

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

MAYARA RODRIGUES DE SOUZA

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UM INSTRUMENTO
PARA A EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA EVITAR A MORTALIDADE INFANTIL.

LAGES

2015

MAYARA RODRIGUES DE SOUZA

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UM INSTRUMENTO
PARA EVITAR A MORTALIDADE INFANTIL.

Artigo apresentado ao curso de pós-graduação lato sensu em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Universidade do Planalto Catarinense como requisito para titulação de especialista.

Orientador: Profa. Dra.: Margarete Maria de Lima

LAGES

2015

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UM INSTRUMENTO PARA A EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA EVITAR A MORTALIDADE INFANTIL.¹

Monitoring system food and nutrition : an instrument for the attention of basic team prevent child mortality .

¹Mayara Rodrigues de Souza - Enfermeira, aluna do curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal – UNIPLAC- Email: mayaraenfbjs@hotmail.com

²Margarete Dra. Margarete Maria de Lima – Enfermeira Docente e Orientadora em – UNIPLAC – Email: margaretelima2@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o processo de coleta, processamento e análise de dados e de informações gerados pelos profissionais de saúde no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) contribuindo para aumentar a confiabilidade dos dados gerados pelo sistema, permitindo que este torne-se um referencial. Pesquisa qualitativa, do tipo descritiva, fundamentada na pesquisa convergente-assistencial, realizada em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na Serra Catarinense. Foram realizadas quatro oficinas de educação e comunicação em saúde juntamente com a aplicação de um instrumento de diagnóstico situacional. Observou-se que a equipe responsável pelo SISVAN, não executa as atividades que expressa seu uso como base para tomada de decisão e, muitos, não dão a devida importância ao uso dessas informações para orientar a gestão. Concluindo não utilizam os relatórios para subsidiar ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado, porém reconhecem o seu potencial para a melhoria do estado nutricional.

Descritores: Mortalidade infantil, Sisvan, Atenção Básica

¹Artigo apresentado ao curso de pós-graduação lato sensu em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Universidade do Planalto Catarinense como requisito para titulação de especialista.

1. Introdução

A assistência à saúde de crianças e adolescentes é assegurada, no Brasil, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) na forma da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Este estatuto considera criança a pessoa com até doze anos incompletos e afirma em seu artigo sétimo que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.¹

Em 1999 o Ministério da Saúde, desenvolveu a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), como parte integrante da Política Nacional de Saúde, cujo propósito é "a garantia da qualidade dos alimentos colocados para o consumo no país, a promoção de

práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais", entendendo-se caber ao Estado e à sociedade respeitar, proteger e facilitar ações para permitir a todos se alimentarem de forma digna e indicando que a realização plena da segurança alimentar extrapola a área da saúde, exigindo uma intervenção intersetorial.²

Dentro da PNAN, agregaram-se o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) pela Portaria nº 1.156 de 31 de agosto de 1990, como colaborador que, entre outras funções, teria que priorizar o acompanhamento de crianças menores de cinco anos suscetíveis aos agravos nutricionais, além de avaliar o estado nutricional de indivíduos para obter o diagnóstico precoce dos possíveis desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade, evitando as consequências decorrentes desses agravos à saúde.³

Integra o acompanhamento do crescimento infantil, a vigilância alimentar e nutricional que prevê o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar das crianças, por meio do o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Essas duas vertentes de acompanhamento do crescimento visam evitar que desvios ocorridos na infância possam prejudicar a saúde atual da criança e sua qualidade de vida futuramente.⁴

Uma das bases principais do SISVAN corresponde ao sistema informatizado, o SISVAN Web, que é acessado via internet pela Atenção Básica à Saúde no nível municipal, para o registro dos dados de alimentação e nutrição. Os dados de peso, altura e indicadores do consumo alimentar em diferentes fases da vida são provenientes dos atendimentos realizados nos Estabelecimentos de Saúde ou pela Estratégia Saúde da Família e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde.⁵

No Brasil os níveis variavelmente elevados, embora em declínio, da mortalidade infantil, apontam para a necessidade de uma constante avaliação e compreensão do papel da assistência em saúde, no processo de determinação da mortalidade infantil, que se manifesta em ritmo e intensidade, diferentes, estando associada a desigualdades regionais.⁶

Em Santa Catarina apesar de observamos que há tendência de queda da mortalidade infantil, convive ainda com disparidades regionais nos padrões de mortalidade, o que requer estudos para sua compreensão. As Taxas de Mortalidade Infantil e Mortalidade Neonatal na Serra Catarinense apresentaram tendência inversa ao Estado. Enquanto houve redução entre os anos de 2010 e 2011, apontam crescimento entre 2011 e 2012.⁷

Sendo assim o presente estudo, busca responder o seguinte questionamento: Qual a contribuição do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) para a equipe da Atenção Básica, como instrumento para diminuir a mortalidade infantil na Serra Catarinense?

Para responder este questionamento, se estabeleceu os objetivos desta pesquisa, sendo eles:

- Avaliar o processo de coleta, processamento e análise de dados e de informações gerados pelos profissionais de saúde no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- Contribuir para aumentar a confiabilidade da base de dados gerada pelo SISVAN, permitindo que o sistema se torne um referencial na avaliação do perfil alimentar e nutricional das crianças.

Para isso inicialmente precisamos compreender que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. No plano individual e em escala coletiva, esses atributos estão consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada há 50 anos.⁸

Além do exposto e baseado na terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que se refere à avaliação e ao monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira, faz-se necessário destacar que as ações de vigilância alimentar e nutricional realizadas com os usuários do SUS devem ser incorporadas às rotinas de atendimento na rede básica de saúde. O objetivo é a detecção precoce de situações de risco nutricional e à prescrição de ações que possibilitem prevenir agravos à saúde e reverter ao quadro de normalidade quando possível.⁹

Portanto a partir do SISVAN, são embasadas decisões políticas no sentido de auxiliar no planejamento, monitoramento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e nutricionais da população.¹⁰

2. Métodos

2.1 Tipo de pesquisa

Optou-se pela Pesquisa convergente-assistencial (PCA), assim denominada por ser um tipo de pesquisa que, em seu desenvolvimento, sustenta estreita relação com a situação social e objetiva encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social.¹¹

A PCA foi escolhida neste trabalho, porque oferece a possibilidade a um só tempo de obter informações sobre as experiências dos participantes do estudo e conduzir a prática

assistencial pelas ações de informação, orientação e educação relativas à situação nutricional infantil através do uso correto do SISVAN.

2.2 Contexto e participantes da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde, do município de Urubici – SC, a qual conta com uma equipe da estratégia de saúde da família, responsáveis pela coleta e avaliação dos dados do SISVAN. Participaram da pesquisa seis agentes comunitários de saúde profissionais da equipe de estratégia de saúde da família, sendo um enfermeiro e seis agentes comunitários de saúde.

2.3 Coleta de Dados

Por tratar-se de uma pesquisa que busca estratégias de resolução de problemas que emergem dos cenários da prática assistencial, neste sentido o percurso metodológico foi pensado atendendo as Etapas de Implementação da Pesquisa Qualitativa do tipo Convergente Assistencial, proposta por Paim e Trentini do ano de 2004 ¹¹, as quais são:

A fase de concepção: Representou a escolha do tema, baseado na experiência profissional da pesquisadora, direcionando a questão guia na utilização do SISVAN como ferramenta de processo de trabalho, e estabelecendo os objetivos da pesquisa com vistas a contribuir para uma mudança de prática.

A fase de instrumentação consiste na elaboração dos procedimentos metodológicos. Nessa etapa houve a escolha do espaço da pesquisa a Atenção Básica, a escolha dos participantes sendo estes profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família, e a escolha da técnica para obtenção e análise das informações, baseadas em oficinas de educação permanente.

A fase de perscrutação: Incluiu a coleta e o registro dos dados, que se destinam a obter informações com dupla intencionalidade, produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o aperfeiçoamento do cuidado prestado pela equipe. Nesta etapa a pesquisadora utilizou oficinas de educação e comunicação em saúde e um instrumento de diagnóstico situacional, relacionados com processo de trabalho da equipe no uso do SISVAN.

Estas oficinas tiveram o objetivo de promover o desenvolvimento de métodos e processos de educação em saúde e comunicação para acesso e apropriação do conhecimento em saúde e produção de materiais de apoio à prática educativa desenvolvida nos serviços e na relação destes com a comunidade, estimulando e valorizando os canais existentes de comunicação.¹²

As informações foram registradas em diário de campo e no preenchimento do instrumento de diagnóstico situacional. Nos diários foram registrados ideais, dúvidas, sentimentos, reações, erros e acertos, dificuldades e facilidades e outras informações que surgiram durante a coleta de dados e no instrumento os indicadores de avaliação do SISVAN.

Realizaram-se quatro oficinas para obter dados que permitam alcançar os objetivos desta pesquisa. Os encontros eram semanais, na própria unidade de saúde, com duração média de uma hora, acordado durante a primeira oficina, respeitando o interesse do grupo.

- Primeiro momento: Esclarecido a importância da participação de cada um, através de uma dinâmica de acolhimento, na qual todos demonstraram interação. Este primeiro encontro teve por objetivo apresentar a proposta, e solicitar assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido, explicitado as questões éticas. Pactuados com o grupo a data, horário e duração do próximo encontro. Neste dia apenas sete sujeitos compareceram, porém todos aceitaram participar do estudo.
- Segundo momento: Ouve o início da discussão acerca da concepção da equipe sobre a utilização do SISVAN e sua importância como instrumento no processo de trabalho, onde todos realizaram uma fala contando suas experiências e atribuições. A dinâmica utilizada para este momento também foi o instrumento de diagnóstico situacional, o qual foi respondido individualmente. Neste momento surgiram muitas dúvidas, dos sujeitos em geral, principalmente de: valores de cada indicador; onde encontrar estes dados; termos técnicos; parâmetros utilizados.
Pode-se observar que nas questões descritivas muitos utilizaram as mesmas respostas, pois embora solicitado para responder individualmente, os sujeitos conversaram entre si sobre as respostas. Porém todos responderam o instrumento por completo.
- Terceiro momento: Realizaram uma síntese do encontro anterior, apresentando muitos questionamentos sobre onde e como acessar as informações geradas pelo sistema.

Identificaram as contribuições da equipe para a aplicação do SISVAN como instrumento de acompanhamento efetivo do desenvolvimento da infância e potencial redutor da mortalidade infantil, princípios para a prática profissional, a partir de uma demonstração da pesquisadora da aplicabilidade do SISVAN web.

- Quarto momento: Foram resgatadas as informações obtidas em cada oficina e realizado fechamento para validação dos dados. Neste momento todos os sujeitos reconheceram o potencial do SISVAN como ferramenta para a melhoria do estado nutricional das crianças acompanhadas e principalmente como ferramenta de processo de trabalho.

3. Análise de dados

A fase de análise da PCA foi dividida em duas etapas a análise e a interpretação.

- A análise: Na etapa análise, tivemos o processo de apreensão subjetiva das associações e variações dos dados. Realizado leitura dos diários de campo e dos instrumentos de diagnóstico respondidos e retirando as informações ali contidas.
- A interpretação: Estabelecidos os processos de síntese, teorização e recontextualização. O processo de síntese, incluído na etapa interpretação, consistiu em examinar subjetivamente os dados e realizar associações e variações das informações, encontradas no processo de apreensão. Já o processo de teorização consistiu em descobrir os valores contidos nas informações levantadas durante o processo de síntese. A teorização se fez pela relação da fundamentação teórico-filosófica utilizada no estudo de maneira a proceder à associação com os dados. Assim, formularam-se novos conceitos, definições e inter-relações, constituindo as conclusões do estudo.

3.1 Aspectos Éticos

Durante todas as fases do estudo, foram respeitados os princípios éticos e legais, conforme o emanado pela Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹³, sendo submetido à avaliação via Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense, sob o parecer ético nº: 1.297.747.

4. Resultados

Os resultados foram construídos em forma de categorização. A utilização de categorias corresponde a uma forma de abranger vários elementos e aspectos que se relacionem entre si. Neste sentido trabalhar com categorização significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito¹⁴. As categorias deste estudo foram definidas na fase exploratória a partir da coleta de dados.

Primeiramente, serão apresentados alguns dados relativos aos sujeitos do estudo, para que se possa ter uma noção geral acerca do perfil dos participantes da pesquisa. A seguir, apresentado e discutido cada uma das categorias construídas.

TABELA 1 – Dados Sujeitos do estudo

PSEUDÔNIMO	SEXO	IDADE	PROFISSÃO	TEMPO QUE ATUA NA ATENÇÃO BÁSICA
Sujeito 1	F	34	Enfermeira	8 anos
Sujeito 2	F	41	Agente Comunitário de Saúde	12 anos
Sujeito 3	F	58	Agente Comunitário de Saúde	10 anos
Sujeito 4	F	32	Agente Comunitário de Saúde	10 anos
Sujeito 5	F	26	Agente Comunitário de Saúde	5 anos
Sujeito 6	F	43	Agente Comunitário de Saúde	6 anos
Sujeito 7	F	36	Agente Comunitário de Saúde	10 anos

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (novembro/2015).

Fariam parte deste estudo os profissionais de saúde que atuam na assistência as crianças de 0 à 2 anos que coletam e avaliam os dados do SISVAN, sendo um total de 20

sujeitos, que foram convidados durante um encontro realizado na Unidade Básica de Saúde, para apresentação da proposta e relevância do tema. Foram considerados critérios de inclusão, atuar na assistência e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e como critérios de exclusão o não interesse em participar da pesquisa e não atuar diretamente no SISVAN.

Porém apenas alguns membros da equipe mostraram interesse em participar, que foram o enfermeiro e os agentes, que infelizmente são os únicos que se mostram atuantes dentro de vários processos de trabalho, incluindo o gerenciamento do SISVAN. Nota-se que todos são do gênero feminino, com idades variando de 26 a 58 anos. Também pode ser observado que a maioria já atua há muito tempo, tanto em sua profissão, assim como na estratégia de saúde da família, o que justifica muitas vezes a dificuldade em entenderem as novas organizações do sistema de saúde e lidarem com seus conflitos. Porém, todos têm noção das suas atribuições dentro de cada categoria profissional.

Para a interpretação das categorias, estas foram analisadas de acordo com as convergências identificadas em cada subcategoria. Na sequência, expomos os principais resultados, apresentando quando oportuno, alguns dados dos instrumentos de coleta, de forma a ilustrar os significados desvelados.¹⁴⁻¹³

TABELA 2 - Modelos de atenção

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIAS
Modelos de Atenção	Teoria e Prática: As contradições	Coleta, processamento e análise de dados do SISVAN Dificuldades de Acompanhamento

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora (novembro/2015).

Primeiramente precisamos considerar que o SUS herdou uma rede de serviços (hospitais, ambulatórios e unidades básicas) que operavam com os conceitos divergentes de saúde, ou seja, centrado na doença. Além disso, a formação profissional até hoje, com raras exceções, perpetua estes conceitos. Dessa forma, o SUS passa a ser um campo de disputas entre vários modelos de atenção, de acordo com o momento histórico, político e o estado das pesquisas e avanços teóricos no entendimento e construção da saúde pública, além das convicções pessoais de cada trabalhador da saúde.¹⁵

Porém nos últimos anos, têm-se observado uma mudança na orientação dos serviços de saúde, rompendo com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar e redirecionando o atendimento para a atenção básica. Dessa forma, são cada vez mais valorizadas as estratégias de promoção e de prevenção em saúde, visando alcançar um grau de resolubilidade de ações para evitar o agravamento de situações mórbidas e reduzindo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade.¹⁶

Observou-se isso, quando apresentado o tema de pesquisa aos sujeitos, e também através das atividades realizadas para coleta de dados que muitos referiram desconhecimento total acerca do entendimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional o SISVAN como ferramenta no processo de trabalho, outros relataram já terem ouvido falar, porém o seu olhar e a sua assistência nunca esteve voltado a essa proposta.

Neste sentido destacam-se aqui, através das falas dos sujeitos durante os encontros, o aparecimento de uma categoria Teoria e Prática: As contradições. Sendo que esta será descrita abaixo e discutida a partir das subcategorias nomeadas como Coleta, processamento e análise de dados do SISVAN e Dificuldades de Acompanhamento.

4.1 Teoria e Prática: As contradições

Para Merhy¹⁷ os serviços de saúde são palco da ação de um time de atores que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde. Antes desse momento, existiam inúmeras experiências locais em diversas partes do País, sem uma articulação estadual e nacional.⁹

Igualmente, a eficácia da informação aumenta à medida que a organização aprende a administrá-la corretamente. Daí ser necessário o conhecimento da realidade organizacional, a fim de selecionar o que é relevante e pertinente para as decisões, visando evitar a superestimação do SISVAN como instrumento de importância crítica na organização.¹⁶

Percebesse um empenho em conseguir a participação multiprofissional, conceitualmente indispensável, porém um entrave para o SISVAN. Às vezes, por conflitos de interesses, alguns profissionais envolvidos se sentem desmotivados a participar, somando-se o fato de inexistirem modelos realistas de coordenação.

Nota-se que a falta de conhecimento decorre também do não acesso destes profissionais ao conhecimento, ou de dados que comprovem a existência dessas informações. O que causa estranheza tendo em vista que o objetivo do SISVAN é fornecer um diagnóstico descritivo e analítico do perfil nutricional da população e prever as tendências das condições de alimentação e nutrição, bem como de seus fatores determinantes.

Isso pode ser comprovado pela dificuldade que alguns sujeitos apresentaram ao completar os valores dos principais indicadores gerados pelos dados do SISVAN, os quais faziam parte do instrumento de coletas de dados.

Verificou-se que embora as políticas governamentais solicitem a adoção de medidas na área nutricional, principalmente a voltada no acompanhamento e desenvolvimento das crianças até dois anos, na prática se observa um descompromisso, com o distanciamento entre o discurso e a aplicação, dificultando a implementação do SISVAN.¹⁵

4.2 Coleta, processamento e análise de dados do SISVAN

A Vigilância Alimentar e Nutricional corresponde à descrição contínua e à predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, assim como de seus fatores determinantes. Abrange atividades de rotina, coletas e análises de dados e informações para descrever as condições alimentares e nutricionais da população.¹⁶

A partir do SISVAN, deveriam ser embasadas as decisões políticas e assistenciais no sentido de auxiliar no planejamento, monitoramento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e nutricionais da população, essencialmente nos fatores de riscos que são apontados pelo próprio sistema como obesidade, magreza acentuada e desnutrição.¹⁸

O SISVAN é uma ferramenta capaz de produzir informações de grande importância para a qualidade de vida das crianças e famílias brasileiras, como disponibilidade de alimentos; aspectos qualitativos e quantitativos da dieta consumida; práticas de amamentação e perfil da dieta complementar pós-desmame; e identificação da prevalência da desnutrição

energético-proteica, entre outros fatores relacionados às enfermidades crônicas não transmissíveis.¹⁹

Na prática, o trabalhador da saúde, independentemente de sua profissão, ou outro que esteja capacitado para a coleta de medidas antropométricas, necessita informar os dados coletados de crianças de sua área adscrita. Estes usuários do SUS acompanhados precisam ser cadastrados individualmente em um sistema informatizado chamado SISVAN Web, de acesso on-line na internet, informando obrigatoriamente o nome completo, data de nascimento, sexo, nome da mãe/responsável, raça/cor, escolaridade, endereço e documento de identificação.

Os enfermeiros têm maior atuação na coleta e na identificação/busca ativa. A recomendação de ações é realizada de forma igual, enquanto que a atuação dos técnicos de enfermagem se volta para as ações de coleta e digitação de dados, e dos técnicos de informática para a digitação.

A quase totalidade dos responsáveis pelo SISVAN coleta dados de peso e altura e somente 1/5 deles registram o consumo alimentar. A maioria de coleta de dados é realizada em atendimento individualizado ou no dia agendado para os beneficiários do Programa Bolsa Família, seguida das chamadas nutricionais, visitas domiciliares e escolas. A grande maioria das crianças é simultaneamente atendida pelas ações de saúde da atenção básica do SUS e acompanhada pelo PBF. O que caracteriza o interface entre os sistemas apontados por todos os sujeitos no instrumento de diagnóstico.

A antropometria constitui um importante método diagnóstico para avaliar o crescimento, fornecendo estimativas da prevalência e gravidade de alterações nutricionais. A avaliação antropométrica assume grande importância no diagnóstico nutricional de crianças devido à facilidade de realização, objetividade da medida e possibilidade de comparação com um padrão de referência de manuseio relativamente simples, principalmente em estudos populacionais.²⁰

Entretanto o delineamento da Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito do SUS, deve ser baseado principalmente nos agravos nutricionais de maior magnitude para a saúde pública no Brasil e seus fatores de risco. Estes são: o déficit de estatura em crianças, além do sobrepeso e obesidade em todas as fases da vida com suas morbidades associadas; a anemia ferropriva, a hipovitaminose A e outras carências nutricionais emergentes como a deficiência de vitamina B1; a alimentação inadequada, com ênfase no alto consumo de açúcares simples, gorduras saturadas e *trans*, e baixo consumo de frutas, verduras e legumes.¹⁰

Estes dados não precisam ser coletados necessariamente pela mesma pessoa que faz a medida antropométrica, o que exige um grau mínimo de organização do estabelecimento de saúde para que as informações não se percam e/ou não deixem de ser coletadas. Nesse sentido os sujeitos apresentaram bastante entendimento e organização, porém afirmaram que os profissionais médicos ainda mantêm distantes desse processo.

Apontaram como pontos positivos e estratégias de acompanhamento, cada profissional possuir balança individual, estadiômetros portáteis e fita métrica, além de todos os insumos necessários para implementação do SISVAN.

Porém, convém ressaltar que o valor da informação é função da qualidade dos dados iniciais, do seu grau de precisão e forma de tratamento, do modo de desagregação a que sejam submetidos, da maneira como são divulgados.

E nesse sentido o Sujeito 1 coordenador do sistema aponta, que há fragilidades na habilitação, compromisso e interesse do pessoal encarregado dos registros, principalmente pela legibilidade e exatidão dos registros.

Sendo assim foi estimulada a regularidade dessa análise crítica, através da educação permanente, que contribui para a correção de possíveis erros ou omissões e estimula a considerar a validade da informação.

A partir da geração dos relatórios, é importante interpretar os indicadores de nutrição, com especial atenção para aqueles que estão disponíveis para o público infantil.³

Foi nesse contexto que a equipe apresentou maior dificuldade, nenhum sujeito relatou a realização de avaliação ou discussão de indicadores, isto é, em nenhum momento foi apontado o caráter de vigilante que o sistema possui, ou seja, este não é entendido como tal.

Tão importante quanto a sua capacidade preditiva é a sua utilidade em contribuir para uma resposta consequente aos problemas identificados.⁴ Para isto foi solicitado que cada sujeito tivesse acesso ao ambiente virtual, onde as informações por ele geradas pudessem ser avaliadas e verificadas, na intenção de empodera-lo.

Nesse momento o reconhecimento do SISVAN como um instrumento indispensável para organizar as ações de saúde do município despertou a necessidade de capacitar os profissionais da ESF para a captação de informações que deverão alimentar o Sistema e produzir indicadores de saúde e de segurança alimentar e nutricional. Em consequência da inexistência do profissional de Nutrição atuante nas ESF, onde outros trabalhadores da saúde foram incluídos nesse processo de capacitação e implementação do programa no município.

Após as conversas sobre operacionalização do SISVAN, notou-se uma motivação para a realização das atividades propostas na execução do programa no município, possibilitando a continuidade do acompanhamento e avaliação nutricional. Esse ponto foi considerado um fator positivo, uma vez que houve o reconhecimento desta ferramenta principalmente no combate da mortalidade infantil.

Nessa perspectiva, a Vigilância Alimentar e Nutricional só podem ser entendida e implementada por uma combinação de estratégias de vigilância em saúde e epidemiológica as quais são: Sistema Informatizado de Vigilância Alimentar e Nutricional; Inquéritos Populacionais Periódicos; Análise e cruzamento de informações coletadas por outros Sistemas de Informação da Saúde; Realização de Chamadas Nutricionais; Acesso à produção científica nacional e internacional e financiamento de pesquisas.¹⁸

4.3 Dificuldades de acompanhamento

A credibilidade do SISVAN depende do seu compromisso social, isto é, de produzir dados que fundamentem modificações de políticas e de programas, de modo que correspondam à realidade epidemiológica, e de exercer influência significativa na aplicação de novas medidas.²

Como o estudo buscou avaliar as informações geradas a partir do perfil alimentar e nutricional das crianças menores de 2 anos, os pais apresentam-se como atores principais no processo de coletas de dados e sabe-se que os profissionais tentam acolher estes, procurando informá-los dos procedimentos que, posteriormente, tenham que fazer neste caso a antropometria.

Cerca de 40% das mortes de crianças ocorrem no primeiro mês de vida, geralmente em casa e frequentemente por falta de acesso a serviços e produtos básicos de saúde, e em cerca de metade das mortes de crianças menores de cinco anos, a desnutrição é uma das causas subjacentes.¹⁹

Na organização do cuidado, especialmente de crianças, que possuem o maior risco de apresentarem alterações do seu estado nutricional, é importante a participação dos profissionais de educação e de toda a comunidade escolar, como pais, conselhos de educação e saúde, entre outros.²⁰

São inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição inadequadas, cabendo destacar, de início, as informações oriundas do Unicef (1998) dando conta que, nos países em

desenvolvimento, cerca de 55% das mortes infantis estão ligadas à desnutrição, não existindo, na história recente da humanidade, qualquer situação mórbida com esta magnitude, apesar dos avanços alcançados na redução da prevalência do problema.⁹

Contudo todos os sujeitos evidenciaram a dificuldade na compreensão dos pais a respeito da importância do acompanhamento de seus filhos. Eles referem que muitos não permitem realizar as medidas, ou não procuram a unidade de saúde para poderem verificar os dados. Normalmente há necessidade de visitas domiciliares de maneira periódica e em casos mais urgentes com mais frequência.

As intervenções com maior impacto sobre a prevenção da mortalidade infantil são práticas adequadas de alimentação infantil com potencial para prevenir 19% das mortes, enquanto as intervenções terapêuticas mais eficazes são o uso da terapia de reidratação oral que, se aplicada universalmente, reduz em 15% a mortalidade infantil e o uso de antibióticos para septicemia e pneumonia cada uma prevenindo 6% das mortes.¹⁹

Neste sentido, foi necessário o desenvolvimento e o aprimoramento contínuo das capacidades e habilidades dos profissionais envolvidos, ou seja, durante os debates foi solicitado aos sujeitos darem maior ênfase aos processos de educação permanente para assegurar o adequado acompanhamento do grupo e garantir dados sempre atualizados e fidedignos sobre as crianças acompanhadas.

A sobrecarga de trabalho foi identificada no estudo também como importante dificuldade no desenvolvimento das ações do SISVAN, particularmente em relação ao enfermeiro, este profissional encontra-se à frente da coordenação da atenção básica e com acúmulo de atividades que extrapolam o âmbito da alimentação e nutrição.

5. Considerações Finais

A equipe de responsáveis pelo SISVAN não executam as atividades que expressariam o seu uso como base para a tomada de decisão e, muitos, não dão a devida importância ao uso de suas informações para orientar a gestão municipal, por também não informarem que utilizam os relatórios para subsidiar ações de promoção da saúde, prevenção e cuidado e reconhecerem o seu potencial para a melhoria do estado nutricional.

A execução do SISVAN deve estar vinculada às outras atividades de alimentação e nutrição e as capacitações, assim como os materiais oficiais devem focar na gestão das ações

e serviços de nutrição, fortalecendo a realização do SISVAN para o planejamento e execução de ações. Ao que parece, o preenchimento dos dados no sistema não é visto como uma atividade propulsora a vigilância nutricional e nem geradora de dados fundamentais para os tomadores de decisão.

Sendo assim, durante os encontros buscou-se evidenciar que os modos de cuidar e gerir são mais efetivos quando partem do conhecimento prévio sobre as condições de vida dos indivíduos e da coletividade, como a alimentação, a moradia, a renda e a atividade física, bem como os aspectos clínicos e biológicos e sua interação com o ambiente, a família e a sociedade.

E, além das orientações quanto à alimentação adequada e saudável para a criança, será necessário construir estratégias de apoio à mãe para que amamente e introduza os novos alimentos de forma adequada e em tempo oportuno, como visitas domiciliares mais frequentes com momentos de conversa que reúnam os demais familiares.

A informação deve estar voltada para a ação. O esperado é que essas informações e ações contribuam efetivamente para o controle dos problemas de saúde identificados e para a prevenção e a promoção da saúde e nutrição das crianças menores de 2 anos, tão vulneráveis a vários distúrbios alimentares que podem o levar a morte.

Esta ação poderá envolver as mães e os familiares dessas crianças, mas também mobilizar outros atores do território que possam, em seus espaços de atuação, contribuir para a adoção de práticas alimentares mais saudáveis na comunidade, como os profissionais atuantes nas creches, as lideranças comunitárias, entre outros.

6. Referências

1. Câmara de Vereadores (BR). **Estatuto da criança e do adolescente e legislação correlata**. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 12. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 241 p.
2. Ministério da Saúde (BR). **Políticas de alimentação e nutrição, área técnica de alimentação e nutrição**. Brasília, 2000.
3. Otenio CCM, *et al.* **Políticas públicas para criança no brasil: O contexto histórico-social e da saúde**. [Rev. Estação Científica Online Juiz de Fora] 2008 [acesso em Dezembro de 2015]; (06). Disponível em: <http://portal.estacio.br/media/3304313/6-politicas-publicas-crianca-brasil-contexto-historico-social-saude.pdf>.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.
5. Ministério da Saúde (BR). **Saúde da criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília – DF. 2009.
6. Pacheco CP. **Evolução da mortalidade infantil, segundo óbitos evitáveis: Macrorregiões de Saúde de Estado de Santa Catarina, 1997-2008**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. 2010.
7. Secretaria de Estado da Saúde, Santa Catarina. **Plano de Ação Regional da Rede Cegonha. Região de Saúde Serra Catarinense**. 2013.
8. Ministério da Saúde (BR). **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
10. Coutinho JG, *et al.* **A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais**. Rev Bras Epidemiol. 2009; 688-99.
11. Trentini M, Paim L. **Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial**. Texto e Contexto, Florianópolis. 1999, 11-31.
12. Brasil. Portaria nº 2.246/GM de 18 de outubro de 2004. **Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional**. Diário Oficial da União 2004.
13. Ministério da Saúde (BR). **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: Brasília (DF), 2013, seção 1, p. 59.
14. Minayo MC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 1998.
15. Müller CO, Basso GN. **Desafios e contradições da implantação do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN)**. In: Anais do 1º Seminário de Sociologia da Saúde e Ecologia Humana Florianópolis, 14 a 16 de setembro de 2010. Universidade Federal de Santa Catarina. 2010.

16. Arruda KG. **Sistema de vigilância alimentar e nutricional: frustrações, desafios e perspectivas.** Cad. Saúde Pública [Internet]. 1992 [acesso em dezembro de 2015]; 8(1):96-101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1992000100013&lng=en.
17. Merhy EE. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 1999 [acesso em Janeiro de 2015]; 4(2):305-314. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=en.
18. UNICEF. Fundo das nações unidas para a infância. **Sistema de vigilância alimentar e nutricional. Orientações para implementação nos municípios.** Ministério da Saúde. Brasília. 2010.
19. UNICEF (BR). Fundo das nações unidas para a infância. **Pobreza infantil e disparidades em Moçambique 2010.** Caderno Sobrevivência e desenvolvimento infantil. Cap. 3. Brasília. 2010.
20. Barbosa RMS, *et al.* **Avaliação do estado nutricional de escolares segundo três referências.** Rio de Janeiro. Rev Paul Pediatr 2009; 27(3):243-50.