliação. Ademais, o Brasil apresenta diferentes realidades quanto ao desenvolvimento do SISVAN.

✓ Municípios

Visto a dificuldade de tempo e a implicação de alto custo financeiro para o deslocamento a diferentes municípios do País para aplicação do questionário (Anexo VIII), foi elaborado um sistema onde se disponibilizou o protocolo *on line*.

Cada unidade amostral – município, recebeu uma senha de acesso ao sistema *web*, o que conferiu a fidedignidade dos dados informados e a preservação dos informantes. Só era permitido o acesso ao sistema apenas uma vez, não podendo sobrepor ou refazer as informações já prestadas. O aplicativo realizava o salvamento automático das respostas.

✓ Coleta de dados à distância

Inspirando-se no histórico positivo dos Estudos à Distância, largamente crescentes no Brasil e no mundo, essa pesquisa contou com a metodologia à distância para coleta dos dados. Essa estratégia é utilizada, com sucesso, em diversas pesquisas avaliativas, tanto no País como no exterior.

Segundo Lèvy (2000), o ambiente sócio-cultural de um indivíduo, neste início de século, está fundamentado em novas maneiras de pensar e de conviver a partir das tecnologias interativas, surgidas com o avanço das telecomunicações e da informática. Esse fator está gerando novas formas de ensinar, aprender e interagir, tendo o computador como principal recurso, que representa a possibilidade de dinamização das práticas, tanto profissionais quanto pedagógicas, por meio de ambientes poderosos, aonde a cooperação virtual vem apoiar o processo de desenvolvimento cognitivo e social, com vistas à construção coletiva de conhecimentos pelo tratamento de informações que são compartilhadas, processadas e distribuídas em tempo real ou não (FERNANDES, 2000).

Dessa forma, a internet, por integrar, horizontal e verticalmente, todas as áreas e unidades da administração pública, possibilita a disseminação de conceitos que podem auxiliar a alta administração e, gradativamente, transformar a cultura burocrática e hierarquizada de órgãos públicos. É importante ressaltar que nenhuma outra mídia é capaz de materializar, de forma tão fiel, o que vem se chamando de economia digital (FERNANDES, 2000).

Algumas vantagens da internet, relacionadas a pesquisas avaliativas, podem ser ressaltadas:

1. Não exige um sincronismo entre emissor e receptor, ou seja, as informações podem ser acessadas na hora e local que se desejar.
2. Reduz drasticamente custos operacionais, como serviços de postagem e correios, serviços telefônicos, fax e outros, ou mesmo, o deslocamento de pesquisadores.
3. É mídia *on line*, extremamente ágil, que permite que as informações sejam atualizadas rapidamente a um custo insignificante.
4. Alta comodidade.

5. Consiste em uma comunicação de ‘muitos para muitos’, ou seja, ainda que haja um sistema de preservação de dados, como é o caso desta pesquisa, todos os entrevistados poderiam acessar o questionário ao mesmo tempo;
6. Abrangência ilimitada podendo captar dados não só do Brasil.
7. Possibilita maior eficiência nos processos administrativos, à medida que parte das atividades já é automatizada, reduzindo tempo e recursos.
8. Confere liberdade e comodidade ao entrevistado, uma vez que permite pensar e responder conforme sua livre disponibilidade de tempo e vontade de expressão.

✓ Perda da amostra

Após o contato e informação às Ufs e aos municípios sobre o processo de avaliação da implantação do SISVAN e disponibilização do instrumento na internet, foi dado um prazo para responder ao protocolo. Quando o primeiro prazo expirou, ainda havia mais de 70% de abstenção das informações por parte dos municípios. Assim, foi realizada uma “força tarefa” de ligações aos municípios não respondentes, visando sensibilizar, incentivar, solicitar e reforçar a participação desses gestores.

Ainda com a realização das ligações, alguns municípios se comprometiam em responder e não o faziam. Nesses casos, foram feitas até três ligações por local, por estagiárias de nutrição, que fizeram um controle das ligações e um roteiro para abordar o entrevistado.

4.4. ANÁLISE DOS DADOS

Houve a limpeza do banco de dados para sua posterior tabulação dos dados quantitativos, que foi realizada pela equipe de informática da CGPAN, a mesma responsável pela construção do aplicativo.

A análise ocorreu após ser estabelecido consenso pela equipe da CGPAN/MS sobre a construção de indicadores de avaliação dos resultados esperados pela implantação da Vigilância Nutricional em relação à localização temporal – início da implantação em cada Estado.

As perguntas qualitativas foram disponibilizadas pela equipe de informática, em forma de relatório, para serem analisadas por um consultor da CGPAN, com larga experiência nesse tipo de análise.

Para definir o Grau de Implantação do SISVAN, em nível estadual e das capitais, e permitir melhor visualização e interpretação da avaliação do processo de implantação, de

forma clara as perspectivas do órgão gestor, foi utilizado o modelo construído e validado por Consendey et al. (2002), que consiste em atribuir pontuação aos estados, classificando-os em três situações ou graus, o que permite determinar um indicador geral e conhecer a situação por variável estudada.

Classificação do Grau de Implantação:

- Aceitável: $\geq 80\%$
- Insatisfatório: 40 – 79%
- Crítico: 0 – 39%

A classificação do Grau de Implantação ocorreu por meio da utilização das variáveis descritas na Tabela 5, que foram obtidas a partir da análise de dados colhidos nos protocolos aplicados. Esses instrumentos foram elaborados de modo a obter elementos que permitam conhecer a percepção dos gestores e, por meio da categorização das opiniões manifestas pelos participantes da pesquisa, ser possível determinar o grau de implantação, verificando se o SISVAN foi devidamente implantado. Foram definidos sete indicadores, calculados segundo a caracterização de 14 variáveis.

O estágio esperado pela equipe gestora do SISVAN, em relação à localização temporal, ou seja, desde o início das capacitações de recursos humanos (outubro de 2003 até o momento), é que, pelo menos, 50% dos municípios brasileiros de cada estado estivesse com o SISVAN implantado, ou seja, com o sistema instalado em nível local, monitorando o estado nutricional da população, alimentando o sistema e informando esses dados ao nível central. Assim, para efeitos de análise final, os limites para a classificação do Grau de Implantação foram adaptados a partir do critério da equipe gestora, resultando a seguinte formatação:

Classificação do Grau de Implantação do SISVAN:

- Satisfatório: $\geq 80\%$
- Aceitável: 50 – 79%
- Crítico: 0 – 49%

Tabela 5 – Indicadores e variáveis definidos para classificar o Grau de Implantação do SISVAN em nível estadual. Brasil, 2006.

INDICADOR	VARIÁVEIS
1. Capacitação de recursos humanos	1. A ATAN* foi capacitada? 2. A ATAN capacitou municípios? 3. O Coordenador Estadual participou da capacitação? 4. O Coordenador do SISVAN participou da capacitação?
2. Grau de Implantação do SISVAN	5. A ATAN realizou capacitação sobre o aplicativo do SISVAN? 6. Quantos municípios realizam SISVAN pelo Sistema? 7. Quantos municípios enviam dados pelo Sistema, segundo informações do Datasus?
3. Parcerias estabelecidas	8. Quantas parcerias foram estabelecidas pelo Estado para o fortalecimento da implantação do SISVAN?
4. Utilização das informações do SISVAN	9. Usa as informações do SISVAN?
5. Incremento da implantação (grau de avanço)	10. Realiza eventos sobre SISVAN? 11. De que forma as informações geradas pelo SISVAN estão sendo utilizadas pelo estado? 12. Considera que houve avanço com a implantação?
6. Utilização dos materiais	13. Utiliza quais materiais do SISVAN disponibilizados pelo MS?
7. Incentivo do estado para a implantação do SISVAN	14. Quais os incentivos oferecidos pelo estado para a implantação do SISVAN?

*Área Técnica de Alimentação e Nutrição

Fonte: Pesquisa de Avaliação do processo de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. Brasil, 2006.

As atribuições de valores foram realizadas de acordo com o percentual equivalente ao percentual de municípios por estado, contemplados na resposta e, quando da resposta dicotômica, ‘sim’ ou ‘não’, foi pontuado 100% ou 0%, respectivamente. Esses indicadores foram selecionados pelos seguintes motivos:

- Implantação contempla as etapas de capacitação, monitoramento e utilização do sistema.

- Para a realização dessas etapas, é importante que estejam utilizando os materiais disponibilizados pela CGPAN/MS, visando, dessa forma, a uma ação padronizada em nível nacional.
- São considerados mais avançados os estados que, além de realizarem essas etapas e/ou atividades, realizaram algum tipo de parceria para fortalecer a implantação, utilizaram as informações geradas pelo SISVAN e que receberam algum tipo de incentivo do estado (financeiro, técnico, recursos humanos, equipamentos, infra-estrutura tecnológica e outros), visando à implantação efetiva.
- Os estados com o grau de implantação do SISVAN superior são aqueles que realizam eventos sobre SISVAN, visando à sensibilizar e envolver os profissionais na ação; os que consideram que a implantação das ações de Vigilância Nutricional já trouxe algum avanço; e aqueles que utilizam as informações resultantes do monitoramento nutricional da população.

As análises municipais foram realizadas de forma descritiva.

✓ Análise estatística dos dados⁶

Para avaliar a utilização dos instrumentos (i), formação de parcerias (ii), apoio do CECAN (iii), e recebimento de incrementos (iv) para a implantação do SISVAN, foram verificadas as proporções de respostas ‘sim’, avaliando se apresentavam diferenças estatísticas entre as regiões ($p < 0.01$).

Em relação ao protocolo municipal, para verificar a relação estatística da proporção de respostas ‘sim’ em relação à utilização dos instrumentos, avaliando se cresce ou decresce entre os estratos, ou seja, de acordo com o aumento do número de habitantes dos municípios, foi utilizado o teste de tendência de *Cochran-Armitage*.

Para a análise do protocolo municipal, a metodologia utilizada para avaliar a associação das capacitações estaduais e municipais (i), replicação dessas (ii) e o monitoramento nutricional da população (iii) entre as variáveis codificadas (1 = ‘sim’ e 0 = ‘não’) com o tipo de estrato codificado (I = $< 20. \leq$ habitantes, II = $20. \leq$ a $100. \leq$ habitantes e III = $> 100. \leq$ habitantes) foi utilizado o teste de qui-quadrado de *Mantel Haenszel*. Esse teste tem como hipótese nula que a média dos estratos (I, II e III) não é estatisticamente diferente entre os níveis das variáveis. Para efeito de análise usou-se um nível de significância de 5 %.

⁶ FREIRE, Eduardo. Departamento de Estatística. Universidade de Brasília – UnB. Brasília, 2006.

Em relação aos itens: ‘estratégia de captação’ (i), ‘incrementos’ (ii), ‘realização VAN anteriormente’(iii), por meio do teste exato de tendência de *Cochran-Armitage* buscou-se verificar se a proporção dessas respostas cresce ou decresce entre os estratos.

Para verificar a ‘instalação do sistema’, ‘alimentação dos dados’ e ‘envio dos dados’, foi analisada a relação estatística entre essas proporções, utilizando o teste de comparações múltiplas de *Bonferroni*, segundo o número de EAS de cada município, uma vez que o mínimo aceitável é 50%. A metodologia utilizada para comparar as médias das variáveis destas questões, entre os estratos, foi o teste de análise de variância. No caso de apresentar diferença estatística entre as médias dos estratos, foi utilizado o teste de comparação múltipla de *Bonferroni*. Para efeito de análise utilizou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

4.5. VIABILIDADE DO ESTUDO

A viabilidade do projeto foi respaldada no fato que, além de acadêmica, a pesquisadora proponente é profissional assessora técnica integrante da equipe de Investigação, Monitoramento e Avaliação em Alimentação e Nutrição, da CGPAN/Ministério da Saúde, sendo uma das responsáveis pela implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil.

Uma pesquisa aonde pesquisadores e pesquisados são sujeitos de um mesmo trabalho em comum, ainda que em situações e tarefas diferentes, é o conhecer a sua própria realidade e participar da produção desse conhecimento (BRANDÃO et al., 1981).

As investigações sobre serviços de saúde são realizadas, em sua forma mais simples, com o objetivo de descrever um determinado aspecto desses serviços, seja ele referente à estrutura, ao processo ou aos resultados. Os dados produzidos informam a situação existente e são empregados para subsidiar o planejamento e a organização dos serviços, assim como para reflexões e debates sobre o assunto, o que aponta para possíveis soluções (PEREIRA, 2002).

4.6. DEFINIÇÕES DE CONCEITOS

Para melhor entendimento dos resultados, algumas definições devem ficar claras:

- Sistema instalado: aplicativo informatizado do SISVAN instalado no nível municipal.
- SISVAN implantado: realização do monitoramento do estado nutricional da população, alimentação no sistema municipal e informação desses dados ao nível central, independente da cobertura do monitoramento e do público monitorado.
- Número de municípios: o Brasil conta com o número, reconhecido e divulgado pelo IBGE⁷, de 5.561 municípios. Segundo informações colhidas pelos Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição, existem no Brasil 5.565 municípios. Fato que pode ser atribuído pelos municípios que ainda não foram formalmente reconhecidos, mas que na realidade já estão “formados”. Nesta pesquisa, para efeitos de análise dos resultados, optou-se por utilizar as informações fornecidas pelos entrevistados.
- Número de Regionais de Saúde: foram relatadas a existência de 344 Regionais de Saúde e o número oficial para o Ministério da Saúde é 357. Atribui-se que os informantes consideraram apenas as que funcionam na prática da rotina relativa às ações de Alimentação e Nutrição. Nesta pesquisa, para efeitos de análise dos resultados, optou-se por utilizar as informações fornecidas pelos entrevistados.
- EAS centralizada x EAS descentralizada: Estabelecimentos de Assistência à Saúde centralizados são aqueles que não possuem computador no próprio local e devem ter os dados de monitoramento inseridos no sistema da Secretaria Municipal de Saúde, onde localiza-se o módulo instalado como centralizador de informações geradas pelos EAS de determinado município. Descentralizadas diz-se daquelas EAS que são informatizadas, permitindo a inserção de dados do SISVAN no próprio local.
- Implantação X implementação: Implantação é a fase correspondente, textualmente, à inauguração de determinada ação. É o ato de estabelecer, de introduzir. Implementação é a instalação de algo que está inativo. No caso do SISVAN, essa diferença de significado, embora sutil, traz grandes dúvidas, uma vez que a proposta do SISVAN já existe há mais de 30 anos. Por outro lado, adotou-se, nesta pesquisa, o termo implantação, por se tratar de uma iniciativa nova de padronização do Ministério da Saúde.

⁷ Censo 2000.

4.7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização desta pesquisa foram observados e adotados os padrões éticos constantes na Resolução CNS nº 196/96 (Brasil, 1996), conforme o atestado de aprovação concedido pelo comitê pertinente da instituição (Anexo IX).

Por ser um estudo baseado unicamente em entrevistas sobre a avaliação da implantação do SISVAN e análise documental, a pesquisa não apresentou nenhum tipo de vulnerabilidade ou riscos, atuais e nem potenciais, à saúde dos entrevistados. Dentre os benefícios trazidos para a sociedade podem ser citados:

- identificação da qualidade do sistema;
- identificação da qualidade da ação de monitoramento nutricional;
- melhoria no instrumento de monitoramento alimentar e nutricional;
- melhoria no atendimento da população por meio do diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais e outros.

Em referência ao Termo de Ciência da Instituição (Anexo X), a CGPAN, reconhecendo a importância e apoiando o desenvolvimento da pesquisa em pauta, expediu um documento afirmando a ciência e o “de acordo” com a realização do estudo em questão e, anteriormente às entrevistas, uma nota de esclarecimento aos Coordenadores estaduais e municipais que participariam do estudo, com o objetivo de sensibilizá-los quanto à importância da avaliação do processo de implantação desencadeado, esclarecendo tratar-se da continuação da estratégia de implantação em desenvolvimento, solicitando, assim, a colaboração dos mesmos na participação. É importante ressaltar que os resultados obtidos serão utilizados para uma reavaliação do processo, visando sanar os eventuais problemas encontrados.

4.8. ORÇAMENTO

Não foi necessário financiamento externo para esta pesquisa, uma vez que as entrevistas foram realizadas com os atores envolvidos no processo de implantação do SISVAN, nas esferas estadual e municipal, por metodologia à distância (meio eletrônico, postal ou telefônico), bem como análise documental de outras referências. Os demais gastos previstos foram arcados pela própria Pesquisadora Responsável, conforme Anexo XI da pesquisa.

- **RESULTADOS**

A aplicação do questionário foi concluída por 100% dos estados (n=27) e 89% dos municípios da amostra (n=241). Recife, Belém e Boa Vista foram os municípios capitais que não responderam o questionário. Verificando a participação municipal no inquérito, por região, é possível inferir que as regiões Norte e Sudeste foram as que obtiveram a maior perda. A Tabela 6, abaixo, apresenta esses dados.

Tabela 6 – Percentual de amostragem e protocolos respondidos na Pesquisa de Avaliação da implantação do SISVAN, segundo Regiões. Brasil, 2006.

Regiões	População (nº municípios)	Amostra	Respondidos	% perda
N	177	44	38	13,6
NE	752	80	71	11,0
SE	494	54	47	12,9
S	533	53	50	0,50
CO	70	37	34	8,00
TOTAL	2.026	271	241	11,0

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Serão apresentados, inicialmente, os resultados dos estados e, em seguida, das capitais e demais municípios.

- **Resultados dos Estados**

- ✓ **Quanto ao perfil dos Coordenadores Estaduais**

Todos os Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição têm nível superior; 92,6% são da área da saúde e, desses, 59,2% têm formação em nutrição, seja em nível de graduação ou pós-graduação (Tabela 7).

- ✓ **Quanto às Capacitações**

Observando as Capacitações de Recursos Humanos, uma das ações utilizadas para a implantação do SISVAN no Brasil, segundo as informações colhidas das ATANS, os resultados apontam que todas as Secretarias Estaduais foram capacitadas em SISVAN pelo

Ministério da Saúde, por meio da CGPAN, entre 2004 e 2005. Ou seja, quase 100% dos estados receberam dois treinamentos em SISVAN entre os anos de 2004 e 2005. O único que não recebeu dois treinamentos foi Rondônia. As primeiras capacitações foram realizadas segundo demanda dos estados para as regionais de saúde ou diretamente aos municípios e a segunda foram as Macrorregionais.

Tabela 7 – Grau máximo de escolaridade do Coordenador Estadual de Alimentação e Nutrição e concentração na Área de Nutrição, segundo Regiões. Brasil, 2006.

Regiões	Nível de Instrução								Formação em Nutrição	
	Superior completo		Especialização/Residência		Mestrado		Doutorado		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Total Brasil	9	100,0	9	100,0	7	100,0	2	100,0	16	59,2
Norte	4	44,4	2	22,2	1	14,3	0	0,00	6	37,5
Nordeste	2	22,2	4	44,4	3	42,8	0	0,00	5	31,2
Sudeste	1	11,1	0	0,00	2	28,5	1	50,0	2	12,5
Sul	1	11,1	1	11,1	0	0	1	50,0	0	0,00
Centro-Oeste	1	11,1	2	22,2	1	14,3	0	0,00	3	18,7

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Todos os responsáveis pelo SISVAN (n=27) e Coordenadores estaduais (n=26), exceto o Coordenador do Rio Grande do Sul que foi substituído pela nutricionista responsável pelas ações no estado, participaram das capacitações do SISVAN e 37% dos Coordenadores da Atenção Básica participaram da Capacitação.

Dos estados capacitados, 25 declararam ter replicado as capacitações, ou seja, mais de 90% dos estados replicaram as capacitações do Ministério da Saúde. Segundo os informantes, foram realizados 258 treinamentos sobre o SISVAN, desencadeados pelos estados, totalizando uma cobertura de 54,6% dos municípios e 72% das Regionais de Saúde do País. A pesquisa revelou que, ao todo, o Brasil possui 4.416 municípios capacitados em SISVAN, totalizando 79,3% dos municípios brasileiros. A Tabela 8 ilustra o nível de capacitação, segundo a categorização estabelecida neste estudo.

Alguns resultados importantes da análise devem ser ressaltados:

- 03 estados não utilizam a estrutura das Regionais de Saúde e 2 destes estão com o nível satisfatório em relação às realizações das capacitações por meio dos municípios;

- 02 estados não realizaram nenhuma capacitação para Regional de Saúde e nem para municípios (GO e SE);
- 04 estados não realizaram nenhuma capacitação para município (BA, GO, SE, SP);
- 04 estados capacitaram mais de uma vez as Regionais de Saúde (PE, RJ, RR, RN);
- 04 estados estão no nível crítico em relação à replicação das capacitações para Municípios e para Regionais de Saúde (AM, BA, GO, SE);
- 09 estados estão no nível satisfatório em relação à replicação das capacitações, tanto para as Regionais de Saúde quanto para os Municípios, e 11 estados estão em nível aceitável ou satisfatório para um dos dois parâmetros – Regional ou Município.

Tabela 8 – Situação dos estados pelo nível de replicação das capacitações, segundo o percentual de municípios e Regionais de Saúde capacitados em SISVAN pela Coordenação Estadual e Regiões. Brasil, 2006.

Regiões		Nível de replicação das capacitações do SISVAN*		
		Crítico	Aceitável	Satisfatório
Total	Municípios	33,3% (9)	11,1% (3)	55,5% (15)
Brasil	Regionais	29,1% (7)	16,6% (4)	54,1% (13)
Norte	Municípios	AC, AM		AP, PA, RO, RR**, TO**
	Regionais	AM, RO	AC	AP, PA
Nordeste	Municípios	BA, PI, SE	AL**	CE, MA, PB, PE, RN
	Regionais	BA, PE, SE		CE, MA, PB, PI, RN
Sudeste	Municípios	PR	SC	RS
	Regionais			PR, SC, RS
Sul	Municípios	SP	MG	ES, RJ
	Regionais	ES	MG	RJ, SP
Centro-Oeste	Municípios	DF, GO		MS, MT
	Regionais	GO	DF, MT	MS

< 50% = crítico; ≥ 50% a < 80% = aceitável; ≥ 80% = satisfatório.

** estados que não possuem/utilizam a estrutura de Regional de Saúde para as ações de Alimentação e Nutrição.

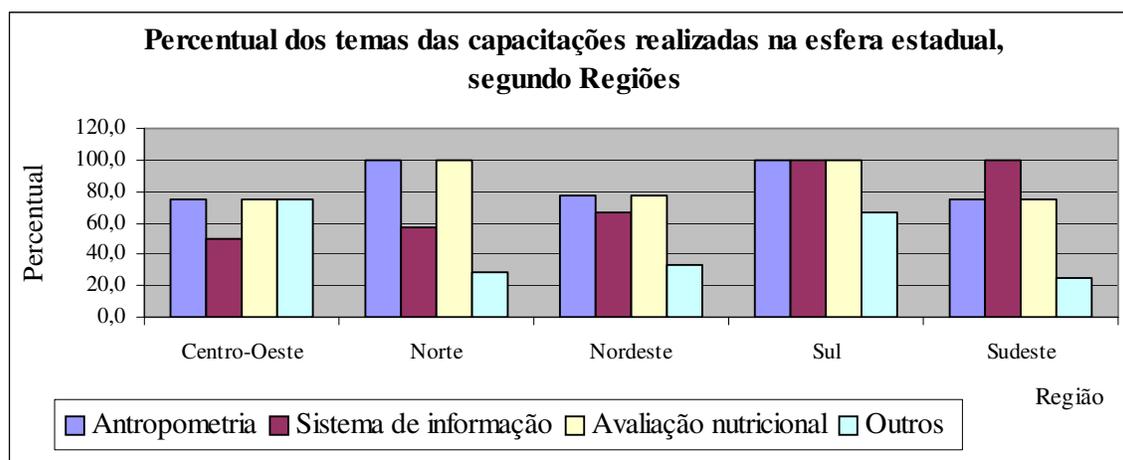
Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Em relação às Capacitações Macrorregionais em Atitude de Vigilância, 51,9% das Regionais de Saúde iniciaram a replicação do treinamento, conforme informação fornecida por estas. Em janeiro de 2006, a CGPAN realizou um pequeno levantamento, via contato telefônico, com os Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição, visando avaliar e monitorar o andamento do processo de replicação das macrorregionais pelos estados, e verificou que 70% já haviam iniciado o processo de replicação e todos os estados que ainda não haviam iniciado tinham proposta para o ano de 2006.

Das Ufs que já iniciaram a replicação das macrorregionais, a maioria – 47,4% (9)-, capacitou menos da metade dos municípios do estado e, 10,5% (2), já capacitaram todos os municípios. Todas as Coordenações Estaduais relataram planejar finalizar essa demanda ainda em 2006.

O grande enfoque dos temas das capacitações realizadas pelos estados foi em antropometria e avaliação nutricional (92% dos estados); 19 UF (82,6%) abordaram o sistema de informação. Fazendo uma análise regional (Gráfico 3), é possível verificar que o Sul foi a que mais concentrou capacitações em antropometria e avaliação nutricional, com 84%, seguido da região Norte, com 82%. Observa-se, ainda, que as Regiões Sul e Sudeste incluíram em 100% das capacitações o tema de Sistema de Informações.

Gráfico 3 – Percentual dos temas das capacitações realizadas na esfera estadual, segundo Regiões. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

A avaliação das capacitações (Tabela 9) realizadas pelo Ministério da Saúde – Estaduais e Macrorregionais, foram consideradas, no geral, como ‘muito boa’ e ‘replicável com adaptações’.

As adaptações necessárias para a replicação das capacitações, segundo os estados, foram: 32,1% aumento do tempo, principalmente para a prática do sistema de informação; 25% inclusão ou aumento do número de textos sobre Segurança Alimentar e Nutricional e Direito Humano à Alimentação e, 18,7%, solicitação de inclusão da prática de antropometria. Cabe ressaltar que a CGPAN realizou essa última solicitação, nos estados que organizaram e viabilizaram a estrutura para o treinamento, como aquisição de balanças e antropômetros.

Tabela 9 – Avaliação das Capacitações em SISVAN – Estaduais e Macrorregionais, realizadas pelo Ministério da Saúde, segundo média de pontuação por tópico avaliado. Brasil, 2006.

CAPACITAÇÕES		
	ESTADUAIS	MACRORREGIONAIS
Temas	3,7 (Muito bom)	3,9 (Muito bom)
Tempo	3,1 (Muito bom)	3,6 (Muito bom)
Técnicos	4,3 (Excelente)	4,3 (Excelente)
Materiais	4,0 (Muito bom)	4,1 (Excelente)
Aplicabilidade	3,1 (Muito bom)	3,6 (Muito bom)
Replicabilidade	1,8 (Replicável com adaptações)	1,6 (Replicável com adaptações)

Legenda: 0 a 1 = Muito deficiente; 1,1 a 2 = Deficiente; 2,1 a 3 = Satisfatório; 3,1 a 4 = Muito bom; 4,1 a 5 = Excelente. Replicabilidade: Facilmente Replicável = 0 a 1; Replicável com adaptações = 1,1 a 2; Não replicável = 2,1 a 3.

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Em relação às capacitações de cunho informacional/sistema, apenas 17 estados referiram ter recebido capacitação e apoio do DATASUS, representando 62,9% das UF; 25,9% dos estados receberam apenas apoio e 3 estados relataram não ter recebido nem capacitação e nem apoio (AC, DF, MS). Dos estados que receberam a capacitação, 23,5% avaliaram-na como satisfatória e 47,1% como muito boa. Já o suporte de informática foi avaliado como deficiente ou muito deficiente por 30% dos estados e 21% como satisfatório.

✓ Quanto à estrutura de informática

Em relação à estrutura de informática existente para a realização das ações do SISVAN, grande parte das coordenações estaduais referiu ter até 02 computadores e, em sua maioria, com internet de acesso discado; apenas duas – AP e DF (7,7%), relataram dispor de

acesso à internet banda larga. Apenas um estado (Sergipe) não possui nenhum computador para realizar as ações do SISVAN.

✓ **Quanto às ações e estratégias para implantação do SISVAN**

A abordagem sobre ações para implantação do SISVAN propriamente dita, mostrou que a ação mais comum e utilizada por 19 estados (70,3%) para captação da população a ser monitorada é a busca ativa com parceria do PACS/PSF; 15 estados (55,5%) utilizam outras estratégias, como por exemplo, Dia de Vacinação, informes nas escolas, chamadas por rádios e jornais.

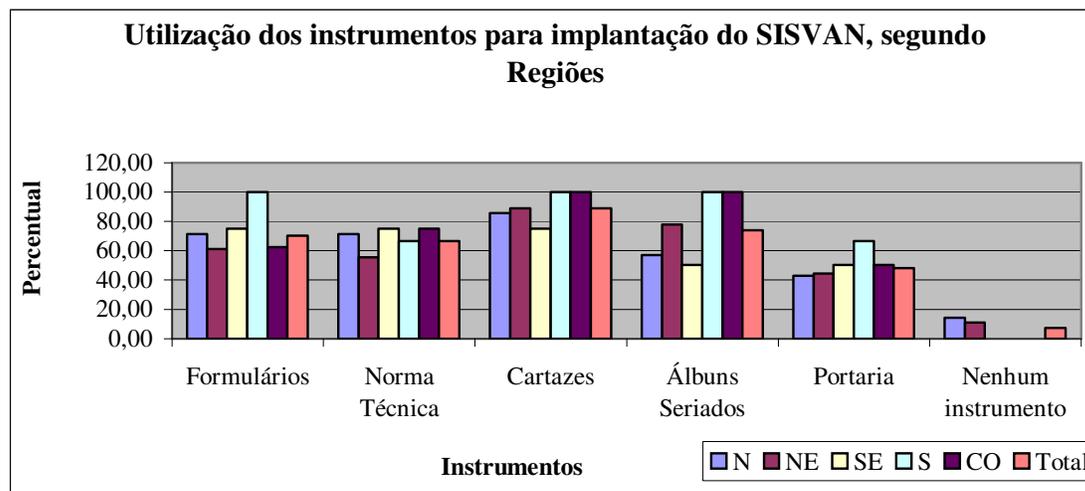
Dos 4.416 municípios capacitados no Brasil, segundo a informação das ATANS, 1.998 (47,4%) estão realizando o monitoramento somente por sistema manual utilizando formulários impressos em papel, e 1.150 estão utilizando também o sistema informatizado (27,3%) para o envio das informações. Portanto, 3.148 municípios estão capacitados e realizando SISVAN, ainda que nem todos informatizados, conforme recomendação proposta pelo MS, perfazendo um total de cerca de 56% no Brasil.

✓ **Quanto à utilização e avaliação dos instrumentos**

Em relação à utilização dos instrumentos, 22 UF (81,4%) estão utilizando o mapa diário de acompanhamento e o formulário de cadastramento; 88,8% estão utilizando a Norma Técnica do SISVAN e 74% os álbuns seriados. Menos da metade dos estados, 46%, estão utilizando a Portaria do SISVAN e 60% dos estados relataram utilizar o Manual do Sistema (Gráfico 4). Os Coordenadores informantes apresentaram, como única sugestão, que a distribuição desses materiais seja feita via estado e não diretamente aos municípios e EAS, como procedimento adotado pela CGPAN.

A Região Norte apresentou o menor índice de utilização dos instrumentos, sendo a Região com o maior número de estados que não utilizam nenhum instrumento – aproximadamente 15%. Ao contrário, a Região que mais utiliza os instrumentos propostos para a implantação do SISVAN é a Sul, seguida da Região Centro-Oeste.

Gráfico 4 – Percentual da utilização dos instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a implantação do SISVAN, segundo Regiões. Brasil, 2006.

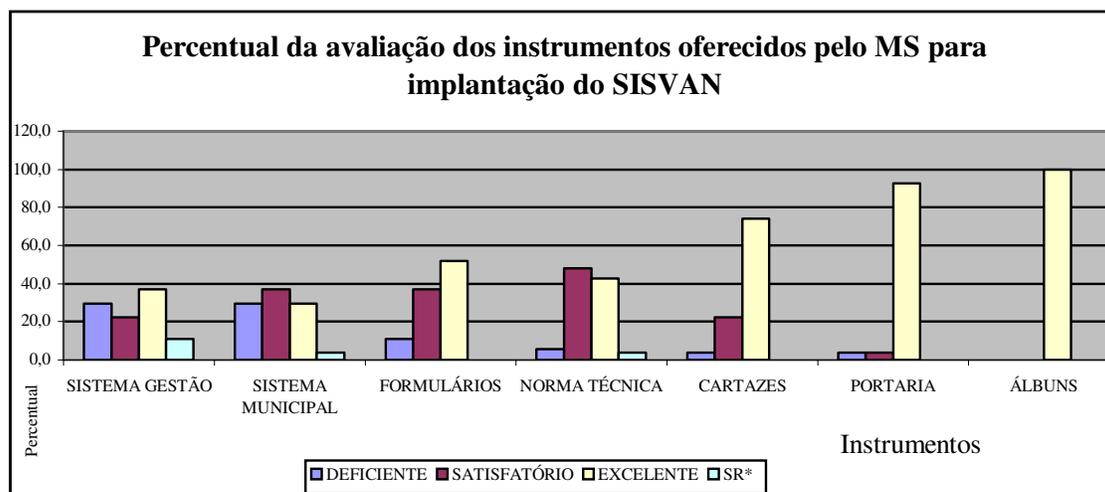


Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Os instrumentos elaborados pelo Ministério da Saúde (Cartazes, Álbuns Seriados, Norma Técnica) foram, em geral, considerados excelentes. Os álbuns seriados tiveram avaliação ‘excelente’ por todos os Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição (Gráfico 5).

Contudo, apenas oito UF (29,6%) avaliaram o sistema de gestão como ‘muito bom’; aproximadamente o mesmo percentual de ‘muito deficiente’ e ‘deficiente’. Sergipe e Pará avaliaram-no como excelente. Foi o instrumento que mais teve abstenção de resposta na avaliação. Algumas observações foram feitas sobre a base dos dados CADSUS e CADUNICO do sistema, alegando que essas bases são ‘falhas’.

Gráfico 5 – Percentual da avaliação dos instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a implantação do SISVAN. Brasil, 2006.



* Sem Resposta

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

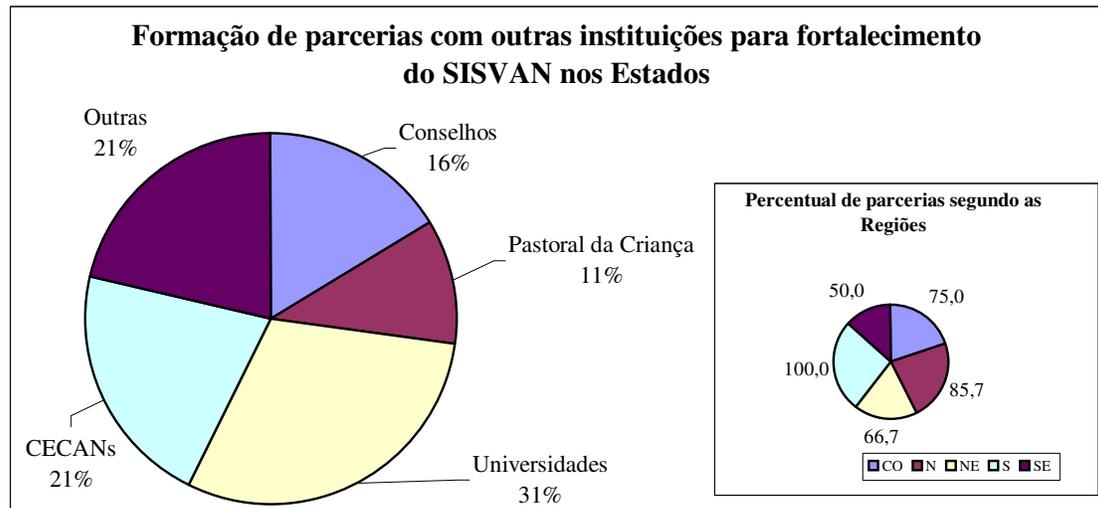
✓ Quanto à formação de parcerias

Observando as parcerias relatadas pelos Coordenadores Estaduais de Nutrição, os principais parceiros mencionados foram as Universidades, representando 31% das respostas, seguido dos CECANs e de ‘outras parcerias’, ambos com 21%. Esses dados são apresentados no Gráfico 6. Oito estados (40%) articularam-se com Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, sendo que 03 estados – RS, TO, MS fizeram-no com ambos os Conselhos; 25,9% das Coordenações Estaduais não relataram articulação ou parceria com outros órgãos ou setores para implantar o SISVAN. Cinquenta por cento (50%) das ATANs realizaram até duas parcerias; 15% realizaram 3 parcerias e 35% realizaram 4 ou mais parcerias. O estado de Mato Grosso do Sul foi o único que relatou ter realizado todas as parcerias propostas pelo MS.

Das Ufs que relataram ter realizado outras parcerias, citaram SESC, SESI, SEBRAE, outras secretarias e órgãos públicos, Associações, DATASUS, CRN e outras coordenações da Secretaria Estadual de Saúde. O resultado do teste estatístico constatou que não há diferença estatisticamente significantes entre as regiões ($p=0,6311$).

Sob a ótica regional (Gráfico 6), verifica-se que na Região Sul 100% dos estados realizaram parcerias para essa ação. A segunda Região com maior número de estados que relataram parceria foi o Nordeste, com 85,7%. Por outro lado, o Sudeste foi a que menos os estados relataram parceria (50%).

Gráfico 6 – Percentual das parcerias realizadas com outras instituições para o fortalecimento das ações do SISVAN. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

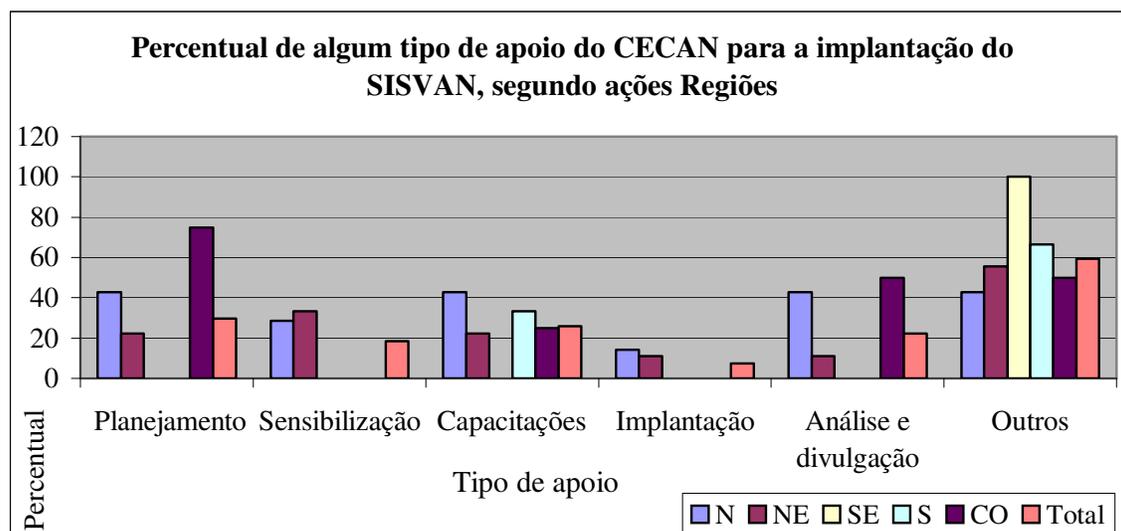
Valorizando a importância dos CECAN para os estados, a CGPAN investigou, nesta pesquisa, a parceria específica com essas instituições para implantação do SISVAN; 13 UF relataram não ter recebido nenhum tipo de apoio. Dos estados que referiram ter recebido apoio do CECAN (Gráfico 7), 10 o receberam em dois momentos e, dois estados – PA e RN, referiram ter recebido apoio do CECAN em todas as atividades “elencadas”. A maioria dos estados que tiveram o apoio do CECAN foi, primordialmente, na fase de planejamento das atividades de implantação (57%), seguido do suporte à realização das capacitações (42,8%).

De acordo com a abrangência dos CECANs, a região que recebeu mais apoio foi a Norte. Na região Sul, apenas 01 estado relatou ter recebido apoio do CECAN. O Nordeste II colaborou com dois estados na sensibilização de gestores. Na região Sudeste nenhum estado relatou ter recebido apoio e, no Centro-Oeste, o apoio foi, basicamente, no planejamento das ações para três estados, sendo que o DF relatou não ter recebido apoio.

Ainda que essa análise seja realizada considerando o relato apenas dos estados sede desses Centros Colaboradores, o percentual de apoio relatado continua baixo. Apenas um estado sede relatou apoio em todas as ações. Dos demais, três relataram apoio em apenas em uma das ações e dois estados afirmaram não ter recebido apoio em nenhum momento.

Ressalta-se que o resultado do teste constatou que nenhuma das respostas ‘sim’ apresentou-se estatisticamente diferente entre as regiões, com o valor de p variando de 0,1340 a 0,7673.

Gráfico 7 – Percentual do apoio do CECAN para implantação do SISVAN, segundo ações e regiões. Brasil, 2006.

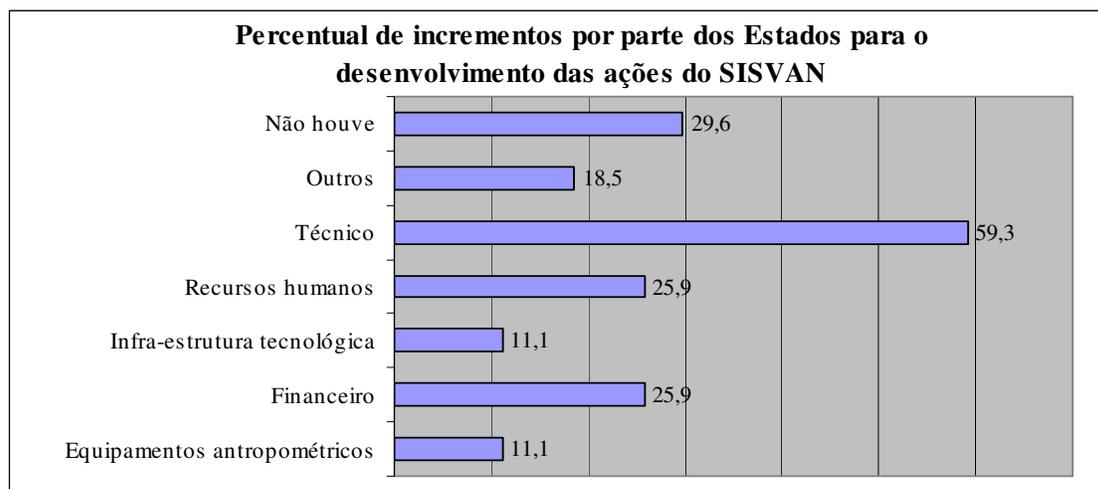


Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

✓ Quanto ao recebimento de incremento

Conforme se verifica no Gráfico 8, oito ATANs (29,6%) relataram não ter recebido do estado nenhum tipo de incremento do estado para fortalecer a implantação do SISVAN. Das 19 UF que receberam, 59,3% (16) receberam apoio técnico e 25,9% (7), apoio financeiro e recursos humanos; 31% receberam três ou mais tipos de apoio e cinco estados (18,5%), somente um tipo de incentivo. Apenas três UF (11,1%) receberam apoio de investimento em infra-estrutura tecnológica e 11,1% em equipamentos antropométricos, instrumentos considerados fundamentais para a realização do SISVAN. Verificando a proporção de apoio/incentivo recebido por região, o Centro-Oeste foi o que mais recebeu, com um total de 29,1%. Em segundo lugar, o Nordeste, com 27,7%. Os estados da região Sul foram os que menos receberam incentivos (16,7%) para a implantação do SISVAN. O p-valor do teste estatístico variou de 0,1030 a 1,≤ mostrando que as regiões não têm diferenças estatísticas significantes.

Gráfico 8 – Percentual de incrementos por parte dos Estados para o desenvolvimento das ações do SISVAN. Brasil, 2006.

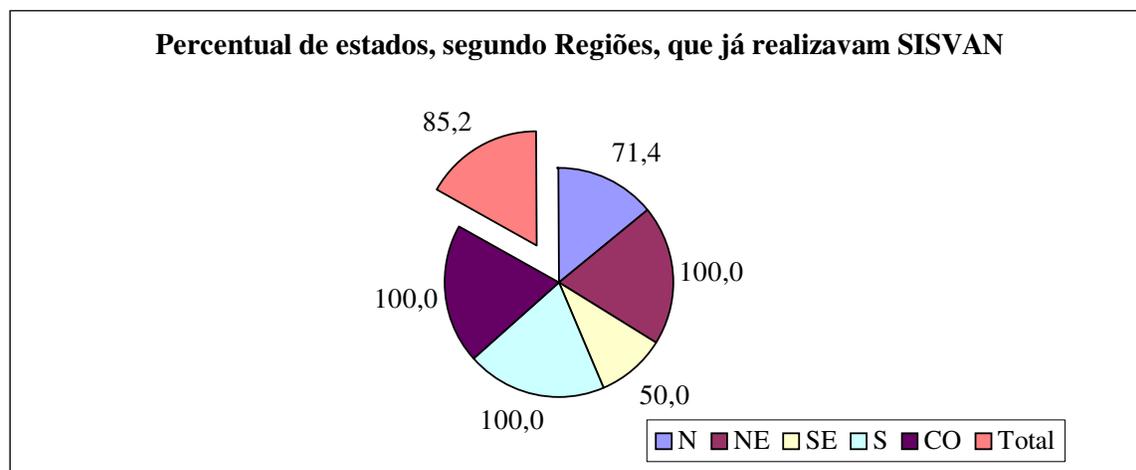


Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Foi questionado se os estados já realizavam Vigilância Alimentar e Nutricional antes da proposta de padronização nacional que está sendo recomendada pelo Ministério da Saúde. Os resultados apontaram que 23 estados (85,2%) já ‘realizavam SISVAN’, todos com consolidação de dados informatizada; 91% desses disponibilizavam formulário padronizado aos municípios, sendo 70% formulário próprio construído pela gestão estadual do SISVAN.

A análise regional, observada no Gráfico 9, mostra que, em três regiões brasileiras – Nordeste, Sul e Centro-Oeste, 100% dos estados já realizam ações de Vigilância Alimentar e Nutricional. As Regiões mais recentes em termos de realização de SISVAN é o Sudeste, onde dois estados relataram não realizar vigilância nutricional anteriormente à proposta do MS, seguido da Região Norte, com um estado.

Gráfico 9 – Percentual de estados que já realizavam SISVAN, anteriormente à proposta de padronização do Ministério da Saúde, segundo Regiões. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Foi relatado por 85,9% dos estados que seus municípios realizam o monitoramento do estado nutricional dos beneficiários do PBF pelo SISVAN. Em relação ao público acompanhado, foi verificado que este é restrito à crianças menores de 07 anos e gestantes, com a periodicidade proposta pelo MS, por meio dos respectivos instrumentos: caderneta de saúde da criança e cartão da gestante, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 – Percentual de acompanhamento nutricional, segundo o público monitorado e a periodicidade, conforme relato das Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição. Brasil, 2006.

Periodicidade Público monitorado	Periodicidade de acompanhamento (%)				
	Total de estados	Mensal	Trimestral	Semestral	Conforme recomendação do MS
Crianças	100,0	11,1		3,7	85,3
Adolescentes	7,4	50,0		50,0	
Adultos	7,4	100,0			
Gestantes	92,6	12,0		4,0	84,0
Idosos	7,4	50,0		50,0	
Nutrizes	33,3	22,2	77,8		

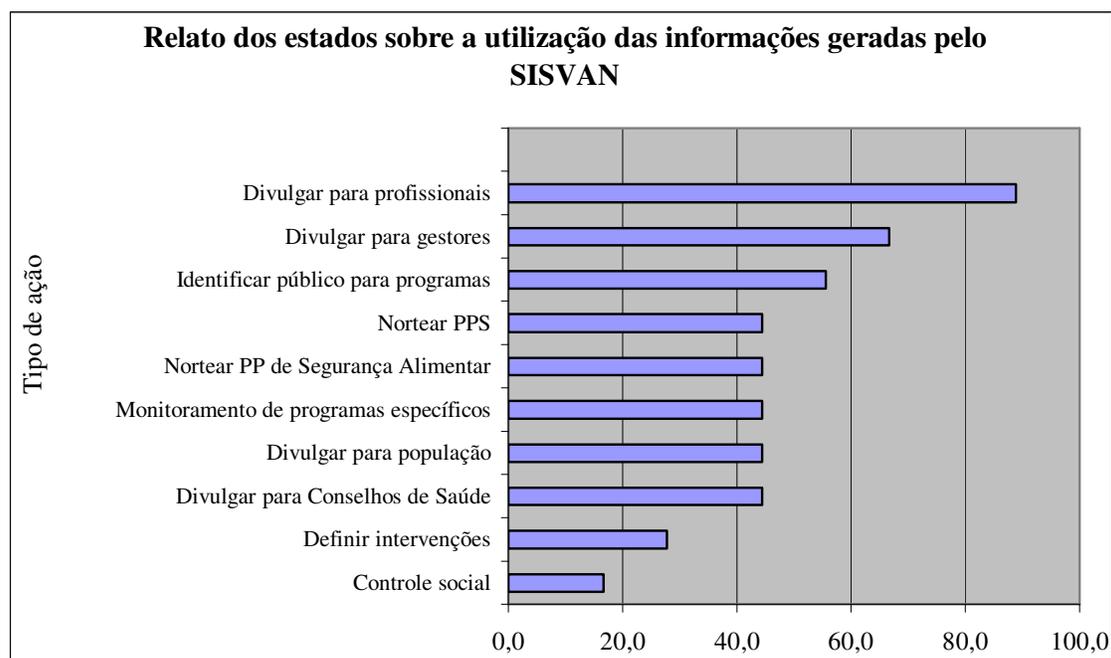
Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

✓ Quanto à utilização das informações geradas pelo SISVAN

A maioria dos estados relatou fortalecimento da área de alimentação e nutrição por meio da implantação da proposta do SISVAN, reforçando, inclusive, um aumento da cobertura do monitoramento do público do Programa Bolsa Família.

Em relação à estratégia de divulgação dos dados, 52,1% dos estados utilizam seminários, 39,1% capacitações e 13% os divulgam por meio de encontros e oficinas. Como resultado da ação de monitoramento - Gráfico 10, 62,9% dos estados relataram estar utilizando as informações do SISVAN. A maioria dos Coordenadores Estaduais mencionou utilizá-las na identificação de público para programa de intervenção nutricional, na divulgação de informações para os profissionais e gestores de saúde. Dezoito (18) estados relataram utilizar os dados do SISVAN para definir intervenções na área de saúde e nortear políticas públicas. Nove estados relataram não utilizar as informações, e a maior concentração, proporcionalmente, desses estados encontra-se na Região Nordeste. Na Região Sul, os três estados relataram utilizar as informações para, pelo menos, dois tipos de ações, porém, o resultado do teste estatístico constatou que não há diferença estatisticamente significativa entre as regiões, com o valor de p variando de 0,3196 a 1,000.

Gráfico 10 – Percentual de utilização das informações geradas pelo SISVAN nos Estados, segundo informações dos Coordenadores Estaduais. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

✓ Quanto à realização de eventos

Em relação à realização de eventos sobre o SISVAN, 85,2% dos estados relataram já ter realizado algum evento, além das capacitações, sendo que desses, 52% fizeram-no em forma de Seminários e 13% como Encontros.

Segundo o relatório de municípios que estão informando dados do DATASUS, pode-se considerar que apenas um estado – RR, está com o SISVAN implantado, possuindo a informação de que 60% dos municípios estão realizando o monitoramento nutricional, alimentando o sistema e informando esses dados para o módulo de gestão. Um outro resultado desta análise é que apenas 01 estado (3%) pode ser considerado com o SISVAN implantado em grau aceitável/desejado.

✓ Quanto à percepção dos Coordenadores Estaduais

Foi questionada, ainda, a percepção dos Coordenadores em relação às ações de Vigilância Nutricional desencadeadas pelo Ministério da Saúde e 33,33% deles responderam ter uma percepção positiva; porém, que há uma descrença da implantação da referida ação por parte dos municípios e, por conseqüência, a ação não é priorizada em nível local.

Alguns problemas que podem explicar essa descrença foram apontados: a demora da disponibilização do módulo de gestão (22,2%), problemas com as bases de dados do módulo municipal, rotatividade de recursos humanos e falta de pessoal geram constante necessidade de treinamento e problemas com acesso e velocidade da internet por parte dos municípios também foram relatados por 25,93% dos estados.

Visando à melhoria do processo, 14,8% dos Coordenadores Estaduais consideram que é fundamental sensibilizar gestores municipais e melhorar o suporte de informática; 11,1% consideraram a importância de facilitar o processo de aquisição de equipamentos e aproximar a relação do Ministério da Saúde com o estado. Foi relatado, também, por 13% dos entrevistados, a necessidade de facilitar o sistema – Módulo Municipal-, disponibilizado.

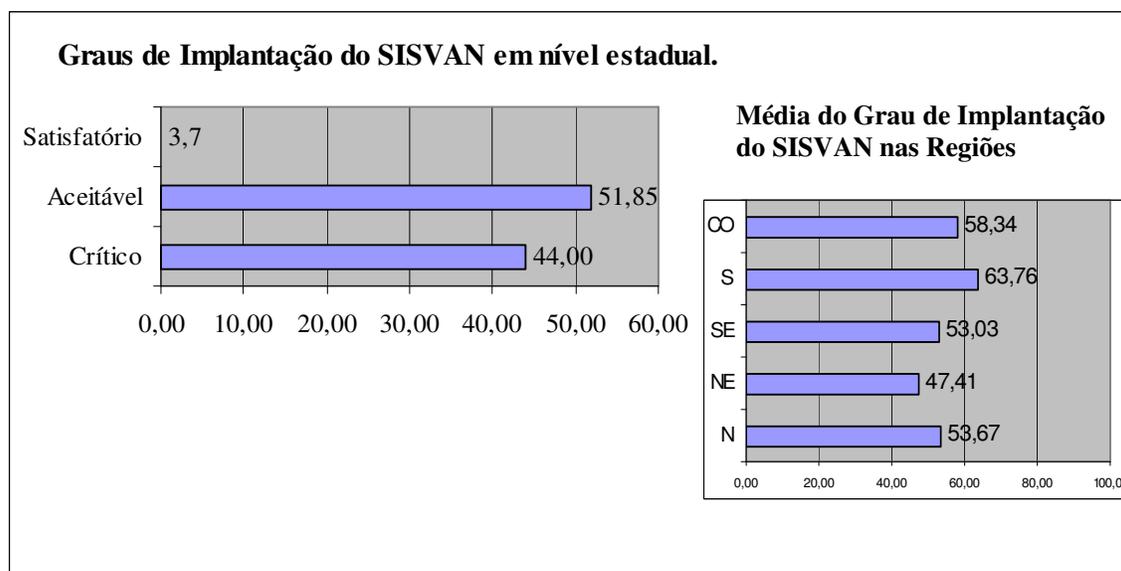
Para aprimorar a responsabilidade da Secretaria Estadual, foram sugeridos: o aprimoramento na supervisão e monitoramento do processo, a realização de capacitações, inclusive em análise de informações, para que essas possam ser melhores utilizadas, e a criação de um espaço físico para o SISVAN, criando maior identidade e apoio à ação.

Fazendo alusão à responsabilidade dos gestores municipais, sob a percepção do Coordenador Estadual, 33,3% desses relataram que eles devem sensibilizar gestores e profissionais e estruturar melhor os trabalhos nos serviços; 22,2% referem que é necessário o

aprimoramento na produção de dados e 18,5% acham necessário a valorização da análise dos dados e a estabilização do quadro de profissionais. Os estados relataram, ainda, que, nos municípios que foram capacitados, mas não estão operando o sistema, isso se deve, principalmente, às dificuldades e problemas com a operacionalização do sistema (66%), 20% atribuíram à grande rotatividade de recursos humanos e 18,5% à necessidade de sensibilização das equipes de saúde. Os resultados da pesquisa mostraram que apenas 35% dos estados realizaram eventos de sensibilização sobre o SISVAN.

Apresentando os resultados do Grau de Implantação em nível estadual (Gráfico 11), conforme os indicadores estabelecidos pela equipe de gestão nacional (Tabela 5), cabe relatar que foram identificados 3,7% dos estados em nível satisfatório e mais da metade dos estados (51,8%) em nível aceitável, em relação à implantação do SISVAN. Contudo, ainda há um grande número de estados que estão em nível crítico de implantação, que totalizam 44,0% do País.

Gráfico 11 – Grau de Implantação do SISVAN nos estados, segundo indicadores de processo definidos pela equipe de gestão nacional, determinados por meio do relato dos Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição. Brasil, 2006.



* < 50% = crítico; ≥ 50% a < 80% = aceitável; ≥ 80% = satisfatório.

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Fazendo uma análise pela ótica regional é possível observar que a Região que mais está desenvolvida em relação à implantação do SISVAN, considerando o Grau de Implantação adaptado para este estudo é a Região Sul, apresentando-se em nível aceitável,

com 63,7%, seguida do Centro-Oeste, com 58,3%. O Nordeste apresenta o pior Grau de Implantação do SISVAN, classificado em nível crítico com 47,4%.

5.2. Resultados dos Municípios

✓ Quanto ao perfil dos Coordenadores Municipais

A caracterização dos Coordenadores Municipais de Alimentação e Nutrição mostrou que o grau máximo de escolaridade concentra-se no nível superior completo (62%), seguido de 22% com especialização ou residência e, apenas, 2% com Mestrado; nenhum coordenador possui Doutorado. Independente do nível de graduação, 31,5% tem formação na área de Nutrição (Tabela 11).

Em relação à área de nutrição, observa-se que, aproximadamente, 41% são coordenadores dos grandes municípios – estrato III, diminuindo a proporção de acordo com o tamanho da população: 32,9% e 26,3%, respectivamente nos estratos II e I. O mesmo pode ser observado com o título de Mestre, que é encontrado com mais freqüência no estrato III (60,0%) em detrimento ao estrato I (20,0%). O nível de escolaridade aumenta de acordo com o aumento dos estratos. Há 5,3% de Coordenadores Municipais com nível médio, que são mais freqüentes no estrato I, com 61,5%, em comparação aos municípios de estrato III, que não têm coordenador com esse grau de instrução.

Tabela 11 – Grau máximo de escolaridade do Coordenador Municipal de Alimentação e Nutrição e concentração na Área de Nutrição, segundo estrato. Brasil, 2006.

Estrato	Nível de escolaridade										Área de Nutrição	
	Nível Médio		Superior completo		Especialização/ Residência		Mestrado		Doutorado			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total Brasil	13	5,3	149	62,0	53	22,0	5	2,07	0	0	76	31,5
I	8	61,5	80	53,7	13	24,5	1	20,0	0	0	20	26,3
II	5	38,5	43	28,9	16	30,2	1	20,0	0	0	25	32,9
III	0	0,0	26	17,4	24	45,3	3	60,0	0	0	31	40,8

Sem resposta (SR) = 21 (6,83%)

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

✓ Quanto às Capacitações

Com referência às capacitações do SISVAN, 71,4% (n=172) municípios relataram ter recebido capacitação do MS, não existindo diferença estatisticamente significativa entre os estratos. A participação em algum destes nos eventos de capacitação, Estadual ou Macrorregional, foi relatada por 60% dos Coordenadores Municipais de Alimentação e Nutrição. Estes também responderam quanto à outros importantes participantes: 59% Coordenadores da Atenção Básica, 8% Secretários Municipais de Saúde e 6,2% representantes dos Conselhos Municipais de Saúde.

A média da avaliação dessas capacitações concentrou-se em ‘Satisfatório’ (34,4%) e ‘Muito Bom’ (30,0%). O item melhor avaliado foi da “qualidade dos técnicos capacitadores”, com 30,0% de avaliação ‘Excelente’, seguido de ‘Muito Bom’ com, aproximadamente, 47,0%; o “Tempo” foi o item pior avaliado, com 30,0% afirmando ter sido ‘Insuficiente’. A replicabilidade foi avaliada por 61,6% dos informantes como ‘Facilmente Replicável’.

A replicação dessas capacitações às equipes de saúde municipais foi relatada por 53,7% do total de entrevistados. Outra informação importante é que 17,0% (n=200) dos municípios informaram ter recebido alguma capacitação da Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição, também sem diferença estatística entre os estratos. Nestes eventos, os temas abordados foram Avaliação Nutricional em 56,0% e Antropometria em 48,0%. O Sistema de Informação foi abordado em 38,0% dessas capacitações. Foi relatado como outros temas abordados nas capacitações os Programas de Prevenção e Controle de Hipovitaminose A e Anemia Ferropriva, duas intervenções que também estão sendo implantadas pelo Ministério da Saúde, além de Imunização e Programa Bolsa Família.

Apenas 49,0% dos Coordenadores Municipais afirmaram ter capacitado todos os técnicos que trabalham diretamente com o SISVAN, mas nenhum deles relatou incluir técnicos de outro setor nas capacitações efetuadas.

Entre os motivos relatados por 84 municípios que não reproduziram as capacitações para as equipes de saúde, 32,1% afirmaram não ter replicado as capacitações por não terem sido capacitados, 21,4% alegaram a rotatividade e falta de recursos humanos e 10,5% por problemas com o sistema. Aqueles municípios que foram capacitados, mas que não têm sistema instalado ou não o estão operando, alegaram como justificativa o fato de não disponibilizarem operadores habilitados e terem dificuldades de instalação e técnicas operacionais do aplicativo.

Sobre a realização de eventos, 27,8%, disseram ter realizado algum evento sobre o assunto, sendo o formato mais referido o de treinamentos, seminários ou reuniões, relatados por 58,2%. Palestras de alimentação e nutrição foram relatados por 28,4%.

As capacitações de recursos humanos em Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, tanto as realizadas pelo MS quanto as realizadas pelos estados e replicadas pelos municípios aos EAS, não demonstraram ter diferenças estatisticamente significantes entre os estratos.

✓ Quanto à estrutura tecnológica

Em relação à infra-estrutura tecnológica disponível para a realização do SISVAN, 66,8% possuem 01 computador e 12,0% têm até 2 computadores. Três municípios (1,2%) possuem mais de 10 computadores e 9% municípios não possuem nenhum. Verificando a análise estatística dessa questão por estrato é possível verificar uma correlação entre os escores das duas variáveis: a quantidade de computadores aumenta com o aumento do tamanho da população do município. Ou seja, municípios do estrato III possuem maior quantidade de equipamentos (quatro a dez computadores), enquanto os municípios do estrato I possuem apenas um computador, com $p = 0,04$.

Segundo a pesquisa, o sistema está instalado em 78,0% dos municípios; 10,0% se abstiveram a essa resposta. Daqueles, segundo informações colhidas, 90,8% estão inserindo os dados de monitoramento no sistema.

A base de dados de 84,0% desses municípios é o CADÚNICO e 65,4% o CADSUS; 40,0% utilizam ambas as bases e 24,0% relataram não utilizar nenhuma delas. Essa última situação implica a necessidade de fazer o cadastro no próprio sistema de toda a população a ser acompanhada.

Os três aspectos da implantação em relação à informatização foram observados: sistema instalado (i), alimentação dos dados no sistema (ii) e envio desses dados (iii).

Foi descrito que 386 EAS estão com o sistema instalado, perfazendo um total de apenas 9,0% do total de EAS dos municípios entrevistados; 1.957 EAS estão inserindo dados no sistema, o que aumenta a participação dos entrevistados para 48,7%. Em relação ao envio dos dados de monitoramento, 2.667 EAS estão enviando, o que representa um total de 66,4%.

Outro aspecto relatado é que 41,0% dos municípios relataram enviar os dados por papel e pelo sistema; 51,8% dos municípios afirmaram enviar os dados apenas por papel e 35,5% pelo sistema. Já as periodicidades informadas foram: mensal 68,4% ($n=165$), seguida da periodicidade semestral e anual 6,0%.

Ainda sobre a informatização do SISVAN, da amostra entrevistada, 66,8% dos municípios (n=161) afirmaram ter recebido capacitação do DATASUS. Em relação ao apoio/suporte da regional Datasus, 85,6% dos municípios que relataram estar com o sistema instalado, receberam apoio da regional Datasus, atividade que foi avaliada por 38,6% como 'satisfatório', por 22,8% como 'deficiente' e 20,7% como 'muito bom', observando uma discreta diferença entre as avaliações.

Os motivos por não terem o sistema instalado são: falta de operadores, dificuldade de instalação e problemas com a base de dados, apresentando-se essas justificativas de forma homogênea entre os estratos estudados.

Um outro questionamento foi em relação ao número de EAS com sistema instalado. Os resultados apresentados segundo os estratos foram: Estrato I = 44,0 %; Estrato II = 13,9 %; Estrato III = 9,16 %. A análise estatística revelou que a média do estrato I é significativamente superior em relação às médias dos estratos II e III, com $p < 0,0001$.

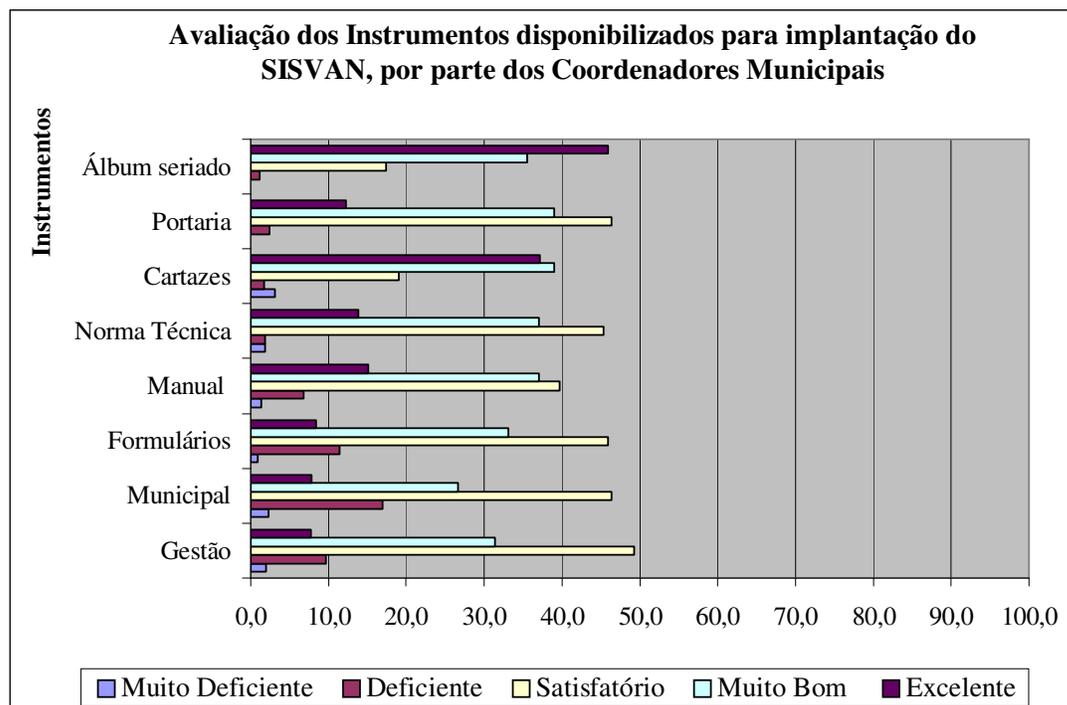
O mesmo teste foi realizado para analisar o número de EAS que estão inserindo dados no sistema e o resultado mostrou que a proporção média do estrato I (57,2%) é estatisticamente superior às médias dos estratos II e III, 39,73 % e 24,93 %, respectivamente, apresentando um $p < 0,0001$.

Em relação ao envio desses dados, foi observado que a proporção média do estrato I (66%), estrato III (65%) e do estrato II (57,8%) não são estatisticamente diferentes entre si ($p=0,393$).

✓ **Quanto à utilização e avaliação dos instrumentos**

Foi relatada, pelos entrevistados, a utilização dos instrumentos (Gráfico 12), com a seguinte distribuição: 66,0% das EAS estão utilizando os formulários, como o mapa diário de acompanhamento e formulário de cadastramento; 64,3% usam os cartazes de antropometria; e, menos da metade das EAS, 42,0%, utilizam a Norma Técnica. A Portaria foi citada por 28,2% dos municípios e o Manual do Sistema por 32,0% deles.

Gráfico 12 – Avaliação dos instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para a implantação do SISVAN por parte dos Coordenadores Municipais de Alimentação e Nutrição. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

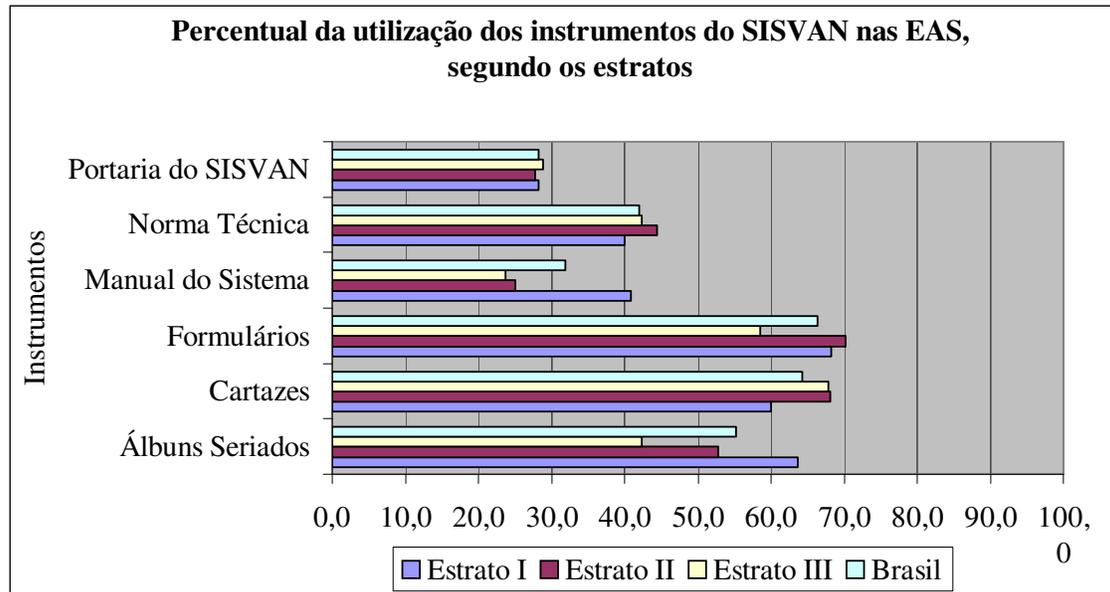
A pesquisa buscou avaliar os instrumentos oferecidos pelo Ministério da Saúde também na esfera municipal e, nesse item, revelou que os álbuns seriados foram os melhores instrumentos avaliados, com os resultados ‘Muito Bom’ e ‘Excelente’, de 35% e 45,6%, respectivamente. A portaria do SISVAN foi avaliada em nível satisfatório por 46,3% dos entrevistados, e por 39% como ‘Muito Bom’. Esta última avaliação foi a mesma para o Manual do Sistema, a Norma Técnica e os Formulários. O Sistema Módulo Municipal foi avaliado como ‘Deficiente’ por 26,6% e ‘Satisfatório’ por 46,3%. O Gráfico 13 apresenta estes resultados.

O resultado do teste estatístico verificando a diferença da utilização desses instrumentos entre os estratos mostrou que:

- Para os itens Norma Técnica, Cartazes e Portaria, a proporção de respostas ‘sim’ não cresce e nem decresce quando o tamanho da população do município aumenta, com p-valor variando de 0,2059 a 0,9452;
- Para os itens Formulários, Álbuns Seriados e Manual do Sistema a proporção de respostas ‘sim’ decresce à medida que a população do município aumenta, com p-valor variando de 0,0019 a 0,0123. Portanto, para esse último caso, existe associação

entre o tipo de estrato com os níveis da variável ($p = 0,0019$): a resposta ‘sim’ está associada com o estrato I e a resposta ‘não’ com o estrato III.

Gráfico 13 – Percentual da utilização dos instrumentos do SISVAN disponibilizados pelo MS por parte das EAS, segundo os estratos. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Em relação à sugestão dos materiais, de forma muito homogênea, independente do estrato, foi relatada pelos Coordenadores Municipais a necessidade de replicação do conhecimento por parte do estado e do Ministério da Saúde, significando enviar um quantitativo maior de materiais.

✓ **Quanto à formação de parcerias**

Dos municípios entrevistados, 33,1% afirmaram ter estabelecido parcerias para implantação do SISVAN. Desses, 16,2% firmaram parcerias com ‘Conselhos’; 20,3% com a ‘Pastoral da Criança’; 5,8% com ‘Universidades’ e 0,8% com os CECANS. 30,0% dos informantes relataram ter-se articulado com o Conselho Municipal de Saúde.

✓ **Quanto ao recebimento de incrementos**

Em relação ao recebimento de incremento por parte do estado, 42,0% dos municípios (n=101). Dos 58,0% que receberam (n=140), 74,3% referiram ter recebido apoio de caráter Técnico, 10,0% de Recursos Humanos. Já em relação aos apoios recebidos da própria gestão municipal, 83,4% relataram ter recebido, sendo expressivo o índice de apoio Técnico (60,2%) e de Recursos Humanos (60,7%). Outros relatos: 45,8% receberam equipamentos e 30,3% relataram incentivos na estrutura tecnológica e financeira.

O resultado do teste estatístico permitiu concluir que não há diferença estatisticamente significativa entre os estratos (p-valor variando de 0,1441 a 1,000). A mesma análise foi realizada verificando a proporção de respostas ‘sim’ para cada um dos incrementos advindos da própria esfera municipal e os resultados mostraram as seguintes conclusões:

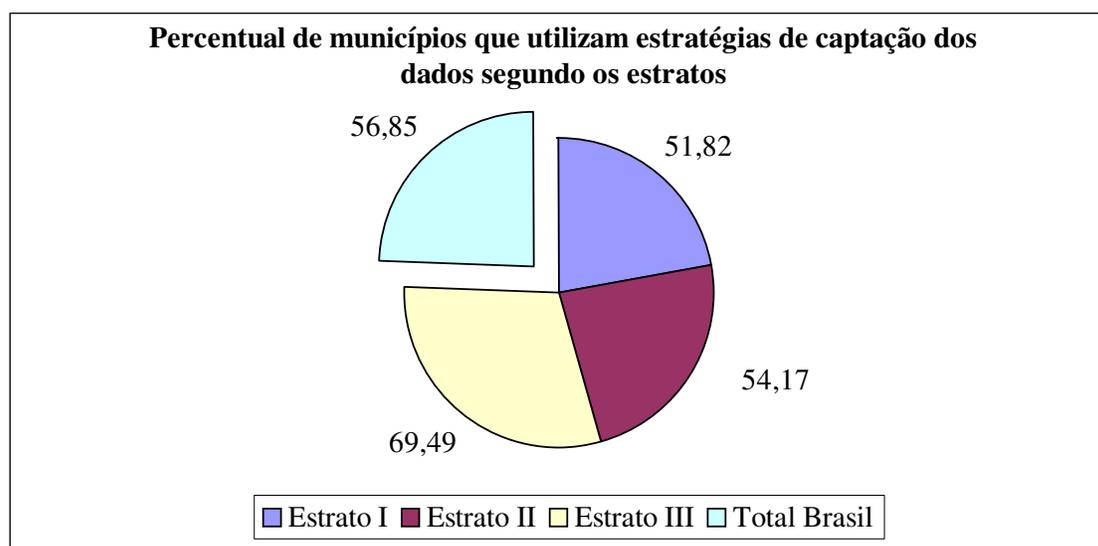
- a) Para os itens ‘Financeiro’, ‘Equipamentos Antropométricos’, ‘Recursos Humanos’ e ‘Outros’, a proporção de respostas ‘sim’ não se modificou quando o tamanho da população do município aumenta, com p-valor variando de 0,5069 a 0,9867;
- b) Para os itens ‘Técnico’ e ‘Infra-estrutura Tecnológica’, a proporção de respostas ‘sim’ cresce à medida que a população do município aumenta, com $p = 0,0309$ e $p = 0,0298$, respectivamente, apresentando diferença estatística entre os estratos.

✓ **Quanto às ações e estratégias para implantação do SISVAN e monitoramento nutricional da população**

Aludindo à implantação do SISVAN propriamente dita nos municípios, 93,7% dos entrevistados afirmaram estar monitorando o estado nutricional da população. Em relação ao monitoramento do estado nutricional, o teste estatístico apresentou uma diferença estatística entre os estratos municipais, no sentido que a resposta ‘não’ associava-se com o estrato I e a resposta ‘sim’ com o estrato III, apresentando um $p=0,01$.

Os coordenadores municipais relataram que 56,8% dos municípios utilizam alguma estratégia de captação dos indivíduos a serem monitorados. A proporção desse resultado se divide da seguinte forma entre os estratos, conforme Gráfico 14. O resultado do teste constatou que a proporção de resposta ‘sim’ cresce à medida que a população do município aumenta, com $p = 0,0374$.

Gráfico 14 – Percentual de municípios que utilizam estratégia de captação dos indivíduos para fins de monitoramento nutricional, segundo os estratos. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

A realização das ações de monitoramento, ou seja, tomada de medidas antropométricas, foi relatada estar acontecendo em 3.706 das 4.016 EAS da amostra (Tabela 13), o que significa um total de 92,3%. Os 226 municípios (93,8%) que estão realizando essa ação, afirmaram monitorar os seguintes públicos, segundo as respectivas periodicidades:

Tabela 12 – Percentual de acompanhamento segundo o público monitorado e a periodicidade, segundo relato das Coordenações Municipais de Alimentação e Nutrição. Brasil, 2006.

Público monitorado	Total de municípios	% de acompanhamento por periodicidade			
		Mensal	Trimestral	Semestral	Conforme recomendação do MS
Crianças	96,3	36,8	11,1	4,70	42,3
Adolescentes	24,1	1,70	20,7	43,1	34,5
Adultos	21,2	0,00	0,00	35,3	56,9
Gestantes	79,3	26,7	17,3	8,90	44,0
Idosos	23,2	19,6	58,9	17,9	0,00
Nutrizes	50,6	27,0	43,4	27,0	0,00

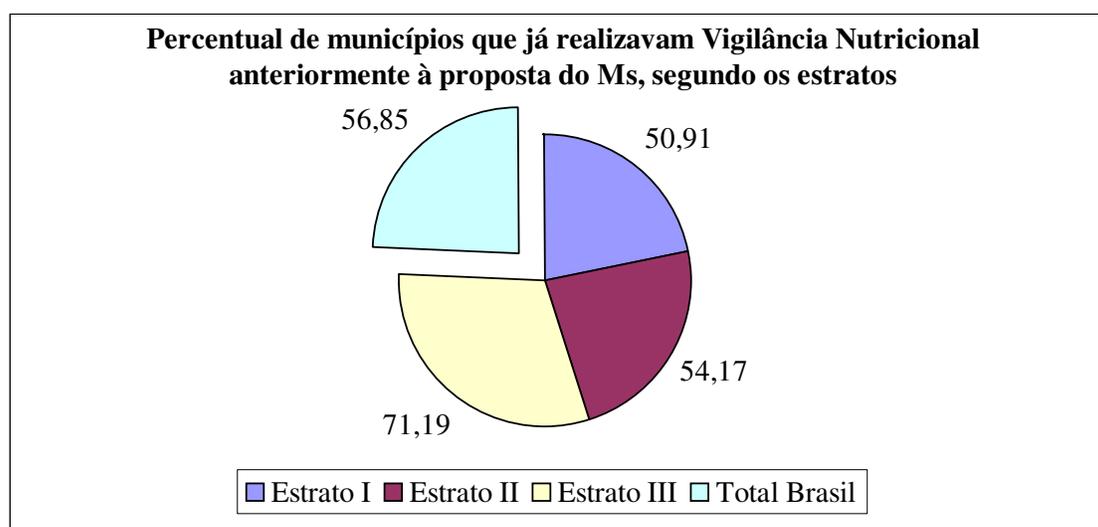
Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

O Programa Bolsa Família, segundo as informações dos Coordenadores Municipais, está sendo realizado por 80,9% dos municípios por meio do SISVAN. Adicionalmente, 14,1% afirmaram acompanhar os programas municipais e 8,7% programas estaduais existentes. Os Coordenadores Municipais afirmaram, ainda, o acompanhamento da população usuária do SUS, por 38,2% dos municípios.

Entre as estratégias utilizadas para captação de indivíduos para o monitoramento nutricional, os municípios (n=136) relataram utilizar a busca ativa em parceria com PACS/PSF (50,7%), palestras e reuniões (16,9%) e chamadas nutricionais e cadastramento do PBF (6%). Fazendo uma análise por estrato, pode-se observar que as maiores concentrações dessas atividades encontram-se nos municípios de estrato I e III, não havendo diferenças representativas a serem consideradas.

Em relação à realização das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional anteriormente a atual proposta de padronização do Ministério da Saúde, a pesquisa revelou, segundo o relato dos Coordenadores Municipais, que 56,8% dos municípios já realizavam ações de vigilância nutricional (Gráfico 15). Destes, 8% relataram utilizar em programas municipais/estaduais de alimentação e nutrição, para o Bolsa Alimentação, o Programa Incentivo e Combate às Carências Nutricionais – ICCN, conforme relatado no histórico da ação nesta pesquisa. Analisando a proporção de cada estrato foi possível constatar que existe uma diferença estatisticamente significativa à medida que a população do município aumenta, com $p=0,0163$.

Gráfico 15 – Percentual de municípios que já realizavam Vigilância Alimentar e Nutricional anteriormente à proposta do MS, segundo os estratos. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

✓ **Quanto aos resultados da implantação**

O resultado da implantação do SISVAN nos municípios pode ser descrito pelas seguintes situações, segundo análise de dados informados pelos Coordenadores Municipais:

- 12,8% dos municípios não receberam capacitação, não têm o sistema informatizado instalado e não enviam dados de monitoramento;
- 11,2% dos municípios não receberam capacitação, não possuem sistema informatizado instalado, porém afirmaram enviar dados de monitoramento;
- 3,3% dos municípios não receberam capacitação, possuem o sistema informatizado instalado e enviam dados de monitoramento;
- 1,2% dos municípios não receberam capacitação, possuem o sistema instalado, mas não enviam os dados;
- 19,5% dos municípios receberam capacitação, estão com sistema informatizado instalado e estão enviando dados de monitoramento;
- 17,4% dos municípios receberam capacitação, não tem o sistema informatizado instalado e não enviam dados;
- 33,2% dos municípios receberam capacitação, não possuem sistema informatizado instalado e enviam dados de monitoramento;
- 1,2% dos municípios receberam capacitação, possuem sistema informatizado instalado e não enviam dados de monitoramento.

✓ **Quanto à utilização das informações**

Os municípios que utilizam as informações geradas pelo SISVAN (61,8%) relataram focalizar a utilização dessas, principalmente, na divulgação aos profissionais de saúde e seu uso na identificação de público para programas de governo. Outras ações relatadas por aproximadamente 45% dos municípios foram a de definição de intervenções e norteamento das políticas públicas de saúde.

Os problemas com a implantação do SISVAN relatados por 29,0% dos municípios, foram sobre a deficiência de capacitação, problemas com recursos humanos e dificuldade com o manuseio do instrumento principal – o sistema, bem como a informatização e conexão (17%). Esses relatos são mais frequentes nos municípios menores, agrupados no estrato I, com 51,8%. O estrato II aparece em segundo lugar, com 42,7% e o estrato III com 40,0%.

✓ Quanto à percepção dos Coordenadores Municipais

Em relação à percepção dos municípios sobre o processo desencadeado pelo Ministério da Saúde, 51,0% responderam ter uma percepção positiva, relatando maior controle e favorecimento de ações mais efetivas e boas perspectivas em relação ao desenvolvimento do processo, pois a tendência é melhorar com o avanço da implantação e a incorporação das sugestões para aprimoramento. A Tabela 14 apresenta as respostas em relação à percepção dos entrevistados quanto às responsabilidades de cada instância para o aprimoramento do processo:

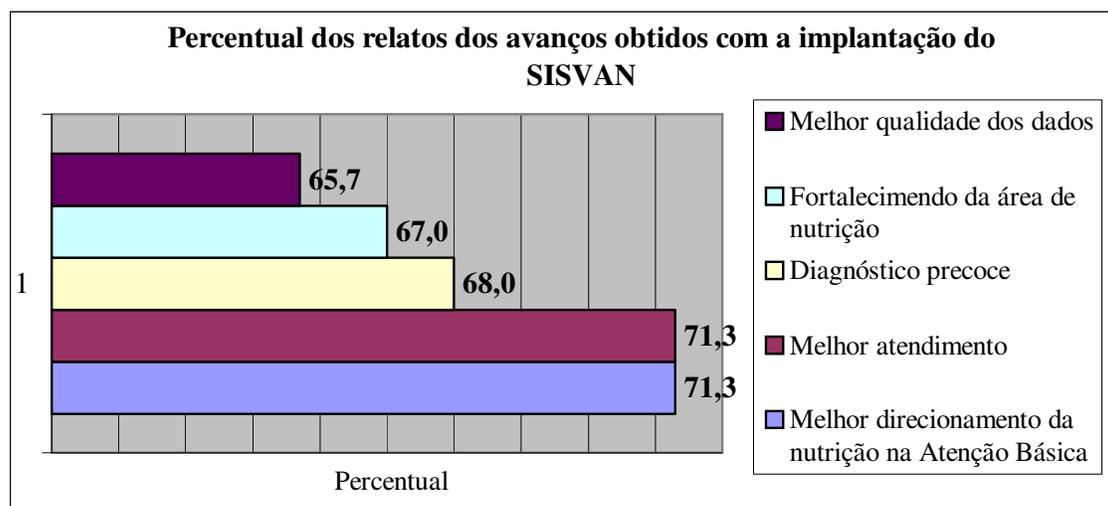
Tabela 13 – Responsabilidades de cada esfera de governo para o aprimoramento do processo, segundo o relato dos Coordenadores Municipais. Brasil, 2006.

Esferas	Atividades	Total Brasil
MS	Capacitações constantes	36,0%
	Incentivo Financeiro	16,0%
	Intensificar a informatização	16,0%
	Aumentar suporte técnico	10,0%
SES	Capacitações aos municípios	36,0%
	Suporte técnico	21,9%
	Supervisão	25,0%
SMS	Capacitações às Equipes	27,0%
	Fiscalização	31,7%
	Melhorar a comunicação com os profissionais	28,0%
	Oferecer suporte técnico	28,0%
EAS	Condições físicas	66,0%
	Monitoramento dos indivíduos de forma correta	71,0%
	Recursos humanos disponíveis e capacitados	32,0%

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Sobre os resultados da implantação do SISVAN, um total de 73,9% dos entrevistados relataram já conseguir visualizar os avanços que a realização das ações de vigilância nutricional têm trazido aos municípios, dentre os quais, foram relatados alguns avanços específicos, conforme apresentado no Gráfico 16.

Gráfico 16 – Percentual dos relatos dos avanços obtidos com a implantação do SISVAN em nível municipal. Brasil, 2006.



Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Quando observado o Grau de Implantação por Região (Gráfico 11) é possível verificar que uma encontra-se em grau crítico – o Nordeste, com 47,0%, as demais apresentando um grau aceitável. Nenhuma Região avançou, a ponto de ser considerada em grau satisfatório. Vale destacar que, para essa análise, foi utilizada a média ponderada, considerando os diferentes números de estados de abrangência de cada Região geográfica.

Em relação ao mesmo grau de implantação que foi calculado para as capitais dos estados, observa-se que o nível crítico aumenta, observando as Regiões geográficas de abrangência, conforme tabela abaixo (Tabela 14):

Tabela 14 – Grau de implantação do SISVAN nas capitais dos estados do Brasil, segundo Região geográfica de abrangência e indicadores estabelecidos pela equipe de gestão nacional. Brasil, 2006.

Regiões	%	Grau de implantação
Norte	35,7	Crítico
Nordeste	40,7	Crítico
Sudeste	39,4	Crítico
Sul	46,5	Crítico
Centro-Oeste	23,2	Crítico

* < 50% = crítico; ≥ 50% a < 80% = aceitável; ≥ 80% = satisfatório.

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Os resultados gerais mostram que 100,0% das capitais ainda encontram-se em grau crítico em relação à implantação do SISVAN. Não há, portanto, nenhuma capital que, ao ser analisada pelos referidos indicadores, possa ser considerada com nível satisfatório, ou pelo menos aceitável. Observa-se que a Região Centro-Oeste, pela ótica das capitais, decai pela metade seu Grau de Implantação em relação à análise por estado.

Somando aos resultados encontrados por meio das análises dos protocolos, buscou-se também, avaliar a percepção dos técnicos da equipe gestora nacional do SISVAN, utilizando como parâmetro os indicadores para determinar o Grau de Implantação estabelecido na pesquisa. Embora uma avaliação empírica considerou-se importante essa avaliação. Os resultados apresentaram-se diferentes dos resultados encontrados por meio das respostas dos Coordenadores Estaduais na pesquisa.

Foram consultados os técnicos, de informática e de nutrição, da equipe gestora nacional que atuaram de forma marcante no processo de implantação - capacitações, elaboração de materiais, supervisão, suporte, elaboração e homologação dos sistemas, dentre outras atividades -, os quais foram questionados sobre as Unidades da Federação que, na opinião e vivência de cada um deles, estava mais ou menos avançada, considerando o Grau de Implantação definido por Consendey et al. (2002) e adaptado para este estudo. Os resultados foram os apresentados na Tabela 15.

Trata-se de uma avaliação subjetiva, mas que, pelo dia-a-dia dos técnicos que atuam com o SISVAN, como o contato com os Coordenadores estaduais e municipais do SISVAN, com o DATASUS, as capacitações, as ligações ao suporte técnico de informática, é possível inferir a situação de cada UF.

O Grau de Implantação, sob essa ótica concentra-se, ainda, no grau aceitável, apresentando grande semelhança entre as opiniões relatadas. Pelos resultados é possível verificar que existe analogia e coerência entre as opiniões dos técnicos e gestores. Não há nenhum estado que, considerado grau crítico por um técnico, avance para o grau satisfatório, na opinião de outro técnico, revelando assim, grande consistência entre os julgamentos.

Tabela 15 – Avaliação da percepção da equipe gestora do SISVAN do MS, quanto ao Grau de Implantação desta ação nos estados. Brasil, 2006.

	Crítico	Aceitável	Satisfatório
Técnico I	DF, SE.	AC, AL, AP, AM, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RJ, RN, RO, RR, SC.	TO, RS.
Técnico II	DF, SE, AP.	AC, AL, AM, BA, CE, ES, GO, MA, MG, MS, MT, PA, PE, PI, PR, RJ, RN, RO, RR, SC.	TO, RS, MS, PB.
Técnico III	DF, SE, AP, SP.	AC, AL, AM, AP, BA, CE, GO, MA, MG, MS, MT, RJ, RN, RO, RR, SC.	TO, RS, ES, PA, PB, PE, PR.
Técnico IV	DF, SE, AP, SP, AC, AM, MG, MT, PR, RJ, RN, RO, RR.	AL, BA, CE, ES, GO, MA, MS, PA, PE, PI, RS, TO.	
Técnico V	DF, SE, AP, SP, AC, BA, CE, MG, MT, RO, RR.	AL, AM, ES, GO, MA, MS, PA, PB, PE, PR, RJ, RN, SC.	RS, TO, PI.

* < 50% = crítico; ≥ 50% a < 80% = aceitável; ≥ 80% = satisfatório.

Fonte: Pesquisa de Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

6. DISCUSSÃO

Fazendo referência aos aspectos metodológicos é pertinente ressaltar que o presente estudo adotou alguns procedimentos para evitar os erros metodológicos (vieses), tais como: emprego de amostragem aleatória; preparação e validação de instrumento de coleta de dados; elaboração de manual de instruções e supervisão em todas as etapas da pesquisa.

Em relação à coleta de dados, pode-se considerar que houve uma perda insignificante. Ao final da coleta, apenas 10,4% dos municípios não responderam o questionário, apresentando-se bem distribuídos entre os estratos. Essa perda consistiu, essencialmente, de informações dos municípios que, já no primeiro contato, afirmaram que não iriam colaborar, ou por não estarem realizando vigilância nutricional, ou por não terem acesso fácil à internet. Nesse último caso, era sempre oferecida alguma outra forma de acesso ao protocolo, como o envio via fax, correio ou, ainda, a opção de responder por telefone. Mesmo assim, na maioria das vezes, o respondente continuou negando sua participação. Ressalta-se que a análise de perda amostral é fundamental, uma vez que assegura análise fidedigna dos resultados e cumpre os objetivos de um plano amostral representativo em nível nacional, permitindo interpretação e inferência dos dados para tal magnitude.

Optou-se, neste estudo, pela utilização do modelo lógico de avaliação, visando facilitar a leitura dos resultados. Os elementos básicos apresentados neste modelo, para o SISVAN, correspondem aos principais componentes planejados no programa.

Remetendo à Figura 2, Modelo Lógico para Avaliação da Implantação do SISVAN, pode-se observar, pela descrição dos Recursos/Insumos (i) e Atividades (ii), que o Ministério da Saúde providenciou as atividades propostas a contento, visando à efetiva implantação da ação em nível local. Os Produtos (iii), os Resultados (iv) e os Impactos (v) são os efeitos esperados, uma vez que a ação esteja implantada ou em fase de implantação.

Em relação ao item Recursos Humanos, foi feita a sensibilização dos gestores no momento das capacitações e, também, as capacitações propriamente ditas, em dois momentos. Cabe ressaltar, que este deve ser um processo contínuo. Os Resultados da pesquisa também mostram essa necessidade, relatada, principalmente, pelos Coordenadores Municipais.

Compete aos Estados e Regionais de Saúde a replicação dos treinamentos recebidos aos municípios e estes, replicarem aos profissionais dos EAS e PACS/PSF. Os resultados municipais mostram que, ainda, há um baixo percentual de profissionais capacitados envolvidos com o SISVAN. O Ministério da Saúde deve pensar em uma forma de monitorar e assegurar a replicação aos profissionais que atuam no atendimento à população da rede de atenção básica a saúde.

Os materiais técnicos de apoio às capacitações foram elaborados e distribuídos e estão em fase de revisão, atualização e reimpressão, segundo a equipe gestora do Ministério da Saúde. Foram comprados e distribuídos, também, equipamentos antropométricos. Cabe, aos estados e municípios, a reprodução desses materiais em quantitativo adequado às realidades locais, bem como a aquisição de equipamentos antropométricos e sua devida manutenção, em parceria com a gestão municipal.

Os resultados da pesquisa, por outro lado, mostraram a necessidade de aquisição de computadores, que podem ser adquiridos pela própria gestão local, uma vez que seja identificada e valorizada sua necessidade.

Os Sistemas – Módulo Municipal e de Gestão, também foram desenvolvidos e disponibilizados com capacitações, porém, com algumas pendências. Segundo Acosta (2001), os sistemas de informações devem ser de fácil operação, ágil e confiável. Os resultados deste estudo mostraram a insatisfação de alguns municípios e estados em relação a esses instrumentos.

Observou-se que os estados e municípios ainda estão se apropriando da proposta da informatização do SISVAN e abrindo caminhos para a realização das atividades. Alguns produtos podem ser visualizados, mas ainda aquém da expectativa da equipe gestora: gestores sensibilizados, parcerias formadas, profissionais capacitados, utilização dos instrumentos e população sendo monitorada. Embora tenham sido relatadas a divulgação e utilização das informações do SISVAN, nem todos esses dados são oriundos dessa proposta padronizada e isso dificulta a visualização e conhecimento dos mesmos. Alguns destes resultados serão comentados a seguir.

Em relação ao perfil dos Coordenadores de Alimentação e Nutrição, o resultado da pesquisas mostrou que a proporção de nutricionistas nos municípios ainda é pequena. Nos estados, 76% dos Coordenadores possuem habilitação em Nutrição, seja em nível de graduação ou de pós-graduação e, nos municípios, esse número decresce para aproximadamente 31%. A necessidade de recursos humanos devidamente habilitados para lidar com problemas de ordem nutricional da população brasileira é um fator fundamental e recomendado no Art. 5º da Portaria 2.246, de 18 de outubro de 2004, que delega, preferencialmente ao nutricionista, a responsabilidade pela implantação e supervisão do SISVAN. Verificou-se, portanto, a inobservância a esta recomendação, principalmente, na esfera municipal de gestão do SUS.

Por outro lado, em uma análise mais geral, as informações obtidas sobre a formação dos Coordenadores, principalmente os Estaduais, apontam uma ótima qualificação, pois é, relativamente, recente o profissional nutricionista à frente de coordenação de programas e

políticas públicas. Quando analisada proporção de estados implantados em relação ao perfil do Coordenador, foi observado que o SISVAN está implantado em maior quantidade nos estados onde o Coordenador é profissional de Nutrição (56,2%). Esse fato deve-se, provavelmente, ao fato de ser um profissional sensibilizado com a importância da ação e quanto à interpretação do estado nutricional de um indivíduo como indicador de saúde.

As capacitações de profissionais de saúde e gestores consistem nas primeiras atividades recomendadas para a implantação do SISVAN. Pelos resultados desta pesquisa, esta ação está em um nível aceitável em relação ao protocolo de julgamento estabelecido para avaliação de implantação. Mas os resultados mostram que ainda há uma considerável proporção de estados e municípios que não replicaram as capacitações (Tabela 8).

Em nível estadual, cabe ressaltar que apenas 55% dos estados podem ser considerados na categoria 'nível satisfatório' do protocolo estabelecido para esta pesquisa em relação à replicação das capacitações em, pelo menos, 50% dos municípios de sua área de abrangência. Por outro lado, 33% ainda estão em nível crítico nessa categoria, em relação à replicação para os municípios e 29% para as Regionais de Saúde. Vale ressaltar que a replicação para as Regionais de Saúde implica em assegurar que estas realizem a multiplicação das atividades aos municípios, para que os mesmos façam chegar aos profissionais da atenção básica. É importante levar em consideração o tempo: lembrando que o processo de capacitação foi iniciado em 2004, era possível, necessário e desejado que os níveis de capacitação estivessem melhores classificados.

A não replicação das Macrorregionais foi justificada pelas UF por problemas financeiros (PB), falta de recursos humanos (MA, RJ, PA, AL), mudança de gestão (ES) e pendências locais com o sistema informatizado (DF, RO, ES). Deve ser observada a replicação dos treinamentos por parte das Regionais de Saúde, pois estas têm sido foco de mais da metade dos estados para desencadear as ações do SISVAN.

Fazendo a comparação das informações de capacitação dos estados com as obtidas pelos Coordenadores Municipais é possível observar que grande parte dos municípios ainda não recebeu capacitação da esfera estadual, pois apenas 17% dos municípios entrevistados relataram ter recebido algum treinamento dos estados. Por outro lado, grande parte dos estados relatou que já replicaram.

Outro dado a ser destacado é o que diz respeito à replicação dessas capacitações, que foi relatado por apenas 54% dos municípios; desses, 32% afirmaram ainda não ter realizado nenhuma capacitação, justificou-se por ainda não terem sido capacitados pela esfera estadual. Ainda em nível municipal, é preocupante a proporção de profissionais que trabalham

diretamente com o SISVAN, que foram devidamente capacitados: apenas 49%. Novamente esses índices podem ser considerados bastante baixos dois anos depois do início do processo.

A participação de atores importantes como o Coordenador de Alimentação e Nutrição e o Coordenador da Atenção Básica, foi incipiente nas capacitações, o que pode significar uma dificuldade de seguimento da implantação do SISVAN, uma vez que é desejável que os gestores e profissionais envolvidos com a Vigilância Alimentar e Nutricional estejam sensibilizados quanto à relevância da ação.

Definiu-se, oportunamente, por “capacitados”, aqueles estados ou municípios que tiveram profissionais de saúde e de informática participando de alguma capacitação, seja pelo MS ou pelas esferas estaduais e municipais, com arguições sobre SISVAN e apresentação da nova proposta do MS e os parâmetros preconizados e recomendados.

Uma questão importante levantada por Draibe (2001), é a identificação de atores político-institucionais estratégicos, que permeiam e dinamizam o processo de implantação de determinada ação. Essa autora afirma que as negociações são indispensáveis, sobretudo, à sustentabilidade do programa. Além disso, em se tratando de uma política pública de saúde, é importante entender os mecanismos utilizados, uma vez que uma área ou setor isoladamente, não consegue obter grandes êxitos ao implantar determinada ação.

Nessa perspectiva, o protocolo aplicado aos estados e municípios propôs-se a verificar as parcerias firmadas com alguns atores considerados importantes para as ações do SISVAN (Gráfico 6). Cabe ressaltar que, a PNAN, recomenda articulações intra e intersetoriais objetivando viabilizar o alcance de seu propósito: a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais (BRASIL, 2003).

Foi incluída a opção ‘Outras Parcerias’ com o objetivo de identificar as iniciativas de articulação de potenciais parceiros considerados importantes na percepção dos gestores locais, para a efetiva implantação do SISVAN. Interpreta-se, pelos dados apresentados pelos Coordenadores, que ainda é necessário recrudescer essa ação, principalmente em nível municipal, pois apenas 33% afirmaram ter estabelecido alguma parceria. Na esfera estadual, este percentual é de 75%. Os municípios realizam parceria, principalmente, com a Pastoral da Criança (61,3%), organização muito ativa e presente nas atividades com a comunidade e com conhecida capacidade de interação com a população.

Um aspecto relevante para a implantação do SISVAN é a participação dos CECANS, com base nos resultados desta pesquisa esta participação está muito aquém do esperado, bem como da sua potencialidade técnica e institucional de apoio a essa ação.

A realização de eventos sobre o SISVAN foi de 85,2% e 27,8%, comparando-se os estados e municípios entrevistados, respectivamente. É importante ressaltar a relevância desses eventos aos profissionais da ponta, com o objetivo de sensibilizar, estimular, incentivar, reciclar e oferecer um retorno das ações desencadeadas.

Sobre o acompanhamento do Programa Bolsa Família – PBF, comparando-se as informações de monitoramento dos beneficiários recebidas no MS e o relatado pelos informantes da pesquisa, é necessário ressaltar que o número de municípios que afirmaram usar o SISVAN (80,9%) para monitorar os beneficiários do PBF, não representa o total de municípios que estão realizando efetivamente o monitoramento nutricional; apenas informa se cumpre as condicionalidades do programa. Afirmar que 4.977 municípios estão realizando vigilância e informando dados nutricionais, seria um excelente indicador, mas conforme mencionado anteriormente, esse número representa o acompanhamento dos beneficiários, que não obriga a coleta de peso e de altura para avaliar o estado nutricional, apenas os recomenda. As respostas advindas do sistema de monitoramento construído para o PBF são apenas ‘sim’ e ‘não’ para o cumprimento da agenda de saúde (vacinação, crescimento/desenvolvimento e pré-natal).

Em relação à avaliação dos instrumentos disponibilizados pelo MS para a implantação do SISVAN (materiais técnicos, portaria, sistema, álbuns seriados e cartazes) e o uso dos mesmos, verifica-se pelos relatos dos Coordenadores Municipais que estes foram mais críticos, quando comparados à visão dos Coordenadores Estaduais (Gráficos 4 e 11, respectivamente). Esse fator pode ser atribuído ao fato de serem eles os profissionais da rede de atenção básica à saúde, os que utilizam os instrumentos no dia-a-dia e sabem, com maior pertinência, apontar as qualidades, defeitos e deficiências desses instrumentos.

O material que melhor foi avaliado (Gráfico 4) pelos Coordenadores Estaduais é o que, proporcionalmente, é o menos utilizado: a Portaria do SISVAN. Trata-se de um excelente instrumento de sensibilização, recomendação e normatização das ações de Vigilância Nutricional, porém está sendo utilizada de forma incipiente. Sua importância é preservada na avaliação dos participantes da pesquisa; porém, sua potencialidade ainda não está sendo explorada pelos gestores e profissionais.

A avaliação e utilização do Manual do Sistema (Gráfico 4 e 5) é outro elemento que vale a pena mencionar. Embora tenha sido muito bem avaliado e esteja sendo utilizado por vários municípios, trata-se de um material elaborado em 2003, sem nenhuma atualização posterior. A versão do sistema a que este material se refere é a 3.0.0.8 e, atualmente, em 2006, foi disponibilizada aos municípios a versão 3.0.18. Ele foi elaborado, em parceria, pelo DATASUS e CGPAN, e disponibilizada na página de acesso à instalação do Sistema Módulo

Municipal. Pode-se inferir, pelo exposto, que é um material considerado necessário e bem avaliado por parte dos gestores, mas que necessita de mais atenção por parte da equipe técnica gestora nacional, de modo a atualizá-lo constantemente. Vale pensar nas providências para sua impressão e distribuição, uma vez que alguns municípios não têm acesso imediato à internet e dificuldade de impressão.

As sugestões recebidas dos entrevistados em relação aos materiais de apoio referiram-se, apenas, sobre a sua distribuição, tendo sido solicitado a produção de maior quantidade e distribuição dos estados aos municípios, e não diretamente pelo MS, como tem sido feito.

Outra sugestão é o melhoramento do funcionamento do Sistema de Gestão. Atribui-se a avaliação recebida sobre este instrumento, provavelmente, pelo desconhecimento do sistema por parte dos Coordenadores, devido ao longo atraso na disponibilização do mesmo aos estados, deixando-os sem controle e gestão dos dados municipais.

Para as análises de implantação propriamente dita do SISVAN (instalação e utilização do sistema e envio dos dados), foi considerada a informação de municípios que enviaram dados de monitoramento para o Módulo de Gestão, fornecida pelo Datasus. Pela primeira vez, depois de três anos de iniciada a implantação, o Datasus consolidou e disponibilizou os dados enviados pelos municípios. Essas informações foram disponibilizadas em março de 2006 e apresentam o estado nutricional de crianças e gestantes de 1.032 municípios brasileiros. É importante ressaltar que fazem parte dessa amostra apenas 67 municípios informantes desta pesquisa. Considerando-se essa fonte de informação é possível verificar grande inconsistência entre as respostas obtidas na pesquisa, pois apenas 27,8% dos municípios (n=241) participantes deste estudo enviaram dados para o Módulo de Gestão.

Os resultados da implantação do SISVAN nos municípios mostraram situações diversas, que serão descritas e comentadas a seguir.

A pior situação encontrada em relação aos resultados das ações do SISVAN é o relato de 12,8% dos municípios, que afirmaram não terem recebido capacitação, não terem o sistema informatizado instalado e não enviarem dados de monitoramento.

Uma situação bem peculiar foi identificada em 11,2% dos municípios informantes: não receberam capacitação, não têm o sistema instalado, mas afirmaram enviar dados de monitoramento. Soma-se a este grupo, os 33,0% de municípios que receberam capacitação e enviam dados sem possuir o sistema instalado. Como, é difícil explicar. Ainda que se tratassem de EAS, a explicação poderia ser dada pelo envio das informações centralizadas em um único equipamento na Secretaria de Municipal de Saúde e enviado ao Ministério da Saúde, mas em termos de municípios, não é há possibilidade desse tipo de envio, somente pelo sistema instalado em nível local.

Outros 3,3% dos municípios realizam vigilância nutricional sem terem sido capacitados. Essa não é uma situação duvidosa, uma vez que o sistema foi remodelado de um módulo de acompanhamento do Programa Bolsa-Alimentação, já conhecido por grande parte dos municípios e, bem amparado pelo suporte técnico do Ministério da Saúde, que oferece atendimento passo a passo.

A melhor situação encontrada em nível municipal foi verificada em apenas 19,5% dos municípios: receberam capacitação, estão com sistema informatizado instalado e estão enviando dados de monitoramento. Em contrapartida, os que receberam capacitação, mas não deram seguimento à ação, totalizam-se em 18,6%.

Os motivos relatados, de forma generalizada entre os estratos, por não terem o sistema instalado, são: falta de operadores, dificuldade de instalação e problemas com a base de dados. São exatamente estes os principais problemas relatados pelos municípios que fazem ligações telefônicas ao suporte de informática da CGPAN.

Torna-se difícil interpretar o não seguimento da ação do SISVAN ao comparar alguns resultados da pesquisa: 93,8% dos municípios informaram realizar o monitoramento nutricional da população, seja ela beneficiária ou não de programas, e 78,0% informaram estar com o sistema instalado. Para completar o objetivo da ação, faltaria, somente, alimentar o sistema com esses dados de monitoramento no sistema e transmiti-los ao Módulo de Gestão. De certa forma, considera-se que a ação mais complexa – monitorar o estado nutricional, está sendo realizada. É necessária apenas a sistematização para chegar ao objetivo final.

Fazendo uma análise do Anexo I, que traz algumas características do SISVAN em outros países das Américas, em comparação com os objetivos e funcionalidades da proposta do SISVAN do Ministério da Saúde, é possível verificar que o que se deseja com esse sistema de informações no Brasil coaduna-se às propostas existentes no continente, tanto nos índices e indicadores utilizados, quanto na população a ser monitorada, na periodicidade e nos objetivos da proposta. No Brasil, o sistema amplia a abordagem de Vigilância Alimentar e Nutricional uma vez que está preparado para receber dados de monitoramento de todas as fases do curso da vida, diferentemente dos outros países elencados. Mesmo assim, a recomendação nacional é que as ações sejam iniciadas pelo público materno-infantil.

Verificou-se na análise do sistema, instrumento gerencial, que há uma reprodução de problemas conhecidos em outros sistemas de informação, como a geração de dados de qualidade discutível, uma vez que alguns municípios afirmaram estar realizando a vigilância sem terem recebido capacitação e/ou treinamentos.

Outra questão é o encaminhamento à instância superior, sem que estes dados tenham se transformado em informações e ações concretas pelas equipes de saúde do município. As

informações obtidas confirmam que o SISVAN ainda não superou problemas descritos por Batista Filho (1993), relatando que a análise e interpretação dos dados têm ficado para segundo plano, não sendo, muitas vezes, utilizadas para seus fins específicos nos locais onde são gerados.

Em alguns momentos é possível verificar a inconsistência das informações que os estados relataram em relação aos seus municípios de abrangência, com as informações prestadas pelos próprios municípios. Um exemplo é o número de municípios que estão enviando dados ao Módulo de Gestão. A comparação dos dados informados pelos estados – sobre o número de municípios que estão enviando a informação pelo módulo municipal – em relação à informação consolidada pelo DATASUS, permite afirmar que houve uma superestimação por parte de quase 50,0% dos estados (n=13), sendo que dois deles se abstiveram dessa resposta (PR e RS). Ou seja, os estados informaram que seus municípios estavam enviando dados, quando, de fato, isso não aconteceu. Verifica-se, portanto, a necessidade do envolvimento dos Coordenadores Estaduais com os Coordenadores Municipais, bem como uma mais sistemática, por parte dos gestores estaduais para apoio às ações desenvolvidas nas esferas locais.

Comparando-se a informação “número de municípios capacitados pelo estado” com a pergunta “qual é o total de municípios capacitados no estado”, há uma diferença relatada de 1.372 municípios; 37,1% dos estados referiram números diferentes. Observa-se que foi relatado um número maior no primeiro questionamento, podendo-se atribuir essa diferença aos fatos das Regionais de Saúde estarem replicando as capacitações e/ou por alguns municípios em 2004 terem participado da capacitação do Ministério da Saúde. A maior diferença concentra-se no estado de São Paulo que referiu não ter realizado nenhuma capacitação diretamente aos municípios, mas que 640 municípios estão capacitados em SISVAN. Igualmente, o estado de Goiás, relatou não ter realizado nenhuma capacitação, nem para as Regionais e nem aos Municípios; porém, afirma que 100,0% do estado está capacitado. Talvez haja um viés de confusão: os estados podem ter considerado a abrangência das Regionais de Saúde como sinônimo de municípios capacitados.

Foi verificado que alguns estados e municípios já realizavam Vigilância Nutricional anteriormente à proposta de informatização do MS (85,0% e 56,8%, respectivamente). Fazendo uma análise da implantação do SISVAN nos estados, com aqueles que já realizavam SISVAN por iniciativa própria e anterior à proposta do MS, é possível observar que dos 85,1% (n=23) estados que já realizavam SISVAN, aproximadamente 61,0% estão com o grau de implantação em nível aceitável e podem ser considerados parcialmente implantados.

Esse resultado afirma o pressuposto que, ter as ações de SISVAN já inseridas na prática cotidiana das ações de saúde e profissionais sensibilizados e envolvidos no processo, influencia positiva e decisivamente na implantação do SISVAN.

O grau de implantação do SISVAN em nível estadual mostrou que há um pequeno percentual de estados com o grau de implantação considerado satisfatório, segundo os indicadores estabelecidos pela equipe de gestão nacional (3,7%), mas, em contraponto, um alto índice de estados em estado crítico (44,0%) em relação à implantação do SISVAN (Gráfico 11). A região que mais está avançada na implantação desta ação é a Sul, seguida do Centro-Oeste. Esta última, ainda que tenha o DF, que nada avançou em relação à Vigilância Nutricional, possui outros estados como Mato Grosso do Sul que vem desempenhando a contento as atividades recomendadas para implantação, elevando a média regional, o que tem impacto na situação relativa da Região Centro-Oeste.

Remetendo à Tabela 5, que resume os indicadores selecionados para definição e cálculo do Grau de Implantação do SISVAN, cabe analisar que o primeiro item “Capacitações” foi o que mais apresentou nível satisfatório: com 97,2% dos estados. Porém, cabe ponderar que esse valor é resultado da análise que considera as respostas dicotômicas dos entrevistados (sim ou não) em relação à realização de capacitação aos municípios. Contudo, analisadas com base nas informações oriundas dos municípios de abrangência, é possível verificar que alguns estados ainda estão muito aquém do esperado, conforme relatado na Tabela 8. Isso também mostrou uma dissonância entre as informações prestadas pelos estados comparativamente àquelas prestadas pelos municípios.

Em segundo lugar, foi o item “incremento”, analisado em grau satisfatório por 79,0% dos estados. O item que menos teve pontuação foi o “Incentivo por parte do Estado”, apresentando-se com 25,3%.

Alguns erros, em relação à implantação do SISVAN, foram apontados por Acosta (2001), como comuns de acontecerem:

1. Planejamento insuficiente das atividades iniciais, posteriores e de estratégias de delineamento da Vigilância Nutricional.
2. Ausência de ordem e prioridade das atividades.
3. Divulgação e discussão insuficientes dos resultados do processo.
4. Falta de programação no processo de coleta e processamento de dados.
5. Análises insuficientes dos resultados obtidos.
6. Insuficiente informação técnica e escassa motivação dos profissionais de saúde executores da atenção básica.
7. Subestimação dos recursos necessários.

Os resultados desta pesquisa mostraram que o SISVAN no Brasil continua a seguir este caminho, ainda com a reprodução de alguns erros.

Com base ao exposto, e nos achados deste estudo, recomenda-se:

7. CONCLUSÃO

Analisando os resultados segundo os indicadores de processo do Ministério da Saúde, essa pesquisa mostrou que o SISVAN não está implantado em nível nacional como a equipe gestora esperava. Porém, reconhece-se que houve avanços, tendo em vista a existência de exigência formal do SISVAN, com uma padronização nacional, e um conjunto de forças e incentivos políticos jamais visto, embora estes fatores ainda não tenham sido suficientes para garantir a geração e utilização local das informações sobre o estado nutricional da população. Sabe-se que a incorporação dessa prática demanda mudanças que não independem de normatização, mas também requerem modificação na estrutura dos serviços de saúde, de modo que estes incorporem as ações de vigilância no cotidiano.

O SISVAN tem o objetivo de ser um potente instrumento de identificação de prioridades, monitoramento de ações e apoio à recuperação do estado nutricional, na medida que propicia o diagnóstico e se articula com outras ações de saúde. A uniformização de suas práticas, em um País com tantos contrastes, é tarefa complexa, porém é imprescindível a padronização de um sistema nacional, que permita comparações e análises dos dados gerados.

No Brasil, o SUS identifica o município como o âmbito privilegiado para o desenvolvimento de ações de vigilância e promoção da saúde. Para sua efetiva implementação na esfera local, contudo é imprescindível a adesão dos gestores de saúde, a garantia de investimentos em capacitações dos profissionais e uma estreita integração com as Equipes de Saúde da Família.

Outros passos podem (e devem) ser seguidos, visando minimizar os erros de implantação e trabalhar de forma mais coerente e proveitosa em relação a essa proposta:

1. Identificar e avaliar a problemática, usando melhor as fontes de informação.
2. Desenvolver vias metodológicas apropriadas para obter, processar e analisar a informação.
3. Fazer a divulgação das informações geradas para diferentes públicos, como analistas, usuários, profissionais e gestores.

É importante refletir a necessidade de cautela na vinculação do SISVAN a programas de transferência de renda, pois ainda que tenha trazido forças à implantação, é preciso ter clareza que não se trata de uma ação paliativa, setorial, com foco na recuperação nutricional somente. O SISVAN parte de uma matriz epidemiológica, com direcionamento fundamental das ações de alimentação e nutrição, baseadas no perfil epidemiológico nutricional real, em todas as esferas de governo. É necessário evoluir para a implantação de um SISVAN com essa concepção.

Sabe-se que é comum o SISVAN, nas mais diversas localidades, coletar grande quantidade de informação para avaliar o problema, mas, por outro lado, gerar pouca quantidade de informações para as análises de causa e soluções, com grande dificuldade de fazê-lo servir para seu real objetivo – a tomada de decisões. Verificou-se, infelizmente, que o Brasil ainda incorre nesse equívoco.

Ainda há um longo caminho para a Vigilância Nutricional percorrer. Deve melhorar a qualidade dos dados obtidos nos serviços de saúde, introduzindo outros indicadores que permitam o diagnóstico e o monitoramento dos agravos nutricionais prevalentes nas diversas faixas etárias da população. Fundamentalmente, o SISVAN deve garantir que as informações sejam utilizadas para ações imediatas e sirvam de subsídios para a gestão das políticas públicas de intervenção do sistema de saúde e melhoria da assistência prestada.

É de fundamental importância a realização de estudos avaliativos, entre os quais este se insere, para a reorientação de ações e projetos de saúde. As políticas públicas, quando executadas pelas três esferas de governo, enfrentam como problema a falta de mecanismos de acompanhamento na implantação, no desenvolvimento e no impacto dos seus resultados. Reforça-se que a avaliação, entendida como instrumento norteador das práticas, tem adquirido novos contornos e tem tido seu espaço ampliado junto aos dirigentes e gestores, com a proposta de melhorar as práticas institucionais. Trata-se de um recurso importante de conhecimento da situação, para explicar os possíveis fracassos ou insucessos da ação ou problemática.

Há mais de duas décadas atrás, afirmava-se que havia clima favorável para promover a estruturação e operacionalidade de um sistema conseqüente de Vigilância Alimentar e Nutricional. Ainda nos dias de hoje, é possível chancelar essas palavras, tendo ainda, o reforço da responsabilidade e das conseqüências de um processo de transição epidemiológica nutricional grave, que não está sendo monitorado corretamente, embora recomendado e respaldado por políticas públicas de saúde.

Observa-se, por fim, que os objetivos deste estudo foram cumpridos adequadamente, conforme o proposto, uma vez que os resultados identificaram as falhas e trouxe recomendações que visam à minimização de novos erros e reorientação de estratégias para corrigir aqueles identificados pelos relatos dos entrevistados – atores chaves no processo de implantação do SISVAN. Os resultados serão apresentados e discutidos com a equipe de gestão nacional do SISVAN, para posterior divulgação e reorientação das ações de monitoramento nutricional, cumprindo o verdadeiro objetivo de uma pesquisa avaliativa, bem como para divulgar amplamente essa iniciativa às instâncias gestoras do SUS e interessados.

8. RECOMENDAÇÕES

1. Incorporar pesquisas avaliativas das outras etapas do SISVAN , a saber:
 - Avaliação Operativa: verificará a periodicidade da coleta dos dados, suas fontes, as análises e divulgação das informações obtidas.
 - Avaliação do Sistema: simplicidade, flexibilidade, funcionalidade, aceitabilidade, sensibilidade, valor preditivo positivo, representatividade, oportunidade, qualidade dos dados, clareza e legibilidade, confiabilidade e validade das informações.
 - Avaliação dos Recursos: custos diretos de operação dos sistemas, supervisão adequada e atualização periódica.
 - Avaliação do Nível de Utilidade: verificar o que é feito com os resultados, qual sua utilização pelas, quais suas tendências e finalidades.

O objetivo destas outras etapas de avaliação é possibilitar a correção das impropriedades que comprometem a eficácia das intervenções em curso, que sejam reveladoras do grau de resolução das ações e sirvam de instrumento de denúncia e de sensibilização política. O processo de avaliação não deve ser pontual. Trata-se de um processo contínuo, que deve ser pensado desde o planejamento estratégico de uma ação de saúde, centrado em metodologias específicas para a avaliação da gestão de políticas públicas e, rotineiramente, deve ser realizado durante a implantação e/ou implementação de uma ação.

2. Programar o instrumento da internet que foi utilizado nesta avaliação de implantação para que se torne uma ferramenta de monitoramento periódico do SISVAN, a fim de acompanhar os avanços dessa ação e as modificações propostas.
3. Implementar bases tecnológicas adequadas, visando adequar o instrumento oferecido pelo MS e melhorar o desempenho dos sistemas de informação que não se interagem. Devem abranger a base de dados e a operacionalidade do sistema.
4. Orientar e incentivar a análise das informações geradas pelo SISVAN por parte dos profissionais e gestores do SUS das três esferas de governo, como forma de orientar a gestão de programas e ações, bem como possibilitar-lhes analisar as ações e seus impactos, resultantes de sua atividade profissional.
5. Fortalecer e direcionar as ações dos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição com os respectivos estados de abrangência.
6. Planejar um formato de capacitações de modo que possam ser realizadas de maneira permanente ou, pelo menos, com mais frequência para os profissionais de

saúde e de informática do SUS, envolvidos no SISVAN, tendo em vista a grande deficiência de informações relatadas pelos informantes da pesquisa e a grande rotatividade de profissionais nas diferentes esferas de gestão do SUS.

7. Providenciar, no nível central, a impressão, em maior quantidade dos materiais técnicos do SISVAN, visando ampliar e facilitar o seu acesso aos profissionais das diferentes localidades do país.
8. Fomentar e propor maior articulação entre gestores estaduais e municipais das Coordenações de Alimentação e Nutrição, incluindo os envolvidos no SISVAN.
9. Fortalecimento das instâncias gestoras municipais de Alimentação e Nutrição, com infra-estrutura, equipamentos, recursos humanos e capacitações.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOSTA, S. J. Errores en que se puede incurrir en los sistemas de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. **Rev. Cubana Aliment Nutr**; v. 15: p.68-73, 2001.
2. AKERMAN, M. et al. Health promotion evaluation: focus on 'healthy cities'. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo (SP), v.36. p.638-46. 2002.
3. ARRUDA, B. K. G. de. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: frustrações, desafios e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro (RJ)v. 8, p. 96-101, 1992.
4. ARRUDA, B.K.G.; ARRUDA, I.K.G. O futuro da Vigilância Alimentar e Nutricional: sua avaliação e a descentralização. **Revista do IMIP.** v.6, Recife, 1992.
5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **NBR 6023 de 2002.** Disponível em www.abnt.org.br. Acessado em 20 de abril de 2004.
6. AZEVEDO, A.C. Avaliação de desempenho em serviços de saúde. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo (SP), v.25: p.64-71, 1991.
7. BARATA, R. B. et al. **Condições de vida e situação de saúde.** 2^a ed. ABRASCO, 1997. p 60-65.
8. BARBOSA, F.; FERNANDES, V.R.A. **Análise do nível de implantação do SISVAN, sua interface com o Programa Bolsa Família e a atuação do nutricionista: uma amostra de quatro municípios mineiros.** Belo Horizonte, 2005 (no prelo).
9. BATISTA FILHO. M. SISVAN: Breve história, grandes perspectivas. **In: Boletim Eletrônico do SISVAN.** Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN. Ministério da Saúde. Boletim nº 1. Out/2005. Disponível em www.saude.gov.br/nutricao. Acessado em 10 de janeiro de 2006.
10. BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro (RJ), v. 19, p.181-91, 2003.
11. BRANDÃO, G.W. **As aplicações Sociais da Pesquisa Qualitativa.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v.2, n.1/2, p3-14, 1981.
12. _____. Vigilância Alimentar e Nutricional: antecedentes, objetivos e modalidades. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro (RJ), v.9 (supl.1): p.99-105, 1993.
13. BECKER, R. A. **Análise de Mortalidade – delineamentos básicos.** Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 1991.

14. BODSTEIN, R. **Atenção básica na agenda da saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2000.
15. BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação-Geral da Política da Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 236p.
16. _____. **Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Manual Técnico, 2004a.
17. _____. **Boletim da Vigilância Nutricional**. 1º semestre/ano 01, nº 1. Ministério da Saúde – Brasília, 2001.
18. _____. **Boletim Eletrônico de Vigilância Alimentar e Nutricional**. 1º ed. Ministério da Saúde – Brasília, 2005b. Disponível em www.saude.gov.br/boletim_sisvan. Acessando em 25/10/2005.
19. _____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN**. 2º ed. revisada, Ministério da Saúde – Brasília, 2003.
20. _____. **Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde**. Brasil: Ministério da Saúde – Brasília, 2005c. 32p.
21. _____. **Relatório das Capacitações Macrorregionais em Atitude de Vigilância: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Ministério da Saúde – Brasília, 2006. 136p.
22. _____. **Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação - Primeira Fase**. Ministério da Saúde – Brasília, 2004b.
23. _____. **Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação – Segunda Fase**. Ministério da Saúde – Brasília, 2005d.
24. BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. CENEPI. Brasília, Ministério da Saúde, 1995.
25. _____. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Ministério da Saúde – Brasília, 1998, 39p.
26. BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da família: avaliação da implementação em 10 grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados**. 2ª ed atual. Ministério da Saúde – Brasília, 2005e. 210p.
27. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Ministério da Saúde – Brasília 2004c.

28. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Gerais da Estrutura metodológica e operacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: Documento para Discussão.** Ministério da Saúde – Brasília, 1997.
29. _____. **Pesquisa Sobre Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.** Relatório de Pesquisa Preliminar Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
30. _____. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Ministério da Saúde – Brasília e Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 80p.
31. _____. **Diretrizes do processo de reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica.** Org.: Maria Guadalupe Medina. Ministério da Saúde – Brasília, sd.
32. _____. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Ministério da Saúde, 1996. Disponível em <http://www.saude.gov.br/sisnep>. Acessado em 12/12/2004.
33. _____. **Diretrizes para avaliações de sistemas de vigilância.** Centro para Controle de Doenças MMWR e Secretaria Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. v37, n S-5, 1988.
34. _____. **Informe Final – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Comitê temático interdisciplinar: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.** Ministério da Saúde – Brasília, 1999.
35. _____. **Manual de oficina de capacitação em avaliação com foco na melhoria do programa.** Ministério da Saúde – Brasília e DST/ AIDS, 2005f.
36. _____. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: projeto para sua Implantação no Brasil – Documento Final.** Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, Brasília, 1994.
37. BRIEFEL, R.R. Vigilancia de la Nutrición en los Estados Unidos. **Conocimientos Actuales sobre Nutrición.** 7 ed, n. 565, cap.52. Washington, OPAS/OMS, 1997.
38. CARVALHO, M.S.; MARZOCCHI, K.B.F. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Rev. Saúde Públ.,** São Paulo (SP), v.26, 1992.
39. CASTRO, I. R.R. de. Vigilância Alimentar e Nutricional: Limitações e Interfaces com a Rede de Saúde. **Cad. Saúde Públ.,** Rio de Janeiro (RJ) v.11, 1995.
40. CONSENDEY, M. A. L; ESHER, A. F. S. C.; SANTOS, E.M.; OLIVEIRA, M.A.; LUIZA, V.L.; BERMUDEZ, J.A.Z. Avaliação da assistência farmacêutica às

- peças vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro (RJ), v.18 (5): p. 1429-39, set-out, 2002.
41. CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J-L.; PINEAULT, R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Hartz, ZA (org). 1997. p. 29-48.
 42. CONTROL DISEASES CENTER – CDC. **Guidelines for evaluating public health surveillance systems. Recommendation from the guidelines working group**. [s.i.] [s.d.].
 43. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
 44. DEMO, P. **Vícios metodológicos**. Universidade de Brasília – UnB. Brasília, 2003.
 45. DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo, IEE PUC/SP, 2001. p.13-42.
 46. DUAR, H. A. **Análise das informações do acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do Programa Bolsa Família, registradas no SISVAN, e as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde para fomentar o registro do acompanhamento no ano de 2005**. ENAP e ENSP/FIOCRUZ. Brasília (DF), 2006, p.55 (no prelo).
 47. ENGSTROM, E. M. (Org.) **SISVAN: Instrumento para o Combate aos Distúrbios Nutricionais em Serviços de Saúde: O Diagnóstico Nutricional**. 2ª edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 147p.
 48. ESCODA, M. S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.7: n.219-26, 2002.
 49. FELISBERTO, E.; CARVALHO, E.F.; MAGGI, R.S.; SAMICO, I. Avaliação do processo de implantação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro (RJ), v.18, p.1737-45, 2002.
 50. FERNANDES, M.C.P. **O Uso do computador na Educação - Questões sobre o uso do computador como auxiliar no ensino**. Monografia como resultado do Curso de Pós-Graduação lato sensu do Centro de Estudos de Pessoal (CEP) e Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFRJ. 2000.
 51. GIL, C.R.R. et al. **Avaliação em saúde**. ANDRADE, S.M. (Org). In: Bases da Saúde Coletiva. Ed. UEL e Nesco, 2001.

52. HABICHT, J.P.; VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **Internat. J. Epidemiol.**; v.28: p.10-18, 1999.
53. HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. S. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.
54. HARTZ, Z. M. A. e CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Públ.**, Rio de Janeiro (RJ), v. 20 (Supl.2): S331-36, 2004.
55. HARTZ, Z.M.A. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro (RJ), v.18: p. 1561-69, 2002.
56. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF: dados preliminares, consumo alimentar e antropometria**. Rio de Janeiro, 1977. v.1.
57. _____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares**. Rio de Janeiro, BENFAM/IBGE, 2004.
58. _____. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: relatório preliminar**. Rio de Janeiro, BENFAM/IBGE, 1997. 182p.
59. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – INAN. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: arquivo de dados da pesquisa**. Brasília, 1990.
60. KAC, G.; VELASQUÉZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Públ.**, v.19 (Sup.1): p. 4-5, 2003.
61. LEAL, M. C.; BITTENCOURT, S. A. Informações Nutricionais: O que se têm no País? **Cad. Saúde Públ.**, v.13, p.551-55, 1997.
62. LÈVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: Editora 34. 2ª edição. 2000.
63. MELLO JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D; SOBOL, M.L.M.S.; ALMEIDA, M.F.; LATORRE, M.R. Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e o uso dos seus dados em epidemiologia e estatística da saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo (SP), v.27, Supp: 1993.
64. MINDYO-GOMÉS, C. e MINDYO, M. C. S. **Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde**. In: O

clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.
Rio de Janeiro: Fiocruz (sd).

65. MONEGO, E.T. (Org.) **Antropometria: Manual de técnicas e Procedimentos da Vigilância Nutricional**. Ed. Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Centro-Oeste. Ministério da Saúde/UFG – Goiânia, 2003.
66. MONTEIRO, C.A. et al. Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo (SP), v.34, n6 (Supl. 1): p.5-7, 2000.
67. MOURA DA SILVA, A.A.; RIBEIRO, V.S.; BORBA JÚNIOR, A.F.; COIMBRA, L.C.; SILVA, R.A. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo, (SP), 35(6): 508-14, 2001.
68. NOVAES, H.M.D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: um panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad Saúde Públ.**, v.20 (Supl. 2): p.S147-S73, 2004.
69. OLIVEIRA D.S.; GALEAZZI M. A. M.; MENEZES F. **O SISVAN como interlocutor em nível local para a Segurança Alimentar e Nutricional**. In: Comitê Setorial de Segurança Alimentar e Nutricional. Set, 1997.
70. OLIVEIRA, D.S.; BEGHIN, N. **Informe do Brasil: a participação brasileira no sistema latino-americano de monitoramento alimentar e nutricional**. Brasil, Recife, 1997.
71. OPAS, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organizacion Mundial de la Salud. **Vigilancia Alimentar y Nutricional en las Americas**. Washington: OPAS,1989.
72. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde: 57ª Assembléia Mundial de Saúde: Wha57.17 8ª sessão plenária de 22 de maio de 2004 (versão em português, tradução não oficial)**. [s.i]. OMS, 2004
73. PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation. The new century text**. Thousands Oaks – London/New Delhi: SAGE publications, 1997.
74. PEREIRA, M. G. Qualidade dos Serviços de Saúde. **In: Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002, 538-60p.
75. PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S.F.T.; CORSO, A.C.T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.**, Campinas (SP), v.17: p.523-33, 2004.

76. RATTNER, D. Epidemiological standards for assessing quality: a proposal. **Cad Saúde Públ.**, Rio de Janeiro (RJ), v.12 (Suppl 2): p.21-32, 1996.
77. ROTHE, G. e HABITCH, J. P. **Nutritional Surveillance: State of the Art. Cornell Nutritional Surveillance Programa.** March 1998.
78. ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** 5ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999. 570p.
79. SANTANA, L. A. A.; SANTOS, S.M.C. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na implementação do programa Leite é Saúde: avaliação em municípios baianos. **Rev. Nutr.**, Campinas (SP), v.17, p. 283-90, 2004.
80. SANTOS E.M.; HARTZ, Z.; NATAL, S.; SABROZA, P.; PASCON, A.R.P. **Avaliação dos Programas de Controle da Malária, Dengue, Tuberculose e Hanseníase na Amazônia Legal: uma proposta de concepção teórica metodológica comum aos processos endêmicos.** Do Curso de especialização em Avaliação de Programas e Controle de Processos Endêmicos com ênfase em DST/HIV/Aids. Dimensão Técnico-operacional – MLP, 2005 (no prelo).
81. SEABRA, G. F. **Pesquisa Científica: o método em questão.** Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2001.
82. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Boletim do Instituto de Saúde: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo.** Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, n. 26, Abril, 2002.
83. SILVA, D. O. et al. **SISVAN: Instrumento para o combate aos Distúrbios Nutricionais na Atenção à Saúde: O Diagnóstico Coletivo.** 2ª edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 187p.
84. SILVA, L.M.V. Uma agenda para investigação de políticas e sistemas de saúde no Nordeste. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro (RJ), v.16, p.857-61, 2000.
85. SILVA, N.N.; REIS, I.M. Delineamento amostral para a implantação de um sistema nacional de informações de demanda ambulatorial. **Rev. Saúde Publ.**, São Paulo (SP), v.23, p.298-306, 1989.
86. TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VOLASBÔAS, A.L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância em saúde.** IESUS, v. 7, n. 2, 1998.
87. TOMASI, E; FACCHINI, L.A.; OSORIO, A.; FASSA, A.G. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Rev. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro (RJ), v.37, p.800-6, 2003.

88. TORRES H.G.; FERREIRA, M.P.; DINI, N.P. Indicadores Sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. **São Paulo em Perspectiva**, v.17: p.80-90, 2003.
89. VIO, F.; KAIN, J.; VIAL, I. Evaluación del sistema de información en salud y nutrición llamado “SISVAN” de Chile. **Rev Chil Nutr.**, v.19, 1991.
90. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Nutrition for health and development: report of a Joint WHP/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Geneva: WHO, 2003. Disponível em www.who.int/nut/documents/trs916. Acessado em 22 out de 2004.
91. _____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva: WHO, 2004.
92. WORTHEN, B. R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas.** São Paulo: Gente, 2004.
93. YIN, ROBERT K. **Estudo de caso: planejamento de métodos.** 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

Anexo I – O SISVAN em outros países da América.

País	Público	Periodicidade	Índices e Indicadores	Estratégia	Objetivos
Chile	Crianças <6 anos e Gestantes	Semestral	P x I; A x I; P x A; AM; NCHS, 1978.	Centro de Saúde, realizado por qualquer profissional, enviado eletrônica-mente, semestral, por censo.	Educação em saúde, ingresso em programas, referência e contra-referência de atendimento, diagnóstico precoce.
Equador	Crianças <5 anos e Gestantes	Bimestral até 6 meses; Trimestral até 2 anos; Semestral até 5 anos.	P x I; A x I; P x A; AM, Peso Nascer, Perímetro cefálico; estado nutricional da gestante segundo idade gestacional. NCHS, 1978.	Rotina das Unidades de Saúde.	Controle dos programas sociais e de alimentação de nutrição, protocolo do AIDPL.
Cuba	Crianças e Gestantes	Mensal	Estado nutricional, baixo peso ao nascer,	Caráter multisetorial. Sistema de cobertura nacional.	Disponibilidade de alimentos, contaminação, acompanhamento de dietas, identificação dos problemas nutricionais.
Costa Rica	Crianças e gestantes		Consumo e estado nutricional.	Caráter multisetorial e interdisciplinar	Disponibilidade de alimentos, saneamento, identificação dos problemas nutricionais.
México	Pré-escolares, carente e indígena		Mortalidade infantil; consumo; avaliação nutricional, principalmente a desnutrição em pré-escolares.	Não tem representatividade nacional.	Monitoramento em população carente e indígena.
Uruguai	Crianças <5 anos e gestantes		Avaliação nutricional, AM, PN, mortalidade por diarreia e desnutrição.		Identificar a magnitude dos problemas nutricionais do grupo de risco. Complemento ao sistema de saúde.
USA	Crianças <5 anos e gestantes		Crianças: Peso Nascer, Peso e altura, AM, anemia, comportamentos e modos de vida (horas de TV, AF, tabagismo). Gestantes: peso pré-gestacional, estado nutricional, comportamentos.	Coletado nas Unidades de Saúde. Diferentes sistemas de informações para crianças e gestantes.	Monitorar o estado nutricional de indivíduos de baixa renda, vinculados a programas de transferência de renda. Planejamento de ações de saúde e intervenções apropriadas.

Sardinha, LMV. Nota Técnica de esclarecimento sobre a existência de outros países com Sistemas de Vigilância Nutricional. Ministério da Saúde, CGPAN. Brasil, 2006.

Anexo II – Portaria Interministerial do SISVAN

MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO PORTARIA Nº 2.246, DE 18 DE OUTUBRO DE 2004

Publicada no DOU nº 202 – Seção 1 - de 20 de Outubro de 2004, págs. 28 e 29 Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das suas atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição Federal, e Considerando as disposições contidas na Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que define a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e o item 3.3 do Anexo que estabelece as diretrizes para o monitoramento da situação alimentar e nutricional;

Considerando a importância da valorização e da utilização da avaliação nutricional como recurso para a promoção da saúde e prevenção de doenças na população brasileira;

Considerando que as ações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN são um importante instrumento para o diagnóstico e a avaliação da situação de Segurança Alimentar e Nutricional do País;

Considerando a importância do monitoramento da situação alimentar e nutricional como instrumento para a consolidação da promoção da alimentação saudável e da atividade física para a prevenção e o controle de doenças crônicas não-transmissíveis, preconizada pela Organização Mundial da Saúde - OMS por meio da Estratégia Global de Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde; e

Considerando a necessidade de regulamentar a implementação de ações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN para a rede básica de atenção à saúde de todo o País, resolve:

Art. 1º Instituir e divulgar orientações básicas para a implementação das ações do SISVAN, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional, com os seguintes objetivos:

- I - fornecer informação contínua e atualizada sobre a situação alimentar e nutricional dos municípios e dos estados;
- II - identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais sob risco dos agravos nutricionais;
- III - promover o diagnóstico precoce dos agravos nutricionais, seja de baixo peso ou sobrepeso e/ou obesidade, possibilitando ações preventivas às conseqüências desses agravos;
- IV - possibilitar o acompanhamento e a avaliação do estado nutricional de famílias beneficiárias de programas sociais; e
- V - oferecer subsídios à formulação e à avaliação de políticas públicas direcionadas a melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

Art.2º Aprovar o Manual de Orientações Básicas para a Coleta, Processamento, Análise de Dados e Informação em Serviços de Saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/alimentacao.

Art. 3º Definir que o acompanhamento, a supervisão e a avaliação das ações do SISVAN, em articulação com os estados e municípios e outros entes da sociedade civil organizada, que promoverá esforços para a efetiva implementação das referidas ações nos estados e nos municípios, bem como a capacitação de recursos humanos, estarão sob a responsabilidade do

Departamento de Atenção Básica - Área Técnica da Política de Alimentação e Nutrição, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS.

Art.4º Definir que o Departamento de Informática do SUS - DATASUS será responsável pela manutenção e o suporte técnico, aos estados e aos municípios, do sistema informacional para a entrada e o processamento de dados gerados pelas ações do SISVAN, que contará com a assessoria técnica-científica do Departamento de Atenção Básica – Área Técnica da Política de Alimentação e Nutrição, da Secretaria de Atenção à Saúde/MS.

Art. 5º Definir que cabe às áreas técnicas designadas pelas respectivas Secretarias de Saúde nos âmbitos estadual e municipal a responsabilidade pela implantação e a supervisão das ações do SISVAN, sendo recomendada, preferencialmente, a coordenação do profissional nutricionista para essas atividades.

Art. 6º Estabelecer que as ações do SISVAN possam ser ofertadas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por estabelecimentos de assistência à saúde.

Art 7º Definir que o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde estabeleçam parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais para o fomento das atividades do SISVAN.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 1.156/GM, de 31 de agosto de 1990, publicada no DOU de 5 de setembro de 1990, Seção I, pág. 16915.

HUMBERTO COSTA
MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

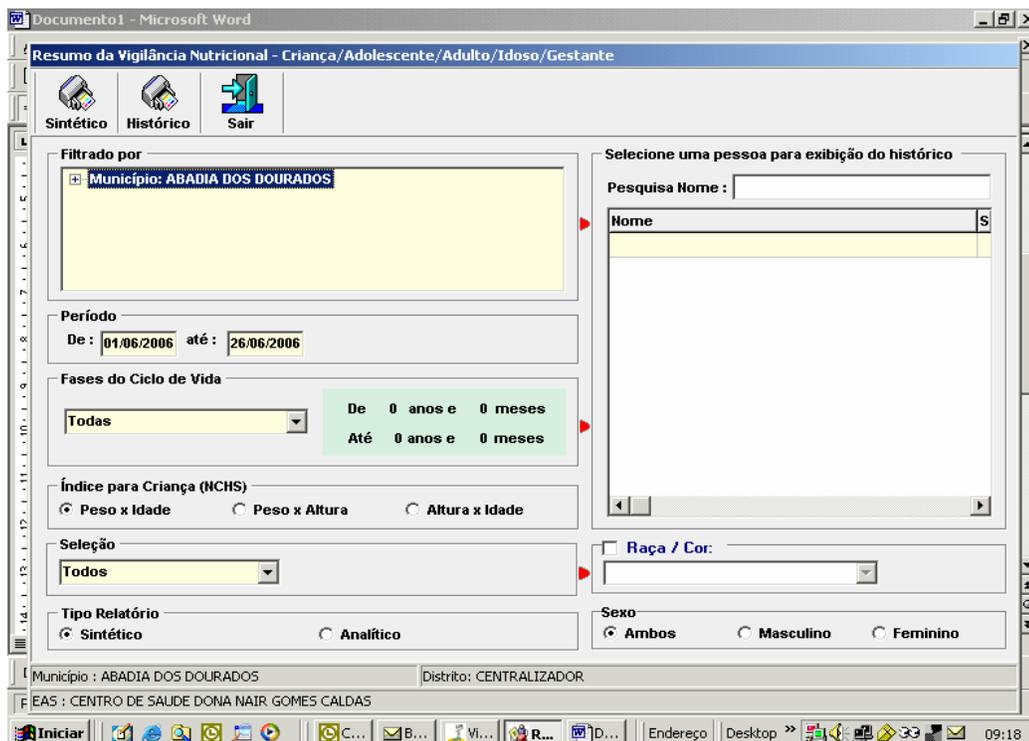
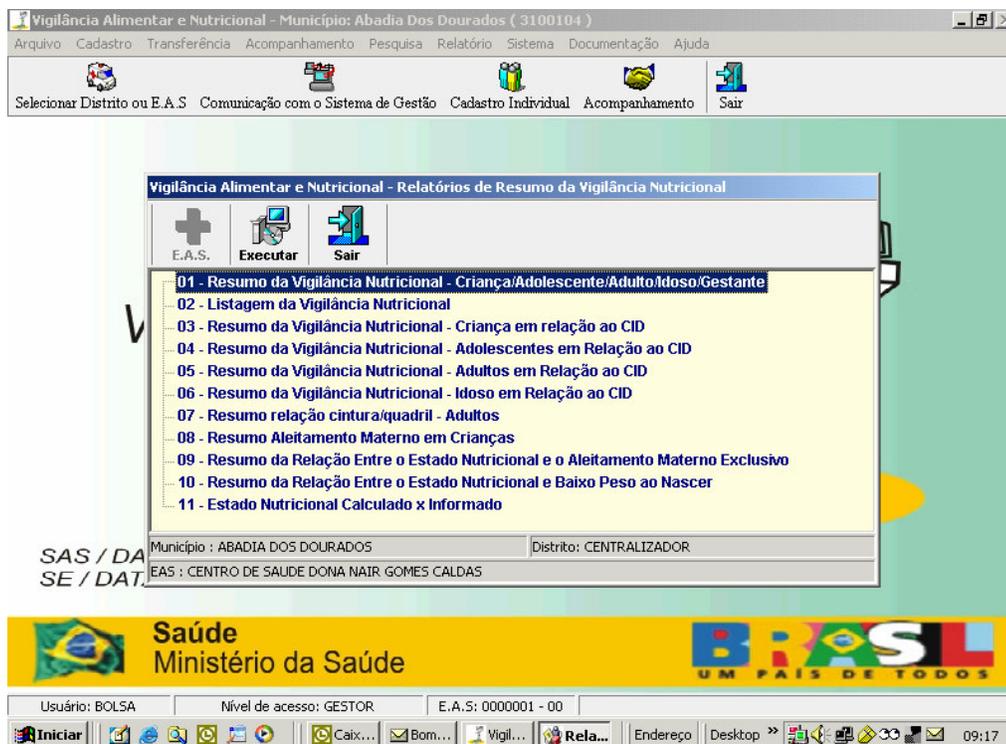
Anexo III – Análise de dados do SISVAN

Tabela 1- Descrição do estado nutricional de crianças menores de 10 anos acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no Brasil, considerando o *peso-por-idade*. Anos de 2003, 2004 e 2005.

	n	Classificação do Estado Nutricional									
		Muito baixo peso		Baixo peso		Risco nutricional		Eutrofia		Risco de sobrepeso	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ano – 2003:											
> 0 e < 6 meses	97	1	1,0	0	0,0	2	2,1	38	39,2	56	57,7
> 6 e < 12 meses	203	3	1,5	11	5,4	17	8,4	142	70,0	30	14,8
> 12 e < 24 meses	3877	51	1,3	372	9,6	598	15,4	2552	65,8	304	7,8
≥ 24 e < 36 meses	9259	113	1,2	1085	11,7	1428	15,4	6258	67,6	375	4,1
≥ 36 e < 60 meses	18906	250	1,3	1931	10,2	3101	16,4	13037	69,0	587	3,1
≥ 5 e < 7 anos	16006	260	1,6	1589	9,9	2471	15,4	11209	70,0	477	3,0
> 7 e < 10 anos	1017	34	3,3	102	10,0	156	15,3	704	69,2	21	2,1
Total	49365	712	1,4	5090	10,3	7773	15,7	33940	68,8	1850	3,7
Ano – 2004:											
> 0 e < 6 meses	914	2	0,2	15	1,6	23	2,5	670	73,3	204	22,3
> 6 e < 12 meses	800	4	0,5	43	5,4	62	7,8	619	77,4	72	9,0
≥ 12 e < 24 meses	2610	27	1,0	149	5,7	299	11,5	1902	72,9	233	8,9
≥ 24 e < 36 meses	10265	81	0,8	766	7,5	1269	12,4	7574	73,8	575	5,6
> 36 e < 60 meses	34105	326	1,0	2672	7,8	4680	13,7	25104	73,6	1320	3,9
> 5 e < 7 anos	32156	438	1,4	2337	7,3	4385	13,6	23711	73,7	1284	4,0
≥ 7 e < 10 anos	10435	179	1,7	646	6,2	1395	13,4	7817	74,9	390	3,7
Total	91285	1057	1,2	6628	7,3	12113	13,3	67397	73,8	4078	4,5
Ano – 2005:											
> 0 e < 6 meses	4569	20	0,4	85	1,9	152	3,3	3525	77,2	787	17,2
> 6 e < 12 meses	5024	37	0,7	176	3,5	366	7,3	3994	79,5	451	9,0
> 12 e < 24 meses	10959	81	0,7	555	5,1	1084	9,9	8348	76,2	891	8,1
≥ 24 e < 36 meses	14470	106	0,7	766	5,3	1395	9,6	11180	77,3	1023	7,1
≥ 36 e < 60 meses	68232	550	0,8	3881	5,7	7656	11,2	52006	76,2	4136	6,1
≥ 5 e < 7 anos	75297	780	1,0	4571	6,1	8685	11,5	57161	75,9	4098	5,4
> 7 e < 10 anos	36646	506	1,4	2021	5,5	4443	12,1	28000	76,4	1642	4,5
Total	215197	2080	1,0	12055	5,6	23781	11,1	164214	76,3	13028	6,1

Fonte: Extraído do Boletim Eletrônico do SISVAN. Disponível em www.saude.gov.br/nutricao. Acessado em 14 de agosto de 2006.

Anexo IV – Relatório Exemplo de tela de seleção de ‘filtros’ (cruzamento de variáveis) do relatório de saída do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Módulo Gestão.



Anexo V – Fração da amostra municipal da Pesquisa de Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil. Brasil, 2006.

Região	Estratos	População	Amostra	*	Fração da amostra	+ Mun. Capitais	Total amostra	Fração da amostra2	Não respondidos	Total respondido
Norte	I	101	21		0,21		21	0,21	6	15
	II	66	15		0,23		15	0,23	1	14
	III	10	4	3	0,4	4	8	0,8	1	7
Total		177	40		0,26		44	0,44	8	36
Nordeste	I	519	39		0,08		39	0,08	5	34
	II	201	20		0,1		20	0,1	1	19
	III	32	16	4	0,5	5	21	0,65	1	20
Total		752	75		0,1		80	0,11	7	73
Sudeste	I	290	25		0,08		25	0,08	4	21
	II	139	15		0,11		15	0,11	2	13
	III	65	10	0	0,15	4	14	0,21	1	13
Total		494	50		0,1		54	0,11	7	47
Centro-Oeste	I	38	18		0,47		18	0,47	1	17
	II	23	13		0,56		13	0,56	2	11
	III	9	4	1	0,44	2**	6	0,66	0	6
Total		70	35		0,5		37	0,53	3	34
Sul	I	401	25		0,06		25	0,06	2	23
	II	100	15		0,15		15	0,15	0	15
	III	32	10		0,31	3	13	0,4	0	13
Total		533	50		0,09		53	0,1	2	51
BRASIL		2026	250	8	0,12	18	268	0,13	27	241

* n° de capitais sorteadas na amostra. ** DF não tem município.

Anexo VI – Ofícios de encaminhamento da solicitação e convite de participação na pesquisa de avaliação da implantação do SISVAN, e orientação de preenchimento do protocolo.

✓ **Ofício às Coordenações Estaduais**



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
SEPN 511- Bloco "C" Edifício Bittar IV 4º andar - Brasília/DF. CEP: 70750.543
Tel: (61) 3448 8040 Fax (061) 3448 8228 - e-mail: cgpan@saude.gov.br

Ofício Circular nº /CGPAN/DAB/SAS/MS Em de de 2005.

Às
COORDENAÇÕES ESTADUAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Assunto: **Avaliação do processo de implantação do SISVAN**

Prezado(a) Coordenador(a),

Como é do conhecimento de Vossa Senhoria, a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição desencadeou desde o ano de 2004 capacitações sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN onde foram enfatizados temas sobre Atitude de Vigilância visando a implantação do SISVAN que atenderam aproximadamente 2.600 profissionais da área de saúde e técnicos de informática de todos os estados e regionais de saúde do país.

2. Visando a fortalecer a implementação do SISVAN no Brasil, a CGPAN elaborou um protocolo para avaliar o processo de implantação desse sistema, em nível estadual e municipal. Os objetivos dessa avaliação são analisar a qualidade do processo desencadeado, identificar a eficácia do sistema no acompanhamento da situação alimentar e nutricional e verificar os principais problemas e dificuldades do processo de implantação.

3. Solicito que Vossa Senhoria responda este protocolo e/ou indique o profissional de sua equipe responsável por essa ação para respondê-lo. O questionário estará disponível para preenchimento no endereço www.saude.gov.br/nutricao até o dia **30 de Novembro de 2005**. Pedimos a gentileza de que o mesmo seja preenchido até esta data. Em anexo, seguem as orientações necessárias.

4. A realização de um estudo em todos os municípios que já foram capacitados e estão em fase de implantação do SISVAN não seria possível pela falta de recursos. Essa limitação levou à necessidade de obter informações a partir de uma amostra representativa das Coordenações Municipais de Alimentação e Nutrição. A CGPAN sistematizou uma seleção de 250 municípios a serem entrevistados, utilizando a técnica de amostragem probabilística na qual, cada município tem probabilidade positiva e conhecida de ser incluída na amostra, permitindo a realização de inferências para os demais municípios do país. A seleção foi

extraída por sorteio (seleção aleatória simples) dos 2.006 municípios capacitados no primeiro momento (2004).

5. A opção de estratificar os municípios pelo tamanho populacional (inferior a 20.000 habitantes, entre 20.000 e 100.000 habitantes e população superior a 100.000 habitantes) objetivou garantir melhor homogeneidade e representatividade em cada seguimento da população, sem correr o risco de incluir no plano amostral apenas municípios mais ou menos populosos. Assim, seguem os municípios do seu estado participantes dessa amostra, responsáveis por responder esse protocolo: XXX e XXX

6. Reiteramos que o sucesso desta ação depende do envolvimento dos gestores. Esse instrumento, além de informar a situação da implantação do SISVAN, é capaz de orientar os três níveis de governo – municipal, estadual e federal, no melhor encaminhamento das ações de monitoramento em alimentação e nutrição. A CGPAN encaminhará um ofício orientando os municípios no preenchimento deste protocolo, porém contamos com o apoio dessa Coordenação Estadual no monitoramento/ supervisão das respostas deste instrumento pelos municípios de sua abrangência, bem como o cumprimento do prazo previsto.

7. Quaisquer esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos na CGPAN, por meio dos telefones: (61) 3448-8319 ou 3448-8238, com Andhressa ou Helen. Agradecemos desde já a colaboração.

Atenciosamente,

ANA BEATRIZ VASCONCELLOS
Coordenadora-Geral da Política de Alimentação e Nutrição

✓ **Ofício às Coordenações Municipais**



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição
SEPN 511- Bloco "C" Edifício Bittar IV 4º andar - Brasília/DF. CEP: 70750.543
Tel: (61) 3448 8040 Fax (061) 3448 8228 - e-mail: cgpan@saude.gov.br

Ofício Circular nº /CGPAN/DAB/SAS/MS Em de de 2005.

Às COORDENAÇÕES MUNICIPAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Assunto: Avaliação do processo de implantação do SISVAN

Prezado(a) Coordenador(a),

Como é do conhecimento de Vossa Senhoria, a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição desencadeou no ano de 2004 as capacitações estaduais no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e em 2005 as Capacitações Macrorregionais do SISVAN, onde foram enfatizados temas sobre Atitude de Vigilância visando à implantação do SISVAN. Essas capacitações atingiram aproximadamente 2.600 profissionais da área de saúde e técnicos de informática de todos os estados e regionais de saúde do país.

2. Visando respaldar e fortalecer a implementação do SISVAN no Brasil, a CGPAN elaborou um protocolo para avaliar o processo de implantação desse sistema em nível estadual e municipal. Os objetivos dessa avaliação são analisar a qualidade do processo desencadeado, identificar a eficácia do sistema e verificar os principais problemas e dificuldades do processo de implantação.

3. Solicito que Vossa Senhoria responda esse protocolo e/ou indique o profissional de sua equipe responsável por essa ação para respondê-lo. O questionário estará disponível no endereço www.saude.gov.br/nutricao > [Sistema de Cadastro](#) > [Ambiente Restrito](#) para preenchimento até o dia **30 de Novembro de 2005**, impreterivelmente.

4. Reiteramos que o sucesso desta ação depende do envolvimento dos gestores. Esse instrumento, além de informar a situação da implantação do SISVAN, é capaz de orientar o Ministério da Saúde no melhor encaminhamento das ações de monitoramento em alimentação e nutrição. Dê suas sugestões e opiniões. Contamos com o apoio dessa Coordenação Municipal no cumprimento do prazo de resposta ao referido protocolo.

5. Quaisquer esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos na CGPAN, por meio dos telefones: (61) 3448-8319 ou 3448-8238, com Andhressa ou Helen.

Atenciosamente,

ANA BEATRIZ VASCONCELLOS
Coordenadora-Geral da Política de Alimentação e Nutrição

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO SISVAN – COORDENAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Prezado informante, a seguir disponibilizamos algumas orientações sobre o preenchimento do protocolo que objetiva avaliar o processo de implantação do SISVAN. Esta avaliação está sendo realizada em todas as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição e em 250 Coordenações Municipais de Alimentação e Nutrição, que foram capacitadas pelo Ministério da Saúde neste tema.

Orientações gerais:

1. Os questionários – estadual e municipal, estão divididos em quatro seções:
 - i. Identificação
 - ii. Capacitação
 - iii. Implantação
 - iv. Sistema
2. Para respondê-lo é necessário acessar o *site* www.saude.gov.br/nutricao > [Sistema de Cadastro](#) > [Ambiente Restrito](#) e realizar o *login*.
3. O *login* é o número do IBGE do seu município e a senha é a mesma utilizada para a atualização do cadastro, própria do estado e município. É necessário preencher o cadastro do coordenador estadual ou municipal do SISVAN para conseguir entrar no ambiente do protocolo de avaliação do SISVAN.
4. Este questionário só poderá ser preenchido uma única vez. Caso seja feito um acesso e não seja possível finalizar o preenchimento do formulário é necessário finalizar operação através da tecla **sair**. No próximo *login* o sistema irá retornar na última tela respondida, que será salva, automaticamente, quando passar para próxima tela, clicando em **próximo**. Caso a tela não seja finalizada, as informações respondidas serão perdidas.
5. Se o sistema ficar mais de 5 minutos sem estar sendo utilizado fechará automaticamente.
6. As perguntas, quando não excludentes (sim ou não), possuem respostas que são de múltiplas escolha.
7. Todas as perguntas devem ser respondidas, **obrigatoriamente**, para visualizar a próxima tela.

OBS: Os estados e municípios que já responderam este protocolo em papel, não precisam responder novamente.

Atenção! O prazo para preencher esse protocolo de avaliação é até o dia 30 de novembro do ano corrente.

Em caso de dúvidas favor contatar Andhressa ou Helen pelos telefones (61) 3448-8319 ou (61) 3448-8238.

Agradecemos desde já a sua contribuição. Atenciosamente,
Ana Beatriz Vasconcellos
Coordenador-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN/DAB/SAS/MS

Anexo VII – Protocolo Estadual de Avaliação do Processo de Implantação do SISVAN no Brasil.

Ministério
da Saúde



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição



PROTOCOLO ESTADUAL DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

I – Identificação

1- Data _____ / _____ / _____

2 - Nome do Coordenador Estadual de Alimentação e Nutrição:

3 - Formação do Coordenador:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1- não sabe ler/escrever | 2- alfabetizado | 3- 1º grau incompleto |
| 4- 1º grau completo | 5- 2º grau incompleto | 6- 2º grau completo |
| 7- superior incompleto | 8- superior completo | 9- especialização/residência |
| 10- mestrado | 11- doutorado | 11- Sem Informação |

4 – Área de formação para os graduados, pós-graduados, mestrados e doutorados:

5 - Nome do Responsável pelo preenchimento deste questionário:

6 - Nome do Responsável pelo SISVAN no estado:

7 - Nome do Coordenador da Atenção Básica do Estado:

8 - N° de municípios do Estado: _____

9 - N° de Regionais de Saúde no Estado: _____

10 - N° de profissionais de saúde envolvidos com SISVAN no Estado: _____

11 - N° de profissionais de informática envolvidos com SISVAN no Estado: _____

II - Capacitação

1- Os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde foram capacitados em Vigilância Alimentar e Nutricional pelo Ministério da Saúde - MS?

1- Sim 2- Não

1.1 - Se sim, a ação foi realizada com a participação:

das Regionais de Saúde dos Municípios

2- O coordenador estadual de Alimentação e Nutrição participou da capacitação? 1- Sim 2- Não

3- O responsável pelo SISVAN participou da capacitação? 1- Sim 2- Não

4- O Coordenador Estadual da Atenção Básica participou da capacitação? 1- Sim 2- Não

5- Avalie a capacitação do SISVAN realizada pelo Ministério da Saúde - MS, seguindo os critérios 5 Excelente, 4 Muito Bom, 3 Satisfatório, 2 Deficiente, 1 Muito Deficiente, quanto aos seguintes quesitos:

5.1- Temas abordados: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

5.2- Tempo disponível: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

5.3- Qualificação dos técnicos palestrantes do MS: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

5.4- Materiais utilizados: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
5.5- Aplicabilidade¹ do treinamento: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
5.6- Replicabilidade² da capacitação: 1- Facilmente replicável 2- Replicável com adaptações 3- Não replicável

5.7- Se replicável com adaptações, descreva quais modificações você faria nas referidas capacitações:

6 - Qual é o total de municípios capacitados em SISVAN no seu Estado? _____

7 - Quantos profissionais foram capacitados nas áreas de:

1- Saúde: _____

2- Informática: _____

8- A Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição realizou alguma replicação da capacitação do SISVAN sem a participação de técnicos do MS?

1- Sim 2- Não

8.1 – Se Sim, quantas capacitações foram feitas? _____

8.2 - Para qual público:

8.2.1

1- Regionais de Saúde.

2- Quantas capacitadas? _____

8.2.2

1- Municípios.

2- Quantos capacitados? _____

8.3 - Essas capacitações abordavam qual(is) assunto(s)?

1- Antropometria

2- Sistema de informações

3- Avaliação nutricional

4- Outros. Quais? _____

8.4 - Houve modificação na programação/metodologia da capacitação do MS? Qual foi? Explique o motivo.

8.5 - Se não, qual motivo por não realizarem a replicação do treinamento e qual a previsão para começar?

9- O Estado participou do evento 'capacitação macrorregional do SISVAN', do Ministério da Saúde, iniciadas 2005?

1- Sim 2- Não

9.1 - Se sim, como avalia?

9.1.1- Temas abordados: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

9.1.2- Tempo disponível: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

9.1.3- Qualificação dos técnicos palestrantes do MS: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

9.1.4- Materiais utilizados: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

9.1.5- Aplicabilidade¹ do treinamento: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

9.1.6- Replicabilidade² da capacitação: 1- Facilmente replicável 2- Replicável com adaptações 3- Não replicável

9.2 – Quantas regionais de saúde do seu estado participaram do evento? _____

10 - As Regionais de Saúde já fizeram alguma multiplicação destas capacitações?

1- Sim 2- Não

10.1 – Se sim, quantas regionais? _____

10.2 – Se não, qual motivo?

10.3 - Qual a previsão para começar? _____

III – Implantação

11 - Quantos municípios estão realizando as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, ou seja, realizando a tomada de medidas antropométricas e avaliação do estado nutricional somente através dos formulários de papel?

12 - Qual a fonte desta informação? _____

13 - Quantos municípios estão realizando a Vigilância Nutricional pelo sistema?

14 - Quais são os principais motivos dos municípios capacitados que não estão operando o sistema?

15 - Qual(is) o(s) principal(is) público(s) monitorado(s) pelo SISVAN do Ministério da Saúde no seu estado?

1- Beneficiários de Programa Federal (Bolsa Família)

2- Beneficiários de Programa Estadual

3- Beneficiários de Programa Municipal

4- Não beneficiários

5- Não há distinção deste tipo

6- Usuários do SUS, Quais? _____

16 - Qual(is) a(s) fase(s) do ciclo de vida está(ão) sendo priorizada(s) para o monitoramento do estado nutricional por meio do SISVAN?

1- Crianças menores de 7 anos

2- Crianças (7 a 10 anos)

3- Adolescente (10 a 19 anos)

4- Adulto (maior de 20 anos)

5- Gestante

6- Idoso (maior de 60 anos)

7- Nutriz

17 - Qual é a periodicidade sugerida pelo seu Estado para o monitoramento de dados nutricionais dos municípios (responder para cada fase do ciclo de vida que está sendo monitorada):

17.1- Criança

1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual 5- Conforme o cartão da Criança

17.2- Adolescente

1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual

17.3- Adulto

1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual

17.4- Gestante

1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual 5- Conforme o cartão da Gestante

17.5- Idoso

1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual

17.5 Nutriz

1-Mensal 2-Trimestral 3-Semestral 4-Anual

18 - É utilizada alguma estratégia/ação para captação dos indivíduos a serem monitorados?

1- Sim 2- Não

18.1 - Se sim, qual?

19 - O estado já realizou algum evento sobre o SISVAN?

1- Sim 2- Não

19.1 – Se sim, de que tipo?

19.2 – Quando?

19.3 – Para qual público participante?

20 - As informações do SISVAN estão sendo utilizadas pelo Estado?

1- Sim 2- Não

20.1 – Se sim, como?

- 1-Definir intervenções somente na área de saúde
- 2-Nortear políticas públicas de saúde
- 3-Nortear políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional
- 4-Divulgar para população
- 5-Direcionamento/ melhoria nas ações de controle social
- 6-Divulgar aos profissionais de saúde
- 7-Divulgar aos gestores de políticas públicas locais
- 8-Identificar público para programas de intervenção nutricional
- 9-Divulgar para os Conselhos de Saúde
- 10-Monitoramento de programas específicos. Quais? _____
- 11-Outros. Quais? _____

20.2 – Por que?

21 - Avalie os instrumentos do SISVAN oferecidos pelo Ministério da Saúde nesta ação, seguindo os critérios 5 Excelente, 4 Muito Bom 3 Satisfatório, 2 Deficiente, 1 Muito Deficiente:

- 21.1.1- Sistema de Gestão: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.2- Sistema Municipal: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.3-Formulário do mapa diário de acompanhamento: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.4-Formulário de cadastramento: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.5-Manual do sistema: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.6-Norma Técnica do SISVAN: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.7-Cartazes de Antropometria: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.8-Portaria Ministerial do SISVAN: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.9-Álbum Seriado sobre Antropometria: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.10-Álbum Seriado Vida Saudável: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.1.11-Álbum Seriado 10 Passos para uma Alimentação Saudável: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

21.1 – Sugestões/Comentários

22 - Quais desses instrumentos estão sendo utilizados pelos Municípios?

- 1-Mapa diário de acompanhamento
- 2-Formulário de cadastramento
- 3-Norma Técnica/ Manual
- 4-Cartazes de Antropometria
- 5-Álbuns Seriadados
- 6-Portaria Ministerial do SISVAN
- 7-Manual do sistema
- 8-Apresentações das capacitações
- 9-Nenhum desses instrumentos

23 - O Estado recebeu algum apoio do Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição (CECAN) para a implantação/implementação do SISVAN?

- 1-Sim, no planejamento das atividades de implantação/implementação
- 2-Sim, na sensibilização dos gestores/técnicos
- 3-Sim, nas capacitações
- 4-Sim, no apoio a alguns municípios para implantação
- 5-Sim, na análise/divulgação dos dados
- 6-Outros

24 - Foi realizada alguma articulação/parceria com outras instituições para fortalecer a ação do SISVAN?

1- Sim 2- Não

24.1 – Se sim, qual(is)?

- 1- Conselho Estadual de Saúde
- 2-CONSEA
- 3-Conselho Municipal de Saúde
- 4-Pastoral da Criança

- 5-Universidade(s)
6-CECAN - Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição
7-Outros _____

25 - Houve algum incremento por parte do Estado para o desenvolvimento das ações do SISVAN nos municípios:

- 1-Técnico
2-Financeiro
3-Infra-estrutura tecnológica
4-Equipamentos antropométricos
5-Recursos Humanos
6-Outro(s) _____
7-Não houve

26 - Você considera que houve avanço em algumas ações com a implantação do SISVAN, após essa nova proposta do Ministério da Saúde - MS?

- 1- Sim 2- Não

26.1 – Se sim, de que tipo?

- 1-Direcionamento das ações da Atenção Básica
2-Diagnóstico precoce
3-Melhoria no atendimento da população
4-Parcerias intra-setoriais para atendimento das necessidades identificadas
5-Maior cobertura do público acompanhado pelo SISVAN
6-Melhor qualidade dos dados enviados pelos municípios
7-Direcionamento/ melhoria nas ações de controle social
8-Aumento do percentual de municípios que enviam os dados de monitoramento do estado nutricional
9-Fortalecimento da Área de Alimentação e Nutrição do estado.
10-Outros. Quais? _____

27 - O Estado já realizava ações de Vigilância Alimentar e Nutricional anteriormente?

- 1- Sim 2- Não

27.1 - Se sim, descreva como era feito:

Público monitorado: _____

Periodicidade: _____

27.2- Foi disponibilizado um formulário padronizado para os municípios? 1- Sim 2- Não

27.2.1- Formulário próprio do Estado? 1- Sim 2- Não

27.2.2- Se não, qual o tipo de formulário? _____

27.3-. **Consolidação dos dados:** 1- Manual 2- Informatizada

27.3.1- Utilização das informações geradas:

- 1-Para definir intervenções somente na área de saúde
2-Para nortear políticas públicas de saúde
3-Para nortear políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional
4-Para divulgar para população
5-Para direcionar/ melhorar as ações de controle social
6-Para divulgar aos profissionais de saúde
7-Para divulgar aos gestores de políticas públicas locais
8-Para identificar público para programas de intervenção nutricional
9-Para divulgar para os Conselhos de Saúde
10-Para monitorar programas específicos. Quais? _____
11-Outras ações. Quais? _____
12-As informações não eram utilizadas na época

Observações adicionais: _____

IV – Sistema

28 – Qual a infra-estrutura de informática da Coordenação Estadual para o gerenciamento do SISVAN:

28.1 – Possui quantos computador(es)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais de 10 Nenhum

28.2 – Acesso à Internet:

1-Sem acesso à Internet 2-Acesso discado 3-Banda Larga 4-Discado e Banda Larga

28.3 – Caso não possua computador/internet. Nesse caso, qual é a forma de gestão dos dados?

29 - Quantos municípios estão enviando os dados do monitoramento por meio da conexão com o sistema federal?

30 - Qual a periodicidade do envio de dados?

- 1- Diário
- 2- Semanal
- 3- Quinzenal
- 4- Mensal
- 5- Bimestral
- 6- Trimestral
- 7- Semestral
- 8- Anual
- 9- Nenhuma

31 - Críticas e sugestões em relação aos sistemas:

31.1 – Sistema de Gestão:

31.2 – Sistema de Municipal:

32 - O Estado recebeu algum treinamento sobre SISVAN da Regional DATASUS?

- 1- Sim
- 2- Não

32.1 - Se sim, como avalia esse treinamento?

- 1- Muito deficiente
- 2- Deficiente
- 3- Satisfatório
- 4- Muito bom
- 5- Excelente

33 - O Estado contou com o apoio da Regional DATASUS em algum treinamento sobre esse Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional?

- 1- Sim
- 2- Não

34 - Como avalia o suporte regional do DATASUS?

- 1- Muito deficiente
- 2- Deficiente
- 3- Satisfatório
- 4- Muito bom
- 5- Excelente

35 - Qual a sua percepção/ opinião sobre esta ação de Vigilância Alimentar e Nutricional desencadeada pelo Ministério da Saúde. Citar dificuldades e pontos positivos e negativos sobre as capacitações, a implantação e/ou sobre sistema.

36 - Quais ações são necessárias para o aprimoramento do SISVAN?

36.1- De responsabilidade do MS:

36.2- De responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde:

36.3- De responsabilidade dos municípios:

Anexo VIII – Protocolo Estadual de Avaliação do Processo de Implantação do SISVAN no Brasil.

Ministério
da Saúde



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição



PROCOLO MUNICIPAL DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

I – Identificação

1- Data _____ / _____ / _____

2 - Nome do Coordenador Municipal de Alimentação e Nutrição:

3 - Formação do Coordenador:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1- não sabe ler/escrever | 2- alfabetizado | 3- 1º grau incompleto |
| 4- 1º grau completo | 5- 2º grau incompleto | 6- 2º grau completo |
| 7- superior incompleto | 8- superior completo | 9- especialização/residência |
| 10- mestrado | 11- doutorado | 11- Sem Informação |

4 – Área de formação para os graduados, pós-graduados, mestrados e doutorados:

5 - Nome do Responsável pelo preenchimento deste questionário:

6 - Nome do Coordenador da Atenção Básica do Município:

7 - Nº de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - EAS do Município: _____

8 - O município está vinculado a uma Regional de Saúde? 1- Sim 2- Não
Se sim, qual? _____

9 - Nº de profissionais de saúde envolvidos com SISVAN no município: _____

10 - Nº de profissionais de informática envolvidos com SISVAN no município: _____

II - Capacitação

1- O município participou da capacitação de Vigilância Alimentar e Nutricional ministrada por técnicos do Ministério da Saúde - MS?

1- Sim 2- Não

1.1 - Se sim, as capacitações foram realizadas com a participação:

1- da Secretaria Estadual de Saúde 2- das Regionais de Saúde 3- dos Municípios

2- O coordenador municipal do SISVAN participou da capacitação? 1- Sim 2- Não

3- O coordenador municipal da Atenção Básica participou da capacitação? 1- Sim 2- Não

4- O Secretário Municipal de Saúde participou da capacitação? 1- Sim 2- Não

5- Avalie a capacitação do SISVAN realizada pelo Ministério da Saúde - MS, seguindo os critérios 5 Excelente, 4 Muito Bom, 3 Satisfatório, 2 Deficiente, 1 Muito Deficiente, quanto aos seguintes quesitos:

5 - Não me sinto apto a responder

5.1- Temas abordados: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

5.2- Tempo disponível: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

5.3- Qualificação dos técnicos palestrantes do MS: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

5.4- Materiais utilizados: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

5.5- Aplicabilidade do treinamento: 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

5.6- Replicabilidade² da capacitação: 1- Facilmente replicável 2- Replicável com adaptações 3- Não replicável

Se replicável com adaptações, descreva quais modificações você faria nas referidas capacitações:

6 - Quantos profissionais desse Município foram capacitados em SISVAN?

6.1- Saúde: _____

6.2- Informática: _____

7- O município participou de algum treinamento/capacitação realizada pela Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição, em a participação de técnicos do Ministério da Saúde?

1- Sim 2- Não

8 - Se sim, essas capacitações abordavam qual(is) assunto(s)?

1- Antropometria

2- Sistema de informações

3- Avaliação nutricional

4- Outros. Quais? _____

9- O município realizou alguma multiplicação da capacitação do SISVAN à equipe de saúde municipal?

1- Sim 2- Não

9.1- Se sim, quantas capacitações foram feitas?

9.2- Se não, por qual motivo não realizaram a replicação da capacitação?

9.3- Qual previsão para começar?

10 - Todos os técnicos que trabalham diretamente com o SISVAN foram capacitados?

1- Sim 2- Não

11 - Técnicos ou profissionais de outros setores foram capacitados?

1- Sim 2- Não

11.1- Se não, por qual motivo não realizaram a replicação da capacitação?

11.2- Qual a previsão para começar?

12 - O Conselho Municipal de Saúde participou da capacitação?

1- Sim 2- Não

13 - O município está realizando as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, ou seja, realizando a tomada de medidas antropométricas e avaliação do estado nutricional?

1- Sim 2- Não

13.1- Se sim, em quantos EAS? _____

13.2- Realizam de que forma?

1- em formulários de papel

2- inserindo os dados coletado no sistema informatizado

III - Implantação

14 - Qual(is) o(s) principal(is) público(s) monitorado(s) pelo SISVAN em seu município?

- 1- Beneficiários de Programa Federal (Bolsa Família)
- 2- Beneficiários de Programa Estadual
- 3- Beneficiários de Programa Municipal
- 4- Não beneficiários
- 5- Não há distinção deste tipo
- 6- Usuários do SUS Quais? _____

15 - O acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários do Programa do Bolsa Família é feito através do SISVAN?

- 1- Sim 2- Não

16 - Qual(is) a(s) fase(s) do ciclo de vida está(ão) sendo monitorada(s) pelo SISVAN?

- 1- Crianças menores de 7 anos
- 2- Crianças (7 a 10 anos)
- 3- Adolescente (10 a 19 anos)
- 4- Adulto (maior de 20 anos)
- 5- Gestante
- 6- Idoso (maior de 60 anos)
- 7- Nutriz

17- Qual é a periodicidade do monitoramento nutricional (responder para cada fase do ciclo de vida que está sendo monitorada):

17.1- Criança

- 1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual 5- Conforme o cartão da Criança

17.2- Adolescente

- 1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual

17.3- Adulto

- 1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual

17.4- Gestante

- 1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual 5- Conforme o cartão da Gestante

17.5- Idoso

- 1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual

17.6- Nutriz

- 1- Mensal 2- Trimestral 3- Semestral 4- Anual

18 - É utilizada alguma estratégia/ação para captação dos indivíduos a serem monitorados?

- 1- Sim 2- Não

18.1- Se sim, qual?

19 - O município já realizou algum evento sobre SISVAN?

- 1- Sim 2- Não

19.1- Se sim, de que tipo?

20 - As informações geradas pelo SISVAN estão sendo utilizadas?

- 1- Sim 2- Não

20.1- Se sim, como?

- 1- Definir intervenções somente na área de saúde
- 2- Nortear políticas públicas de saúde
- 3- Nortear políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional
- 4- Divulgar para população
- 5- Direcionamento/ melhoria nas ações de controle social
- 6- Divulgar aos profissionais de saúde
- 7- Divulgar aos gestores de políticas públicas locais
- 8- Identificar público para programas de intervenção nutricional
- 9- Divulgar para os Conselhos de Saúde
- 10- Monitoramento de programas específicos. Quais? _____
- 11- Outros. Quais? _____

21 - Avalie os instrumentos do SISVAN oferecidos pelo Ministério da Saúde, seguindo os critérios 5 Excelente, 4 Muito Bom, 3 Satisfatório, 2 Deficiente e 1 Muito Deficiente:

- 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

- 21.1- Sistema de Gestão:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.2- Sistema Municipal:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.3- Formulário do mapa diário de acompanhamento:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.4- Formulário de cadastramento:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.5- Manual do sistema:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.6- Norma Técnica do SISVAN¹:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.7- Cartazes de Antropometria:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.8- Portaria Ministerial do SISVAN²:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.9- Álbum Seriado sobre Antropometria:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.10- Álbum Seriado Vida Saudável:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente
- 21.11- Álbum Seriado 10 Passos para uma Alimentação Saudável:** 1- Muito deficiente 2- Deficiente 3- Satisfatório 4- Muito bom 5- Excelente

21.12- Sugestões / comentários

22 - Os EAS estão utilizando alguns dos instrumentos oferecidos pelo Ministério da Saúde?

- 1- Mapa diário de acompanhamento
- 2- Formulário de cadastramento
- 3- Norma Técnica do SISVAN¹
- 4- Cartazes de Antropometria
- 5- Álbuns Seriadados
- 6- Portaria Ministerial do SISVAN²
- 7- Manual do sistema
- 8- Apresentações das capacitações

23 - Foi realizada alguma articulação/parceria com outras instituições para fortalecer a ação do SISVAN?

- 1- Sim 2- Não

23.1 - Se sim, qual?

- 1- Conselho Estadual de Saúde
- 2- CONSEA Estadual
- 3- CONSEA Municipal
- 4- Conselho Municipal de Saúde
- 5- Pastoral da Criança
- 6- Universidade(s)
- 7- Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição - CECAN
- 8- Outros _____

24 - Houve algum incremento por parte do estado para apoio ao desenvolvimento das ações do SISVAN:

- 1- Técnico
- 2- Financeiro
- 3- Infra-estrutura tecnológica
- 4- Equipamentos antropométricos
- 5- Recursos Humanos
- 6- Outro(s). _____
- 7- Não houve

25 - Houve algum incremento por parte do município para apoio ao desenvolvimento das ações do SISVAN:

- 1- Técnico
- 2- Financeiro
- 3- Infra-estrutura tecnológica
- 4- Equipamentos antropométricos
- 5- Recursos Humanos
- 6- Outro(s). _____
- 7- Não houve

26 - Você considera que houve avanço em algumas ações com a implantação do SISVAN, após essa nova proposta do Ministério da Saúde - MS?

- 1- Sim 2- Não

26.1 - Se sim, de que tipo?

- 1- Direcionamento das ações da Atenção Básica
- 2- Diagnóstico precoce
- 3- Melhoria no atendimento da população
- 4- Parcerias intra-setoriais para atendimento das necessidades identificadas
- 5- Maior cobertura do público acompanhado pelo SISVAN
- 6- Melhor qualidade dos dados enviados pelos municípios
- 7- Direcionamento/ melhoria nas ações de controle social
- 8- Aumento do percentual de municípios que enviam os dados de monitoramento do estado nutricional
- 9- Fortalecimento da Área de Alimentação e Nutrição do município
- 10- Fortalecimento da relação com a Área de Alimentação e Nutrição do estado

11- Outros. Quais? _____

12- Não houve nenhum avanço/ melhoria.

27 - O município já realizava ações de Vigilância Alimentar e Nutricional anteriormente?
 1- Sim 2- Não

27.1 - Se sim, descreva como era feito

27.1.1 - Público monitorado: _____

27.1.2 - Periodicidade: _____

27.1.3 - Foi disponibilizado um formulário padronizado? 1- Sim 2- Não

27.1.3.1 - Se não, qual o tipo de formulário? _____

27.1.4 - Consolidação dos dados: 1- Manual 2- Informatizada

27.1.5 - Utilização das informações geradas:

1- Definir intervenções somente na área de saúde
 2- Nortear políticas públicas de saúde
 3- Nortear políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional
 4- Divulgar para população
 5- Direcionamento/ melhoria nas ações de controle social
 6- Divulgar aos profissionais de saúde
 7- Divulgar aos gestores de políticas públicas de saúde locais
 8- Divulgar para os Conselhos de Saúde
 9- Identificar público para programas de intervenção nutricional
 10- Monitoramento de programas específicos. Quais? _____
 11- Outros. Quais? _____

IV - Sistema

28 - Qual a infra-estrutura de informática da Coordenação Municipal para o gerenciamento do SISVAN:

28.1 - Possui quantos computador(es)?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais de 10 Nenhum

28.2 - Caso possua algum, acesso à internet:
 1- Sem acesso à Internet 2- Acesso discado 3- Banda Larga 4- Discado e Banda Larga

28.3 - Caso não possua computador/internet. Nesse caso, qual é a forma de gestão dos dados?

28.4 - Seu município está com o sistema instalado?
 1- Sim 2- Não

28.5 - Se não, por quê?

28.6 - Qual versão do sistema que está sendo utilizada?

28.7 - Quais as bases de dados que compõem o sistema de seu o município?
 1- CADSUS
 2- CADÚNICO
 3- Nenhuma

29 - Quantos EAS estão com o sistema informatizado instalado?

30 - Quantos EAS estão inserindo os dados de monitoramento antropométrico no sistema?

31 - Quantos EAS estão enviando os dados do monitoramento?

32 - De que forma realizam o envio de dados?
 1- Sistema informatizado
 2- Papel
 3- Disquete
 4- Correio eletrônico

5- Outra _____

33 - Qual a periodicidade do envio de dados?

- 1- Diário
- 2- Semanal
- 3- Quinzenal
- 4- Mensal
- 5- Bimestral
- 6- Trimestral
- 7- Semestral
- 8- Anual
- 9- Nenhuma

34 - Qual a fonte destas informações?

35 - Dos EAS capacitados que não estão operando o sistema no momento, quais são os principais motivos?

36 - O município já recebeu alguma capacitação da Regional DATASUS sobre o SISVAN?

- 1- Sim
- 2- Não

36.1 - Se sim, como avalia a capacitação feita pelo DATASUS?

- 1- Muito deficiente
- 2- Deficiente
- 3- Satisfatório
- 4- Muito bom
- 5- Excelente

37 - Como avalia o suporte Regional do DATASUS?

- 1- Muito deficiente
- 2- Deficiente
- 3- Satisfatório
- 4- Muito bom
- 5- Excelente

38 - Qual a sua percepção/opinião sobre esta ação de Vigilância Alimentar e Nutricional desencadeada pelo Ministério da Saúde. Citar dificuldades e pontos positivos e negativos sobre as capacitações, a implantação e/ou sobre sistema.

39 - Críticas e sugestões em relação ao sistema municipal:

40 - Quais ações são necessárias para o aprimoramento do SISVAN?

40.1 - De responsabilidade do MS:

40.2 - De responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde:

40.3 - De responsabilidade da regional de saúde:

40.4 - De responsabilidade dos municípios:

Anexo IX – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa –CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 012/2005

Título do Projeto: “Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”.

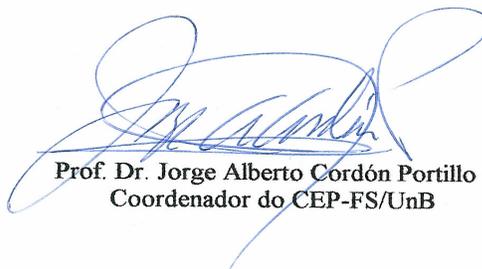
Pesquisadora Responsável: Andhressa Araújo Fagundes Romeiro

Data de Entrada: 08/03/2005.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 012/2005 com o título: “Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional”.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 03 de abril de 2006.



Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo
Coordenador do CEP-FS/UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro
Faculdade de Ciências da Saúde
Cep: 70.910-900

Anexo X – Termo de Ciência da Instituição



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO**

SEPN 511- Bloco "C" Edifício Bittar IV 4º andar - Brasília/DF CEP:70750.543
Tel: (61) 3448 8040 Fax (61) 3448 8228 - e-mail: cgpan@saude.gov.br

Ofício nº /CGPAN/DAB/SAS/MS Em de de 2006.

Ao
Comitê de Ética
Universidade de Brasília

Assunto: Termo de Ciência da Instituição

A **Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN**, do Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, é responsável por implementar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, que estrutura e fundamenta as ações no campo da alimentação e nutrição, em todas as esferas de atribuição governamental do Sistema Único de Saúde – SUS.

2. A PNAN foi aprovada por meio da Portaria nº. 710 GM, de 10 de junho de 1999, pelo Ministério da Saúde e consiste em documento legal, fruto de ampla discussão com a sociedade civil organizada e com os conselhos gestores e entidades de controle social, integrantes da Política Nacional de Saúde. Segue também a agenda internacional, nos termos em que o Brasil é signatário, no que se refere, em especial, às ações de segurança alimentar e nutricional e da promoção da saúde para a prevenção da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis.

3. Para alcançar esses objetivos, essa Política está dividida em sete diretrizes, que servem de base conceitual para a elaboração e implantação dos programas e projetos em alimentação e nutrição, do setor saúde. A terceira diretriz recomenda as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional 0 SISVAN.

4. Atualmente, o SISVAN encontra-se em fase de implantação e consolidação em vários países do mundo. Os resultados dessa ação devem permitir a disponibilização de informações para o planejamento de ações para prevenção e controle dos distúrbios nutricionais da população. No Brasil, o SISVAN está sendo desenvolvido na atenção básica da rede do serviço de saúde e incorporado às rotinas de atendimento, monitorando o estado nutricional dos usuários, buscando detectar situações de risco e a prescrição de ações que possibilite a prevenção de efeitos deletérios à saúde e a garantia da reversão ao quadro de normalidade, quando necessário.

5. A CGPAN desencadeou a partir de 2004, capacitações sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, enfatizando a importância da adoção da atitude de vigilância nutricional na rede de atenção à saúde. Aproximadamente 2.600 profissionais da área de saúde e técnicos de informática de todos os estados e regionais de saúde do país foram capacitados. Avaliar o processo de implantação em nível estadual e municipal visa analisar a qualidade do método desencadeado, identificar a eficácia do sistema no acompanhamento da situação alimentar e nutricional e verificar as principais dificuldades do processo de implantação do SISVAN. A rede de parceiros da CGPAN – Coordenação Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição, são co-responsáveis e pelo processo, e contribuirão com as informações concedidas.

6. Face ao exposto, venho por meio deste informar que o desenvolvimento da pesquisa de **Avaliação da Implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN no Brasil** é de total interesse da CGPAN, pois trará grande contribuição e apoio a melhoria dessa ação. Os dados utilizados no estudo serão coletados por meio de entrevista sobre o sistema informatizado e análise documental.

Atenciosamente,

ANA BEATRIZ VASCONCELLOS
Coordenadora-Geral da Política de Alimentação e Nutrição

Anexo XI – Planilha de orçamento da pesquisa

Item	Descrição	Quantidade	Custo		Fonte de recurso
			Unitário	Total	
Pessoal					
. Pesquisadora	Nutricionista	01	-	-	-
. Orientador	-	01	-	-	UnB
Material de Consumo					
. Informática	Microcomputador	01	-	-	Pesquisadora
. Escritório	Cartuchos de tinta para impressora	03	R\$ 80,00	R\$ 240,00	Pesquisadora
	Papel impressora (resmas)	04	R\$ 12,00	R\$ 96,00	Pesquisadora
	Cópias	500	R\$ 0,15	R\$ 75,00	Pesquisadora
	Lápis, borracha, caneta, marcador texto, clips, etc	Uso necessário	-	-	Pesquisadora
Outros Serviços					
. Consultoria de terceiros	Consultoria estatística (amostragem)	01	R\$ 150,00	R\$ 150,00	Pesquisadora
	Consultoria de informática (construção <i>site</i>)	-	-	-	CGPAN/ MS ⁸
	Consultoria estatística (análise dos dados)	01	-	R\$ 600,00	CGPAN/ MS
. Confecção de material	Encadernação	04	R\$ 30,00	R\$ 120,00	Pesquisadora
. Serviços de comunicação	Correio	-	-	-	Pesquisadora
	Telefone	-	-	-	Pesquisadora
	Internet	-	-	-	Pesquisadora
TOTAL				R\$ 1.281,00	

⁸ A Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN, do Ministério da Saúde, proponente dessa pesquisa, dispõe de uma equipe de informática, a qual fará a construção de um site para fins de coleta de dados, bem como a disponibilização do site *on line*, a manutenção do mesmo no período da coleta de dados e a tabulação dos dados no sistema de origem.