

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

POLLYANA LIMA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO SISVAN NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO
JACUÍPE/Ba**

Porto Alegre

2022

POLLYANA LIMA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO SISVAN NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO
JACUÍPE/Ba**

Trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. (a) Dr. (a). Raquel Canuto

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Lima da Silva, Pollyana
AVALIAÇÃO DO SISVAN NO MUNICÍPIO DE CONCEIÇÃO DO
JACUIPE/Ba / Pollyana Lima da Silva. -- 2022.
20 f.
Orientador: Raquel Canuto.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Saúde Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Vigilância nutricional. 2. vigilância em saúde.
3. sistemas de informação. 4. avaliação nutricional.
I. Canuto, Raquel, orient. II. Título.

Ao Senhor toda honra e toda Glória!

RESUMO

Objetivo: Avaliar o SISVAN no Município de Conceição de Jacuípe nos últimos cinco anos. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico observacional descritivo, cujo público em análise foi a população, em todas as fases da vida, atendida na atenção básica do SUS no Município de Conceição do Jacuípe do estado da Bahia entre 2016 e 2021. Com dados secundários provenientes do SISVAN Web (Relatórios Públicos). Foi considerada a cobertura pelo SISVAN dos dados antropométricos e diagnóstico nutricional de diferentes fases da vida (crianças 0 a 5 anos, crianças 5 a 10 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) que residiam no município de Conceição do Jacuípe. Os dados foram registrados em planilha do Microsoft Excel (2010), descritos e comparados entre si. Foram conduzidas análises descritivas por meio de médias. **Resultados:** A faixa etária com maior cobertura de acompanhamento nutricional é na fase adulta com maior número de habitantes acompanhados em 2019 (n=3.180). No entanto pode-se observar um baixo número de idosos com registro no SISVAN em 2016 (n=79). É possível observar que o percentual de acompanhamento da população geral ao longo dos cinco anos é abaixo de 0.22% e com menor porcentagem (0.15%) em 2020, período pandêmico onde os serviços de saúde seguiam os protocolos de priorização no atendimento. **Conclusão:** Os achados apresentados neste estudo permitem concluir que embora haja acompanhamento de grupos específicos de usuários do SUS a cobertura ainda é baixa comparada a população residente.

Palavras-Chave: Vigilância em Saúde, Vigilância Nutricional, Sistemas de informação, Avaliação Nutricional.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 01	Cobertura de Acompanhamento do Estado Nutricional da População Municipal	23
Quadro 01	Média de Acompanhamento Nutricional da População Municipal	23
Figura 01	Diagnóstico Nutricional da População Municipal	24
Quadro 02	Avaliação do estado nutricional de gestantes segundo o IMC.	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	<i>Atenção Básica</i>
CA	<i>Consumo Alimentar</i>
CGAN	<i>Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição</i>
CGPAN	<i>Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição</i>
CNS	<i>Cartão Nacional de Saúde</i>
EN	<i>Estado Nutricional</i>
IBGE	<i>Instituto Brasileiro de Geografia e estatística</i>
ICCN	<i>Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais</i>
IMC	<i>Índice de Massa Corporal</i>
INAN	<i>Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição</i>
MS	<i>Ministério da Saúde</i>
OMS	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
PBF	<i>Programa Bolsa Família</i>
PNAN	<i>Política Nacional de Alimentação e Nutrição</i>
SISVAN	<i>Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional</i>
VAN	<i>Vigilância Alimentar e Nutricional</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA	9
2 OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	9 - 15
3.1 PANORAMA DA SITUAÇÃO NUTRICIONAL NO BRASIL.....	9 - 10
3.2 HISTÓRICO DO SISVAN NO BRASIL.....	10 - 13
3.3 OPERACIONALIZAÇÃO DO SISVAN.....	13 - 15
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15 - 16
4.1 DESENHO DO ESTUDO E POPULAÇÃO.....	15
4.2 PLANEJAMENTO DO ESTUDO.....	15
4.3 VARIÁVEIS.....	15 - 16
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	16
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	16
5 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.	17 - 19
5.1 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	17 - 19
6 CONCLUSÃO.....	19 - 20
REFERÊNCIAS.....	20 - 22
APÊNDICE.....	23 - 24
ANEXO.....	25
MINI-CURRÍCULO.....	26

1. Introdução

Nos últimos anos o Brasil vem sofrendo grandes mudanças no contexto nutricional da população brasileira. As questões de insegurança alimentar relacionada aos diferentes perfis nutricionais observados na atualidade, como a desnutrição e anemias carenciais, sempre presente, vem contrapondo a elevada incidência de excesso de peso e obesidade e suas comorbidades (COUTINHO *et al.*, 2009).

O estado nutricional do paciente reflete na condição de saúde da população, pois o comprometimento nutricional dificulta a melhora clínica do paciente, levando-o a uma internação e permanência no ambiente hospitalar elevando os gastos em saúde pública (WAITZBERG, *et al.*, 2017). Nesse contexto, a promoção da saúde surge para o desenvolvimento de ações que busquem construir espaços saudáveis e incentivem a alimentação adequada (MALTA *et al.*, 2016).

A Vigilância Alimentar (VAN) começou a ganhar espaço nas políticas de saúde a partir da Lei Orgânica do SUS nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990 foi criado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Esse sistema de informação em saúde é uma ferramenta que possibilita a avaliação e o monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar da população assistida pela atenção básica do SUS.

Apesar do grande avanço com o sistema e incentivos governamentais para ampliar e qualificar o SISVAN, estudos mostram que a cobertura e o monitoramento são deficientes (NASCIMENTO, *et al.*, 2017). Vale ressaltar que os municípios brasileiros são responsáveis pela forma como o sistema é implantado em seu território, como contratar recursos humanos qualificados, obter aferições antropométricas confiáveis, realizar manutenção nos equipamentos básicos e obter profissionais para digitação dos dados.

Faz-se necessário realizar estudos para avaliar a estrutura e processo para obtenção de dados na atenção básica com o objetivo de aprimorar o SISVAN. Nesta perspectiva o objetivo desta pesquisa foi avaliar o SISVAN no município de Conceição do Jacuípe nos últimos cinco anos.

A hipótese que norteia o estudo é identificar se é possível realizar um levantamento fidedigno através do SISVAN.

1.1 Justificativa

Através do SISVAN é possível conhecer a magnitude dos problemas de nutrição, notificar e encaminhar as formas graves. No entanto, o levantamento fidedigno é de suma importância, pois são dados a serem utilizados no planejamento e gestão de ações de políticas públicas de alimentação e nutrição dentro da atenção básica no Município de Conceição do Jacuípe. Dessa forma, faz-se necessário avaliar o sistema sob a ótica de sua implantação para auxiliar na identificação de suas limitações e contribuir para um melhor desempenho.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o estado nutricional e a cobertura do SISVAN no Município de Conceição de Jacuípe nos últimos cinco anos.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1. Identificar a cobertura populacional do SISVAN nos anos de 2016 a 2021;

2.2.2. Identificar o estado nutricional da população infantil e adulta nos anos de 2016 a 2021;

2.2.3. Avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na cobertura populacional do SISVAN;

3 Revisão de Literatura

3.1 Panorama da situação nutricional no Brasil

A população brasileira vem sofrendo mudanças sociais ao longo das décadas que influenciam diretamente no perfil nutricional. As pesquisas apontam avanços na luta contra a fome e desnutrição mesmo existindo populações vulneráveis (BRASIL, 2012) e como consequência, mudanças no padrão comportamental e do consumo alimentar da população (PEREZ et al., 2013). No entanto, novas mudanças podem acontecer decorrente da pandemia da COVID-19, pois a mesma afeta a oferta e a demanda de alimentos, reduz o poder de compra e a capacidade de produzir e distribuir alimentos, afetando grande parte da população, em especial os mais vulneráveis.

Um grande marco na transição nutricional a nível nacional ocorreu entre os anos de 1970 e 2015 com dados de redução nas taxas de desnutrição e aumento no

número de adultos com excesso de peso. Estima-se que em 20 anos 70% da população estará com excesso de peso sendo considerado um grande problema para saúde pública (BRASIL, 2017). Estudos apontam que em países desenvolvidos a intervenção em saúde pública com foco na vigilância de fatores comuns de riscos à saúde tem mostrado bons resultados (BRASIL, 2004).

Segundo Mendes (2010), o Brasil apresenta um desafio das doenças crônicas e fatores de risco como o sobrepeso, obesidade, inatividade física, tabagismo, alimentação inadequada e o acentuado crescimento das causas externas. Já a transição nutricional apresenta um agravamento relacionado a desnutrição e obesidade.

Estudo recente do Ministério da Saúde revela de um total de 12.776.938 adultos acompanhados na Atenção Primária à Saúde, 63% apresentaram excesso de peso e 28,5% apresentaram obesidade em 2019 (BRASIL, 2020). Entre as crianças brasileiras menores de cinco anos, 7% apresentam sobrepeso e 3% obesidade, e quase um quinto, 18,6%, apresentam risco para sobrepeso (ENANI, 2019).

Frente a esse contexto, políticas públicas são criadas para melhorar o estado nutricional da população e em geral a saúde. Uma dessas políticas é a PNAN que tem por objetivo melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde por meio da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2011).

Para que as políticas públicas sejam desenvolvidas, os dados precisam ser coletados e armazenados, como acontece com os dados antropométricos e de consumo alimentar que são obtidos no âmbito da atenção básica e alimentado no sistema de vigilância alimentar e nutricional. A pesquisa de Rolim *et al.*, (2015), relata que 94,8% dos responsáveis pelos dados inseridos no Sistema de vigilância Alimentar e Nutricional reconhecem que pode contribuir para o monitoramento nutricional (91,3%), diagnóstico precoce (86,6%) e direcionamentos das ações da atenção básica (85,8%).

3.2 Histórico do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil

Em 1968, pela primeira vez, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) foi recomendada durante a 21ª Assembleia Mundial de Saúde. Dessa forma, foi possível ampliar o olhar das ações da Vigilância Epidemiológica, onde não deveriam ser restritas às doenças transmissíveis, e incluir também problemas de saúde pública

como os relacionados à alimentação e à má nutrição (COUTINHO et al., 2009). Posteriormente, alguns eventos levantavam propostas a respeito da Alimentação e Nutrição, tais como a Criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em 1972 e em seguida a proposta da criação de um Sistema de informações para a Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (COUTINHO et al., 2009; CAMILO et al., 2011).

Com a promulgação da Lei Orgânica de 1990 fica recomendado a adoção da Vigilância Alimentar e Nutricional no âmbito do Sistema Único de Saúde e a reorganização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica para adequar os princípios e diretrizes. No entanto, observa-se que os municípios não estavam executando as ações da VAN de forma adequada e com o intuito de incentivar para um melhor desempenho estas ações foram associadas a programas assistenciais como condição para repasse de verbas (CAMILO et al., 2011).

Entre os anos de 1997 a 1999 o INAN foi extinto e o SISVAN passou a ser pré-requisito para adesão ao Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN), e foi criada a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), que se tornou a responsável pela elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Em sua terceira diretriz, a PNAN define a Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta para a descrição contínua das condições alimentares e nutricionais da população, sendo valioso indicador de suas tendências e fatores determinantes. Portanto, foi incorporada nos serviços de saúde para subsidiar o planejamento de ações voltadas à promoção e proteção da saúde e da alimentação saudável (BRASIL, 2013).

A CGPAN realizou um diagnóstico em 2001 para avaliar a situação da VAN no país e pôde observar suas principais limitações, tais como: a baixa cobertura populacional, duplicidade de informações, pouca integração entre os sistemas já existentes e irregularidade no envio de dados. Em 2002, como tentativa de aprimoramento, a Coordenação Geral propôs uma reestruturação e informatização do SISVAN, principalmente em termos de coleta, análise e processamento de dados. Pouco tempo depois a vigilância passou a ter um sistema informatizado (COUTINHO et al., 2009).

Em sua primeira versão informatizada no ano de 2003, o software do SISVAN era instalado nos computadores das secretarias de saúde, tanto municipais quanto estaduais, para a inserção dos dados coletados, porém ainda sem conexão com a

internet. Sendo assim, após a digitação o arquivo era encaminhado ao MS. Em 2004, o sistema ganhou mais informação com a criação do Programa Bolsa Família (PBF), pois os dados do acompanhamento da saúde das famílias cadastradas no PBF deveriam ser realizados através do SISVAN (BRASIL, 2009; ROMEIRO, 2006).

Um novo processo de avaliação e planejamento das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional se tornou possível no ano de 2006 com o levantamento de informações sobre a implementação do sistema no país através do Boletim SISVAN. Dessa forma pode extrair bons resultados agregando atualizações científicas, experiências de sucesso municipais e opiniões de especialistas da área. Nesta mesma época foi implantado a avaliação das ações de VAN na maioria dos municípios brasileiros, o que auxiliou na identificação das limitações e potencialidades do mesmo. Esse processo visou mudanças no programa com o intuito de ampliação e qualificação da VAN, objetivando a identificação individual e coletiva de indivíduos sob situação de risco nutricional e alimentar (BRASIL, 2009).

Em 2008, o sistema avançou para uma plataforma online, o “SISVAN Web”, com inserção e avaliação de dados, dentre as vantagens desse avanço estão: a incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) 2006 e 2007, a possibilidade de registro de indicadores do consumo alimentar para as diferentes faixas etárias, inserção automática dos dados na plataforma central do programa e interface mais prática para utilização. (COUTINHO et al., 2009). A responsável pela administração foi a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde. No entanto, a versão online ainda demonstrava dificuldades para a ampliação e consolidação dos SISVAN. A fragmentação do trabalho, que exigia a digitação dos dados em diferentes plataformas, a precária estrutura encontrada nos municípios, a falta de identificador único, a dificuldade de padronização da coleta e a transmissão dos dados são frequentemente citados na literatura (FERREIRA et al., 2013; ENES et al., 2014; ROLIM et al., 2015).

A última versão da plataforma, o SISVAN Web versão 3.0, buscou resolver as dificuldades identificadas. Lançado em junho de 2017, teve o objetivo de facilitar a inserção de dados retirando a obrigatoriedade de alguns deles no momento do cadastro individual e passou a utilizar o Cartão Nacional de Saúde (CNS) como identificador único. Esta versão está em processo de integração das informações com a plataforma “e-SUS atenção básica”, que também está em fase de implementação (BRASIL, 2017). Porém, a viabilização de informações contínuas acerca do estado

nutricional e consumo alimentar da população, bem como a cobertura e adequação das atividades de VAN ainda é um desafio para uma implantação efetiva do SISVAN no país (NASCIMENTO et al., 2019; NASCIMENTO et al., 2017).

3.3 Operacionalização do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

As avaliações do estado nutricional e do consumo alimentar são realizadas na população usuária da Atenção Primária (AP) municipal por meio da sua plataforma informatizada, o SISVAN Web, que permite monitorar a situação alimentar e nutricional do país. É possível acessar o sistema de forma pública ou restrita. Os acessos permitem a retirada de relatórios consolidados para avaliação. Os relatórios públicos são disponibilizados pelo sistema em sua plataforma online e podem ser gerados por qualquer pessoa no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica. Para ter acesso ao módulo restrito o usuário precisa estar cadastrado no município onde receberá senha específica (BRASIL, 2017).

Todo município precisa cadastrar um responsável técnico no Sistema de Cadastro de Gestores de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, e este será responsável pelo cadastro do(s) técnico(s) local que o auxiliará e dará suporte local ao sistema. Através do "Acesso Restrito" é realizada a inserção dos dados pessoais, antropométricos e de consumo alimentar da população atendida. O tipo do acompanhamento realizado para cada indivíduo é identificado, podendo ser: atendimento de usuários da Atenção Básica (AB), de Chamadas Nutricionais, Programa Saúde na Escola ou de outros programas do Ministério da Saúde (MS) de alimentação e nutrição (BRASIL, 2017).

No âmbito da Atenção Primária, para o SISVAN, o MS recomenda a realização de avaliações acerca do Estado Nutricional (EN) e de Consumo Alimentar (CA) de indivíduos em todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, conforme o calendário mínimo de consultas para a assistência à saúde. A classificação de subgrupos por fase do curso da vida é estratificada em crianças pré-escolares (0-4 anos), crianças escolares (5-9 anos), adolescentes (10-19 anos), adultos (20-59 anos), idosos (60 anos e mais) e gestantes. A periodicidade das avaliações do EN e CA diferem de acordo com a idade e o registro dos dados na plataforma informatizada segue o mesmo cronograma das avaliações. O MS preconiza a cobertura total da população no mínimo uma vez ao ano, para as ações de CA e EN (BRASIL, 2015; BRASIL, 2008).

Para identificar os grupos sob riscos de agravos nutricionais e promover esses diagnósticos, é avaliado o perfil nutricional a partir dos quatro parâmetros antropométricos de acordo ao grupo estudado: Crianças [peso pela idade (P/I) para acompanhar o ganho de peso; estatura por idade (E/I); peso pela estatura (P/E) para identificar o aumento ou redução de peso; Índice de massa corporal (IMC/I) para identificar o excesso de peso, Adolescentes (IMC/I e E/I), Adultos (IMC e Circunferência da cintura), Idosos (IMC), Gestantes (IMC/semana gestacional), (BRASIL, 2004).

Para a descrição do perfil nutricional os dados foram distribuídos segundo os parâmetros antropométricos preconizados pelo Manual do SISVAN:

- P/E: magreza acentuada (< percentil 0,1), magreza (\geq percentil 0,1 e < percentil 3), eutrofia (\geq percentil 3 e \leq percentil 85), risco de sobrepeso (> percentil 85 e \leq percentil 97), sobrepeso (> percentil 97 e \leq percentil 99,9) e obesidade (> percentil 99,9).
- P/I: muito baixo peso para idade (< percentil 0,1), baixo peso para idade (\geq percentil 0,1 e < percentil 3), eutrofia (\geq percentil 3 e < percentil 97) e peso elevado para idade (\geq percentil 97).
- IMC/I: magreza acentuada (< percentil 0,1), magreza (\geq Percentil 0,1 e < Percentil 3), eutrofia (\geq percentil 3 e < percentil 85), risco de sobrepeso (> percentil 85 e \leq percentil 97), sobrepeso (> percentil 97 e \leq percentil 99,9) e obesidade (> percentil 99,9).
- IMC Adulto: baixo peso < 18,5, eutrofia (\geq 18,5 e < 25), sobrepeso (\geq 25 e < 30), obesidade > 30. Circunferência da Cintura: (Homens \geq 94 cm), (Mulheres: \geq 80 cm)
- IMC Idoso: baixo peso < 22, eutrofia (>22 e < 27), sobrepeso (\geq 27).
- Gestante: classificação de acordo com o quadro 2, no anexo.

O SISVAN possui formulários próprios para a coleta de dados. Os mais recentes são: Formulário de cadastro individual e 1º acompanhamento nutricional (2015); Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar (2015) e Mapa de Acompanhamento Diário em branco. Os registros de antropometria e de marcadores do consumo alimentar de outros sistemas serão, identificados através do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do cidadão, e serão transferidos para a base de dados do Sisvan, considerando as informações de interesse para o sistema, de acordo com as

fichas: Fichas de Cadastro Domiciliar e Individual; Ficha de Atendimento Individual; Ficha de Atividade Coletiva; Ficha de Visita Domiciliar e Territorial e Formulário de Marcadores do Consumo Alimentar.

Vale ressaltar que estabelecer o fluxo das ações do SISVAN, bem como a coleta e inserção de dados no Sisvan Web junto à equipe de profissionais das unidades básicas de saúde é de suma importância, uma vez que grande parte dos dados são extraídos da rotina da atenção básica. Essas ações contemplam o monitoramento da vigilância alimentar e nutricional, a inserção dos dados no sistema, a interpretação dos dados e uso das informações (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017). As informações geradas por este sistema serão empregadas para o planejamento de ações, gestão e avaliação dos serviços nutricionais dentro da atenção básica, assim como suporte para a avaliação e o monitoramento de políticas públicas em saúde (ROLIM et al., 2015).

4 Procedimentos Metodológicos

4.1 Desenho do Estudo e População

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional descritivo, cujo público em análise foi a população, em todas as fases da vida, atendida na atenção básica do SUS no Município de Conceição do Jacuípe do estado da Bahia entre 2016 e 2021. Com dados secundários provenientes do SISVAN Web (Relatórios Públicos);

4.2 Planejamento do Estudo

Nesta pesquisa, foi considerada a cobertura pelo SISVAN dos dados antropométricos e diagnóstico nutricional de diferentes fases da vida (crianças 0 a 5 anos, crianças 5 a 10 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) que residiam no município de Conceição do Jacuípe. A pesquisa foi realizada a partir das informações coletadas no Módulo gerenciador de Relatórios consolidados anuais do SISVAN web e SISVAN Módulo de gestão do Bolsa Família.

4.3 Variáveis

Para o cálculo da média de cobertura municipal, realizou-se a soma da população acompanhada de todos os registros (de todas as fases da vida), dividido pela população do município, multiplicado por 100. Os dados referentes à população

foram retirados do site do IBGE. Para avaliar o efeito da pandemia nos registros, foi realizado o cálculo da diferença entre a cobertura de 2020 e a cobertura de 2019.

A classificação do estado nutricional foi obtida por meio de índices antropométricos segundo os parâmetros antropométricos preconizados pelo Manual do SISVAN, que é a relação de duas medidas antropométricas e/ou uma medida antropométrica e uma medida demográfica conforme cada fase da vida. Em crianças, o peso por idade expressa a relação entre a massa corporal, medida em kg, e a idade cronológica, calculada em meses. Posteriormente os valores são identificados no gráfico de crescimento infantil segundo o sexo com curvas que refletem o crescimento de uma população de referência, considerando os pontos de corte a seguir: muito baixo peso para idade ($<$ percentil 0,1), baixo peso para idade (\geq percentil 0,1 e $<$ percentil 3), eutrofia (\geq percentil 3 e $<$ percentil 97) e peso elevado para idade (\geq percentil 97). No entanto, em adolescentes, maiores de 10 anos, o indicador utilizado é o IMC, relação do peso em kg pela altura, em metros, ao quadrado, pela idade em meses. A análise também é realizada pelo gráfico com as curvas que refletem a distribuição desse indicador, considerando os pontos de corte a seguir: magreza acentuada ($<$ percentil 0,1), magreza (\geq Percentil 0,1 e $<$ Percentil 3), eutrofia (\geq percentil 3 e $<$ percentil 85), risco de sobrepeso ($>$ percentil 85 e \leq percentil 97), sobrepeso ($>$ percentil 97 e \leq percentil 99,9) e obesidade ($>$ percentil 99,9). Para adultos, idosos e gestantes, o estado nutricional é estabelecido pelo valor bruto do IMC com pontos de corte pré-definidos para cada grupo específico, considerando para adulto: baixo peso $<$ 18,5, eutrofia (\geq 18,5 e $<$ 25), sobrepeso (\geq 25 e $<$ 30), obesidade $>$ 30. Para idoso: baixo peso $<$ 22, eutrofia ($>$ 22 e $<$ 27), sobrepeso (\geq 27). E para gestante conforme quadro 2 no anexo (BRASIL, 2004).

4.4 Análise estatística dos dados

Os dados foram registrados em planilha do Microsoft Excel (2010), descritos e comparados entre si. Foram conduzidas análises descritivas por meio de médias.

4.5 Considerações éticas

Salienta-se que os dados utilizados neste estudo são de domínio público, sem informações individuais, dessa forma não há riscos do ponto de vista ético. Portanto, não há necessidade de encaminhamento do projeto ao Comitê de ética em pesquisa.

5 Desenvolvimento do conteúdo

5.1 Apresentação e Discussão dos resultados

De acordo com o demonstrado na Tabela 1, a faixa etária com maior cobertura de acompanhamento nutricional é na fase adulta com maior número de habitantes acompanhados em 2019 (n=3.180). No entanto, pode-se observar um baixo número de idosos com registro no SISVAN em 2016 (n=79). Ainda que o quantitativo de adultos acompanhados seja considerável, a média da população geral com dados inseridos no sistema estudado ainda é muito baixo comparado à população total, pois segundo o último censo demográfico (IBGE, 2010) a população de Conceição do Jacuípe é de 33.631 habitantes. No Quadro 1 é possível observar que o percentual de acompanhamento da população geral ao longo dos cinco anos é abaixo de 0.22% e com menor porcentagem (0.15%) em 2020, período pandêmico onde os serviços de saúde seguiam os protocolos de priorização no atendimento. Quando avaliado o efeito da pandemia nos registros, observa-se que o grupo com maior queda foi o de crianças de 5 a 10 anos, justificada ao analisar a falta de vacina em combate ao COVID-19 para essa faixa etária.

Diversos autores relatam os mesmos achados sobre a baixa cobertura da avaliação alimentar e nutricional. Entre os anos de 2008 a 2013, a cobertura nacional variou de 9,8% a 14,92%, sendo o maior número de dados oriundos de crianças, gestantes e adolescentes (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017). Uma amostra de 496 municípios do Estado do Rio Grande do Sul observou a cobertura de crianças de 0 a 5 anos de 10,5%; de 5 a 10 anos de 5,1% adolescente de 1,6%; adultos 0,8% e idosos 0,9% (JUNG et al., 2014).

Os estudos apontam que a origem dos dados lançados no sistema de vigilância nutricional é, em sua maioria, proveniente do programa Bolsa Família, que são exportados semestralmente para o SISVAN Web e acaba sendo a principal fonte de dados (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017), estimulando uma visão limitada do município e dificultando a extrapolação para outros cenários. Ou seja, a população não beneficiária do programa não vem sendo devidamente acompanhada ou devidamente lançada no sistema.

A promoção da alimentação saudável está inserida no rol de atribuições das equipes de saúde, e a inserção de dados no SISVAN foi preconizada como pré-requisito para a manutenção do financiamento do piso da atenção básica. No entanto,

a baixa cobertura nacional do SISVAN mostra um descompasso no acompanhamento nutricional e uso do sistema pelas equipes.

Um estudo de Monteiro, Lorena (2018) comparou a cobertura do sistema com a população total residente e observou que boa parte desta não possuía dados de acompanhamento do estado nutricional registrados no SISVAN WEB onde metade dos municípios avaliados reduziram a quantidade de indivíduos acompanhados entre os anos de 2015 e 2017. Enes, Laiola e Oliveira (2014) também apresentaram cobertura populacional reduzida nos resultados de um estudo realizado no estado de São Paulo.

A vigilância Alimentar e Nutricional deve ser feita através do SISVAN que subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada nas esferas da gestão do SUS. A baixa cobertura encontrada invalida o uso das informações para o planejamento das ações e avaliação de políticas públicas, desencadeando ações superficiais e pouco resolutivas.

Um dos objetivos do SISVAN é realizar o diagnóstico nutricional da população por faixa etária; o sistema contribui com o desenho situacional e expõe os dados para uma melhor análise dos gestores. A realidade do Município de Conceição do Jacuípe conta com maior número (1.063 indivíduos em 2018) de casos com sobrepeso na idade adulta, no entanto com uma queda (955 indivíduos) em 2020, o que pode ser um dado enviesado devido ao período pandêmico e declínio desses registros no sistema (figura 1).

Os gráficos, na figura 1, demonstram que seguido dos adultos, os adolescentes estão em segundo lugar com maior número de indivíduos com sobrepeso, as crianças de 0 a 5 anos com maior número de sobrepeso do que de baixo peso e os idosos e as gestantes estão em maior número na classificação de baixo peso quando comparado às outras classificações para a mesma faixa etária. Apesar do município possuir mais de 30 mil habitantes e em contrapartida com poucos dados inseridos no sistema, ainda assim reflete a realidade nacional do país onde 63% dos adultos apresentam excesso de peso (BRASIL, 2020) e 10% das crianças menores de cinco anos com excesso de peso (ENANI, 2019).

É possível observar que em 2020 não houve dados de diagnóstico nutricional para crianças menores de 10 anos e idosos, pois houve evasão desse público nos

postos de saúde devido ao estado mundial de pandemia decorrente do novo coronavírus (figura 1).

O presente estudo, apesar de trazer dados dos últimos cinco anos, encontrou a mesma problemática de estudos em anos anteriores. Pode-se concluir que o quantitativo de dados extraídos do sistema ainda é baixo quando comparado a população residente. O SISVAN precisa ser visto como prioridade para gestão e profissionais que compõem a atenção primária à saúde para que as articulações e intervenções possam ser mais aperfeiçoadas.

6 Conclusão

A baixa cobertura do SISVAN é discutida ao longo dos anos por diversos autores, o que reforça a importância desse tema. A análise dos dados de saúde das microrregiões, assim como das macrorregiões, permite uma maior abrangência dos problemas e possibilita maior visibilidade, e ajuda a estimular as tomadas de decisões pelos responsáveis e a criação de políticas públicas.

O diagnóstico nutricional por faixa etária emitido pelo SISVAN, como demonstrado no presente estudo é um importante exemplo de que através da extração dos dados inseridos no sistema obtém-se um poderoso instrumento político para auxiliar no controle social.

Os achados apresentados neste estudo permitem concluir que a cobertura ainda é baixa comparada à população residente e levando em consideração que somado a isso há um crescimento da população anual. Vale ressaltar que o estado pandêmico mundial provocou evasão da população, principalmente crianças e idosos, das unidades de saúde e assim contribuiu para redução na cobertura de acompanhamento pelo SISVAN.

Sugere-se a investigação se a coleta de dados antropométricos está acontecendo e por algum motivo não está havendo repasse dos dados, pois é uma falha que o sistema não consegue avaliar. E fortalecer a utilização correta do sistema com a gestão municipal e com os profissionais de saúde envolvidos através de discussão a respeito dos dados e de como eles refletem na melhoria da saúde populacional, da capacitação de profissionais em coletar e inserir os dados no sistema, da fiscalização da execução correta do trabalho operacional.

Espera-se que os resultados deste estudo possam disseminar a importância desse sistema para o desenvolvimento da saúde pública nacional e da criação de programas e projetos voltados a melhorar o estado nutricional da população.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Gabinete Ministerial. **Portaria GM/MS no 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União, 2013b. Disponível em: < [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 20 fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < [Política Nacional de Alimentação e Nutrição \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 11 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde para o Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional**. Manual técnico. 2004. Disponível em: < [orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 20 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < [Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 4 de maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação Alimentar e Nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária a Saúde**. Brasília, 2022. Disponível em: < [atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 4 de maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2017. 170 p. Disponível em: < [Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015 \[recurso eletrônico\] \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em 14 jan 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

CAMILO, S.M.B et al. Vigilância Nutricional no Brasil: criação e implementação do SISVAN. **Rev. APS**, 14(2): 224-228, Abr/Jun., 2011. Disponível em:< [Vigilância](http://www.saude.gov.br)

[nutricional no Brasil: criação e implementação do SISVAN | Rev. APS;14\(2\)abr.-jun. 2011. | LILACS \(bvsalud.org\)](#) >. Acesso em 13 jan 2022.

COUTINHO, J.G, et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol.**, 12(4): 688-699, 2009. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2009000400018>> . Acesso em 10 dez 2021.

ENES, Carla Cristina; LOIOLA, Helena; OLIVEIRA, Maria Rita Marques de. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1543-1551, 2014. Disponível em: < [SciELO - Brasil - Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil](#)>. Acesso em 10 de março 2022.

FERREIRA, Carolina Souza; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal; CÉSAR, Cibele Comini. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 13, n. 2, p. 167-177, 2013. Disponível em: < [O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável \(scielo.br\)](#)>. Acesso em 4 de março 2022.

JUNG, Natália Miranda; BAIROS, Fernanda de Souza; NEUTZLING, Marilda Borges. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1379-1388, 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232014195.20002013>>. Acesso em 15 de junho de 2022.

MALTA, Deborah Carvalho, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016, 21: 1683- 1694. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>>. Acesso em 11 dez 2021.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Cien. Saúde Colet.**, 15(5): 2297- 2305, 2010. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> >. Acesso em 10 jan 2022.

NASCIMENTO, Fabiana Alves do; SILVA, Sara Araújo da; JAIME, Patricia Constante. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00161516, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161516>>. Acesso em 11 dez 2021.

NASCIMENTO, Fabiana Alves do; SILVA, Sara Araújo da; JAIME, Patricia Constante. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2019, 22: e190028. Disponível em: < [Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013 | Rev. bras. epidemiol;22: e190028, 2019. tab, graf | LILACS \(bvsalud.org\)](#)>. Acesso em 12 de abril 2022.

Apêndice

Tabela 01. Cobertura de acompanhamento nutricional da população do Município de Conceição do Jacuípe e do estado da Bahia, segundo origem de registros (Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web e SISVAN Módulo Bolsa Família) entre 2016 a 2020.

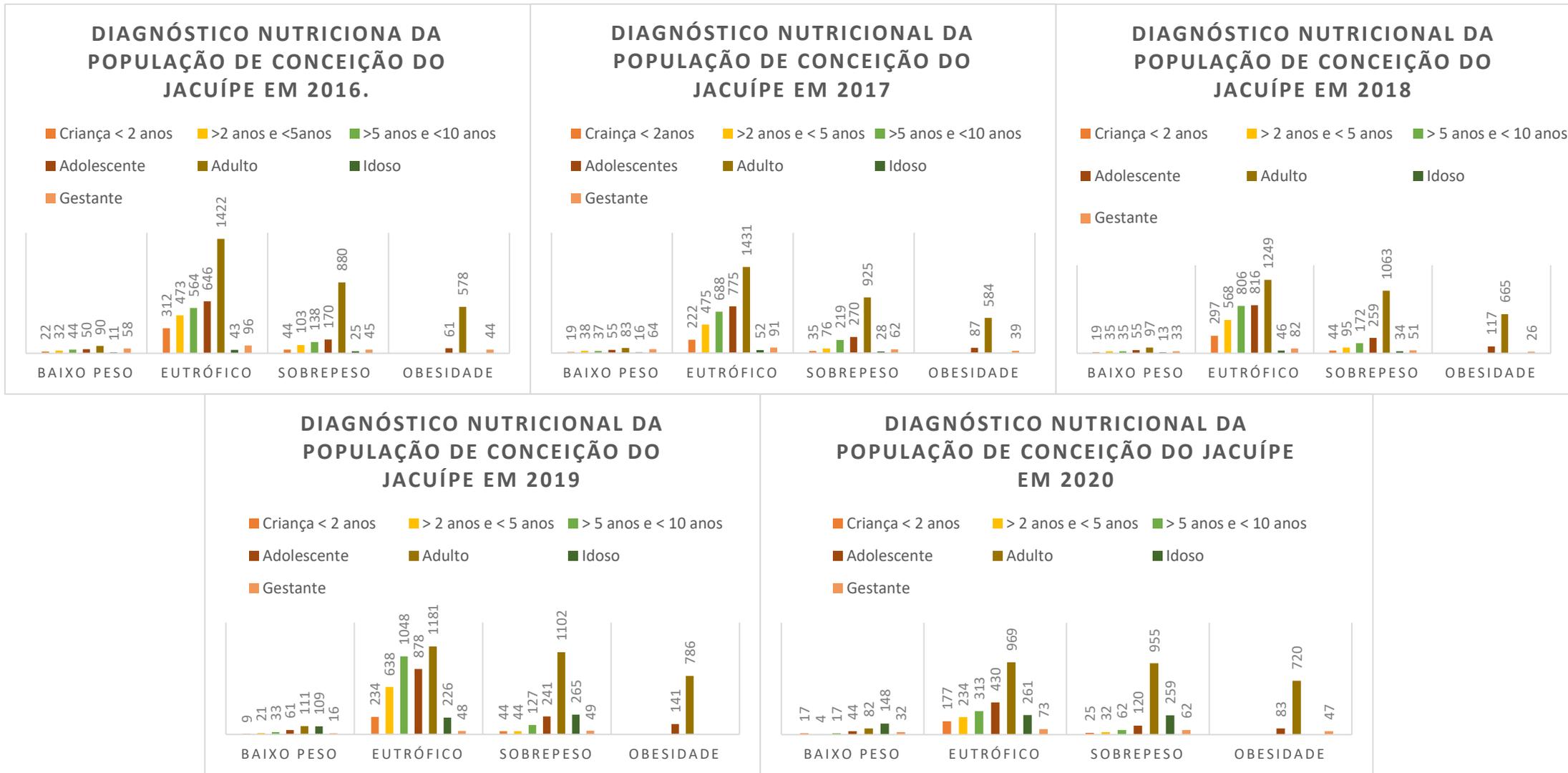
Faixa Etária	Habitantes acompanhados 2016		Habitantes acompanhados 2017		Habitantes acompanhados 2018		Habitantes acompanhados 2019		Habitantes acompanhados 2020	
	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E
< 5 anos	986	445.422	865	457.107	1.058	501.417	990	489.702	489	289.144
5 a 10 anos	746	382.363	944	407.562	1.013	436.050	1.208	433.492	392	194.467
Adolescente	927	482.377	1.187	507.689	1.247	557.979	1.321	524.792	677	259.191
Adulto	2.970	1.360.143	3.023	1.415.245	3.074	1.557.574	3.180	1.300.016	2.726	832.891
Idoso	79	115.217	96	112.860	93	131.924	600	143.256	668	144.904
Gestante	243	80.226	256	72.098	192	72.444	128	59.123	214	87.147

Legenda: M = Municipal; E = Estadual.

Quadro 01. Média da Cobertura de acompanhamento nutricional de todas as faixas etárias do Município de Conceição do Jacuípe entre 2016 a 2020.

Ano	Média
2016	0.18 %
2017	0.19 %
2018	0.20%
2019	0.22%
2020	0,15%

Figura 01. Cobertura de diagnóstico nutricional da população do Município de Conceição do Jacuípe, segundo origem de registros (Módulo Gerenciador de Relatórios do SISVAN Web) entre 2016 e 2020.



Anexo

Quadro 2. Avaliação do estado nutricional de gestantes segundo o IMC.

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

Fonte: Adaptado de: (ATALAH SAMUR, E., 1997)

MINI-CURRÍCULO

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia (2021).

Experiência em consumo alimentar, pesquisa de campo: coleta de dados, assim como conferência e lançamento dos mesmos (2017-2018)

Atualmente trabalha em instituição pública como coordenadora da Vigilância Alimentar e Nutricional a nível Municipal e Coordenadora da Equipe Multiprofissional – AB a nível Municipal.