



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)  
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL (SISVAN) NA 9º REGIONAL DE SAÚDE - FOZ DO IGUAÇU- PR**

**GISELE TOMIM MOREIRA**

Foz do Iguaçu  
2022



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)  
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL (SISVAN) NA 9º REGIONAL DE SAUDE - FOZ DO IGUAÇU- PR**

**GISELE TOMIM MOREIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientadora: Prof. Dra. Silvia Aparecida Zimmermann

Foz do Iguaçu  
2022

GISELE TOMIM MOREIRA

**A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTAR E  
NUTRICIONAL (SISVAN) NA 9º REGIONAL DE SAUDE - FOZ DO IGUAÇU- PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

**BANCA EXAMINADORA**

Orientadora: Prof. Dra. Silvia Aparecida Zimmermann  
UNILA

Prof. Dra Maria Alejandra Nicolas  
UNILA

Prof. Dra Silvia Rigon  
UFPR

Foz do Iguaçu, 29 de Março de 2022.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação  
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

Moreira, Gisele Tomim.

A implementação do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) na 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu- PR / Gisele Tomim Moreira. - Foz do Iguaçu, 2022.

139 fls.: il.

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, UNILA, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana.

Orientador: Prof. Dra. Silvia Aparecida Zimmermann - UNILA.

Coorientador: Prof. Dra Maria Alejandra Nicolas - UNILA.

Coorientador: Prof. Dra Silvia Rigon - UFPR.

1. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (PR). 2. Política alimentar - Paraná. 3. Saúde Pública. I. Zimmermann, Silvia Aparecida. II. Nicolas, Maria Alejandra. III. Rigon, Silvia. IV. Título.

## RESUMO

A implementação e funcionamento de uma política pública de segurança alimentar e nutricional deve ser resolutiva em um modelo de atenção voltado para o atendimento do público com a maior eficiência possível e com a ênfase em prevenção social e de doença. Também deve ser inserida no cotidiano das equipes de Atenção Básica e adotado pelos profissionais da área e pelos gestores do Sistema Único de Saúde, visando o aumento da qualidade da assistência à população. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) é uma política pública que tem como objetivo a obtenção de informações contínuas sobre as condições nutricionais da população, que permite indicadores da qualidade nutricional de uma população tanto para casos de desnutrição, quanto de obesidade. Esta pesquisa teve como objetivo geral estudar a implementação e o uso do SISVAN como instrumento para planejamento, gestão e avaliação de ações de alimentação e nutrição na atenção básica das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná, localizado em Foz do Iguaçu. Como objetivos específicos buscou-se: i) entender o processo de implementação do SISVAN, êxitos e desafios; ii) identificar os atores implicados na implementação da política da 9ª Regional de Saúde do Paraná; iii) analisar a relação existente entre gestores e demais atores políticos vinculados ao programa SISVAN; iv) entender a percepção dos profissionais de saúde sobre o SISVAN que atendem diretamente os usuários; v) descrever e analisar os dados disponíveis da 9ª Regional, buscando compreender como podem ser utilizados nas estratégias de saúde pública. Para atingir os objetivos propostos, o presente trabalho foi composto de diferentes instrumentos metodológicos, como pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, pesquisa de campo, com entrevistas realizadas com roteiro semiestruturado, análise e interpretação das informações sobre a implementação de políticas públicas, implementação do SISVAN, observação e participação em atividades da 9ª Regional da Saúde. Ao todo foram entrevistados 40 profissionais da área da saúde na região. Destes, 37 responderam um questionário, que indica que a maioria acredita que o SISVAN pode trazer avanços à saúde das crianças (97%), no entanto destacaram dentre os principais obstáculos, em ordem decrescente, a quantidade insuficiente de nutricionistas (86%), sobrecarga do trabalho do enfermeiro (81%) e falta de profissionais capacitados para análise dos dados (78%). Conclui-se que o SISVAN precisa deixar de ser um sistema burocraticamente praticado para torna-se um instrumento tecnológico, onde a informação gerada pelo SISVAN-web seja utilizada de fato pela gestão pública no controle da transição epidemiológica e problemas relacionados à alimentação e nutrição.

**Palavras-chave:** Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Implementação. Política Pública. Saúde Pública. 9ª Regional de Saúde do Paraná.

## ABSTRACT

The implementation and operation of a public policy of food and nutritional security should be resolute in a model of care aimed at serving the public with the greatest possible efficiency and with an emphasis on social and disease prevention. It must also be inserted into the daily routine of Primary Care teams and adopted by professionals in the area and by the managers of the Unified Health System, aiming to increase the quality of care for the population. The Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) is a public policy that aims to obtain continuous information on the nutritional conditions of the population, which allows indications of the nutritional quality of a population both for cases of malnutrition and obesity. This research had the general objective of studying the implementation and use of SISVAN as a tool for planning, management and evaluation of food and nutrition actions in primary care in the Municipal Health Secretariats of the municipalities of the 9th Health Region of Paraná, located in Foz do Iguaçu. The specific objectives were: i) to understand the implementation process of SISVAN, its successes and challenges; ii) to identify the actors involved in the implementation of the policy in the 9th Health Regional of Paraná; iii) to analyze the relationship between managers and other political actors linked to the SISVAN program; iv) to understand the perception of health professionals about SISVAN who directly assist users; v) to describe and analyze the data available from the 9th Regional, seeking to understand how it can be used in public health strategies. To achieve the proposed objectives, this work was composed of different methodological instruments, such as bibliographic research, documentary research, field research, with interviews conducted with a semi-structured script, analysis and interpretation of information about the implementation of public policies, implementation of SISVAN, observation, and participation in activities at the 9th Health Regional Office. Of these, 37 answered a questionnaire, which indicates that most believe that SISVAN can bring advances to children's health (97%), however they highlighted among the main obstacles, in descending order, the insufficient number of nutritionists (86%), the nurse's work overload (81%), and the lack of trained professionals for data analysis (78%). It is concluded that SISVAN needs to stop being a bureaucratically practiced system and become a technological tool, where the information generated by SISVAN-web is actually used by public management to control the epidemiological transition and problems related to food and nutrition.

**Keywords:** Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). Implementation. Public Policy. Public Health. 9th Health Regional of Paraná.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço a Deus. Pois para ele nada é impossível, assim agradeço a vida e me proporcionar otimismo e perseverança durante toda essa caminhada.

Ao meu Marido Wesley Marques Moreira, pelo apoio, por ser minha base, por me acompanhar em todas as minhas escolhas, sendo meu alicerce, por cuidar de nossa filha sempre, pela sua paciência quando precisava me ausentar nesses anos e fazendo lembrar do motivo de não desistir.

A minha filha linda e amada, Maria Antônia, minha companheirinha de início e conclusão dessa dissertação, ela é uma anjinha que já iniciou cedo a caminhada de estudos já na barriga da mamãe. A ela dedico todo meu esforço e dedicação em me tornar uma pessoa melhor.

Aos meus pais Valdir e Verônica por serem sempre pessoas honestas e integras os quais admiro por sempre me apoiarem em todas minhas escolhas e proporcionarem a oportunidade de sempre alcançar meus objetivos e meus sonhos, pois sem eles não teria chegado até aqui.

A minha irmã Geiciely Tomim por sempre estar comigo, me apoiar, dividir comigo experiência e me motivar em momentos de desânimo.

Aos meus Compadres Dabna e William pelo incentivo e apoio nessa caminhada.

A minha orientadora Silvia Zimmermann, não só pelas suas constantes orientações nesse trabalho, mas por acreditar em mim, por me apoiar, por nossas conversas, por me incentivar e sempre ter uma palavra otimista quando tudo parecia tão distante, agradeço por sua amizade, pelo seu comprometimento profissional comigo, por ser essa pessoa e profissional maravilhosa e admirável.

As professoras membras de minha banca de qualificação e defesa, pela disponibilidade, contribuições e orientações.

A todos que direta e indiretamente fizeram parte dessa pesquisa para que ela fosse concretizada. A todos minha eterna gratidão.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Fases Sequenciais da Implementação de Políticas Públicas .....	33
<b>Figura 2 -</b>	Descrição das experiências de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar nos países da América Latina .....	58
<b>Figura 3 -</b>	Mapa Político do Paraná .....	71
<b>Figura 4 -</b>	Mapa da 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu .....	71
<b>Figura 5 -</b>	Relatórios do Estado Nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice por Regional de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2008.....	73
<b>Figura 6 -</b>	Discricionariedade na prática .....	74
<b>Figura 7 -</b>	Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, na 9ª Regional de Saúde, em 2016.....	81
<b>Figura 8 -</b>	Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, na 9ª Regional de Saúde, em 2017.....	82
<b>Figura 9 -</b>	Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, na 9ª Regional de Saúde, em 2018.....	82
<b>Figura 10 -</b>	Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, na 9ª Regional de Saúde, em 2019.....	83

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, nos municípios paranaenses, período de 1999 a 2005.....72

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - As abordagens e as principais características de implementação de Políticas Públicas .....43
- Quadro 2** - Campo de ação e utilização das informações disponibilizadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional .....54
- Quadro 3** - Indicadores relacionados à situação de nutrição e saúde da população brasileira, da Região Sul e do Paraná.....75
- Quadro 4** - Estado nutricional das famílias da 9ª Regional de Saúde .....85

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	- Relatório do Estado Nutricional, segundo índice de massa corporal X idade de crianças de 0 a 5 anos, Paraná, 2013-2019 .....	75
<b>Tabela 2</b>	- Estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos, da 9ª Regional de Saúde, 2017-2019 .....	77
<b>Tabela 3</b>	- Estado nutricional segundo peso para a idade de crianças menores de cinco anos, no Paraná, 2013-2019.....	78
<b>Tabela 4</b>	- Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Paraná, 2016-2019.....	81
<b>Tabela 5</b>	- Características da 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu - Macrorregião de Saúde - Oeste .....	85
<b>Tabela 6</b>	- Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por sexo, idade e escolaridade - 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu -PR .....	93
<b>Tabela 7</b>	- Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional por profissão, vínculo empregatício, tempo de trabalho e trabalho exclusivo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu - PR .....	96
<b>Tabela 8</b>	- Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que não trabalham de forma exclusiva com o sistema por funções/cargos – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu - PR.....	98
<b>Tabela 9</b>	- Profissão dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por tipo de vínculo – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu - PR .....	99
<b>Tabela 10</b>	- Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por atividade executada – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR .....	100
<b>Tabela 11</b>	- Profissão dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por atividade executada – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR .....	103

<b>Tabela 12</b> - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por participação em capacitação – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR.....	104
<b>Tabela 13</b> - Tipo de dados coletados, momento da coleta e o vínculo das crianças acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR .....	105
<b>Tabela 14</b> - Tipo de sistema informatizado usado para o registro de dados e periodicidade de registro no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional <i>Web</i> – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR.....	108
<b>Tabela 15</b> - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que geram os relatórios no SISVAN <i>Web</i> e os utilizam para orientar suas ações por caráter da ação – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR .....	109
<b>Tabela 16</b> - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que divulgam os relatórios gerados pelo SISVAN <i>Web</i> , por tipo de público informado – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR .....	109
<b>Tabela 17</b> - Avaliação dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional sobre os possíveis avanços que o Sistema pode trazer no atendimento à saúde das crianças – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR .....	111
<b>Tabela 18</b> - Dificuldades na operacionalização e gestão do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional pelos responsáveis pelo sistema – 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu – PR .....	113
<b>Tabela 19</b> - Nota dada pelos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para a utilidade do sistema no que tange a melhora da saúde nutricional das crianças - 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu – PR .....	114

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
BIREME	-	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BNR	-	Burocratas do nível de rua
CECAN	-	Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição
CERESAN	-	Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional
CFN	-	Conselho Federal de Nutricionistas
CGPAN	-	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CLT	-	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	-	Cartão Nacional de Saúde
CORESAN	-	Comissão Regional de Segurança Alimentar e Nutricional
COVN	-	Coordenação de Vigilância Nutricional
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	-	Doenças Crônicas não transmissíveis
DHAA	-	Direito Humano à Alimentação Adequada
e-SUS AB	-	Sistema Única de Saúde eletrônico Atenção Básica
e-SUS	-	Sistema Única de Saúde eletrônico Atenção Primária à Saúde
APS	-	
ENPACS	-	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
ESPIN	-	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FAG	-	Centro Universitário Fundação Assis Gurgaz
FAO	-	<i>Food and Agriculture Organization</i> / Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
FUNASA	-	Fundação Nacional de Saúde
GRS	-	Gerências Regionais de Saúde
Hiperdia	-	Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	-	Índice de massa corporal
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAN	-	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPDM	-	Índice Iparde de Desenvolvimento Municipal
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	-	Lei Orgânica da Saúde
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODS	-	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	-	Organização Pan- Americana da Saúde
PACS	-	Programa Agentes Comunitário de Saúde
PBF	-	Programa Bolsa Família
PIB	-	Produto Interno Bruto
PICCN	-	Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais
PLC	-	Programa Leite das Crianças
PMAQ	-	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	-	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
POF	-	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PRONAN	-	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSF	-	Programa Saúde da Família
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RedeNutri	-	Rede de Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde
Rede	-	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar
PENSSAN	-	
RS	-	Regional de Saúde

SAN	-	Segurança alimentar e nutricional
SESA	-	Secretaria de Estado da Saúde
SciELO	-	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIS	-	Sistemas de Informação em Saúde
SISAB	-	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SIGPBF	-	Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família
SISVAN	-	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMAB	-	Secretaria Municipal de Abastecimento
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidades Básicas de Saúde
UFSS	-	Universidade Federal Fronteira Sul
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNILA	-	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNIPAR	-	Universidade Paranaense
VAN	-	Vigilância Alimentar e Nutricional
Vigitel	-	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	-	<i>World Health Organization</i> / Organização Mundial de Saúde
OMS		

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	25
2.1	PESQUISA BIBLIOGRÁFICA .....	25
2.2	PESQUISA DOCUMENTAL.....	26
2.3	PESQUISA DE CAMPO .....	28
<b>3</b>	<b>IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	32
3.1	IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA.....	32
3.2	MODELOS DE ANÁLISE EM IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. .....	39
3.3	PAPEL DOS BUROCRATAS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	44
3.4	BUROCRATAS DO NÍVEL DE RUA E A DISCRICIONARIEDADE E SEUS DESAFIOS .....	47
<b>4</b>	<b>SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL</b> .....	52
4.1	IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA AMERICA LATINA .....	54
4.2	IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL.....	59
4.3	IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO PARANÁ E A DISCRICIONARIEDADE.....	69
<b>5</b>	<b>RESULTADOS: A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA 9ª REGIÃO</b> .....	84
5.1	HISTÓRICO DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA 9ª REGIONAL DE SAÚDE.....	84
5.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DOS RESULTADOS .....	90
5.2.1	Perfil profissional .....	91
5.2.2	Vínculo com o sistema de vigilância alimentar e nutricional .....	97
5.2.3	Capacitação para uso e implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.....	103
5.2.4	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e a relação com outros sistemas .....	107

5.2.5	Nota atribuída à utilidade do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional .....	114
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>118</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICE 1 - ENTREVISTADOS NA 9º REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ.....</b>	<b>131</b>
	<b>APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO MUNICIPAL DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....</b>	<b>132</b>
	<b>APÊNDICE 3 - CORRELAÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS COM O QUESTIONÁRIO ELABORADO .....</b>	<b>137</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) entre os anos de 2004 e 2013, a população brasileira experimentou importante redução na prevalência de insegurança alimentar, com predomínio das maiores alterações transitórias relativas no intervalo de 2009-2013 (SANTOS et al., 2018). Embora a redução pela metade, principalmente, dos valores absolutos de insegurança alimentar moderada e grave, dentro da perspectiva da equidade, os avanços aconteceram de modo desigual, uma vez que os estratos de maior vulnerabilidade social, econômica e demográfica, que apresentaram as maiores prevalências de insegurança alimentar moderada e grave em 2004, foram os que mostraram menores alterações relativas no decorrer da década analisada. Estes dados indicam que a responsabilização social e política nas diferentes esferas de governo precisa acompanhar a implementação de medidas intersetoriais sobre os determinantes da insegurança alimentar moderada e grave, com foco nos grupos mais vulneráveis à violação do direito à alimentação adequada.

As recentes pesquisas da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN, 2022), identificaram que a fome voltou a assombrar as famílias brasileiras. Dados publicados em 2021 do I Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (I VIGISAN) evidenciavam que os índices de insegurança alimentar eram alarmantes, sendo que a escala da fome no Brasil revela o prato cada vez mais vazio, olhares cada vez mais preocupados e números em permanente e rápida ascensão. Os dados do II Inquérito VIGISAN de 2022 revela que 33,1 milhões de pessoas não têm o que comer, sendo 14 milhões de novos brasileiros em situação de fome em pouco mais de um ano. Relevante destacar que a recente edição da pesquisa mostra que mais da metade (58,7%) da população brasileira convive com a insegurança alimentar em algum grau (leve, moderado ou grave). A pesquisa revela um retrocesso do país, onde os dados da fome retornam ao patamar equivalente ao da década de 1990, quando o país fazia parte do mapa da fome (Rede PENSSAN, 2022).

Em relação a realidade da fome no estado do Paraná, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) referentes ano de 2018, indicavam que 22,48% da população vivia em algum nível de insegurança alimentar, sendo 17,63% com insegurança alimentar leve, 2,67% com insegurança moderada e 2,17% com

insegurança grave (KOWALSI, 2021). A mesma POF mostrava que 71,57% da população sudeste e do sul possuíam segurança alimentar, ou seja, acesso adequado à alimentação. Contudo, a partir de então, a fome avançou de forma rápida na região sul e sudeste do país, e dois anos depois, final de 2020 a segurança alimentar já estava em 53,11%, segundo o estudo divulgado pela Rede PENSSAN. Assim, o Paraná tem um cenário no qual a insegurança alimentar afeta por volta de 36,92% da população, sendo que 27,56% convivem com uma situação considerada leve, 4,52% com uma insegurança moderada e 4,84% com uma situação grave. Isso significa cerca de 4,26 milhões de pessoas convivendo com algum nível de insegurança alimentar, com mais de 500 mil pessoas passando fome, efetivamente<sup>1</sup>.

Essas pesquisas mais abrangentes, como a PNAD, a POF e o Inquérito da Rede Penssan, que informam dados nacionais e regionais, são fundamentais no monitoramento nutricional e de saúde das populações, bem como para a avaliação e monitoramento de políticas públicas voltadas à segurança alimentar e nutricional. Outros mecanismos territorializados, que informam contextos mais específicos também tem essa função. Assim, inserida na rotina das equipes de Atenção Básica (AB), a vigilância em saúde tem como propósito a análise permanente da situação de saúde da população da comunidade, onde essa vive, para organização e execução de práticas mais adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é parte da vigilância em saúde e foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º (BRASIL, 2013; 2015; REDENUTRI, 2017).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada ao final dos anos de 1990, tem a VAN como uma de suas diretrizes, corroborada como essencial para a atenção nutricional no SUS, ou seja, para organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse arranjo entre sistema de saúde e o sistema de segurança alimentar e nutricional deve ser iniciado pelo reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e às equipes de atenção básica (BRASIL, 2015).

Assim, identificar a situação alimentar e nutricional evidencia-se como importante instrumento para o monitoramento da realização do Direito Humano à

---

Alimentação Adequada (DHAA) e para a promoção da soberania e da segurança alimentar e nutricional, na medida em que a análise de indicadores de saúde e nutrição expressa as múltiplas dimensões da (in)segurança alimentar e nutricional, proporcionando aos gestores públicos e às instâncias de controle social e de participação da sociedade civil, analisar a situação e construir uma agenda de políticas públicas mediada pelas necessidades da população (BRASIL, 2015).

É coexistente no cenário epidemiológico brasileiro o sobrepeso e obesidade, desnutrição e carências de micronutrientes, desta maneira, a organização da VAN nos serviços de saúde dos territórios é uma demanda importante e possibilita o monitoramento e a avaliação dessa realidade e seus desdobramentos, reconhecendo neste contexto suas características e suas demandas. A VAN pode auxiliar gestores e profissionais na garantia do cuidado integral à saúde na elaboração de estratégias de prevenção e de tratamento dos agravos e no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BRASIL, 2015).

Segundo o Relatório da Comissão *The Lancet* (2019) sindemia é uma sinergia de pandemias (obesidade, desnutrição e mudanças climáticas) que coexistem no tempo e no espaço, interagem entre si e compartilham fatores sociais fundamentais comuns, suas causas passam pelos interesses comerciais que orientam o modelo hegemônico do sistema agroalimentar global, pela falta de vontade das lideranças políticas e pela frágil e insuficiente ação da sociedade em geral, que deixa cada vez mais clara e urgente a necessidade de contarmos com sistemas alimentares sustentáveis, considerando todas as etapas e atores que se relacionam à alimentação, desde a produção até o consumo dos alimentos.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), criado ainda no início dos anos de 1990 junto ao SUS (Sistema Único de Saúde), apresenta como objetivo alcançar a gestão das informações de vigilância alimentar e nutricional. Este sistema envolve uma ferramenta para o monitoramento da situação alimentar e nutricional e de apoio aos profissionais de saúde para o diagnóstico local das condições e agravos alimentares e nutricionais, que auxilia na identificação dos fatores de risco ou proteção para as condições de saúde da população atendida nos serviços de atenção básica no Brasil. Assim, é relevante o papel do SISVAN como ferramenta no ciclo de gestão e produção do cuidado, conforme apresentado no Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na atenção básica (BRASIL, 2015), que em 21 de junho de 2017, lançou a versão 3.0 do sistema, disponibilizada com o objetivo de otimizar a

integração do SISVAN com o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (BRASIL, 2017a; REDENUTRI, 2017).

A Vigilância Alimentar e Nutricional é um valioso instrumento de apoio às ações de promoção da saúde e o Ministério da Saúde recomenda que seja adotado pelos profissionais da área e pelos gestores do SUS, visando o aumento da qualidade da assistência à população. Valorizar a avaliação do estado nutricional é atitude essencial ao aperfeiçoamento da assistência e da promoção à saúde (BRASIL, 2011a). Todavia, ressalta-se a importância do monitoramento do estado nutricional para melhoria das condições de saúde e nutrição da população, dado que a mudança do perfil nutricional tem evidenciado aumento do excesso de peso em todas as idades, além do aumento da prevalência de doenças crônicas, principalmente aquelas associadas diretamente com os hábitos alimentares (BRASIL, 2017b).

A implementação e funcionamento de uma política pública tal qual o SISVAN como estratégia de saúde pública deve ser resolutiva em um modelo de atenção voltado para casos tanto de desnutrição quanto de obesidade, dando ênfase na prevenção social de doença. Nesse processo configura-se relevante a atuação multi-interdisciplinar nos serviços de saúde, onde a atuação dos profissionais deve ser orientada adequadamente pelo SISVAN, pois este é a base para um pilar sólido de resolutividade na saúde brasileira, proporcionando que o processo saúde/ doença seja desenvolvido de forma integrada e de acordo com os hábitos socioculturais das populações (CAMILO et al., 2011).

O diagnóstico da situação nutricional, bem como as ações de saúde, necessita de agilidade para causar o impacto a nível populacional, portanto, a atividade de vigilância deve ser nitidamente de natureza local, criticamente desenvolvida, com suas etapas realizadas de forma sequencial e padronizada, permitindo uma elaboração detalhada dos dados e se aproximando o máximo possível da realidade concreta. Indiscutivelmente, o SISVAN torna-se útil quando a informação é recebida em tempo real, no momento e lugar em que se precisa dela (CAMILO et al., 2011).

Ressalta-se aqui que a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades. O processo de crescimento e desenvolvimento é um aspecto marcante da infância que devem conduzir a atenção à saúde da criança, uma vez que esta é mais suscetível a adoecer. Assim, é necessário que seja realizado uma vigilância dos fatores que influenciam em

sua saúde (aspecto biológico, afetivo, psíquico e social) como também relevante, frisar que nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que os fatores genéticos para desenvolvimento da sua capacidade de crescimento, uma vez que os fatores genéticos mostram maior influência no adolescente e no jovem (BRASIL, 2002). Com isso, o estudo priorizou os dados de acompanhamento das crianças menores de cinco anos realizados pelos municípios pertencentes a 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu.

Corroborando, segundo o Ministério da Saúde o Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), juntamente com outros inquéritos, como os domiciliares e os voltados para a população escolar. Avaliar a situação de saúde da população é o primeiro passo para planejar ações e programas que diminuam a ocorrência e a gravidade destas doenças, melhorando assim a saúde da população. O Brasil (2017b) destaca a importância do monitoramento do estado nutricional para melhoria das condições de saúde e nutrição da população; a mudança do perfil nutricional tem demonstrado aumento do excesso de peso em todas as idades; o aumento da prevalência de doenças crônicas, principalmente aquelas associadas diretamente com os hábitos alimentares. Assim, o estudo sobre implementação do SISVAN justifica-se pela necessidade de pesquisas sobre a implementação e funcionamento de sistemas de monitoramento de saúde, no caso o SISVAN, e entendimento sobre o comportamento dos responsáveis pela gestão dessa política, dado que estudo publicado por Lotta (2012 a e b), baseada na teoria dos burocratas do nível de rua de Lipsky (2019) evidencia que a implementação pode alterar os resultados da política pública.

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos serviços de saúde da atenção básica inclui a avaliação antropométrica (medidas corporais) e do consumo alimentar, segundo orientações constantes no SISVAN Web. O SISVAN Web tem por objetivo reunir os dados referentes às ações da VAN, desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios. Para entender a implementação do SISVAN é importante esclarecer que em cada Município existe um responsável pelo Programa SISVAN Web, que também realiza os cadastros do suporte técnico (aquelas pessoas que estarão diretamente ligadas ao programa e o público que irá atender). Estes registros podem ser realizados por enfermeiros, nutricionistas e agentes comunitários de saúde. Nota-se que a

atualização dos dados do SISVAN Web está vinculada à gestão de outras políticas públicas e programas federais, por exemplo, o Programa Bolsa Família (PBF), de forma que a coleta e o registro de informações antropométricas por meio do Sistema de Gestão das Condicionalidades da Saúde do PBF que ocorre, no mínimo, duas vezes por ano, nos períodos compreendidos entre janeiro e junho (primeira vigência) e julho e dezembro (segunda vigência), são informações que compõem a base do Sisvan quando finalizada cada vigência (BRASIL, 2017a).

Mais recentemente o Sisvan passou a utilizar o Cartão Nacional de Saúde (CNS) para identificar os usuários com objetivo de efetivar a integração entre sistemas do Ministério da Saúde, onde a base de dados do Sisvan é composta pelos registros de acompanhamentos provenientes do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (SIGPBF), do e-SUS AB e do próprio SISVAN (BRASIL, 2017a).

Conforme mencionado acima, em relação a integração do SISVAN com o SISPBF, as informações referentes ao acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários do PBF são incorporadas ao Sisvan ao final de cada vigência (janeiro a junho sendo a primeira e de julho a dezembro a segunda). Os dados do e-SUS AB são incorporados gradativamente ao SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), respeitando o cronograma de envio de dados pelas equipes de Atenção Básica para a base nacional. A Portaria nº 97 de 6 de janeiro de 2017, “estabelece que poderão ser enviados ao SISAB dados de produção com até 12 meses de atraso somente para fins de complementação dos dados enviados anteriormente ou para regularização do envio da produção quando não realizada dentro do prazo previamente estabelecido”. (BRASIL, 2017a, p.7). Destaca-se que não há possibilidade de integração entre o sistema local com o Sisvan. É recomendado que o usuário que está inserindo os dados siga o modelo de integração para “sistemas próprios” adotado para o e-SUS AB, e a partir disso os dados serão incorporados para o SISVAN (BRASIL, 2017a).

De uma forma geral, os dados lançados no SISVAN Web permitem conhecer a realidade de cada município, facilitando assim desenvolver ações para toda população, contudo quando não lançados ou quando lançados de forma distinta do que é proposto pela política pública podem significar outros rumos aos diagnósticos oportunizados pelo SISVAN. Neste sentido, os estudos sobre a implementação das políticas públicas, que analisam o papel dos “burocratas do nível de rua” na implementação da política, e destacam seu papel discricionário como fundamental na

execução da política pública, pode aproximar ou distanciar a política dos seus objetivos iniciais, e mostram-se como importantes chaves analíticas para esta pesquisa sobre o SISVAN e seu funcionamento.

Considero relevante destacar aqui o motivo que me levou a desenvolver esta pesquisa. Sou Nutricionista formada pela Universidade Paranaense (UNIPAR), especialista em Gestão em Unidades de Alimentação e Nutrição com ênfase em gastronomia, pelo Centro Universitário Fundação Assis Gurgaz (FAG), especialista em Segurança Alimentar e Nutricional, pela Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS), especialista em Alimentos, Nutrição e Saúde no Espaço Escolar (UNILA) e nutricionista concursada do Município de Santa Terezinha de Itaipu – PR. Estive lotada na Secretaria Municipal de Saúde, entre os anos de 2011 ao ano de 2019, quando atuava ativamente em Conselhos de políticas públicas. Na ocasião fui representante titular da Comissão Regional de Segurança Alimentar e Nutricional (CORESAN) da Regional de Cascavel na 4ª Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional em Curitiba-PR (2015), Membro do Comitê Intersetorial do Programa Bolsa Família, Membro Titular do Conselho Municipal de Saúde, Membro Titular do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional, coordenando programas como Programa Bolsa Família na Saúde, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, tutora da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável – ENPACS) e demais atividades que cabe a minha profissão como visitas domiciliares, atendimento ambulatorial, liberação de suplementos alimentares, palestras e atividades em grupos, momentos em que acompanhei o trabalho desenvolvido com o SISVAN. Nesse processo, identifiquei que ao mesmo tempo em que o sistema podia trazer muitos benefícios e melhoria da saúde da população, este também deveria ser utilizado por todos da equipe, e não somente servir para inserção de dados, mas para avaliar e planejar ações que realmente proporcionassem resultados satisfatórios. Ainda na atividade que desenvolvia, percebi também que muito precisava ser feito, para que o sistema se desenvolvesse melhor. Então iniciei um trabalho de orientação nas Unidades com as equipes, envolvendo todos os profissionais (enfermeiras, técnicos, auxiliares, dentistas, agentes comunitários de saúde, Médicos), envolvendo, também, acadêmicos, porque existia uma grande demanda para avaliação e acompanhamento de crianças que precisavam ter mensalmente seus dados cadastrados no SISVAN. Assim as mães que tinham

puericultura agendada passavam por avaliação por todos os profissionais no mesmo dia, o que por sinal diminuía as faltas, poupava tempo da mãe e proporcionava um maior alcance do público infantil. Na ocasião, identifiquei como dificuldades: profissionais sem capacitação, rotatividade dos profissionais, desconhecimento da importância e operacionalização do SISVAN, priorização e execução de programas que subsidiavam repasse financeiro, ausência de nutricionistas e insuficiência de equipamentos. Esta realidade motivou-me a propor este estudo de dissertação. Neste sentido, é com imensa satisfação que apresento os resultados do estudo, fruto, também, da minha experiência profissional, pois me orgulho do campo de conhecimento e do trabalho realizado em saúde pública. Entendo que analisar a implementação e a manutenção do Sistema (SISVAN) expõe a importância de manter uma base de dados coesa que vislumbre as particularidades da população brasileira, a possibilidade de monitorar a segurança alimentar e nutricional, para que possam contribuir, a partir do levantamento de dados, com políticas públicas que compreendam as particularidades de cada região, buscando intervenções mais objetivas e concretas, potencializando melhores resultados expostos no sistema.

Nota-se que o SISVAN, como uma política pública de vigilância alimentar e nutricional, tem como objetivo a identificação e monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar da população, que deve estar pautada em uma implementação que englobe as necessidades da população, suas especificidades, e somente é possível a partir da manutenção e controle destas informações. Assim, a questão central que norteou este estudo foi: como a implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), enquanto uma política pública, está ocorrendo nas estratégias de saúde pública nos municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná?

Pelo exposto, a pesquisa teve como objetivo geral estudar a implementação e o uso do SISVAN como instrumento para planejamento, gestão e avaliação de ações de alimentação e nutrição na atenção básica das Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná. Como objetivos específicos: i) entender o processo de implementação do SISVAN, êxitos e desafios; ii) identificar os atores implicados na implementação da política da 9ª Regional de Saúde do Paraná; iii) analisar a relação existente entre gestores e demais atores políticos vinculados ao SISVAN; iv) entender a percepção dos profissionais de saúde sobre o SISVAN que atendem diretamente os usuários; v) descrever os dados disponíveis da 9ª Regional da Saúde do Paraná, e refletir como podem ser utilizados nas estratégias de saúde

pública, além de identificar iniciativas autônomas que surgiram através do levantamento dos dados do SISVAN.

A dissertação está composta por cinco capítulos além desta introdução. No segundo descrevo a metodologia onde são apresentados os procedimentos empregados no estudo. No terceiro capítulo é apresentado o processo de implementação de Políticas Públicas, os modelos de análise em implementação de políticas públicas, o papel dos burocratas na implementação das políticas públicas, os problemas e os desafios correntes neste processo. O quarto capítulo descreve a implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na América Latina, no Brasil, no estado do Paraná e a discricionariedade. No quinto capítulo são apresentados os dados levantados, resultados e discussões. No capítulo das considerações finais são apresentadas as reflexões e inquietações com que se encerra a pesquisa, proporcionando novos questionamentos que podem servir para futuras pesquisas. As referências bibliográficas estão listadas ao final da dissertação.

## 2 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos na pesquisa, o presente trabalho utilizou quatro instrumentos metodológicos: I) pesquisa bibliográfica, II) pesquisa documental, III) pesquisa de campo e IV) observação/participação em torno da implementação do SISVAN, entre outras temáticas entendidas como relevantes no decorrer da pesquisa. Destaca-se que a análise e interpretação das informações coletadas serão apresentados no próximo capítulo.

### 2.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Segundo Pizzani et al. (2012, p.54), “a pesquisa bibliográfica é um trabalho investigativo minucioso em busca do conhecimento e base fundamental para o todo de uma pesquisa”. Portanto, compreender a importância de uma fundamentação teórica, para elevar ao grau máximo de importância esse momento pré-redacional é tão relevante como também auxiliar na seleção de diversas contribuições apresentadas ao tema.

Conforme Boccato (2006),

a pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação (BOCCATO, 2006, p.266).

De acordo com a descrição de Fonseca (2002) pesquisa bibliográfica:

a pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Entretanto, para garantir maior suporte no desenvolvimento da pesquisa, tanto no planejamento quanto na estruturação, na aplicação e na análise dos documentos, dados, questionários e entrevistas, procurou-se obter o maior fundamento literário possível. Foram usadas como bases de dados especialmente bibliotecas virtuais - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), biblioteca da Universidade, abrangido também trabalho que estavam relacionados ao tema.

Todavia, entendendo a importância de uma diversificada literatura específica, ressalta-se a leitura de várias obras que se dedicam ao tema com a finalidade de coletar informações que servirão de alicerce para a construção e para o desenvolvimento da pesquisa, haja visto que, “a pesquisa bibliográfica deve ser somada, necessariamente, a todo e qualquer outro tipo de pesquisa ou trabalho científico, constituindo uma base teórica para o desenvolvimento de todo trabalho de investigação em ciência” (FONSECA, 2012, p.21).

Como referencial teórico da pesquisa foi utilizado os autores Lipsky (2019), pois é o principal autor em relação ao burocrata do nível de rua, Lotta (2012a) pois busca avançar em pesquisas de implementação relacionadas aos agentes burocráticos. Também foram relevantes os autores que estudaram o SISVAN, o caso de Romeiro (2006), Rigon (2012), Rolim (2013) e Carvalho (2015).

## 2.2 PESQUISA DOCUMENTAL

No desenvolvimento desse estudo também foi realizada pesquisa documental, onde a “característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não. Estas podem ser feitas quando o fato ou o fenômeno ocorre, ou depois” (FONSECA, 2012, p. 22).

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) em seu artigo científico, “Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas,” destacam:

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias (SÁ-SILVA, ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 6).

Todavia, ressalva-se que a estrutura fundamental da pesquisa documental utilizada no presente trabalho constituiu-se através da análise de documentos oficiais (Leis, portarias, site oficial) referentes a implementação da política pública do SISVAN, pelo Governo Federal brasileiro, mas também pelo governo do estado do Paraná.

Ainda para Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) a etapa de “análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos”. Sendo necessário que os fatos sejam mencionados, pois compõem os objetos da pesquisa, entretanto, por si só, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar intenções e na medida do possível fazer a inferência.

Para tanto foram utilizados, também, dados, documentos disponíveis no site do sistema federal, textos, leis, portarias e regulamentos disponíveis voltados a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e demais políticas nacionais que tiveram influência na implementação do SISVAN.

Ainda, destaca-se os dados da condição nutricional no país e no Paraná que são apresentados na pesquisa foram coletados dos relatórios do site SISVAN Web onde podem ser acessados tanto no módulo público quanto no módulo restrito, dada o acesso que tive enquanto profissional contratada em um dos municípios da pesquisa, já relatado na introdução.

O módulo público pode ser acessado por qualquer pessoa a partir do site eletrônico do Departamento de Atenção Básica (<http://dab.saude.gov.br>) e permite a visualização de relatórios consolidados de estado nutricional e de consumo alimentar, agregados por município, região de saúde, estado, macrorregião e Brasil. Já o módulo restrito pode ser acessado por gestores ou técnicos municipais e estaduais envolvidos em ações de VAN. Nele, gestores ou técnicos municipais poderão registrar os acompanhamentos de estado nutricional e de consumo alimentar realizados durante os atendimentos de usuários da Atenção Básica (BRASIL, 2017a, p. 8).

Para a geração dos relatórios o sistema assume o registro do acompanhamento mais recente no período selecionado. Ao selecionar um relatório de estado nutricional para o referido ano, o sistema automaticamente considerará a classificação do estado

nutricional do último acompanhamento. Assim, os relatórios contabilizam as pessoas e não os acompanhamentos realizados. Os dados são organizados segundo os tipos de relatórios, em: a) Consolidados; b) Individualizados e c) Produção.

A seguir, descreve-se o que cada uma destas categorias significa:

a) Os relatórios consolidados são um importante instrumento de disseminação de informação, pois aborda o estado nutricional e marcadores do consumo alimentar da população atendida na Atenção Básica. Os relatórios disponibilizados nos módulos público e restritos são iguais e uma importante particularidade dessa ferramenta é que a atualização dos dados está programada para acontecer semanalmente. O menor nível de estratificação dos relatórios consolidados é o município, sendo possível, ainda, selecionar fases da vida, sexo, raça/cor, povo e comunidade tradicional, escolaridade e origem do registro (acompanhamentos registrados). Para acessar, basta selecionar “Relatórios consolidados” no módulo “Gerar relatórios”, escolher o tipo de relatório (estado nutricional, consumo alimentar ou ANDI) e clicar nos filtros de interesse disponíveis e visualizar em tela ou Excel.

b) Os relatórios individualizados comportam a identificação nominal das pessoas acompanhadas nos serviços de Atenção Básica com registro no SISVAN. Portanto, esses relatórios são disponibilizados somente para técnicos e gestores cadastrados no Sisvan. O nível de desagregação desse tipo de relatório é maior, sendo admissível gerar dados estratificados por estabelecimentos de saúde, grupos de atendimento, microáreas, programas vinculados e tipos de acompanhamento. Esse tipo de relatório é atualizado simultaneamente à digitação no SISVAN e para acessar, basta selecionar “Relatórios individualizados” no módulo “Gerar relatórios”, escolher o tipo de relatório (estado nutricional, consumo alimentar ou ANDI) e clicar nos filtros de interesse disponíveis e visualizar em tela ou excel.

c) Produção: permite obter a cobertura do SISVAN em uma região específica (Brasil, Estados e Municípios). Para tanto, é considerado o total de indivíduos acompanhados em todas as fases do curso da vida e o total da população residente na região.

### 2.3 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo é aquela empregada com a finalidade de obter informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, onde se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que queira evidenciar, ou, ainda, encontrar novos

fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Neste estudo foi empregada a pesquisa de campo, realizada nos municípios que pertencem a 9ª Regional de Saúde: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu. Trata-se de um estudo transversal e descritivo de abrangência regional, de caráter qualitativo, desenvolvido na 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu – Paraná.

A população do estudo foi composta por Nutricionistas, Enfermeiros, Agentes de Saúde, Gerente de Unidades dos nove municípios pertencentes a 9ª Regional de Saúde, além da Coordenadora da 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu, profissionais estes que são responsáveis pelo acompanhamento das crianças nas Unidades de Saúde, constituindo um dos procedimentos importantes para redução do coeficiente de mortalidade infantil e para que assim a criança possa alcançar uma melhor qualidade de vida. Sendo o estado nutricional da criança multicausal, uma vez que os problemas nutricionais são resultados de ambientes sociais e econômicos desfavoráveis como também apresentados pelos problemas no poder aquisitivo, nas condições de saneamento e no acesso aos serviços de saúde. Ademais Silva e Gaiva (2015) mostram a importância do profissional de saúde na vigilância, no contexto de atenção primária, visto que estão à frente das ações assistenciais na estratégia de saúde da família e continuamente em contato com criança e seus familiares, garantindo assim cuidado integral e contínuo.

Destaca-se que não era objetivo da pesquisa uma amostra estatística, portanto, o critério que orientou a constituição da amostra foi o acesso aos atores-chave nos municípios que atuam na implementação do SISVAN, sendo garantido pelo menos, um destes profissionais por município. Ao final, chegou-se a um número de 40 profissionais, sendo 36 destes municípios, mais a representante da coordenação regional, e 3 entrevistas com profissionais que desempenharam suas atividades dentro da Regional de Saúde, que ocorreu em forma de roteiro livre. Para conhecimento, o número de profissionais por município foram: 4 de Foz do Iguaçu, 4 de Itaipulândia, 4 de Matelândia, 4 de Medianeira, 4 de Missal, 4 de Ramilândia, 4 de Santa Terezinha de Itaipu, 4 de São Miguel do Iguaçu e 4 de Serranópolis do Iguaçu (APÊNDICE 1).

Para a pesquisa foram selecionados os profissionais que na prática realizavam a gestão/coordenação das ações do SISVAN, alimentação dos dados no sistema, ou

que realizava seu trabalho de forma mais próxima para responder o questionário.

Para atender aos objetivos da pesquisa foi realizada uma coleta de dados primários por meio de um questionário (APÊNDICE 2) e entrevistas. Este questionário foi aplicado pela pesquisadora, por meio de formato virtual com perguntas relacionadas ao aspecto do responsável pelo SISVAN, à coordenação do SISVAN e à utilização de suas informações. Ainda, no que se refere ao questionário, na última questão foi solicitado ao entrevistado que atribuísse uma nota de 0 e 10 à utilidade do Sistema para ações na área da nutrição no Município, podendo o entrevistado justificar a nota, de forma descritiva, com suas palavras.

O questionário utilizado foi construído com base a outros questionários de estudos de avaliação do SISVAN (ROMEIRO, 2006; ROLIM, 2013; CARVALHO, 2015) e nas diretrizes do PNAN, bem como, considerando questões pertinentes a atender os objetivos da pesquisa e no referencial teórico da implementação das políticas públicas. A escolha pelo questionário considerou a viabilidade financeira, o tempo disponível e a distância territorial para realização da pesquisa. Os dados quantitativos do questionário foram obtidos por meio do *Google Forms*®, onde este foi transcrito pela autora as respostas dos entrevistados em questão.

Diante da emergência ocasionada pelo coronavírus SARS-CoV-2, o reconhecimento da pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a chegada da pandemia da Covid-19 ao Brasil, classificada como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), houve a necessidade de as entrevistas serem realizadas de forma que não houvesse nenhum comprometimento à saúde dos entrevistados e da pesquisadora, garantindo o cuidado e a prevenção da saúde de todos. Pois, em março de 2020, na iminente chegada do coronavírus ao município de Foz do Iguaçu, foram suspensas as atividades presenciais, e as atividades acadêmicas, migrou-se para o funcionamento remoto. O contato com os responsáveis municipais do SISVAN sucedeu-se, então, através de ligações telefônicas (que foram gravadas) e via WhatsApp® (por meio de mensagens), onde o primeiro contato foi com as nutricionistas dos municípios e assim sucessivamente com os demais entrevistados, visto que as nutricionistas tinham maior contato com sua equipe incentivando a participação na pesquisa. Todos os contatos foram feitos pela pesquisadora e a coleta de dados ocorreu de 29 de maio a 20 de julho de 2020. A participação dos responsáveis pelo SISVAN foi voluntária e todos autorizaram o uso dos dados coletados, sendo a divulgação nesta Dissertação sem sua identificação,

preservando-os e garantindo o sigilo das informações. Adicionalmente foram realizadas três entrevistas, no período de 23 de novembro de 2021 a 13 de janeiro de 2022, para complementação de informações sobre a implementação do SISVAN na 9ª Regional, com gestoras (ex-gestoras) do Programa na região. Na ocasião, pediu-se o relato destas de como se deu (dá) a implementação do SISVAN na 9ª Regional, dados disponíveis, entre outros. Dado o contexto da pandemia, todos os contatos ocorreram por meio de telefone e WhatsApp®. Nota-se que esta etapa da pesquisa também foi difícil e exaustiva, pois o não acesso à documentação sobre o histórico, e à mudança dos profissionais responsáveis pelo Programa na região, contribuíram para que o estudo realizasse uma primeira descrição do estado da arte do SISVAN na 9ª Regional com certas imprecisões e lacunas, que infelizmente não foram possíveis solucionar.

Marconi e Lakatos (2003, p. 185) afirmam que a entrevista se trata de um “encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto mediante uma conversação de natureza profissional”. Destaca-se a opção pela entrevista semiestruturada em função de que ela oferece possibilidades de se explorar de forma mais ampla as questões. Some-se a isso o fato de que todos os questionamentos iniciais que foram colocados nas entrevistas estavam alicerçados nas fontes estudadas através da prévia pesquisa documental, ou seja, tinham como finalidade a obtenção ou o aprofundamento de informações que não foram encontradas na Pesquisa Documental. Observa-se que, neste sentido, a entrevista semiestruturada permite que haja maior liberdade no desenvolvimento do processo investigativo como um todo.

### 3 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Este capítulo tem por objetivo descrever o processo de implementação de políticas públicas que será apresentado em quatro subitens. No primeiro subitem é apresentada uma revisão da literatura referente a implementação da política pública, trazendo a sistematização de algumas etapas da implementação. No segundo subitem são apresentados os modelos de análise em implementação de políticas públicas, a partir de três gerações teóricas. No terceiro subitem é apresentado o papel dos burocratas na implementação das políticas públicas e seus desafios.

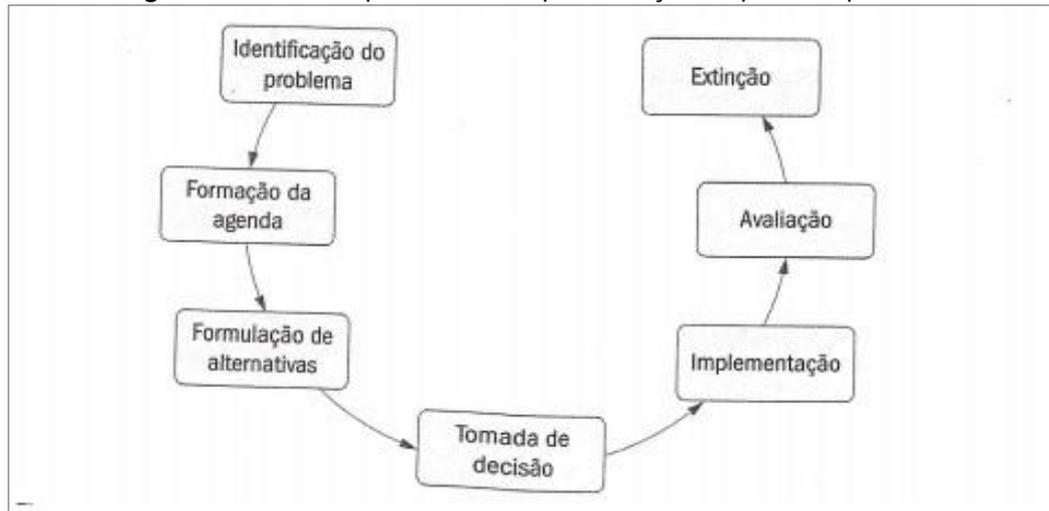
#### 3.1 IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

A política pública pode ser compreendida por um conceito que se reconhece a partir de vários instrumentos, onde o processo de elaboração compõe o ciclo de uma política pública, neste sentido, este esquema de visualização e interpretação organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes (SECCHI, 2013).

Jenkins (1978 *apud* HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p.8) define a política pública como:

um conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou grupo de atores políticos, e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessários para alcançá-los, dentro de uma situação específica em que o alvo dessas decisões estaria, em princípio, ao alcance desses atores JENKINS (1978 *apud* HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p.8).

Neste sentido, tanto Secchi (2013) quanto Lotta (2014) e Dye (2010) apresentam a sistematização de algumas etapas ou processos político-administrativos que representam as fases ou etapas sequenciais da implementação de políticas públicas. Abaixo segue o modelo elaborado por Secchi (2013) para melhor visualização, onde este autor apresenta sete fases principais das políticas públicas:

**Figura 1** - Fases sequenciais da implementação de políticas públicas

Fonte: SECCHI (2013, p.43).

As informações sobre as fases do ciclo são baseadas, principalmente, nos estudos de Secchi (2013) e Lotta (2019). Nestes a Identificação do Problema público é a discrepância entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade da política pública. O problema público pode aparecer como uma catástrofe natural ou estar presente por muito tempo, entretanto não receber suficiente atenção porque a coletividade aprendeu a conviver com ele. Toma-se como exemplo as favelas das periferias das grandes cidades, que podem ou não ser identificadas por algum ator político como problema público, e esse ator ter interesse na sua resolução. A fase da Formação da Agenda é um conjunto de problemas ou assuntos considerados relevantes, e o que acontece nessa fase inicial tem um impacto decisivo em todo processo político. A Formulação de alternativas é a fase em que são elaborados métodos, programas, estratégias ou ações que poderão obter os objetivos instituídos para resolução do problema público, já que um mesmo objetivo pode ser obtido de diversas formas, por vários caminhos. A fase da Tomada de decisão “representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas” (SECCHI, 2013, p. 51). A fase da Implementação é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são transformados de intenções em ações, sendo basicamente o processo em que os planos se tornam realidade. A fase da Avaliação da política pública é aquela onde o processo de implementação e o desempenho da política são analisados com a finalidade de avaliar o resultado da política e o nível da redução do problema. Este é o momento para identificar os objetivos planejado, os resultados alcançados e obter

*feedback* sobre as fases antecedentes (SECCHI, 2013; LOTTA, 2019). A fase da Extinção da política é a caracterização do fim da política pública.

No âmbito das pesquisas sobre a implementação das políticas públicas, destaca-se que foi por volta de 1970 que ocorreram os primeiros estudos que aprofundaram as reflexões sobre esta fase das políticas públicas. Até então os estudos apresentavam foco no processo de tomada de decisão, baseados em um modelo hierárquico, que vinha de cima para baixo, em que as políticas públicas, mediante a sua formulação e legalização pelos superiores, passariam ao sistema administrativo de execução e seriam transformadas, com sucesso, em práticas operacionais a serem implantadas (LOTTA, 2014). A autora ainda expõe que “à medida que se passou a valorizar o olhar para efetividade das políticas e para avaliação, começou-se a se perceber que alguns fatores levavam o processo de implantação a ter falhas” (LOTTA, 2014, p.189).

Lotta (2014) avalia a implementação de políticas públicas como a interação entre atores no interior dos ambientes institucionais e relacionais presentes nas comunidades políticas, sendo, também, resultados dessas interações, tendo em conta os constrangimentos das instituições e das organizações e de reações pessoais e institucionais presentes. Para a autora as políticas públicas são implementadas pela burocracia em interação, ou seja, não têm apenas um agente responsável por todo o processo, mas um sistema de interação. Entretanto, embora o crescimento das pesquisas nas últimas duas décadas no Brasil sobre políticas públicas, a implementação de política pública e burocracia são temas ainda escassos na literatura nacional, quando comparados a outros temas, como federalismo, participação social e políticas sociais (LOTTA, 2018). A autora esclarece que vários autores têm procurado avançar na concepção de implementação enquanto interação, considerando as relações formadas pelos agentes burocráticos no processo de implementação apresentando o conceito de que os padrões de interação instituídos entre burocratas e usuários admitem, por um lado, aumentar a permeabilidade em ter Estado e sociedade (LOTTA, 2018).

Contudo, os estudos voltados a implementação de políticas públicas são relativamente novos, considerando a tradição mais consolidada das pesquisas sobre processos decisórios que:

Ao longo das últimas três décadas, algumas correntes foram se consolidando buscando compreender como a execução se efetiva no interior do Estado, seja numa perspectiva normativa e prescritiva, na tentativa de trazer aprendizados para melhoria da implementação (visão *top down*), seja numa perspectiva mais analítica, buscando compreender, sem prescrições, como de fato os processos ocorrem sob a perspectiva da base (visão *bottom up*). No entanto, analisando a literatura sobre implementação de políticas públicas, diversos autores afirmam que, tradicionalmente, muitas das pesquisas que analisam a implementação das políticas públicas consideraram apenas um ator como o foco das análises, especialmente o ator organizacional, responsável por colocar as políticas em prática (SAETREM, 2005 *apud* LOTTA, 2018, p. 148).

Entende-se que o processo de implementação da política pública é de suma importância, visto que muitos dos defeitos da política estão localizadas na fase pós-decisão de sua operação e gerenciamento. A literatura sobre implementação de políticas públicas mostra que nesse processo reaparecem as realidades políticas e administrativas que não foram levadas em consideração ou foram descartadas no momento da formulação e decisão a política (VILLANEUVA, 2012). No enfoque na fase de implementação da Política Pública é observada a necessidade de estratégias para se alcançar os resultados esperados, quando se deve reconhecer os problemas a serem solucionados a partir da política, os atores que desempenharão alguma ação no contexto de implementação e na maneira como aquela proposta foi desenvolvida.

Dalfior, Lima e Andrade (2015, p. 284) explicam que é na fase de implementação que os atores atuam como implementadores colocando em prática as ações e os projetos do governo: “falar sobre política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses e de poder, envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociações”.

A palavra implementar no Brasil tem significado amplo e corriqueiro, traz consigo significância de empreendedorismo, de alçar um negócio ou de práticas inovadoras. Segundo o dicionário Michaelis de língua portuguesa (TREVISAN, ©2015), implementar significa “1. Pôr em execução; fazer o implemento de; efetuar, executar, fazer”, neste sentido, é visto que o termo tem relação com o próprio fazer, de pôr em prática aquilo já planejado. Quando relacionado a uma fase da Política Pública, a implementação é caracterizada, de forma geral, como o momento da ação em si, de pôr em prática os elementos já planejados e organizados anteriormente. Pressman e Wildavsky (1984) *apud* Lima e D’Ascenzi (2013, p.109) definem o verbo implementar como “levar algo a cabo, realizar, cumprir, executar”. Já Faria (2012) expõe que a implementação no Brasil é:

Um termo usual em muitos circuitos acadêmicos, governamentais e políticos, sendo de uso corrente em organizações da sociedade civil e nas mídias. Em sentido mais geral, implementar significa: executar algo, um plano, programa ou projeto, por exemplo: colocar em prática por intermédio de providências concretas (FARIA, 2012, p.7).

Para Van Meter e Van Horn (1975, p.445) *apud* Faria (2012, p.8) a implementação de políticas públicas compreende as “ações de indivíduos públicos e privados (ou grupos) que são direcionadas para a consecução de objetivos definidos anteriormente no processo decisório acerca das políticas”. E, acrescenta que os estudos voltados à implementação somente se tornaram difundidos e sistemáticos a partir do reconhecimento generalizado: “(a) de que o processo de implementação pode ser o responsável principal pelo baixo impacto das políticas públicas e (b) do caráter falacioso da distinção entre política e administração” (idem, 2012, p.8).

São Pressman e Wildavsky (1984) *apud* Faria (2012, p. 9) que instituem a implementação como um “processo de interação entre os objetivos diversos e as ações definidas para atingi-los” e que motivam estudos sobre a implementação das políticas públicas a partir da perspectiva da interação. Por ser uma fase do ciclo da política pública, a implementação incide em transformar intenções em ações e resultados:

Dizer que o processo de implementação de políticas públicas pode envolver diferentes níveis governamentais e organizações com distintos interesses, *expertises* e formas institucionais, constituindo arranjos inter organizacionais para a consecução de ações governamentais específicas, sendo que sua estrutura e suas formas de interação influenciam seu desempenho. (BARBOSA, 2016, p.47 – grifo nosso).

Nesta relação entre os diversos sentidos da política pública, considerando ainda que o Brasil exhibe uma trajetória muito recente nos estudos dirigidos à fase de implementação, cabe ressaltar a percepção de que o Estado reconhece a política pública como um objeto sobre o qual se lança um olhar que permite refletir sobre os diversos interesses, culturas e disputas de poder; como também compreender o processo de implementação de políticas como um importante elemento de aperfeiçoamento da ação governamental, uma vez que analisa as relação entre governos, governantes e cidadãos (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Entende-se que as políticas de saúde visam melhorar as condições de saúde da população, ao mesmo tempo em que existem outros interesses que influenciam na direção e nos formatos dessas políticas públicas, pois o desenvolvimento destas

políticas é perpassado por interesses públicos envolvidos com o poder. Neste sentido, a análise da implementação e o desenvolvimento dessas políticas se mostra um campo dinâmico e complexo, exigindo conhecimento para entender o que, como e por que os governos se comportam desta ou daquela maneira (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015).

Para Lima e D'Ascenzi:

a trajetória e conformação do processo de implementação são influenciadas pelas características e o conteúdo do plano, pelas estruturas e dinâmicas dos espaços organizacionais e pelas ideias, valores e as concepções de mundo dos atores implementadores. Isso pressupõe o seguinte: esses atores exercem sua discricionariedade, com base em sistemas de ideias específicos; as normas organizacionais formais e informais constroem e incentivam determinados comportamentos; por último, o plano é um ponto de partida que será interpretado e adaptado às circunstâncias locais. Nesse quadro, as variáveis cognitivas recebem destaque, pois atuam como mediadoras entre as intenções contidas no plano e sua apropriação nos espaços locais (LIMA; D'ASCENZI, 2013, p.109).

Para Lotta (2015), a fase de implementação se relaciona à ocasião em que as políticas que já foram formuladas entram em atuação e são postas em prática. A autora ainda destaca que os estudos sobre implementação de políticas públicas no Brasil, apesar de estarem aumentando, seguem sendo a fase menos estudada pelos pesquisadores brasileiros.

Rua (2014) sublinha que esta fase é um procedimento de vários estágios que abrange distintas decisões para o cumprimento de uma decisão fundamental, antecipadamente definida em um conjunto de ferramentas legais. Portanto, conforme a autora, a implementação abarca o conjunto dos acontecimentos e atividades que ocorrem depois da “definição das diretrizes de uma política, que incluem tanto o esforço para administrá-la, como seus substantivos impactos sobre pessoas e eventos” (Idem, 2014, p.89)

Lima e D'Ascenzi (2013) expõem que a implementação de políticas públicas está relacionada ao desenvolvimento de melhorias, aos processos políticos administrativos e permite o incremento de atividades implementadoras. Destacam, ainda, ser esta uma característica explícita na literatura internacional: “A análise de políticas públicas [...] é uma forma de pesquisa aplicada desenhada para entender profundamente problemas sociotécnicos e, assim, produzir soluções cada vez melhores” (MAJONE; QUADE, 1980, *apud* LIMA; D'ASCENZI, 2013, p.101).

Segundo o Guia prático de análise *ex ante* (INSTITUTO DE PESQUISAS

ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA, 2018), a fase de implementação da política pública precisa abarcar processos estruturados que articulem todos aqueles que têm um papel definido naquela dinâmica e os recursos disponíveis para alcançar seus objetivos e as metas das ações propostas. É nesta fase que são produzidos os resultados concretos, em que a estratégia de implementação descreve os instrumentos disponíveis e em que se identifica a forma de execução para alcançar os resultados almejados.

Para Cofré e Silva (2017) os estudos relacionados sobre políticas públicas apresentavam como foco o processo de formulação da política, e adotavam a implementação como um processo basicamente administrativo e hierárquico. A fase de implementação era um efeito do sistema administrativo cujas instruções operacionais adotavam um movimento hierárquico do topo para a base da pirâmide. Entretanto, quando o assunto sobre políticas públicas começou a chamar a atenção, os estudos apontaram para possíveis falhas na implementação, onde evidenciavam a falta de objetivos claros, os problemas de comunicação e os interesses diferentes entre atores e órgãos.

Para Secchi (2013, p.55) a fase de implementação da política pública vem logo depois da tomada de decisão, mas antes da avaliação: "É nesse arco temporal que são produzidos os resultados concretos da política pública. A fase de implementação é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações". O autor ainda destaca que:

A importância de estudar a fase de implementação está na possibilidade de visualizar, por meio de esquemas analíticos mais estruturados, os obstáculos e as falhas que costumam acometer essa fase do processo nas diversas áreas de política pública como (saúde, educação, assistência, saneamento, políticas de gestão etc.). Mais do que isso, estudar a fase de implementação significa visualizar erros anteriores à tomada de decisão, a fim de detectar problemas mal formulados, objetivos mal traçados, otimismo exagerados." (SECCHI, 2013, p.56).

Najan (1995) *apud* Carvalho e Barbosa (2011, p.5) define a implementação como um estado de ter alcançado os objetivos da política, não só como um objeto final, mas um processo em que tudo acontece para alcançar o propósito da política, numa sequência dinâmica com significado próprio, que não fica restrito a intervenção em si, mas que tem o poder de se transformar. Nesta perspectiva o estudo da fase de implementação tem relação direta com a análise da ação daqueles que exercem diretamente as políticas públicas, pois são eles que essencialmente realizam as

intervenções necessárias, colocam em prática os fatores descritos e esperados no planejamento, e podem influenciar diretamente nos rumos e resultados a serem alcançados.

Avaliar o processo de implementação significa observar não apenas a burocracia implementadora, sua relação com a elite política e burocrática, com a comunidade que recebe os serviços, com os Partidos, mas também avaliar os laços pessoais e profissionais que vão além das políticas formatadas, pois é preciso considerar as questões de cooperação e conflito no processo de implementação (LOTTA, 2012b; 2018).

### 3.2 MODELOS DE ANÁLISE EM IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Embora existam registros de literatura especializada desde o século XIX sobre a administração pública, comportamento organizacional e gestão para lidar com decisões governamentais, a implementação nunca foi considerada como uma problemática a ser estudada e/ou analisada até o início da década de 70. A maior parte daqueles que abordavam a temática pouco a estudavam, ou menosprezavam os desdobramentos deste estágio no ciclo político. Esta perspectiva começa a mudar quando Pressman e Wildavsky, em 1973, publicam um trabalho que evidenciava um programa federal do governo dos Estados Unidos para moradores desempregados da cidade de Oakland, Califórnia, que não estava sendo realizado como havia sido previsto segundo os *policy-makers*. (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Sobre as preocupações em entender o funcionamento e dinâmica das políticas públicas e os aspectos que levavam a mudança dos resultados almejados, destaca-se uma primeira geração de pesquisas sobre a implementação que, ainda nos anos 70, se submetia a analisar o processo de implementação de ‘cima para baixo’ – tendo como alusão os objetivos definidos previamente para encontrar qual camada burocrática teria pervertido os objetivos das políticas públicas. Este olhar ‘de cima para baixo’ é chamado de *top down* de implementação (LOTTA, 2019).

Uma segunda geração de pesquisas sobre a implementação de políticas públicas nas Ciências Políticas se dedicou a questionar a mais adequada forma de analisar esta temática na perspectiva *top-down versus bottom-up* (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Já na década de 90, muitos estudiosos se esforçaram por um debate para além do *top-down versus bottom-up* e produziram o que MacIn

Goggin e seus colegas chamaram de “terceira geração” de pesquisas sobre a implementação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

As duas primeiras gerações de estudos da implementação de políticas públicas foram importantes ao estabelecer uma variedade de pressupostos e princípios de *design* organizacional e administrativo que ajudaram na interação entre a intenção política e a ação administrativa. Cabe destacar que as duas abordagens desenvolvidas nas duas gerações não são contraditórias, mas complementares e ajudam a compreender a realidade da implementação da política pública. Enquanto a abordagem *top-down* privilegia as decisões do governo e analisa o quanto estas decisões são executadas de fato, encontrando as razões subsequentes a esta implementação, a abordagem *bottom-up* aplica o olhar na outra extremidade da cadeia de comandos da implementação e leva em consideração os chamados implementadores de balcão ou da linha de frente (*street-level*) (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Os analistas da terceira geração de pesquisas sobre implementação se utilizam da metodologia da Teoria dos Jogos e da Teoria do Agente principal. É a teoria dos jogos que os analistas usam para determinar como a descrição comportamental influencia a implementação e a Teoria do Agente principal a descrição administrativa é realizada pelo contexto social, tecnológico e político em mudança constante. Aqui, os teóricos do agente principal apresentam que os esforços bem intencionados em prol do melhor interesse sucumbem na ‘realidade’ proposta e as ações dos agentes divergem das intenções de seus principais e assim distorcem os *outcomes* políticos (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

No momento se está na quarta geração, onde múltiplos modelos e formas distintas de análise sobre o objeto são também marcadas por uma influência maior de outros campos de estudos, especialmente a Sociologia nas análises de implementação. Na realidade brasileira, os estudos sobre implementação tiveram início a partir desta quarta geração (LOTTA, 2019).

É importante destacar que embora na literatura a implementação das políticas públicas apresente uma percepção de que ela está dividida em modelos e que, apesar de na prática não estejam claros estes modelos e muitas vezes até sobrepostos, separar metodologicamente os modelos auxilia na compreensão e na análise (LOTTA, 2014).

É inegável reconhecer os planos de influência e de interferência que estão

relacionados com a fase de implementação, tanto no papel dos burocratas de nível de rua, como também em conjectura maiores e mais complexas como o nível socioeconômico dos locais onde serão implementadas as políticas públicas e as características específicas daquela comunidade. Desta maneira, o estudo da fase de implementação tem como objetivo não simplesmente reconhecer as dificuldades impostas pelo meio onde será implementada a política pública, mas também reconhecer variáveis e antever elementos que inviabilizem alcançar os objetivos almejados, que visa identificar:

Elementos básicos de qualquer análise sobre o processo de implementação são as pessoas e organizações, com interesses, competências (técnicas, humanas, de gestão) e comportamentos variados. Também fazem parte desse caldeirão analítico as relações existentes entre as pessoas, as instituições vigentes (regras formais e informais), os recursos financeiros, materiais, informativos e políticos (capacidade de influência) (SECCHI, 2013, p.57)

É na fase de implementação que a administração pública tem por função executar as políticas públicas. É nesta fase que as ações são tomadas e existe a aplicação daquilo que já foi proposto. Para isto, o *policymaker* se utiliza dos meios disponíveis para realizar e transformar as intenções em ações públicas. Neste contexto, Secchi (2013) define *policymaker* como o ator responsável pela orientação de uma política pública: “Uma política pública é uma diretriz, ou seja, uma orientação de um *policymaker* à atividade ou à passividade de um *policytaker*, e também um conjunto de ações ou inações derivadas desta diretriz” (Idem, 2015, p.7) Ainda neste sentido, o autor exemplifica a atividade de um médico na atividade de um *policymaker* onde o problema público seria a doença, a política pública a prescrição médica e o instrumento de política pública seria o tratamento escolhido para tentar solucionar/amenizar o problema.

Sabatier (1986 *apud* SECCHI, 2013, p. 60) e Najan (1995 *apud* CARVALHO; BARBOSA, 2011) indicam a existência de duas abordagens opostas na implementação de políticas públicas – *top-down* (de cima para baixo) e *bottom-up* (de baixo para cima) – algumas vezes referidas como desenhos prospectivos e retrospectivos. Segundo Sabatier (1986, *apud* SECCHI, 2013, p.60), a abordagem de implantação *top-down* é caracterizada pela separação clara entre o momento de tomada de decisão e o de implementação, sendo a política pública elaborada e decidida pela esfera política, enquanto a implementação é mero esforço administrativo

para achar meios para os fins estabelecidos. Já a abordagem *bottom-up* é caracterizada pela maior liberdade dos burocratas em auto-organizar e implementar as políticas públicas, também estes têm maior participação na análise dos problemas e na prospecção de soluções na implementação. Najan (1995 *apud* CARVALHO; BARBOSA, 2011) faz referência a duas abordagens antagônicas: *top-down* – perspectiva em que a decisão política é autoritária, em um nível central e a *bottom-up* - abordagem que leva em consideração a complexidade do processo de implementação.

Secchi (2013) ainda complementa as definições já descritas numa perspectiva onde a abordagem *top-down* parte de uma visão funcionalista de divisão entre as decisões e a implementação, que é visualizada como estratégia de classes políticas para ‘lavar as mãos’ em torno dos problemas decorrentes da implementação – este processo é conhecido na literatura política como *blame shifting* ou deslocamento de culpa. Sobre a abordagem *bottom-up*, Secchi (2013) expõe que a discricionariedade por parte daqueles que implementam a política não pode ser compreendida como um desvirtuamento, mas com uma necessidade daqueles que se deparam com os problemas práticos de implementação.

Ainda assim, como bem expõe Souza (2006), nenhuma abordagem supri de maneira total todas as formas de implementação de políticas públicas, como também, não são excludentes. As abordagens, em síntese, são fornecedoras de informação, onde em cada processo de implementação podem oferecer um tipo de informação. Desta maneira, entrar em contato com diferentes modelos de implementação de políticas públicas disponíveis torna-se salutar na medida em que, a partir destes, é possível desenvolver uma prática mais coesa e com o máximo de informações possíveis, como também possível aplicar cada dos modelos que melhor se adaptam. Nesta perspectiva, Carvalho e Barbosa (2011) apresentam autores que analisam modelos de implementação (Quadro 1), incluindo as abordagens *top-down* e *bottom-up*, e de negociação em que são apropriadas a organizações mais complexas, onde todos devem estar comprometidos e a relação de poder não pode estar desequilibrada. Nestes modelos são relacionadas as abordagens a partir da natureza das políticas públicas e suas variáveis centrais, o que exemplifica a complexidade da implementação das políticas públicas e suas possibilidades.

**Quadro 1** - As abordagens e as principais características de implementação de Políticas Públicas

<b>Modelo</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Natureza</b>	<b>Variáveis centrais</b>
<b>Smith (1973)</b>	<i>Botton-up</i>	Processo contínuo Reconhece os conflitos entre planejadores e implementadores como fonte de <i>feedback</i>	Grupo-alvo; estrutura organizacional; liderança/capacidade; fatores ambientais
<b>Van Meter e Van Horn (1975)</b>	<i>Top-down</i>	Ocupa-se das causas da não implementação	Normas e objetivos políticos; recursos da política; comunicação e atividades; características institucionais; ambiente econômico-social-político; disposição dos executores.
<b>Rein e Rabinovitz (1978)</b>	<i>Botton-up</i>	Foco na prática	Racionalidade jurídica; racionalidade instrumental e o consenso interno e Externo
<b>Berman (1978)</b>	<i>Ambos</i>	Interação entre a política e as características institucionais. Abordagem de macro e micro-implementação	Relação entre política e comportamento/rotinas e aprendizagem tecnológica
<b>Michael Lipsky (1978)</b>	<i>Botton-up</i>	Questiona o pressuposto fundamental da hierarquia	Comportamento, competência e capacitação dos <i>street level Bureaucrats</i>
<b>Elmore (1979)</b>	<i>Top-down</i>	Modelo de gestão de sistemas e Modelo do processo burocrático	As atividades, os objetivos específicos; regras ou critérios de tomada de decisão e as rotinas do comportamento organizacional
	<i>Botton-up</i>	Modelo de desenvolvimento organizacional e modelo de negociação	Participação e comprometimento; normas de negociação
<b>Edwards (1980)</b>	<i>Top-down</i>	Diagnóstico das condições prévias	Comunicação; recursos; disposição e Estrutura
<b>Nakamura e Smallwood (1980)</b>	Não mencionado	Circularidade	Os atores e as arenas do ambiente funcional e as suas interligações aos demais ambientes
<b>Barrett e Fudge (1981)</b>	Negociação	Processo político de negociação e interação	Poder e dependência, interesses, motivações e comportamentos.
<b>Warwick (1982)</b>	<i>Top-down</i>	Abordagem de máquina	O plano e suas condições
	Negociação	Abordagem de jogo	Poder de barganha e troca
	Negociação	Abordagem evolutiva	O plano é orientador do caminho
	Negociação	Modelo de transição	Os parâmetros e direções de ação; a estrutura organizacional, o ambiente; processo de formulação; o critério implementar; os clientes
<b>Mazmanain e Sabatier (1983)</b>	<i>Top-down</i>	Processo interativo de formulação, implementação e reformulação. o foco na realização dos objetivos da política declarada; e a implementação pode ser vista em três diferentes perspectivas – o formulador, o executor e o público-alvo.	Rastreabilidade dos problemas; capacidade de decisão política; dinamismo próprio.

FONTE: CARVALHO; BARBOSA (2011, p.11).

A partir da análise do Quadro 1 é possível reconhecer a existência de múltiplos questionamentos sobre a implementação, além de elementos importantes quando se observa a implementação de uma política pública, nas abordagens *top-down* e *bottom up* - que podem ser reconhecidas de forma superficial como antagônicas - a primeira relaciona-se com um movimento de 'cima pra baixo' que prioriza decisões unilaterais e a segunda que reconhece a maior liberdade dos burocratas do nível de rua e a auto regulação. Ainda assim, alguns autores mencionados no Quadro 1, como Berman (1978), Barret e Fudege (1981), Warwick (1982), apresentam outras formas de abordagem - como a negociação e a utilização de ambas as abordagens (*top-down* e *bottom up*) na implementação das políticas públicas. Desta maneira, observa-se uma dinâmica complexa onde as abordagens também devem estar correlacionadas com a política pública e a maneira como esta deve ser implementada, também os objetivos a serem alcançados neste contexto (CARVALHO; BARBOSA, 2011).

No quadro apresentado, ainda destaca-se a natureza e as variáveis centrais abordadas por cada um dos autores citados, sendo elas diversas e de modo geral comprometidas com os pressupostos apresentados pelos autores, em que a abordagem *top-down* está muito mais comprometida com diagnósticos prévios, o rastreamento dos problemas e a elaboração de modelos de gestão e de processos burocráticos, enquanto a abordagem *bottom-up* mostra-se empenhada em compreender a dinâmica contínua entre a implementação e as ações implementadas enquanto política pública num processo de *feedback* e autorregulação. Também, por fim, a possibilidade de se utilizar de ambas as abordagens evidenciando, neste sentido, a inexistência da valorização de uma em detrimento da outra, sendo possível a utilização de ambas dependendo do contexto e das variáveis reconhecidas.

### 3.3 PAPEL DOS BUROCRATAS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Lotta (2012a) evidencia que um dos primeiros autores a estudar a questão da burocracia foi Weber (1847), para este o burocrata é:

Agente que atua na burocracia, é um fiel executor de serviços sem paixões ou julgamentos. Ele deve aplicar fielmente as regras, observando os procedimentos, garantindo o cumprimento das hierarquias e de suas atribuições. Na medida em que deve fidelidade a quem manda, a relação entre os políticos e burocratas baseia-se na obediência, renúncia de valores e vontades pessoais por parte dos burocratas. As paixões e valores, para Weber, são papéis do político, a quem cabe a responsabilidade pelas ações

da burocracia – o político assume o ônus de suas decisões. Não haveria, portanto, para os burocratas, espaço de exercício da discricionariedade (WEBER, 1847 *apud* LOTTA, 2012a, p.3).

Considerando estudo realizado por Michael Lipsky, sobre os *Street level bureaucracy* (1980) e o lançamento do livro *Burocracia de Nível de Rua* (LIPSKY, 2019) traduzido para o português, este autor evidencia a importância dos atores essenciais, mas muitas vezes invisibilizados: os burocratas, os funcionários, que interagem com os usuários na implementação das políticas públicas. Para este autor entende-se por burocratas de rua os funcionários públicos que concedem acesso a programas governamentais e prestam serviços dentro deles, que abarca os professores, policiais e outros agentes da lei, assistentes sociais, juízes, advogados públicos, profissionais de saúde, entre outros. Sobre as características semelhantes a todas essas profissões, se entendem as experiências com o público em condições muito semelhantes, também o forte comprometimento com o serviço público e as altas expectativas que têm com a carreira escolhida, além do compromisso para servir a comunidade a partir de papéis úteis. No entanto, a própria natureza dessas profissões pode impedir os burocratas do nível da rua de chegarem à concepção idealizada que possuem sobre suas funções.

Lipsky (2019) destaca que os burocratas do nível de rua devem responder às necessidades individuais, ainda que na prática lidem com clientelas no coletivo, pois os requisitos de trabalho proíbem resposta individualizadas. Professores devem responder as necessidades de cada aluno, ainda que sejam responsáveis por uma sala de aula com várias crianças. Os policiais devem responder à apresentação de um caso, ainda assim precisem responder a vários tipos de confronto que representem perigo. Desta maneira os burocratas do nível da rua devem, na melhor das hipóteses, inventar procedimentos em massa que permitam lidar com o público de forma justa e apropriada, e na pior das hipóteses, ceder ao favoritismo, estereotipagem e rotinização – de forma a satisfazer os propósitos dele próprio e/ou da agência em que trabalha. O autor ainda explica que os burocratas do nível de rua apresentam benefícios e sanções que estruturam, mas também delimitam a vida das pessoas, sendo eles a extensão da influência e controle do Estado. Como provedores dos benefícios públicos e detentores da ordem, os burocratas de rua acabam sendo alvo da controvérsia política, uma vez que são divididos entre as demandas dos destinatários dos serviços, ao mesmo tempo em que consomem parte significativa do

orçamento governamental. De forma geral, por fim, na reflexão do autor, são os burocratas de nível de rua que intermediam a relação constitucional entre os cidadãos e o Estado, são eles que têm a chave para uma dimensão de cidadania.

Destaca-se a importância do estudo sobre o papel dos burocratas na fase de implementação, pois é fundamental para se compreender como, de fato, as ações são colocadas em práticas e quais são os fatores que influenciam nos resultados das políticas públicas (LOTTA, 2012a).

Ainda nesta perspectiva, observando a influência direta de diversos fatores que podem determinar o nível de resultado de uma política pública, é possível mencionar Lazin (1994 *apud* LOTTA, 2012a) que indica como influenciadores os Partidos, governos e laços pessoais, o estilo do Prefeito, o nível de experiência dos profissionais envolvidos e as características socioeconômicas da comunidade onde o processo de implementação é colocado em prática.

Assim, a implementação da política pública depende de servidores públicos e funcionários administrativos para estabelecer e gerenciar as ações necessárias. Nota-se que as atividades do dia a dia da administração pública são desenvolvidas por servidores públicos e assalariados, apesar dos políticos serem atores importantes nas decisões que levam ao processo de implementação e possam desempenhar papel ativo nos esforços subsequentes de supervisão e avaliação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

Entretanto, Grindle (1977 *apud* LOTTA, 2012a, p. 7) aponta que ao:

analisar a burocracia implementadora de um programa no México, observa que os funcionários não são simples aplicadores neutros das regras, mas têm interesses próprios inclusive na formulação das políticas e de suas regras. A autora identifica entre as características do trabalho desses burocratas a tendência de criarem alianças verticais, as constantes interações com a elite burocrática e a elite política, além da tendência de agirem como criadores das políticas GRINDLE (1977 *apud* LOTTA, 2012a, p. 7).

Deste modo, fatores institucionais e organizacionais são cruciais para compreender como os burocratas implementadores atuam, na medida em que, ao longo do processo de implementação, são estabelecidos contextos específicos onde os burocratas poderão atuar. Estes são mediados pelas decisões que serão tomadas e a discricionariedade que será desempenhada pelos implementadores (LOTTA, 2012a).

Arretche (2001, *apud* LOTTA, 2012a, p.11) apresenta que “um programa é o resultado de uma combinação complexa de decisões entre diferentes agentes, mas a implementação efetiva é sempre realizada com base nas referências que os implementadores de fato adotam para desempenhar suas funções”. Por fim, destaca-se que para alguns autores, a discricionariedade está diretamente vinculada ao sucesso ou fracasso na implementação da política pública:

A relação entre implementação das políticas, organização e burocracia é relevante para o debate acadêmico e público porque ela ilumina a face de um problema crucial: o porquê de políticas serem bem-sucedidas ou fracassarem. As análises desta relação indicam que o poder discricionário dos burocratas do nível da rua é decisivo na distribuição de bens e serviços públicos; portanto, a ação desses agentes é uma variável relevante para o sucesso das políticas. A discricionariedade do burocrata da base é um importante tema para a gestão pública, porque a qualidade e a quantidade dos serviços prestados dependem dela, logo os esforços para compreenderem-se seus determinantes e consequências deveriam ser um objetivo relevante nas pesquisas da administração pública (OLIVEIRA, 2012, p. 1552).

### 3.4 BUROCRATAS DO NÍVEL DE RUA E A DISCRICIONARIEDADE E SEUS DESAFIOS

Os burocratas do nível de rua (BNR) são responsáveis pela entrega final dos serviços e possuem o poder de determinar o acesso do público a direitos e benefícios governamentais, e é através deles que a população consegue acessar a administração pública. Além disso, os burocratas são a interface mais visível do Estado, são eles que consolidam a imagem que os cidadãos têm sobre o governo, incidindo de forma positiva ou de forma negativa, ainda assim é relevante destacar que os burocratas de nível de rua possuem o papel de transformar políticas abrangentes em ações práticas dentro de situações imprevisíveis e recursos escassos, sendo um trabalho criativo, imprevisível e incontrolável, no qual a literatura denomina de discricionariedade (LOTTA, 2019).

Para Lotta (2019) os burocratas de nível de rua:

sofrem cotidianamente a controvérsia da ação estatal, na medida em que são, ao mesmo tempo, pressionados pelas demandas de serviços a aumentarem eficiência e responsividade; e pressionados pelos usuários do serviço para terem um tratamento individualizado e resolutivo. As duas pressões são potencialmente contraditórias, na medida em que a primeira foca na produtividade, rapidez e eficiência e a segunda foca na individualidade, personalização, efetividade e no tempo para resolver os problemas (LOTTA, 2019, p.23).

Nota-se que a rotina desses trabalhadores é marcada por várias situações imprevisíveis em que, no contato com usuários, eles precisam incumbir-se de importantes decisões sobre as políticas públicas e sobre a vida dessas pessoas. Assim, apropriam-se das decisões usando sua discricionariedade na interação concreta com os usuários.

Lotta (2019) apresenta quatro deveres essenciais dos burocratas de nível de rua onde existe um elevado uso de discricionariedade e que decidem o funcionamento de seu trabalho. O primeiro dever se caracteriza por triar, classificar e categorizar os usuários, baseado no contato com as pessoas que apresentam situações complexas e com informações infinitas, assim os burocratas do nível de rua necessitam modificar demandas individualizadas em grupos previamente existentes nas políticas, conseqüentemente a alocação dos indivíduos a agrupamentos de usuários em políticas que recebem tratamentos específicos de acordo com seu grupo, por exemplo: “uma mulher que chega a um serviço de assistência social com um conjunto grande de condições de vulnerabilidade e problemas sociais, econômicos e familiares e precisa ser categorizada de maneira sintética como beneficiária (ou não) de um programa de transferência de renda.” (LOTTA, 2019, p.24). O segundo dever dos burocratas do nível de rua é difundir benefícios e punições que influenciam o bem-estar dos clientes, determinando grau de prioridade das diferentes situações e dos grupos (que podem ou não ser formais), por exemplo: “a distribuição de benefícios e sanções tende a ser sempre diferente (e aquém) da idealizada pelos serviços. Isso porque recursos são escassos e burocratas precisam decidir (exercendo discricionariedade) quem deve receber o quê” (LOTTA, 2019, p.25). O terceiro dever é compor condição de interação, estabelecendo, com que frequência e sob que circunstâncias a ação ocorrerá; exemplo: as assistentes sociais determinam quantidade de retornos e visitas domiciliares, os professores determinam distribuir ou não horários extra de atendimentos aos alunos, os agentes de saúde determinam o dia e o horário das visitas domiciliares. Já o quarto dever se concentra em ensinar aos cidadãos o papel de ser cliente/usuário do Estado, incumbindo aos burocratas ensinar procedimentos, forma de comportamento, nível de respeito e possíveis penalidades, por fim cabendo a esses burocratas disciplinar os usuários para se tornarem bons cidadãos (LOTTA, 2019). Os fatores que influenciam a ação dos burocratas de nível de rua são determinados por uma sequência de interações que transcorrem de um sistema político, institucional, organizacional e comunitário à sua

profissão, assim influenciando sua capacidade de ação, logo o processo de implementação de políticas públicas.

Considerando o exemplo que Lotta (2019) destaca sobre a Agente Comunitária de Saúde (ACS), onde ela exemplifica com um caso de um vizinho suicida, e como referência na comunidade ela foi chamada para ajudar visto ser agente comunitária de saúde, e de forma discricionária ela vendo os pulsos cortados, enrolou os braços do vizinho em panos de prato, colocou-o em seu próprio carro e o levou para o hospital. Toma-se este exemplo para refletir sobre quantos agentes comunitários de saúde já realizaram sua discricionariedade em seus serviços. Também, pela minha experiência na atividade de nutricionista, posso dar exemplo o programa de Hiperdia (Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) realizado pelos municípios onde entregam os recados para as reuniões para a população, e ao mesmo tempo, se a pessoa estiver impossibilitada, o Agente Comunitário de Saúde (ACS): i) entrega a medicação na residência da pessoa; ii) agenda as consultas para avaliação médica, quanto para renovação de receitas; iii) realiza a Pesagem do Programa Bolsa Família na Saúde e avisa sobre a data da pesagem; iv) realiza o acompanhamento da pesagem da família; v) verifica a carteira de vacina no próprio acompanhamento do SISVAN; vi) verifica se as crianças já iniciaram a puericultura, se as vacinas estão dia, se as crianças estão em aleitamento materno ou alimentação complementar; vi) verifica se as crianças estão abaixo do peso ou se estão com obesidade mesmo não tendo formação para essa verificação e tantas outras funções; sendo esse mediador onde identifica o usuário, avalia suas necessidade e fornece a assistência necessária para família ser assistida pela comunidade.

Destaca-se que o diagnóstico do problema que se pretende combater é um passo importante para a proposição de uma nova política ou mesmo a reformulação ou aperfeiçoamento de uma já existente. Identificando o problema da proposta, seja ele associado a uma população ou a um grupo particular, facilita para que a política tenha uma concepção sólida e que a análise entre problema e as ações e os resultados propostos sejam desenvolvidos de forma eficaz, pois sua identificação faz-se essencial para que ele seja monitorado, onde ele pode ter deixado de existir ou suas causas podem ser modificadas ou mesmo ficar comprometido. Vale ressaltar que a caracterização de um problema é que vai determinar qual o grupo ou segmento da população que será direcionada a política pública, bem como a distribuição das áreas

mais afetadas, possibilitando à equipe técnica e aos gestores um aperfeiçoamento sobre a questão. Assim, cabe ao gestor analisar a associação das causas, para que a política que está sendo elaborada seja de fato uma intervenção (IPEA, 2018).

Oliveira (2012) destaca que os burocratas da linha de frente são aqueles que de fato realizam os programas, os serviços concretos, bem por isto muitas vezes precisam ir além da execução dos programas, pois os formuladores das políticas públicas não sabem bem como alcançar os objetivos das políticas, como os burocratas do nível de rua que estão diretamente em contato com os beneficiários das políticas públicas. O autor destaca que, de forma geral, as políticas públicas são feitas pelas autoridades eleitas e pelos funcionários do topo, enquanto são executadas pelos atores de baixo escalão que também têm interesses e objetivos que não necessariamente coincide com os objetivos do sistema formal e por isto estes agentes podem apresentar resistências às diretrizes que acompanham as atribuições e podem se desviar das normas e procedimentos na sua prática cotidiana.

Oliveira (2012) menciona que os funcionários não necessitam infringir as regras para não desempenhar as ordens oriundas de cima, sendo necessário somente se apegar a elas para justificar sua resistência, pois na maior parte das vezes as condições reais de trabalho estão muito abaixo das condições ideais. Ainda, legitimamente os burocratas podem abdicar de trabalhar sob as condições existentes, aspecto este que também resguarda o agente na ponta do sistema.

Avaliando as discussões acerca do poder discricionário dos burocratas, James Q. Wilson (1967 *apud* OLIVEIRA, 2012, p.1556) enfatiza que “não existe um problema da burocracia e sim alguns e que a solução de cada um deles é, em algum grau, incompatível com as soluções de todos os outros”:

Primeiro, existe o problema da *accountability* ou controle — fazer com que a burocracia sirva aos objetivos que têm a concordância nacional. Segundo é o problema da equidade — fazer com que a burocracia trate de modo igual os casos similares e sob a base de regras claras e conhecidas (...) Quarto é o problema da *responsiveness* — induzir os burocratas a irem ao encontro, com disposição e compaixão, dos casos que não podem ser postos numa regra singular e que parecem requerer, pelos padrões comuns de justiça e benevolência, que uma exceção seja feita (WILSON, 1967 *apud*, OLIVERA, 2012, p. 1557).

Nota-se que nem sempre os valores são compatíveis entre si, uma vez que a equidade pode influenciar a responsividade (*responsiveness*), onde se determina um tratamento individualizado, considerando as necessidades particulares de cada

cidadão. Da mesma forma, a *responsiveness* pode se encontrar com *accountability*, uma vez que o burocrata deve agir de acordo com as necessidades de cada pessoa, onde ele pode não acabar não realizando os objetivos descritos no programa, assim não contemplando os casos pois não foram formulados.

#### 4 SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A ciência da nutrição apresentou, nos últimos anos, um significativo desenvolvimento, que pode ser atestado com o conhecimento científico acumulado, como no controle, na prevenção e no tratamento de doenças, assim como nas mudanças na qualidade de vida das pessoas, as quais são recomendadas, em todo o mundo, como estratégias capazes de causar impactos positivos no perfil epidemiológico das populações (CAMILO et al., 2011).

Embora a fome no Brasil não seja imediatamente óbvia, considerando que as pessoas não morrem de inanição, milhões de pessoas padecem de má nutrição ou subnutrição. A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) esclarece que a fome não está sempre aparente porque o corpo equilibra a dieta inadequada com a redução na atividade física, e no caso das crianças, na redução do seu desenvolvimento (BELIK, 2003; CAMILO et al., 2011).

Por sua vez, Vasconcelos (2004) destaca em seu trabalho que:

A fome é a manifestação social do processo de exploração que nega ou retira do ser humano um dos seus direitos mais elementares: o de ter o que comer em quantidade e qualidade necessárias à manutenção da vida e cujas consequências biológicas, em contradição com o padrão de modernidade econômica alcançado pelo Brasil, ainda se em pleno desembocar do século XXI em fatores como: elevados índices de baixo peso ao nascer; mortalidade infantil; desnutrição energético-proteica; anemia nutricional; nanismo nutricional; doenças infecto-parasitárias e tantas outras manifestações orgânicas provocadas pelo processo de exclusão social. (VASCONCELOS, 2004, p.272)

Frente ao perfil epidemiológico nutricional da população brasileira, consolida-se a partir dos anos de 1990 a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) no âmbito da atenção à saúde, que está inserida no contexto da Vigilância Epidemiológica, e que faz parte integrante das ações de vigilância em saúde, sendo garantida no âmbito do SUS, pela Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), em seu artigo 6º (BRASIL, 2015).

A VAN é considerada um sistema de coleta, análise e disseminação de informações relevantes para a prevenção e o controle de problemas em saúde pública. Já no final dos anos de 1990 surge no Brasil, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que corresponde a um sistema de coleta, processamento e análise contínuo dos dados de uma população, possibilitando diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais e, também, dos fatores de sua determinação. O SISVAN contribui para que se conheçam a

natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, caracterizando grupos sociais de risco e dando subsídio para a formulação de políticas e estabelecimento de programas de intervenções (BRASIL, 2011b; SILVA, 2011; CAMILO et al., 2011; LIMA; SCHMIDT, 2018).

A informação em saúde possibilita identificar características individuais e coletivas da saúde de uma população. Os resultados destes dados coletados proporcionam subsídios para delinear políticas em saúde e sustentar a tomada de decisões por parte de seus gestores, para melhoria da condição de vida da população (FERREIRA; CHERCHIGLIA; CÉSAR, 2013; SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017; FERREIRA et al., 2018; AGRANONIK; JUNG, 2019).

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) correspondem a sistemas para obtenção de informações através de coletas, processamento e análise dos dados de uma população. O SISVAN é um SIS que proporciona a geração de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população, colabora para o compreensão da natureza e da dimensão dos problemas de nutrição, identifica áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais vulneráveis aos agravos nutricionais tanto no âmbito da assistência individual, quanto no âmbito coletivo, sendo portanto um programa voltado para gestão das informações da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde, mantendo um banco de dados sobre antropometria, formado com base em registros feitos e-SUS APS, Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde e no próprio SISVAN (FERREIRA; CHERCHIGLIA; CÉSAR, 2013; ROLIM, 2013; NASCIMENTO, 2016; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017; LIMA; SCHMIDT, 2018). Almeida (1998) destaca que o uso dos sistemas de informação em atividades de vigilância pode resultar em uma melhor compreensão de problemas de saúde da população, pois o uso constante da informação fará com que se busque o seu aprimoramento. Do mesmo modo, Arruda (1992) salienta que o uso da informação, desde a coleta, processamento, análise, interpretação até a transferência aos níveis decisórios, dando particular atenção à retroalimentação, incentiva e aumenta os níveis geradores a servirem melhor atendimento e a manterem a boa qualidade dos dados.

Rolim (2013, p. 35) destaca pode ser considerado um SIS de uso múltiplo, pois quantifica e qualifica eventos e serve de base para atividades de vigilância e definições de prioridades (Quadro 2).

**Quadro 2** - Campo de ação e utilização das informações disponibilizadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

<b>Campo de Ação</b>	<b>Utilização da informação do SISVAN</b>
No local de coleta de dados	- orientação do atendimento nutricional individualizado - vigilância nutricional - gestão de ações e serviços do território
No âmbito municipal	- gestão dos serviços de alimentação e nutrição - monitoramento do estado nutricional e consumo alimentar de coletividades - monitoramento e avaliação de programas - recebimento de recursos
No âmbito regional	- apoio à gestão dos serviços de alimentação e nutrição dos municípios - apoio, monitoramento e avaliação de programas
No âmbito estadual	- gestão dos serviços estaduais de alimentação e nutrição - monitoramento do estado nutricional e consumo alimentar de coletividades - monitoramento e avaliação de programas - formulação de políticas públicas
No âmbito federal	- gestão da política nacional de alimentação e nutrição - monitoramento do estado nutricional e consumo alimentar de coletividades - monitoramento e avaliação de programas - formulação de políticas públicas

Fonte: ROLIM (2013, p.35).

Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de uma abordagem histórica sobre o SISVAN e seu processo de implementação. Neste sentido, este capítulo apresenta três subitens, sendo um primeiro sobre a Implementação do SISVAN no Brasil – do registro no papel ao registro na rede, o segundo sobre Implementação do SISVAN na América Latina, o terceiro sobre a Implementação do SISVAN no Paraná e na 9ª Regional.

#### 4.1 IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA AMÉRICA LATINA

No Brasil, como em outros países da América Latina, África e Ásia a vigilância alimentar e nutricional surgiu através de uma iniciativa internacional para dar resposta ao cenário preocupante de fome, desnutrição e carências de micronutrientes identificadas e mapeadas em pesquisas pioneiras realizadas nas décadas de 1950 e 1960, possuindo como principal referência no Brasil, Josué de Castro. Identificou, por conseguinte, um empenho multinacional no sentido de estabelecer políticas e programas sociais guiados para a redução das deficiências alimentares, dos agravos nutricionais e seus efeitos no quadro biológico e social (BATISTA FILHO; RISSIN, 1993; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017).

Devido a importância da nutrição para a saúde das populações, desde 1970 a OMS vem incentivando os países a desenvolverem SISVAN. Porém, somente a partir da realização da Conferência Mundial de Alimentos em 1974 em ROMA, que houve um aumento significativo do número de países que conferiram grandes esforços para melhoria da situação nutricional de suas populações (ARRUDA, 2006; PEDROSO, 2010). Ainda Pedroso (2010, p. 13) ressalva que “desde a formulação desta proposta, países passaram a desenvolver e implantar os SISVAN, com particularidades, características, necessidades e disponibilidade próprias”. Contudo, o mesmo autor ressalta que “apesar da euforia despertada por esta Conferência e outras reuniões posteriores, ocorreram frustrações dos técnicos e cientistas, pois nem sempre eram aplicadas as medidas mais indicadas para as áreas onde eram maiores as necessidades”.

Com relação a operação e desenho dos SISVAN, a maioria dos Sistemas semelhantes existentes foram implantados em nível nacional, observando todas as divisões político- administrativas dos países, exceto Honduras, que procurou executar primeiramente um estudo em uma área definida para depois ampliá-lo em nível nacional (PEDROSO, 2010). Após a experiência obtida no Chile com um sistema em nível nacional, em seu estudo Vio et al. (1991 *apud* PEDROSO, 2010, p.32) realizaram uma avaliação deste, apontando que a implantação do sistema diretamente em todo o país foi um erro. Estes autores salientaram a necessidade de um estudo piloto prévio, onde poderiam ser mais facilmente corrigidos os erros implicados no desenvolvimento de todo programa novo. No caso brasileiro, também se percebeu que houve muitas tentativas isoladas nos estados, antes da sua implantação pelo Ministério da Saúde, em 1990.

Considerando os obstáculos para implementação do SISVAN no Brasil, alguns sistemas foram desenvolvidos particularmente no setor da saúde, incluindo de El Salvador, visto que este setor é que apresenta as maiores preocupações com os problemas alimentar e nutricional. Trowbridge e Stetler (1980) descrevem a experiência adquirida no desenvolvimento de uma atividade de vigilância do estado nutricional do Ministério da Saúde de El Salvador. Esta atividade foi desenvolvida como um método simples, um prático sistema para a coleta rotineira de informações sobre saúde e estado nutricional para uso no planejamento da saúde. A atividade de vigilância em El Salvador foi desenvolvida exclusivamente no setor da saúde. Abordagem foi adotada por razões práticas, e foi considerado que a vigilância

nutricional poderia ser melhor desenvolvida passo a passo e que o desenvolvimento e um meio de monitorar o estado nutricional dentro do setor da saúde foi um primeiro passo lógico.

O Brasil e diversos países da América Latina têm experimentado nos últimos vinte anos uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional, sendo que as características e os estágios de desenvolvimento da transição diferem entre os países, conforme seu aspecto político, econômico e social (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; KAIN; VIO; ALBALA, 2003; QUISPE, 2017). É relevante lembrar, todavia, que na América Latina e Caribe somente o Brasil, Costa Rica e Cuba são países cujo a saúde é um direito universal (FONSECA; VIANA, 2007). Dessa maneira, as novas constituições da Venezuela, Bolívia e Equador elaboradas ao longo dos anos de 2000 utilizaram esse modelo, tal qual incorporaram, os conceitos de multiculturalismo e o “Bem Viver”, porém, não instituíram a legislação regulamentadora. Demais governos progressistas na região Latino Americana não estabeleceram alterações constitucionais, mas geraram programas ou leis que mostram a mesma direção (LAURELL, 2016).

O Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional (CERESAN) (MALUF; PRADO, 2015) em seu estudo sobre atuação brasileira na América Latina e Caribe evidencia:

A apreensão da noção de segurança alimentar na América Latina e Caribe é um componente importante da trajetória internacional dessa noção desde meados do século XX, conforme argumentado em MALUF (2007). A produção agroalimentar, nas suas mais variadas formas, desempenha papel destacado na formação social e econômica dos países desta região, entre os quais, inclusive, se encontram tradicionais exportadores mundiais de produtos agroalimentares, entre os quais o Brasil. Isto não impediu, contudo, que por longo período parcela significativa de suas populações padecesse de graves problemas alimentares e estivesse exposta à fome, agravada pela passagem de vários países à condição de importadores líquidos de alimentos no contexto do chamado ajuste estrutural. Por esta razão, a questão alimentar no continente latino-americano está estreitamente associada à equidade social como, de resto, acontece com todos os temas relevantes numa região marcada por elevados índices de pobreza e desigualdade social (MALUF; PRADO, 2015, p.13).

Consequente Pedroso (2010, p.30) em seu estudo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): uma revisão na América Latina e Brasil apresenta informações sobre a experiência do SISVAN em seis países da América Latina, incluído o Brasil. Vale ressaltar que as informações apresentadas são daqueles países

sobre os quais se conseguiu obter informações disponíveis segundo os métodos realizados para a revisão, podendo, assim, haver experiências de SISVAN em outros países que não são apresentadas . Na Figura 2, são apresentadas a Descrição das experiências de implantação do SISVAN em países da América Latina, discriminando o nível e formato do sistema e os setores envolvidos.

Pedroso (2010) ressalta que nenhum dos países estudados comprovou uma real implantação e prosseguimento do sistema: “Geralmente estes foram restritos a relatos de experiências de implantação ou não foram encontrados estudos com dados da continuidade destes sistemas a longo prazo” (PEDROSO, 2010, p.32). O autor ainda salienta que “diversos países passaram a desenvolver e implantar o SISVAN, com particularidades, características, necessidades e disponibilidade próprias”. Ainda acrescenta que “até o momento não há estudos reunindo estas experiências de implementação do SISVAN nos países da América Latina de forma sistemática, apontando suas dificuldades, necessidades, aplicabilidades e resultados” (PEDROSO, 2010, p. 29).

Considerando os dados descritos sobre os sistemas relatados, os quais não tive acesso às perguntas que compõem estes sistemas, posso imaginar que as perguntas sejam semelhantes, de modo a refletir que os problemas dos burocratas do nível de rua nos demais países latino-americanos sejam semelhantes aos problemas enfrentados pelos burocratas brasileiros. Neste sentido, é possível também não haver profissionais capacitados para alimentar o sistema, o que reduz a capacidade de efetividade desta política pública.

**Figura 2** - Descrição das experiências de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar nos países da América Latina

País	Ano	Nível do sistema	Formato do sistema	Setores ou instituições envolvidas	Público-alvo	Fontes dos dados	Indicadores ou dados utilizados	Ref
El Salvador	1975 - ?	Nacional	Unisetorial	Ministério da Saúde	Crianças menores de 5 anos	Sistema de ambulatórios clínicos	- % crianças com diagnóstico de má-nutrição - % crianças nos graus II e III de déficit de P/I segundo Gomez - diagnóstico de diarreia	Trowbridge Stetler, 1980 <sup>17</sup>
Honduras	1976 – 1979	Regional (departamento de <i>El Paraíso</i> )	Multisetorial	Ministério de Saúde Pública e Assistência Social, Ministério de Recursos Naturais, Ministério da Educação Pública, Instituto Nacional Agrário, Junta Nacional do Bem Estar Social, Conselho Superior de Planificação Econômica (CONSUPLANE)	Todas as faixas etárias; principalmente crianças menores de 5 anos	Dados disponíveis que já eram rotineiramente coletados pelos diversos setores envolvidos	Indicadores de disponibilidade (regime de chuvas, previsão de colheita, colheita obtida, posse da terra), consumo (preço de grãos básicos, absenteísmo escolar por enfermidade, evasão escolar, rações alimentares distribuídas) e utilização biológica dos alimentos (mortalidade infantil, mortalidade em crianças de 1 a 4 anos, diagnósticos de desnutrição e diarreia em menores de 5 anos, baixo peso ao nascer, imunização contra sarampo, rendimento escolar)	Aranda-Pastor et al, 1978 <sup>16</sup> ; Aranda-Pastor, 1979 <sup>22</sup> ; Aranda-Pastor et al, 1981 <sup>23</sup> ; Aranda-Pastor et al, 1981 <sup>24</sup>
Costa Rica	1978 - ?	Nacional	Multisetorial	Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Segurança Social	População total, dividida em grupos funcionais com base na ocupação do chefe de família	Mecanismos de coleta de dados já existentes (censos populacionais, censos agrícolas, estudos socioeconômicos, dados antropométricos coletados a nível escolar, estudos nutricionais, programas de saúde, dados trabalhistas)	Indicadores sobre o tamanho, localização geográfica e administrativa e características sociais, econômicas e nutricionais dos grupos funcionais; Parâmetros descritivos antropológicos	Valverde et al, 1981 <sup>18</sup>
Chile	1983 – 1987	Nacional	Unisetorial	Ministério da Saúde	População materno-infantil	Dados ambulatoriais do setor saúde	Peso, altura, idade, duração do aleitamento materno, taxa de hemoglobina em gestantes, entre outros	Vio et al, 1991 <sup>20</sup>
Haiti	1994 - ?	Nacional	Multisetorial	Ministério da Saúde, Ministério da Agricultura	Crianças menores de 5 anos	Descrição analítica e ampla da situação nutricional utilizando dados e achados de fontes secundárias (repetidas aproximadamente em um intervalo de 10 anos), estudos a nível doméstico de acordo com os departamentos (repetidos quando necessário em um intervalo aproximado de 5 a 10 anos), e avaliações rápidas e pontuais usando técnicas antropológicas, assim como estudos departamentais sobre problemas específicos	Estado nutricional, alimentação infantil, saneamento, fonte de água, consumo alimentar, distância do centro de saúde mais próximo, história reprodutiva da mãe, orçamento familiar, artigos domésticos, morbidade e mortalidade, preços, conhecimentos, práticas e atitudes alimentares, entre outros	Mulder-Sibanda et al, 2002 <sup>21</sup>

Fonte: PEDROSO (2010, p.44).

## 4.2 IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL

Foi na década de 30 que apareceram os marcos que motivaram a concepção e a implementação de novas propostas na nutrição. Ressalta-se que a agenda de alimentação e nutrição nas políticas brasileiras precede o SUS. Através do trabalho pioneiro de Josué de Castro, a “Geografia da Fome”, é que passou a ser discutida a ocorrência de um déficit calórico e de nutrientes nas classes operárias. Por meio de um inquérito alimentar, promovido por Josué, em Recife, em 1933, concluiu-se que estas eram provenientes de desigualdades sociais, em consequência de um modelo econômico injusto e excludente. O estudo de Josué de Castro incentivou novos estudos sobre o tema em outros estados, como São Paulo e Rio de Janeiro, relacionando alimentação e salário-mínimo (ROMEIRO, 2006; CAMILO et al., 2011; JAIME et al., 2018). Por conseguinte, o Estado Brasileiro tem conhecido diversas modalidades de intervenção e programas sociais no campo da alimentação e nutrição (JAIME et al., 2018).

A partir da década de 60, a vigilância alimentar e nutricional foi impulsionada. Os especialistas da época evidenciaram a necessidade de um enfoque multicausal e multissetorial das questões relacionadas à nutrição e à alimentação bem como a avaliação e o acompanhamento dos modelos de intervenção (ARRUDA, 1992; 2006; CAMILO et al., 2011).

No ano de 1968, a Vigilância Alimentar e Nutricional foi preconizada no Brasil pela primeira vez, durante a 21ª Assembleia Mundial de Saúde mediante às propostas da OMS (Organização Mundial da Saúde), da OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e da FAO (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação). Foi recomendado que as ações da Vigilância Epidemiológica não deveriam ser restritas às doenças transmissíveis, mas deveriam ser também aplicáveis a outros problemas de saúde pública, incluindo aqueles relacionados à alimentação e à nutrição (CAMILO et al., 2011).

No ano de 1974, a vigilância alimentar e nutricional recebeu atenção do governo federal na Conferência Mundial de Alimentação, em Roma, onde foi estabelecido que os Estados-membros instituíssem sistemas de vigilância alimentar e nutricional, tornando-se parte da programação desenvolvida por numerosos países (WORLD HEALTH ORGANIZACION - WHO, 1976; ARRUDA, 1992; PEDROSO,

2010; CAMILO et al., 2011).

Destaca-se que um pouco antes, no ano de 1972, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), uma autarquia do Ministério da Saúde para dar assistência ao governo federal na formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e para elaborar o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN), no entanto, somente após 18 anos de criação do INAN que o sistema de vigilância foi institucionalizado, como será apresentado adiante. Nesse período o SISVAN não recebeu força política a ponto de ser implantado no país. Deste modo, as ações na alimentação e nutrição e atividades dirigidas por ele ficaram acopladas aos programas de distribuição de alimentos, alimentação do trabalhador, suplementação no combate às carências nutricionais específicas. Em 1976 foi elaborado o II PRONAN, que revelou um novo comportamento político administrativo, e apresentou-se inovador ao aprovar a desnutrição como uma doença social (CAMILO et al., 2011; SILVA, 2011; CARVALHO, 2015).

Foi somente em 1990, através da Portaria nº. 1.156/MS, de 31 de agosto de 1990 publicado no Diário Oficial da União que o SISVAN foi instituído (BRASIL, 2004a; 2015; VENANCIO et al., 2007; CAMILO et al., 2011; SILVA, 2011; ROLIM, 2013; CARVALHO, 2015; LIMA; SCHMIDT, 2018). Destaca-se que:

Os primeiros marcos legais que apoiaram as ações de VAN nos serviços de saúde foram elaborados na década de 1990, destacando-se a Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990, que instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) no Ministério da Saúde; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS); e as Portarias nº 79 e nº 80, de 16 de outubro de 1990, que estabeleceram estratégias de apoio técnico e operacional para a prática de VAN e a implementação do Sisvan. (BRASIL, 2015, p. 9)

O SISVAN, sendo um campo de atuação do SUS, obteve novas características, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (LOS), a qual explica que todas as ações e serviços públicos de saúde que integram o SUS devem ser desenvolvidos respeitando os seguintes princípios:

i) da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; ii) da integralidade de assistência entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivo; iii) da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; iv) da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; v) do direito à informação,

às pessoas assistidas, sobre sua saúde; vi) da divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; vii) da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, da alocação de recursos e a orientação programática; viii) da participação da comunidade; e ix) da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a, não p.).

Por conseguinte, as ações e serviços de saúde devem ser executados pelo SUS e organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pelas respectivas Secretarias de Estado de Saúde; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente, sendo que cada esfera deve ter capacidade de resolução em todos os níveis de assistência. É nessa articulação que o SISVAN segue os mesmos princípios e critérios de organização, onde o SISVAN compreende as atividades que necessitam englobar toda a população, cuidando das pessoas em sua integralidade, divulgando suas informações e usando seus dados epidemiológicos para o estabelecimento de ações, sendo operacionalizado hierarquicamente com a divisão administrativa em municípios, estado e federação (BRASIL, 1990b).

No ano de 1990 foi implantado em forma de Projeto-Piloto um modelo de SISVAN em duas situações operacionais: uma, na área metropolitana do Pernambuco (Recife), utilizando a rede de serviços básicos de saúde da Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a outra, no interior do Estado da Paraíba (Piancó e Itaporanga), de acordo com os serviços públicos de saúde do governo do estado e dos municípios. Fez uso de: um modelo simplificado: “classificação antropométrica da situação nutricional pelo método de GOMEZ (Peso/Idade), suplementação alimentar, acompanhamento dos casos de desnutrição e promoção do aleitamento materno” (ROMEIRO, 2006, p.28). Depois de quatro anos dessa pesquisa, o SISVAN foi implantado em vinte municípios do Estado de Pernambuco, produzindo um boletim trimestral, numa sequência de 23 números, durante seis anos. Em um Boletim eram divulgadas informações sobre peso ao nascer, estado nutricional das mães e crianças, prática do aleitamento materno, bem como preços de bens e serviços nas despesas familiares, com relevância no custo da alimentação na zona metropolitana do Recife. Observou-se assim, a ampliação rápida do SISVAN no Brasil, englobando os Estados do Ceará, Paraíba, Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Pará e Goiás (ROMEIRO, 2006).

O SISVAN é um valioso instrumento de apoio às ações de promoção da saúde que visa coletar, processar e analisar os dados de forma contínua da população, permitindo um diagnóstico atualizado da situação nutricional, como também seus fatores determinantes e suas tendências temporais. Estes dados colaboram para que se reconheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, diferenciando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de risco e contribuindo para formulação de políticas e estabelecimentos de programas e intervenções em saúde (BRASIL, 1990b; 2004a; VENÂNCIO et al., 2007; PEDROSO, 2010; SILVIA, 2011; CARVALHO, 2015).

No ano de 1994, o SISVAN constituiu-se como pré-requisito para o financiamento e a implantação de programas assistenciais com foco na recuperação da desnutrição e no cuidado de crianças e gestantes em risco nutricional, por exemplo, o caso do programa “Leite é Saúde”, que foi substituído pelo Programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (PICCN), em 1998 (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014; CARVALHO, 2015; BRASIL, 2015; NASCIMENTO, 2016; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017).

No ano de 1997, com a extinção do INAN, ocorreu a criação da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) que, por sua vez, se tornou responsável pela rápida elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (CAMILO et al., 2011; JAIME et al., 2018).

No ano de 1999, por meio da Portaria GM/MS nº 710 de 10/06/99, o Ministério da Saúde realiza a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2004a; 2015; SILVA, 2011; PIMENTA; ROCHA; MARCONDES, 2015; NASCIMENTO, 2016; JAIME et al., 2018; FERREIRA et al., 2018) - “integra os esforços do Estado Brasileiro que, por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação” (BRASIL, 2013, p.6). Com o PNAN a ideia de um sistema voltado à vigilância do estado alimentar e nutricional foi recebendo força e, a partir deste, é que foi definido que o SISVAN fosse ampliado e aperfeiçoado de forma a agilizar e estender a cobertura de todo o território nacional (BRASIL, 2004a; SILVA, 2011).

No ano de 2000, foi realizado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN o I Encontro de Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN), no qual verificaram uma necessidade urgente de uniformização e informatização do SISVAN em nível

nacional. Juntos às universidades de ensino superior os CECANs foram criados com o propósito de contribuir com ações de alimentação e nutrição no estado e nos municípios de sua abrangência (ROLIM, 2013). Os primeiros ensaios dos sistemas gerenciais das informações do SISVAN aconteceram no Estado de São Paulo, com o aplicativo SISVAN-SP para crianças menores de 5 anos, e no Paraná, com a ação “Pesar e medir no Programa do Lactente”, no início dos anos 2000 (VENANCIO et al., 2007; CORTEZ; FIGUEIREDO; BRANDÃO, 2002; NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017).

No ano de 2001, a Vigilância alimentar e Nutricional (VAN) integra a terceira diretriz da PNAN, onde consiste na descrição contínua e no prognóstico de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Contemplando diferentes estratégias de vigilância epidemiológica, como inquéritos populacionais, as chamadas nutricionais e a produção científica (JUNG; BARROS; NEUTZLING, 2014). Ela foi incorporada na agenda, como uma das obrigações referente à saúde das famílias integrantes do Programa Nacional de Renda Mínima (Bolsa Alimentação). O programa repassava recursos financeiros às famílias em situação de pobreza, com crianças menores de sete anos em risco nutricional para a desnutrição. Entre as obrigações, as famílias periodicamente tinham de levar as crianças ao serviço de saúde para verificar as medidas de peso e estatura dentre os compromissos das condicionalidades (BRASIL, 2015).

BRASIL (2004a) ressalta nesse mesmo ano a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição a:

Realização pela Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição - Ministério da Saúde de diagnóstico da situação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, em nível nacional. As limitações encontradas foram: baixa cobertura, pouca qualidade dos dados, descontinuidade no envio, falta de integração entre os sistemas existentes (iniciativas estaduais/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, as informações eram somente sobre estado nutricional e não alimentares (BRASIL, 2004a, p.10).

No ano de 2002, a Coordenação - Geral da Política e Alimentação e Nutrição (CGPAN) iniciou uma nova reestruturação e informatização no SISVAN, através de orientações básicas para coleta, processamento, análise dos dados e informações nos serviços de saúde, acatando as reivindicações dos estados e municípios em todo

o território nacional (BRASIL, 2004a; ARRUDA, 2006; CAMILO et al., 2011; ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014).

No ano de 2003, com a união dos programas setoriais de transferência de renda e a criação do PBF (Programa Bolsa Família), a VAN na população infantil foi reforçada, assim aumentando agenda de compromissos das famílias aos serviços de saúde. Como também, o Bolsa Alimentação quanto o PBF estendeu o acesso das populações em situação de vulnerabilidade social aos serviços de Atenção Básica, colaborando para a equidade no SUS. Portanto, ambos os programas aumentaram a cobertura do acompanhamento do estado nutricional de mulheres e crianças no Sisvan (BRASIL, 2015).

No ano de 2004, foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde a primeira versão do SISVAN com abrangência nacional e **informatizada**, pautada pela Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004b), onde o Departamento de Informática do SUS – DATASUS seria responsável pela manutenção e o suporte técnico, aos estados e aos municípios, do sistema informacional para o envio dos dados antropométricos ao Ministério da Saúde, contando 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 (VENANCIO et al., 2007; BRASIL, 2017a). Essa mesma Portaria instituiu e divulgou 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) e recomendou a responsabilidade pela implantação e a supervisão das ações do SISVAN ao profissional nutricionista (BRASIL, 2004b; NASCIMENTO, 2016). Nesse mesmo ano foi criado o PBF, com “a finalidade de unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do governo federal” (CAMILO et al., 2011, p.226).

No ano de 2008, a necessidade da utilização do SISVAN na Atenção Primária à Saúde do SUS, foi fortalecida pela Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja a ação era realizar o diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, propiciada pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional confere racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, respeitando a diversidade étnica, racial e cultural

da população (BRASIL, 2008). Também nesse mesmo ano, após várias tentativas de aperfeiçoar o sistema, foram identificadas as potencialidades, limitações e avanços no estabelecimento de um novo sistema informatizado, resultando no lançamento do SISVAN *Web*, um sistema informatizado com objetivo de registrar os dados da vigilância alimentar e nutricional de todos os usuários do SUS em substituição ao Módulo Municipal, promovendo o processo de coleta, consolidação e análise dos dados sobre o estado nutricional dos indivíduos, liberado a todos os municípios do país, via internet, substituindo o antigo método de coleta de dados manual, realizado por meio do preenchimento de planilhas e tabelas (ROLIM, 2013; BRASIL, 2017a; LIMA; SCHMIDT, 2018; FERREIRA et al., 2018). O sistema SISVAN *Web* foi criado com o intuito de superar os problemas relacionados com a coleta de dados e a geração da informação que antes eram feitas manualmente o que levava a uma baixa cobertura no país, no qual era denominado SISVAN Módulo Municipal, onde utilizavam formulários e planilhas. A partir da criação do SISVAN *Web*, este passou a ser aplicado via *internet*, tendo acesso universal, online. Ele permite gerar automaticamente os registros eletrônicos na forma de relatórios do estado nutricional e alimentar, por idade, gênero ou região, em anos, ou meses, permitindo ao gestor de saúde conhecer o perfil da população (FERREIRA; CHERCHIGLIA; CESAR, 2013; FERREIRA et al., 2018; ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014).

O acompanhamento da saúde infantil é de grande importância, pois corresponde ao crescimento e ao desenvolvimento da criança assistida. Assim, foi preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) o acompanhamento nutricional e alimentar das crianças, no SISVAN-Web, para que siga o calendário mínimo de consultas para a assistência à criança. Logo, deve ser realizado aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 meses e aos 24 meses; de 3 anos em diante, abrangendo a gestação o acompanhamento deve ser realizado uma vez por ano ao menos (BRASIL, 2011b; FERREIRA; CHERCHIGLIA; CESAR, 2013; ROLIM, 2013).

Os trabalhadores da Atenção Básica (AB) realizam a coleta de dados e a alimentação do Sisvan. Os dados antropométricos e do consumo alimentar dos usuários do SUS são colocados no sistema mediante uma plataforma on-line acessada na unidade ou secretaria de saúde. A Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) do Ministério da Saúde é quem realiza a administração central deste sistema. Os dados do estado nutricional inseridos no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SIGPBF) são migrados semestralmente para o SISVAN-Web.

Enes, Loiola e Oliveira (2014) ressaltam que:

Atualmente os sistemas informatizados de vigilância alimentar e nutricional em operação correspondem a um conjunto de sistemas de informações alimentados em nível local, que têm como objetivo principal produzir dados contínuos sobre as condições nutricionais e alimentares da população. Estes abrangem o SISVAN *Web* e SISVAN Módulo de Gestão (Bolsa Família), sendo este último voltado especificamente para o monitoramento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014, p.1544).

Destaca-se que por meio da Portaria 2.715, em 17 de novembro de 2011, ocorre a atualização da PNAN, evidenciando a importância do SISVAN na Atenção Básica à Saúde, sendo este um instrumento de implantação e operacionalização da PNAN nos estados e municípios, tendo como principal objetivo monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida, apoiando os profissionais no diagnóstico local, fortalecendo a vigilância de povos e comunidades (BRASIL, 2015; ROLIM, 2013). Desse modo, a PNAN tem por pressupostos os direitos à Saúde e à Alimentação, sendo assim guiada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular). Ainda em 2011, “o SISVAN foi adotado como um dos indicadores contratualizados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ tornando-se requisito de permanência das equipes de atenção básica no PMAQ” (ROLIM, 2013, p.22).

O Relatório de gestão 2007-2010 da CGAN em 2009 (BRASIL, 2011a), trata do processo de importação dos dados de acompanhamento nutricional do Programa Bolsa Família, para o SISVAN *Web* ao final de cada vigência (segunda de 2008 e primeira de 2009). Depois da implementação do SISVAN *Web*, ficou eminente o aumento relevante do número de acompanhamentos nutricionais realizados na atenção básica, aumentando de 1 milhão para quase 1,8 milhões de pessoas acompanhadas de 2007 para 2008. No ano de 2009, o número pessoas da atenção básica acompanhadas superou 2,7 milhões.

BRASIL (2011a, p.20) apresentam os principais desafios para o SISVAN *Web* no Relatório de Gestão de 2007-2010:

Os principais desafios para o SISVAN Web nos próximos anos são a **expansão da utilização do sistema**, tanto em termo da implantação do SISVAN nos serviços de saúde (com a meta de estar implantado em todas as unidades básicas de saúde), quanto do aumento no acompanhamento de marcadores de consumo alimentar e da cobertura populacional dos acompanhamentos e **a maior utilização das informações produzidas pelos profissionais e gestores locais para subsidiar as ações de saúde e nutrição no nível individual e coletivo nas comunidades**. Além disso, tendo em vista o aspecto intersetorial do SISVAN, uma vez que representa o principal sistema de informação da saúde na interface com a segurança alimentar e nutricional (SAN), também são desafios a **expansão do sistema em outros setores, particularmente no âmbito das escolas, bem como o reforço à maior articulação do SISVAN com os demais sistemas** que se relacionam com a SAN (BRASIL, 2011a, p.20, grifo da autora)

Rolim (2013) salienta a importância de se garantir não somente a padronização e a correta coleta e digitação dos dados do SISVAN, como também a utilização de suas informações em tempo oportuno proporcionando decisões rápidas e eficazes no nível local, fornecendo respostas aos desvios nutricionais e evitando o agravamento da qualidade dos dados. Ademais, destaca o fornecimento de informações que amparem às decisões no campo da alimentação e nutrição e da promoção da saúde nas diferentes esferas de gestão do governo (ROLIM et al., 2015).

O SISVAN Web fica disponível no site (<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>) e tem o acesso liberado somente aos coordenadores das ações SISVAN nos municípios, sendo destes a responsabilidade na manutenção dos dados daquele município (BRASIL, 2020).

BRASIL (2017a) apresenta o Manual Operacional para uso do SISVAN, versão 3.0, e comunica o objetivo de otimizar a integração com o e-SUS Atenção Básica:

Assim, este manual foi elaborado com o objetivo de orientar o uso das funcionalidades da versão 3.0 do Sisvan e foi organizado com a seguinte estrutura: 1 – Aspectos gerais; 2 – Bloco de Cadastro; 3 – Bloco de Registro de Acompanhamento; 4 – Bloco de Vinculações; 5 – Bloco de Relatórios; 6 – Integração do Sisvan com outros sistemas de informação; 7 – Suporte ao Sistema; e 8 - Materiais de apoio (BRASIL, 2017a, p. 6).

O Manual Operacional do SISVAN - versão 3.0 informa que o sistema está disponível com o objetivo de registrar e a disseminar as informações a respeito da avaliação antropométrica e de consumo alimentar da população atendida pelo SUS na Atenção Básica, para todos os níveis de idade (de criança à idoso), como também assegurando o acesso independente de sexo, raça e escolaridade (BRASIL, 2017a). O estado nutricional das pessoas é um indicador positivo de saúde, ao contrário da maioria dos indicadores clássicos de morbidade e mortalidade, que medem a

ausência de saúde. Desse modo, conhecer o seu uso e a cobertura do sistema são de fundamental relevância para avaliar a representatividade dos indicadores de alimentação e nutrição produzidos pelo SISVAN (JUNG; BARROS; NEUTZLING, 2014).

O sistema tem como objetivo o levantamento e a manutenção de dados estatísticos de aspectos importantes da vigilância alimentar e nutricional e, a partir disto, os gestores de saúde podem reconhecer alguns aspectos de seu *locus*, as demandas gerais e específicas daquela região e quais aspectos que deverão ser prioritários na implantação de políticas públicas de forma mais eficiente e focada. O conhecimento destas informações permite que os gestores de saúde implementem estratégias para a promoção de melhorias das condições de saúde relacionadas com a alimentação e nutrição, mantendo a atenção em indicativos do estado nutricional e de consumo alimentar daquela população.

Contudo para que isso seja possível, Silva (2011) faz um alerta da necessidade de que o SISVAN tenha o registro das informações de alimentação e nutrição de toda a população do município. Os dados nacionais do SISVAN mostram que maior parte dos registros é realizada com crianças, e segundo o Ministério da Saúde, o público infantil representa mais da metade dos registros do sistema nos anos de 2003 a 2006 (JUNG; BARROS; NEUTZLING, 2014). Segundo Rolim (2013), a partir dos dados reconhecidos e divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constata-se a existência, no Brasil, de 5.561 municípios, enquanto dados apresentados pelos Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição, mostraram que o Brasil apresentou 5.565 municípios com SISVAN ativos. Relevante destacar ainda que esse fato pode ser atribuído pelos municípios que não foram formalmente reconhecidos. Também relevante destacar que o Brasil apresenta 344 Regionais de Saúde e o número oficial apresentado pelo Ministério da Saúde são 357, considerando as que funcionam na prática da rotina relativa às ações de alimentação e Nutrição. O mesmo autor também destacou que no Brasil, o SUS reconhece o município como lugar privilegiado para desenvolvimento de ações de vigilância e promoção da saúde, ressaltou ainda que para uma efetiva implementação na esfera local, é imprescindível a adesão dos gestores de saúde, para garantia de investimentos em capacitações dos profissionais e uma estreita integração com as Equipes de Saúde da Família. Assim, ressalta-se a importância da realização de estudos avaliativos, pois 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.

Resumidamente, pode-se dizer que a implantação do SISVAN no Brasil passou por diferentes etapas, onde identifica-se que apesar do avanço desse Sistema a escassez de diagnóstico territorial, impossibilita o monitoramento Estado Nutricional e o Consumo Alimentar, além de ainda de não ser visto pelos gestores como prioridade, geração de dados e produção de informações para acompanhamento de política pública.

#### 4.3 IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO PARANÁ E A DISCRICIONARIEDADE

Considerando o relato em item anterior sobre o SISVAN no Brasil, nota-se que o SISVAN apresenta como objetivo proporcionar o diagnóstico da situação nutricional, apresentar as condições de nutrição e alimentação de uma população e seus fatores determinantes, com o propósito de planejamento e avaliação de políticas, programas e intervenções, bem como avaliar o estado nutricional das pessoas para conseguir o diagnóstico precoce dos desvios nutricionais, seja baixo peso ou sobrepeso/obesidade, reduzindo as consequências decorrentes desses agravos à saúde (PARANÁ, 2020). A regionalização em saúde é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão que foi criada para orientar a estruturação e descentralização das ações e serviços de saúde. Esta medida foi adotada devido à necessidade do planejamento e gerenciamento da saúde a nível territorial para negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006a).

A territorialização é um dos pressupostos básicos das equipes de Atenção Básica principalmente para a organização do processo de trabalho, pois viabiliza pensar e fazer saúde na situação de cada realidade social, cujos acontecimentos que afetam a vida, como também a saúde das populações, são resultantes de interações e circunstâncias diversas. Ressalta-se que todos os profissionais das equipes de AB, até mesmo aqueles que atuam no apoio matricial a estas equipes, contribuem nesse processo de olhar contínuo sobre o território. Nessa situação a VAN é fundamental para cartografar o território, para mostrar e entender como se dão as relações, as tradições e os costumes praticados pela comunidade no que se refere às práticas alimentares (BRASIL 2015).

Carvalho (2015) em seu estudo expõe que:

Para fortalecer a regionalização foram pactuados, em 2006, alguns pressupostos para sua atuação, sendo eles: *territorialização*, ou seja, na apropriação, por parte dos gestores, dos espaços locais, e no reconhecimento do seu perfil demográfico, epidemiológico, cultural, e social; *flexibilidade*, no sentido de respeito às diversidades regionais; *cooperação* é o princípio em que deve haver compartilhamento e ação conjunta entre as esferas do governo com a finalidade de buscar soluções para as dificuldades vivenciadas em cada território, *cogestão*; ou seja, relação em gestores de saúde na atuação e no planejamento para permitir um desenvolvimento de forma solidária e cooperativa; *financiamento solidário*, de forma que haja um mapeamento e priorização dos recursos financeiros; subsidiariedade, no tocante à capacidade de resolutividade local; *participação e controle social*, para garantir as reais necessidades de saúde da população através da expressão dos cidadãos (CARVALHO, 2015, p. 19).

Em estudo realizado sobre o estado do Paraná, Rigon (2012) evidencia dados nacionais de abrangência do Sistema, que teve um acréscimo significativo a partir de 2007:

Em relação ao acompanhamento do perfil alimentar e nutricional da população usuária do SUS, realizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) com a coleta de informações na atenção básica, foram registrados importantes avanços na cobertura desse sistema a partir de 2008, quando passa a ocorrer a disponibilização do acesso pelos municípios ao SISVAN WEB. **No período 2007/2008 ocorreu o monitoramento de 1,8 milhões de usuários, contingente que aumentou consideravelmente no período 2008/2009, passando a 2,7 milhões o número de indivíduos acompanhados pelo sistema.** Como esse trabalho envolveu a incorporação de marcadores de consumo alimentar e o seu monitoramento, proporcionou o início do acompanhamento desses indicadores pela Rede Amamenta Brasil e pela Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). **No ano de 2009 houve o registro do acompanhamento de 457 mil indivíduos** (RIGON, 2012, p.219-grifo da autora).

O estado do Paraná está dividido em quatro macrorregionais, que se subdividem em 22 regionais e envolvem 399 municípios, totalizando 399 secretarias municipais de saúde (PARANÁ, 2020), como pode ser visto na Figura 3. O Município de Foz do Iguaçu compõe a 9ª Regional de Saúde localizada na macrorregião de saúde Oeste do Paraná, envolvendo nove municípios: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu como pode ser observado na Figura 4.

Atualmente, no Paraná, existem 1.878 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 768 Postos de Saúde, totalizando 2.646 estabelecimentos conforme consulta ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) (PARANÁ, 2021).

**Figura 3 - Mapa Político do Paraná**

Fonte: PARANÁ (2020, p.26).

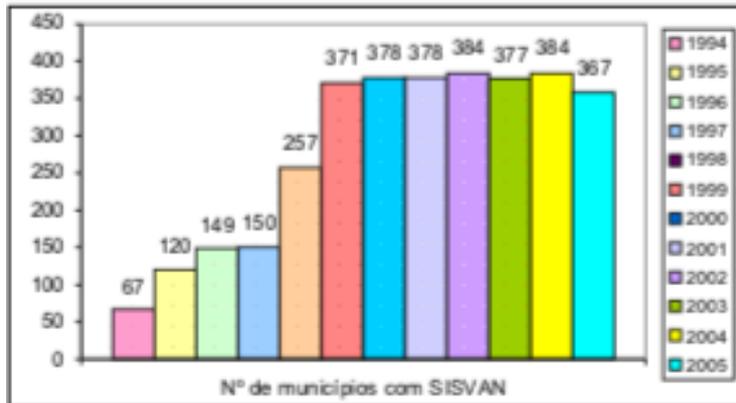
**Figura 4 - Mapa da 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu**

Fonte: PARANÁ (2021, não p.)

Na rede estadual básica de saúde do Paraná a implantação do SISVAN começou no 2º semestre de 1994, havendo como público crianças menores de cinco anos e gestantes. Para o 2º semestre de 2003, foi expandida a faixa etária de crianças com o seu estado nutricional monitorado para 83 meses, cerca de 7 anos (PARANÁ, 2020).

O Paraná foi um dos estados brasileiros piloto no processo de informatização do SISVAN. A base do banco de dados do sistema é alimentada a nível estadual pela Coordenação de Vigilância Nutricional – COVN/SESA. O propósito da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, através da COVN - PR, de auxiliar e incentivar o processo de implantação/implementação do SISVAN no Estado, possibilitou depois de 7 anos de sistema padronizado e com base nas informações geradas pelos profissionais de saúde em nível local, avaliar o perfil nutricional de crianças e gestantes que comparecem aos serviços de saúde do SUS, comparar o diagnóstico da situação nutricional nos diferentes anos, acompanhar crianças e gestantes em risco nutricional direcionando-as aos programas de saúde vigentes no Estado e colaborar para melhor articulação de ações intersetoriais visando, dessa forma, reduzir os agravos nutricionais (PARANÁ, 2020a). O Gráfico 1, mostra o crescimento da cobertura do SISVAN no Estado do Paraná, ao longo dos anos 2000. Na pesquisa, não foram encontrados dados mais atualizados.

**Gráfico 1** - Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, nos municípios paranaenses, período de 1999 a 2005



Fonte: PARANÁ (2020b, não p.).

Essa cobertura viabiliza a sensibilização que vem sendo solicitada pela Coordenação de Vigilância Nutricional, por meio da construção do SISVAN no quadro da informação/construção e de indicadores/planejamento/ação = ATITUDE DE VIGILÂNCIA (PARANÁ, 2020).

Na Figura 5 é possível observar o número de crianças acompanhadas pelas Regionais, onde é possível observar as Regionais do Paraná com maior número de acompanhamentos: 2ª Regional de Saúde (Região Metropolitana) com 26.369 crianças, 5ª Regional de Guarapuava com 8378 crianças e 3ª Regional de Saúde com

7836 crianças acompanhadas, enquanto a 12ª Regional apresentava apenas 2051 crianças com registro de acompanhamento.

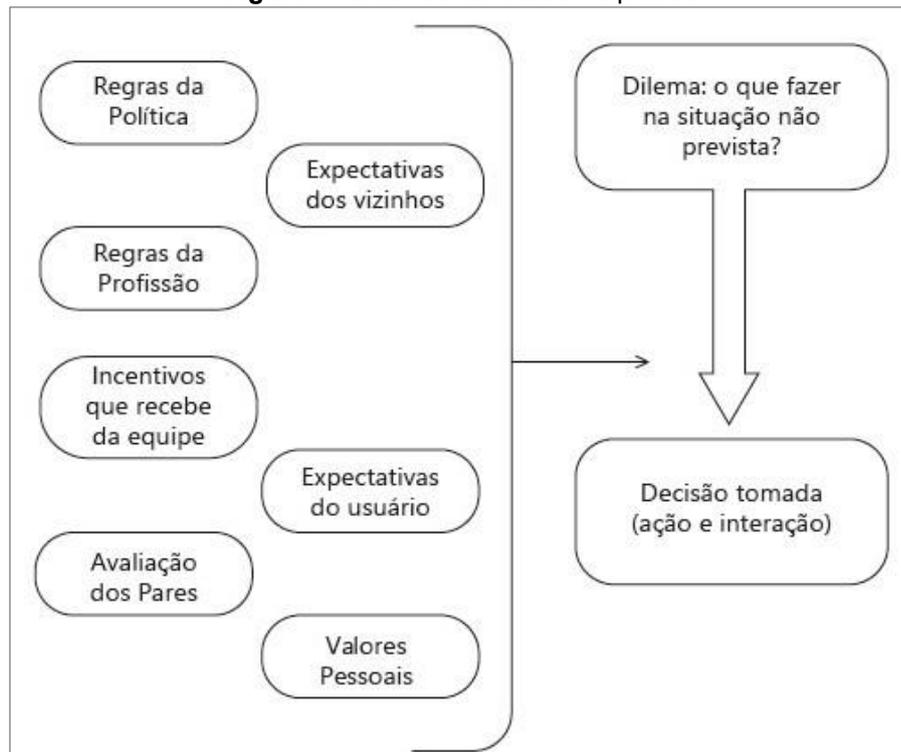
**Figura 5 -** Relatórios do Estado Nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice por Regional de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2008

PESO X IDADE													
Região	Código UF	UF	Código da Região de Saúde	Região de Saúde	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado ou Eutrófico		Peso Elevado para a Idade		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUL	41	PR	31	18ª RS Cornélio Procópio	22	0.57%	61	1.59%	3306	86.23%	445	11.61%	3834
SUL	41	PR	32	5ª RS Guarapuava	63	0.75%	194	2.32%	7615	90.89%	506	6.04%	8378
SUL	41	PR	33	6ª RS União da Vitória	21	0.71%	81	2.72%	2702	90.88%	169	5.68%	2973
SUL	41	PR	34	8ª RS Francisco Beltrão	32	0.77%	72	1.73%	3699	89.09%	349	8.41%	4152
SUL	41	PR	79	4ª RS Irati	32	0.94%	81	2.39%	3033	89.52%	242	7.14%	3388
SUL	41	PR	80	9ª RS Foz do Iguaçu	33	0.68%	79	1.63%	4389	90.38%	355	7.31%	4856
SUL	41	PR	141	11ª RS Campo Mourão	32	0.56%	93	1.63%	5109	89.77%	457	8.03%	5691
SUL	41	PR	142	13ª RS Cianorte	1	0.13%	14	1.83%	664	86.91%	85	11.13%	764
SUL	41	PR	146	3ª RS Ponta Grossa	106	1.35%	199	2.54%	7059	90.08%	472	6.02%	7836
SUL	41	PR	204	2ª RS Metropolitana	237	0.9%	565	2.14%	23829	90.37%	1738	6.59%	26369
SUL	41	PR	258	10ª RS Cascavel	29	0.75%	79	2.04%	3477	89.73%	290	7.48%	3875
SUL	41	PR	267	20ª RS Toledo	36	1.05%	52	1.52%	2961	86.5%	374	10.93%	3423
SUL	41	PR	268	7ª RS Pato Branco	49	1.04%	135	2.88%	4203	89.6%	304	6.48%	4691
SUL	41	PR	312	12ª RS Umuarama	14	0.68%	26	1.27%	1824	88.93%	187	9.12%	2051
SUL	41	PR	315	15ª RS Maringá	44	0.8%	102	1.86%	4723	86.26%	606	11.07%	5475
SUL	41	PR	316	22ª RS Ivaiporã	16	0.73%	80	3.63%	1897	86.07%	211	9.57%	2204
SUL	41	PR	367	14ª RS Paranavaí	38	0.64%	72	1.21%	5261	88.23%	592	9.93%	5963
SUL	41	PR	373	16ª RS Apucarana	28	0.59%	81	1.71%	4226	89.42%	391	8.27%	4726
SUL	41	PR	374	17ª RS Londrina	53	0.86%	88	1.43%	5275	85.73%	737	11.98%	6153
SUL	41	PR	375	21ª RS Telêmaco Borba	39	0.97%	119	2.96%	3635	90.33%	231	5.74%	4024
SUL	41	PR	427	19ª RS Jacarezinho	87	2.28%	110	2.89%	3298	86.58%	314	8.24%	3809
SUL	41	PR	428	1ª RS Paranaguá	22	0.84%	48	1.82%	2340	88.87%	223	8.47%	2633
<b>SUL</b>	<b>41</b>	<b>PR</b>			<b>1.034</b>	<b>0.88%</b>	<b>2.431</b>	<b>2.07%</b>	<b>104.525</b>	<b>89.13%</b>	<b>9.278</b>	<b>7.91%</b>	<b>117.268</b>
<b>TOTAL REGIÃO SUL</b>					<b>2.875</b>	<b>1.1%</b>	<b>5.632</b>	<b>2.16%</b>	<b>231.731</b>	<b>88.76%</b>	<b>20.839</b>	<b>7.98%</b>	<b>261.077</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>26.537</b>	<b>1.32%</b>	<b>71.253</b>	<b>3.55%</b>	<b>1.754.372</b>	<b>87.32%</b>	<b>157.002</b>	<b>7.81%</b>	<b>2.009.164</b>

Fonte: SISVAN Web 3.0 (2020, não p.).

Pela minha experiência, entendo que o burocrata de nível de rua são todos aqueles profissionais da saúde que precisam realizar seu trabalho diariamente, seja ela qual for sua função, o mesmo precisa agir com discricionariedade, pois são eles que vão determinar o acesso do público a direito e benefícios governamentais, por exemplo, ao mesmo tempo que precisam focar na produtividade, rapidez e eficiência, também precisam focar na individualidade das pessoas que buscam atendimento, efetividade e no tempo de resolver seus problemas.

Destaca-se que fatores diários podem influenciar o exercício da discricionariedade como é possível observar na Figura 6, elaborada por Lotta (2019) e que serve de parâmetro para este estudo de dissertação:

**Figura 6 -** Discricionariedade na prática

Fonte: LOTTA (2019, p.31).

Ressalta-se aqui que cada município paranaense também apresenta seu sistema de informação próprio, como o Consulfarma que faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde, Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde, auxiliando na gestão das informações dos usuários através de prontuário eletrônico, onde permite o controle nas diversas modalidades de serviços, onde os Municípios realizam um contrato através de licitação que podem ocorrer por um ano (modalidade que não dá para se renovar) ou até 5 anos.

No estudo realizado na Capital do Estado do Paraná na cidade de Curitiba foi apresentado o perfil nutricional da população usuária das Unidades de Saúde em todas as fases da vida. O estudo apresentou dados dos atendimentos realizados a partir de 2001 até dezembro de 2011, onde para avaliação do estado nutricional dessa população foram analisados os dados antropométricos (peso e altura). Relevante destacar que o ano de 2001 instituiu um marco para o SISVAN de Curitiba, pois passaram a ser analisados todos os dados antropométricos de atendimentos realizados nas Unidades de Saúde registrados no prontuário eletrônico, implantado na Secretaria Municipal da Saúde em 2000. Esta realidade substituiu o preenchimento manual das planilhas, o que ocorria desde 1991 e que era direcionado somente para crianças menores de 5 anos e gestantes (CURITIBA, 2012).

No Quadro 3, destacam-se com alguns indicadores de saúde do Paraná que apresentam relação com a situação nutricional de crianças:

**Quadro 3** - Indicadores relacionados à situação de nutrição e saúde da população brasileira, da Região Sul e do Paraná

Dimensão/Indicador	Indicadores (%)			Fonte / Ano
	Brasil	Região Sul	Paraná	
Baixo peso ao nascer (total)	8,20	8,71	8,60	Ministério da Saúde/2007 SESA/2007
Baixo peso ao nascer a termo	4,50	4,23	4,50	Ministério da Saúde/2007 SESA/2007
Prevalência de aleitamento materno aos 6 meses	78,00	72,00	-	Ministério da Saúde/2008
Prevalência de aleitamento materno exclusivo aos 6 meses	9,00	10,00	-	Ministério da Saúde/2008
Proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas pré-natais	56,60	72,20	75,00	Ministério da Saúde/2007 SESA/2007

Fonte: RIGON (2012, p.195).

Os dados demonstram ações que vêm sendo implementadas pelo setor saúde para que houvesse melhora nos indicadores relacionados ao estado nutricional infantil; no entanto, torna-se cada vez mais importante avançar na implementação dessa categoria de estratégias na área da saúde. A seguir, estão sistematizadas algumas informações geradas pelo SISVAN-PR, descrevendo o perfil nutricional de crianças menores de 5 anos, referentes ao período de 2013 a 2019, oriundos do SISVAN Web 3.0, apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Relatório do Estado Nutricional, segundo índice de massa corporal X idade de crianças de 0 a 5 anos, Paraná, 2013-2019

Crianças de 0 a 5 anos							
Ano	Magreza acentuada (%)	Magreza (%)	Eutrofia (%)	Risco de Sobrepeso (%)	Sobrepeso (%)	Obesidade (%)	Nº de crianças menores de 5 anos
2013	2,32	2,14	59,48	20,78	8,50	6,77	249.057
2014	2,28	2,19	59,42	20,54	8,60	6,96	230.961
2015	1,84	2,15	61,32	20,59	8,33	5,77	266.849
2016	2,14	2,18	60,66	20,10	8,07	6,85	286.049
2017	1,83	2,10	60,81	20,51	8,41	6,34	263.955
2018	1,53	1,9	61,09	20,71	8,63	6,15	260.586
2019	1,76	2,36	63,53	19,20	7,69	5,46	255.319

Fonte: A autora (2020) a partir do SISVAN Web 3.0 (BRASIL, 2020).

Segundo dados coletados do SISVAN no período de 2013 a 2019, foram avaliadas 1.812.776 crianças de 0 a 5 anos no Paraná. Na tabela, observa-se uma divisão feita em seis grupos, com a avaliação de magreza acentuada, magreza, eutrofia<sup>2</sup>, risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade. Os valores de magreza acentuada tiveram redução do ano de 2013 para o ano de 2019. No ano de 2013 o percentual de magreza acentuada foi de 2,32%, e de 1,76% no ano de 2019. Os percentuais de magreza, de risco de sobrepeso e de sobrepeso não apresentaram alterações significativas neste período. Os percentuais de magreza em 2013 foi 2,14% de 2,36% em 2019, já de risco de sobrepeso em 2013 foi de 20,78% e 19,20% em 2019; em 2013 Sobrepeso 8,50% e 7,69% em 2019. Os dados referentes a obesidade apresentaram variações, com redução significativa de 6,77% em 2013 para 5,46% no ano de 2019.

A seguir, estão sistematizadas as informações geradas pelo sistema, descrevendo o perfil nutricional de crianças menores de 5 anos, referentes ao período de 2017 a 2019 – da 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu, oriundos do Sistema de Vigilância Alimentar e nutricional (SISVAN), apresentados na Tabela 2.

---

<sup>2</sup> Eutrofia significa adequação nutricional (manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo e as necessidades nutricionais (BRASIL, 2011a).

**Tabela 2** - Estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos, da 9ª Regional de Saúde, 2017-2019

MUNICÍPIO	IMC X IDADE																	
	Magreza Acentuada (%)			Magreza (%)			Eutrofia (%)			Risco de Sobrepeso (%)			Sobrepeso (%)			Obesidade (%)		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Foz do Iguaçu	1,5	1,48	1,99	1,81	2,32	2,33	62,03	62,59	63,81	21,72	20,18	18,63	8,22	8,51	7,67	4,71	4,92	5,57
Itaipulândia	1,21	0,75	0,14	0,91	0,87	1,28	59,61	59,93	67,38	25,87	25,59	20,85	8,93	9,36	6,81	3,48	3,5%	3,55
Matelândia	1,51	1,09	0,84	1,4	1,68	1,05	66,49	68,98	68,80	20,47	18,53	17,8	6,68	7,14	7,33	3,45	2,58	4,19
Medianeira	1,54	1,04	1,34	2,56	1,82	2,21	58,38	60,57	62,92	20,34	19,93	20,56	11,19	9,19	6,82	6	7,45	6,15
Missal	1,44	0,97	2,44	2,52	2,13	2,2	61,87	63,64	66,5	21,40	20,31	17,36	7,01	8,9	7,33	5,76	4,06	4,16
Ramilândia	12,5	-	-	6,25	3,45	4,76	37,5	79,31	57,14	6,25	10,34	16,67	12,5	3,45	14,29	25	3,45	7,14
Santa Terezinha de Itaipu	0,55	0,63	0,43	1,65	0,76	2,47	71,15	66,25	67,31	18,27	21,62	21,01	5,91	7,71	5,68	2,47	3,03	3,11
São Miguel do Iguaçu	3,51	1,91	1,03	4,33	1,74	2,15	55,26	52,87	64,14	20,41	24,87	22,57	9,07	11,48	6,84	7,42	7,13	3,28
Serranópolis do Iguaçu	1,69	1,51	1,14	1,69	2,51	1,14	69,59	72,36	77,27	15,88	14,07	13,07	8,45	5,53	5,11	2,7	4,02	2,27
TOTAL PARANÁ	1,83	1,53	1,76	2,1	1,9	2,36	60,81	61,09	63,53	20,51	20,71	19,20	8,41	8,63	7,69	6,34	6,15	5,46
TOTAL REGIÃO SUL	1,65	1,43	1,61	2,02	1,86	2,18	60,74	60,77	62,57	20,91	21,25	19,96	8,7	8,8	8,1	5,99	5,89	5,58

Fonte: A autora (2020) a partir do SISVAN Web 3.0 (BRASIL, 2020).

Legenda: IMC – Índice de massa corporal.

Segundo dados coletados do SISVAN da 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu no período de 2017 a 2019, que totalizam 30.212 crianças avaliadas no período nota-se altos valores referentes a risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade por todos os municípios. Os valores de magreza acentuada tiveram pequena redução do ano de 2017 para 2019 em todos os municípios, no entanto em 2018 e 2019 – Ramilândia foi o único município a não apresentar nenhum caso de magreza acentuada das crianças avaliadas.

Também relevante para a composição de um diagnóstico situacional da saúde e nutrição no Paraná são os dados relacionados ao perfil nutricional de crianças menores de cinco anos, fase de desenvolvimento em que o estado de saúde da criança fica mais vulnerável aos impactos das condições de vida. Na sequência, é apresentada uma Tabela 3 com a sequência histórica relativa ao índice antropométrico, peso para idade, de crianças menores de 5 anos acompanhadas pelo SISVAN-PR no período de 2013 a 2019:

**Tabela 3** - Estado nutricional segundo peso para a idade de crianças menores de cinco anos, no Paraná, 2013-2019

Crianças menores de cinco anos					
Ano	Peso muito baixo para a idade (%)	Peso baixo para a idade (%)	Peso adequado ou eutrófico (%)	Peso elevado para idade (%)	Nº de crianças menores de 5 anos
2013	1,12	1,83	87,65	9,39	249.055
2014	1,05	1,9	87,62	9,44	230.961
2015	0,86	1,85	88,98	8,32	266.846
2016	1,06	1,83	89,04	8,06	286.042
2017	1,01	2,32	89,60	7,08	263.955
2018	0,78	1,8	90,1	7,32	260.586
2019	0,73	1,69	90,36	7,23	255.309

Fonte: A autora (2020) a partir do SISVAN Web 3.0 (BRASIL, 2020).

Os dados apresentados revelam uma tendência de redução gradativa do peso muito baixo para a idade, nas crianças menores de cinco anos, acompanhadas pelo SISVAN-PR, com valores de 1,12% em 2013 para 0,73% em 2019. Também é relevante destacar o peso adequado ou eutrófico que tende aumentar ao passar dos anos sendo 87,65% em 2013, chegando a 90,36% em 2019. Ressalta-se aqui a redução dos percentuais referentes ao peso elevado para a idade, que partem do valor de 9,39%, em 2013, chegando a 7,23% em 2019.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (2016) destaca que:

As ações de alimentação e nutrição perpassam os três níveis de atenção à saúde, ou seja, estão organizadas nos diversos pontos de atenção à saúde das redes e estimulam a adoção de hábitos saudáveis, a educação alimentar e nutricional e o aleitamento materno. Os riscos nutricionais permeiam todo o ciclo de vida, assumindo diferentes configurações epidemiológicas em função do processo saúde-doença da população. A segurança alimentar e nutricional é requisito fundamental à afirmação plena de desenvolvimento físico, mental e social dos indivíduos (PARANÁ, 2016, p. 106).

Destaca-se que o estado nutricional é conhecido como um instrumento importante na aferição das condições de saúde e qualidade de vida de uma população, além de complexo caráter multifatorial, sendo determinado pelas condições de vida da população, especialmente no que se refere aos aspectos sociais e econômicos (PEREIRA et al., 2017).

Rigon (2012), em seu estudo, destaca Curitiba, capital do Paraná, no que diz respeito aos antecedentes do município no campo da Segurança alimentar e nutricional (SAN), mostrando um histórico de programas na área de abastecimento alimentar, cuja institucionalização ocorreu na década 80, com a criação da Secretaria Municipal de Abastecimento (SMAB). A área da saúde também cooperou para esse processo, uma vez que, também na década de 80, “a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desenvolve as primeiras ações na área da Vigilância Alimentar e Nutricional, em trabalho conjunto com a Universidade Federal do Paraná” (RIGON, 2012, p. 230).

Por conseguinte, a SESA (Secretaria de Estado da Saúde) realiza o monitoramento das crianças beneficiárias do Programa Leite das Crianças (PLC) por meio do sistema informatizado SISVAN Web – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Desse modo, considerando a integração entre os sistemas de informação, deve-se reconhecer o papel da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) em fornecer o diagnóstico local, como também os agravos alimentares e nutricionais, bem como a identificação de fatores de risco ou proteção, especificamente o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, que propiciam a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, caracterizando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2019a), em sua pesquisa sobre a situação Mundial da Infância 2019, destaca:

Globalmente, uma em cada três crianças com menos de 5 anos tem desnutrição crônica, desnutrição aguda ou excesso de peso e, em alguns casos, sofre de uma combinação de duas dessas formas de má nutrição. Além disso, pelo menos uma a cada duas crianças sofre de fome oculta devido a deficiências – frequentemente não visíveis – de vitaminas e nutrientes essenciais, o que pode prejudicar a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento em todos os estágios da vida (UNICEF, 2019a, p. 12)

Vitorino (2017) mostrou que as análises geradas dos relatórios do SISVAN-Web em Minas Gerais, no ano de 2010, indicam que a cobertura populacional do sistema foi de somente 4,5% entre crianças de 0 até 9 anos. E comenta que vários foram os fatores responsáveis por essa baixa cobertura como: insuficiência de recursos materiais para coleta, insuficiência de equipamentos e de informática e da qualidade da internet para alimentação contínua e regular do sistema.

A boa nutrição é fundamental para o bem-estar das crianças e para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Ela precisa ser colocada no centro da política governamental e apoiada pelas principais partes interessadas, incluindo a sociedade civil e o setor privado (UNICEF, 2019a, p.8).

Pereira e Sampaio (2019) evidenciam o crescimento significativo da população idosa nos últimos anos, mediante a melhorias no nível socioeconômico e nos serviços de saúde. Os autores ressaltam que em 2025 o Brasil terá a sexta população de idosos do mundo, por volta de 32 milhões de indivíduos nessa faixa etária. SESA - PR (2016) apresenta as mais recentes estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2014, onde a população idosa (60 anos e mais) do Paraná já ultrapassa a cifra de 1.500.000 pessoas, caracterizando mais de 13% da população geral do Estado. Desse modo, aumentou a preocupação com essa parte da população, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades da terceira idade e o planejamento da atenção em saúde para garantir o acesso desta população a serviços de saúde de qualidade (PEREIRA; SAMPAIO, 2019). Na Tabela 4 estão os valores do estado nutricional dos idosos cadastrados durante os anos de 2016 a 2019 no SISVAN-PR.

**Tabela 4** - Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Paraná, 2016-2019

Idosos cadastrados no SISVAN				
Estado Nutricional	2016	2017	2018	2019
Baixo Peso	11,60%	11,37%	9,67%	9,49%
Adequado ou Eutrófico	34,88%	33,90%	32,71%	32,65%
Sobrepeso	53,52%	54,73%	57,62%	57,86%
Total de Idosos	128.835	134.139	146.707	210.859

Fonte: A autora (2020) a partir do SISVAN Web 3.0 (BRASIL, 2020).

Legenda: SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Com relação à avaliação do estado nutricional, houve diminuição dos percentuais de baixo peso no decorrer dos anos avaliados, sendo de 11,60% em 2016 e passando para 9,49% em 2019. Por outro lado, foi registrado aumento de sobrepeso 57,86% em 2019 no grupo em estudo, com valor de índice de massa corporal (IMC) acima do recomendado.

A seguir é apresentada uma sequência de diferentes Figuras (7, 8, 9 e 10) com dados conquistados na revisão documental, que detalham o estado nutricional da população idosa cadastrada no SISVAN, no período de 2016 a 2019, no estado do Paraná.

**Figura 7** - Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, na 9ª Regional de Saúde, em 2016

Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice											
Ano: 2016 - Mês: TODOS											
Fase da Vida: IDOSO											
Sexo: TODOS											
IMC											
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUL	41	PR	410830	FOZ DO IGUAÇU	58	7.46%	225	28.92%	495	63.62%	778
SUL	41	PR	411095	ITAIPULÂNDIA	48	9.34%	151	29.38%	315	61.28%	514
SUL	41	PR	411560	MATELANDIA	75	8.27%	304	33.52%	528	58.21%	907
SUL	41	PR	411580	MEDIANEIRA	22	6.55%	101	30.06%	213	63.39%	336
SUL	41	PR	411605	MISSAL	27	11.39%	83	35.02%	127	53.59%	237
SUL	41	PR	412125	RAMILÂNDIA	0	-	0	-	0	-	0
SUL	41	PR	412405	SANTA TEREZINHA DE ITAIPU	5	5.38%	24	25.81%	64	68.82%	93
SUL	41	PR	412570	SAO MIGUEL DO IGUAÇU	74	9.7%	238	31.19%	451	59.11%	763
SUL	41	PR	412635	SERRANOPOLIS DO IGUAÇU	1	20%	1	20%	3	60%	5
SUL	41	PR			14.942	11.6%	44.939	34.88%	68.954	53.52%	128.835
<b>TOTAL REGIÃO SUL</b>					<b>34.595</b>	<b>10.46%</b>	<b>111.805</b>	<b>33.8%</b>	<b>184.379</b>	<b>55.74%</b>	<b>330.779</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>234.996</b>	<b>13.64%</b>	<b>645.409</b>	<b>37.47%</b>	<b>841.915</b>	<b>48.88%</b>	<b>1.722.320</b>

Fonte: SISVAN Web 3.0 (BRASIL, 2020).

Legenda: IMC – índice de massa corporal.

**Figura 8 - Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, na 9ª Regional de Saúde, em 2017**

Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice											
Ano: 2017 - Mês: TODOS											
Fase da Vida: IDOSO											
Sexo: TODOS											
IMC											
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUL	41	PR	410830	FOZ DO IGUACU	36	7.48%	129	26.82%	316	65.7%	481
SUL	41	PR	411095	ITAIPULANDIA	16	9.94%	46	28.57%	99	61.49%	161
SUL	41	PR	411560	MATELANDIA	27	7.65%	118	33.43%	208	58.92%	353
SUL	41	PR	411580	MEDIANEIRA	1	10%	2	20%	7	70%	10
SUL	41	PR	411605	MISSAL	21	13.04%	59	36.65%	81	50.31%	161
SUL	41	PR	412125	RAMILANDIA	0	-	0	-	0	-	0
SUL	41	PR	412405	SANTA TEREZINHA DE ITAIPU	1	7.69%	7	53.85%	5	38.46%	13
SUL	41	PR	412570	SAO MIGUEL DO IGUACU	31	7.91%	131	33.42%	230	58.67%	392
SUL	41	PR	412635	SERRANOPOLIS DO IGUACU	1	100%	0	-	0	-	1
SUL	41	PR			15.252	11.37%	45.471	33.9%	73.416	54.73%	134.139
TOTAL REGIÃO SUL					40.562	9.69%	138.884	33.18%	239.114	57.13%	418.560
TOTAL BRASIL					267.922	13.22%	752.690	37.13%	1.006.792	49.66%	2.027.404

Fonte: SISVAN Web 3.0 (BRASIL, 2020, não p.).

Legenda: IMC – índice de massa corporal.

**Figura 9 - Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, na 9ª Regional de Saúde, em 2018**

Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice											
Ano: 2018 - Mês: TODOS											
Fase da Vida: IDOSO											
Sexo: TODOS											
IMC											
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUL	41	PR	410830	FOZ DO IGUACU	95	6.13%	451	29.1%	1004	64.77%	1550
SUL	41	PR	411095	ITAIPULANDIA	30	7.98%	123	32.71%	223	59.31%	376
SUL	41	PR	411560	MATELANDIA	66	7.21%	275	30.05%	574	62.73%	915
SUL	41	PR	411580	MEDIANEIRA	89	6.96%	406	31.74%	784	61.3%	1279
SUL	41	PR	411605	MISSAL	8	10%	22	27.5%	50	62.5%	80
SUL	41	PR	412125	RAMILANDIA	4	17.39%	7	30.43%	12	52.17%	23
SUL	41	PR	412405	SANTA TEREZINHA DE ITAIPU	39	7.77%	158	31.47%	305	60.76%	502
SUL	41	PR	412570	SAO MIGUEL DO IGUACU	22	6.08%	107	29.56%	233	64.36%	362
SUL	41	PR	412635	SERRANOPOLIS DO IGUACU	17	6.42%	81	30.57%	167	63.02%	265
SUL	41	PR			14.192	9.67%	47.984	32.71%	84.531	57.62%	146.707
TOTAL REGIÃO SUL					44.454	8.91%	162.676	32.62%	291.571	58.47%	498.701
TOTAL BRASIL					295.986	12.46%	869.737	36.61%	1.210.065	50.93%	2.375.788

Fonte: SISVAN Web 3.0 (BRASIL, 2020, não p.).

Legenda: IMC – índice de massa corporal.

**Figura 10** - Estado nutricional de idosos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, na 9ª Regional de Saúde, em 2019

Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice											
Ano: 2019 - Mês: TODOS											
Fase da Vida: IDOSO											
Sexo: TODOS											
IMC											
Região	Código UF	UF	Código IBGE	Município	Baixo peso		Adequado ou Eutrófico		Sobrepeso		Total
					Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
SUL	41	PR	410830	FOZ DO IGUACU	166	6.76%	683	27.81%	1607	65.43%	2456
SUL	41	PR	411095	ITAIPULANDIA	91	9.32%	307	31.45%	578	59.22%	976
SUL	41	PR	411560	MATELANDIA	139	8.34%	528	31.67%	1000	59.99%	1667
SUL	41	PR	411580	MEDIANEIRA	151	7.38%	656	32.08%	1238	60.54%	2045
SUL	41	PR	411605	MISSAL	62	8.32%	209	28.05%	474	63.62%	745
SUL	41	PR	412125	RAMILANDIA	12	11.21%	39	36.45%	56	52.34%	107
SUL	41	PR	412405	SANTA TEREZINHA DE ITAIPU	98	8.33%	372	31.61%	707	60.07%	1177
SUL	41	PR	412570	SAO MIGUEL DO IGUACU	142	7.54%	606	32.18%	1135	60.28%	1883
SUL	41	PR	412635	SERRANOPOLIS DO IGUACU	24	5.25%	146	31.95%	287	62.8%	457
SUL	41	PR			20.010	9.49%	68.851	32.65%	121.998	57.86%	210.859
<b>TOTAL REGIÃO SUL</b>					<b>52.390</b>	<b>8.92%</b>	<b>190.657</b>	<b>32.46%</b>	<b>344.229</b>	<b>58.61%</b>	<b>587.276</b>
<b>TOTAL BRASIL</b>					<b>319.248</b>	<b>12.19%</b>	<b>954.251</b>	<b>36.44%</b>	<b>1.345.283</b>	<b>51.37%</b>	<b>2.618.782</b>

Fonte: SISVAN Web 3.0 (BRASIL, 2020, não p.).

Legenda: IMC – índice de massa corporal.

## 5 RESULTADOS: A IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA 9ª REGIÃO

Para a análise dos dados o capítulo encontra-se distribuído no Histórico da Implementação a Contextualização dos Resultados encontrados.

### 5.1 HISTÓRICO DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA 9ª REGIONAL DE SAÚDE

Evidencia-se a necessidade de estudar a implementação do SISVAN, contextualizando a particularidade de cada região, onde as desigualdades socioeconômicas e demográficas podem se apresentar nas condições de vida e saúde, inclusive no estado nutricional e alimentar da população. Onde as diferenças existentes podem retratar de forma variada a demanda de serviços de saúde, nos seus níveis de complexidade, nos recursos materiais, humanos e financeiros empregados em cada região, tendo em vista a organização das redes e os princípios da equidade, integralidade, além de eficiência e eficácia no uso de recursos economia e acessibilidade da população.

Sob esta ótica, a 9ª Regional Saúde apresenta características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas entre seus Municípios. Dentre os nove municípios, Ramilândia apresentou um dos menores Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* da região como pode ser observado na tabela 7 e quando comparado ao IPDM (Índice Iparde de Desenvolvimento Municipal) – que considera igual ponderação em três áreas do desenvolvimento econômico e social: a) emprego, renda e produção agropecuária; b) educação; e c) saúde; também classificou Ramilândia como médio baixo desempenho da macrorregião Oeste/RS de Foz do Iguaçu (PARANÁ, 2016). Já os municípios com o maior PIB *per capita* são Foz do Iguaçu (R\$ 20.613,46) e Serranópolis do Iguaçu (R\$ 15.091,10) apresentados na Tabela 5.

**Tabela 5** - Características da 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu - Macrorregião de Saúde - Oeste  
**9ª RS – Foz do Iguaçu**

<b>Município</b>	<b>População (hab)</b>	<b>Área (Km²)</b>	<b>Densidade (hab/Km²)</b>	<b>PIB per capita</b>
Foz do Iguaçu	257.971	618	503,77	R\$ 20.613,46
Itaipulândia	9.027	336	25,53	R\$ 12.715,80
Matelândia	17.775	640	24,06	R\$ 13.231,84
Medianeira	45.812	329	116,70	R\$ 14.469,76
Missal	10.474	320	32,53	R\$ 12.896,66
Ramilândia	4.134	237	17,49	R\$ 10.268,22
Santa Terezinha de Itaipu	22.992	259	75,49	R\$ 10.994,91
São Miguel do Iguaçu	27.452	851	29,77	R\$ 14.712,53
Serranópolis do Iguaçu	4.460	484	8,94	R\$ 15.091,10
<b>TOTAL</b>	<b>400,097</b>	<b>4.074</b>	<b>107,39</b>	

Fonte: MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ (2020, não p.)

Legenda: PIB – Produto Interno Bruto; RS – Regional de Saúde.

O SISVAN foi lançado 2004 e a partir de 2005 passou a ser utilizado como instrumento responsável pela coleta e sistematização dos dados de acompanhamento das condicionalidades da saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família- PBF, fator esse que mobilizou os gestores a utilizarem de fato esse sistema (BRASIL, 2005).

Na sequência, o SISVAN módulo municipal foi instalado em todos os municípios brasileiros. Na Tabela 6, abaixo, pode-se observar através do histórico do estado nutricional das famílias da atenção básica cadastrados pela 9ª regional um baixo acompanhamento das famílias realizado ainda pelos municípios, como também pouca aderência na transmissão dos dados ao sistema mesmo com a solicitação da transmissão dos dados. Até o ano de 2006, conforme se identifica no Quadro 4, ainda não era possível avaliar o estado nutricional das crianças de forma individualizada como é possível verificar no atual SISVAN Web.

**Quadro 4** - Estado nutricional das famílias da 9ª Regional de Saúde

<b>Estado Nutricional – Usuários da Atenção Básica - Paraná</b>		
<b>Acompanhamentos por Município</b>		
<b>Regional de Saúde: 4109 Foz do Iguaçu</b>		
<b>Período: Dez/2006</b>		
<b>CÓD</b>	<b>Município</b>	<b>Acompanhados</b>
410830	Foz do Iguaçu	1636
411095	Itaipulândia	131
412405	Santa Terezinha de Itaipu	84
412635	Serranópolis do Iguaçu	272
<b>Total</b>		<b>356</b>

Fonte: BRASIL (2021, não p.).

Através de contato realizado com a Chefe de Divisão de Promoção da Alimentação Saudável e Atividade Física do Estado do Paraná, esta informou que quando a versão atual foi lançada em junho de 2017, com o intuito de otimizar a integração com o e SUS, nessa época ela não trabalhava na SESA, dessa forma não saberia informar como foi o processo de capacitação nesse período. Mas que, no entanto, menciona ter havido uma capacitação para Regionais de Saúde e Municípios, presencialmente, em setembro de 2019, anteriormente à pandemia. Em 2020, todos os materiais de apoio em relação à Vigilância Alimentar e Nutricional foram inseridos no site da SESA, para ampliar o acesso aos municípios e ao público em geral, disponível no seguinte link: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Alimentacao-e-Nutricao>. Como também recentemente, em 2021, houve uma capacitação virtual pela equipe do Ministério da Saúde sobre a Sistemas de Informação em Saúde e a Vigilância Alimentar e Nutricional, está disponível no seguinte link: <https://www.youtube.com/watch?v=88pAlbE0U-g&t=345s>.

Em relato da Chefe de Sessão da Atenção Primária em Saúde da 9ª Regional, ela informou que iniciou suas atividades na 9ª regional de saúde de Foz do Iguaçu em junho de 2018, como agente profissional de saúde na função de enfermeira. Como não tinha nutricionista na instituição até então, tornou-se a responsável pelos programas referentes a alimentação e nutrição, entre eles o SISVAN. Relata que naquele mesmo ano o programa já estava sendo monitorado pelo E-gestor, função essa que é executada pela 9ª Regional, tal qual o monitoramento, o apoio e a capacitação para os nove municípios da nossa região. A entrevistada não conseguiu informar como foi o início da implantação do SISVAN na região pois no momento da sua implantação, no ano de 2011 não estava ainda trabalhando na 9ª Regional e sim em Londrina no âmbito hospitalar. Na pesquisa, buscou-se levantar a documentação referente ao início da implantação do SISVAN na 9ª Regional, através de ofícios e listas de presença de reuniões, porém estas não foram encontradas, pois os arquivos desses anos já não se encontravam na estrutura física da 9ª regional, e sim no arquivo morto. Foi mencionado que no ano de 2019 foi realizada uma Oficina sobre o SISVAN na 9ª Regional, presencial, com os responsáveis pelo sistema de cada município e em 2020 a SESA realizou capacitações online devido à pandemia.

Em entrevista com a Chefe da Atenção Primária em Saúde da 9ª Regional, no período de 2007 a 2018 (ano de implantação do SISVAN), não conseguiu nos informar detalhes da implementação do SISVAN e sobre o número de capacitações realizadas

nesse período. Relatou que outra colega cuidava de todo processo, a gestora que também era responsável pela Alimentação e nutrição e responsável técnica do Programa Leite das crianças da Regional de Saúde de Foz do Iguaçu. Esta profissional já se encontra aposentada, contudo, conseguiu-se entrevistá-la nesta pesquisa. Ela relata que iniciou suas atividades na 9ª Regional de Saúde no ano de 2007 e encerrou suas atividades na Coordenação em 2016, quando foi transferida para Curitiba, lá trabalhando na Central de medicamento do estado do Paraná. Durante sua trajetória de Coordenação da 9ª Regional todos os municípios tinham o SISVAN implantado e todos os meses enviavam os relatórios. Com relação as capacitações realizadas durante esse período ela não conseguiria dizer com precisão, mas acredita que houve mais de cinco capacitações ao longo dos anos de sua Coordenação. No entanto, destaca que nem todas estas capacitações estiveram relacionadas especificamente ao Programa SISVAN, mas, também, a programas correlacionados como Programa Leite das Crianças, Programa Saúde na Escola, Programa de Suplementação da Vitamina A e o próprio SISVAN e como complementação ao Programa Bolsa Família. Com relação aos problemas identificados com o SISVAN, a maior dificuldade que relata “era o Sistema que uma hora funcionava outra hora não e se recorria ao estado e ao Ministério para solucionar, como também às vezes ficava fora do ar”, além também de divergências do sistema com os relatórios lançados.

Em relação à transferência de recursos financeiros, a ex-gestora relata que o Ministério enviava os recursos para o estado do Paraná, que repassava para as regionais para realização das capacitações com os Municípios. Com referência ao trabalho desenvolvido pelos profissionais da nutrição na atenção básica, a ex-gestora relata que nem todos tinham no Município uma nutricionista, mas todos dispunham de equipamentos para realizar as avaliações como balança, régua, não tendo especificamente a nutricionista, mas a enfermeira que realizava as avaliações.

Em referência aos dados arquivados da Atenção Primária, sempre no segundo dia do mês de janeiro de cada ano, eram retirados da 9ª Regional os arquivos do ano anterior, colocado em caixas, identificado, colocado etiquetas com nome e o ano e enviados para arquivo morto que se instalava em uma casa antiga ao lado do Hospital Costa Cavalcante, casa esta que era do estado, pois a regional não tinha espaço para arquivo na época.

Com referência ao público mais avaliado pela Atenção Primária, a ex-gestora

relata que era formado, principalmente, por crianças, gestantes e adolescentes. Com referência à experiência profissional e a importância do Sistema, ela relata que ao mesmo tempo que o Sistema é bom e preciso, não se dá andamento aos problemas identificados nos dados levantados, por exemplo, cita o caso das crianças com baixo peso, desnutrição não havendo continuidade das patologias apresentadas, sem sequência de tratamento, apenas se repetindo os dados todos os meses e somente ficando preso ao sistema. Destaca que não tendo verba não tinha como cobrar os municípios também sobre isso porque o Ministério buscava capacitação somente para a inserção dos dados, mas não, necessariamente, para a resolutividade dos resultados encontrados.

Ainda sobre as capacitações realizadas pela 9ª Regional, como nutricionista que vivenciou o período da implantação do SISVAN e participou de alguns desses, posso destacar o Curso de Capacitação em Promoção da Alimentação Saudável, promovido pela Escola de Saúde Pública/Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha, realizado em Curitiba, em dezembro de 2011, com 16 (dezesesseis) horas; a Oficina Regional Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no Sistema Único de Saúde (ENPACS), realizado em Foz do Iguaçu, em Novembro de 2014, com carga horária total de 32 horas.

Conforme levantamento de alguns documentos, como ofícios circulares que tive acesso à época, enquanto responsável pelos programas de Alimentação onde eu trabalhava, destaco o Ofício Circular. Nº 131/213 – SCAPS, de 14 de março de 2013, onde em anexo constava a Deliberação nº002/12, da Comissão Técnica do Programa Leite das Crianças, que no Art.2º determinava que “Compete às Comissões Técnicas Regionais do Programa Leite das Crianças – CTR- PLC”. Este documento também destaca:

§ 4º. Às Regionais de Saúde da SESA compete:

III. monitorar o estado nutricional da população –alvo do Programa, por meio de relatório gerado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN – WEB e relatórios emitidos pelas Secretarias Municipais de Saúde para as Regionais de Saúde – SESA com vistas a adoção de medidas necessárias referentes ao requerimento e encerramento do benefício, bem como para a constatação de variáveis significativas nos índices utilizados pelo Ministério da Saúde para essa faixa etária;

a. o monitoramento será realizado por meio de relatórios quadrimestrais que trarão a consolidação dos dados encaminhados mensalmente pelas Secretarias Municipais de Saúde às Regionais de Saúde com informações obtidas no SISVAN-WEB, tais como: peso, altura e idade das beneficiárias do

PLC.

V. verificar se as condicionalidades referentes à área materno-infantil, necessárias ao requerimento e/ou encerramento dos benefícios estão sendo aplicadas adequadamente:

c. as condicionalidades referentes à área materno – infantil, inicialmente, serão aquelas geradas pelo SISVAN-WEB, ficando a critério da Comissão Técnica do PLC a incorporação de outras que julgue necessárias e/ou houver alterações no Programa;

Observa-se que o SISVAN também era usado para outros Programas além do Programa Bolsa família, também como sistema de monitoramento de peso e altura para crianças que participavam do Programa Leite das crianças para verificação de seu estado nutricional.

Outro documento relevante à época é o Ofício Circular nº07/2013 – CGAN/DAB/SAS/MS, de 29 de maio de 2013, enviado pelo Ministério da Saúde aos Coordenadores (as) Estaduais de Alimentação e Nutrição, pela Coordenadora –Geral de Alimentação e Nutrição, sobre o assunto “Prorrogação do prazo para inserção de dados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Web e reencaminhado pela 9ª Regional de Saúde. O documento informava, basicamente, que:

“Em virtude das dificuldades observadas no sistema durante os últimos meses, prorrogamos o prazo estabelecido no Ofício Circular nº01/CGAN/DAB/SAS/MS, de 08 de fevereiro de 2013, para inserção de dados de todos os acompanhamentos realizados até o final de junho de 2013. Nesse sentido, o novo prazo para inserção de dados passará a ser o dia 02 de agosto de 2013.

Ressaltavam, ainda, que os novos prazos estabelecidos eram referentes apenas às informações de acompanhamento alimentar e nutricional dos indivíduos que foram realizados até o final do primeiro semestre de 2013, incluindo dados de anos anteriores, e não se aplicavam para o cadastro indivíduos e domicílios, pois estes podem ser inseridos e atualizados a qualquer momento. O mesmo Ofício destacava que havia empenho do Departamento de Atenção Básica, por meio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição e Núcleo de Tecnologia da Informação, para promover a melhoria da qualidade da informação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em plataforma online – SISVAN Web, que pode ser acessado no nível local para a inserção de informações de consumo alimentar e de antropometria da população atendida na Atenção Básica.

Ainda, sobre ofícios recebidos, em 16 de janeiro de 2015 a Coordenação-Geral

de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde enviou o Ofício Circular nº2/2015-CGAN/DAB/SAS/MS aos Coordenadores (as) Estaduais de Alimentação e Nutrição com o assunto “Orientações para o uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN *Web*”. Neste documento, foram apresentados alguns desdobramentos da implementação do SISVAN, como:

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN *Web*) tem por objetivo realizar a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), desde o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar até a geração de relatórios. A primeira versão desse sistema foi lançada em 2004, caracterizada pela utilização de formulários em papel e uso de ferramenta off-line, passando a ser utilizado em 2008, o sistema informatizado on-line e o registro de dados sobre o consumo alimentar

Para tanto destacava ainda que para o SISVAN *web* permita a gestão das informações da VAN, o Ministério da Saúde investia em medidas para que todos os registros de dados nutricionais do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família, e mais recentemente, do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) sejam integrados ao conjunto de registros inseridos no próprio SISVAN *Web*, proporcionando assim o conhecimento da situação nutricional da população brasileira. Considerando a necessidade de ajustes para o bom uso dos sistemas de informação em saúde, onde precisaria atualizar o módulo de consumo alimentar do SISVAN *Web*, destacando que as questões para avaliação de marcadores do consumo alimentar são compatíveis entre o SISVAN *Web* e o SISAB. Ressaltando que foi partir de 2015 passa a vigorar nova Ficha de Cadastro e Acompanhamento Nutricional e de Marcadores de Consumo Alimentar.

## 5.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS RESULTADOS

O estudo desta dissertação baseia-se, principalmente, nos estudos de Carvalho (2015), Rolim (2013) e Romeiro (2006). O estudo realizado por Carvalho (2015) tinha como objetivo realizar a descrição da estrutura organizacional e operacional, recursos humanos, materiais e financeiros para execução do SISVAN-*Web*, segundo a regionalização do estado de Minas Gerais e particularmente sua inserção no SUS através da regionalização no estado. Este estudo trouxe dados originais, produziu informações sobre a atual demanda para o funcionamento deste sistema, e colaborou

com as políticas públicas para o melhoramento na gestão dos sistemas de informação em saúde.

O estudo realizado por Rolim (2013) justificou-se pela importância do monitoramento do estado nutricional para melhor condições de saúde e nutrição da população, pela mudança do perfil nutricional que tem demonstrado aumento do excesso de peso em todas as idades, pelo aumento da prevalência de doenças crônicas, principalmente aquelas associadas diretamente com os hábitos alimentares, pelas questões e problemas identificados pela autora e pela escassez de pesquisas avaliativas sobre o uso do SISVAN pelos tomadores de decisão.

O estudo realizado por Romeiro (2006) buscou tratar da repercussão nas esferas estaduais e municipais sobre o processo de implantação do SISVAN, desencadeado pela esfera nacional, e identificar os motivos em caso da não cobertura e envio de dados adequados.

Assim, os três estudos descritos contribuíram para elaboração do questionário aplicado na pesquisa desta dissertação e, também, foram feitas análises comparativas com os resultados encontrados entre as pesquisas, que estão detalhados nos subitens a seguir.

### 5.2.1 Perfil profissional

Conforme já anunciado no capítulo metodológico, foram entrevistadas 40 pessoas, sendo 36 dos 9 Municípios e a Coordenadora da 9ª Regional totalizando e 3 entrevistadas representantes da Regional através de Roteiro livre. Nota-se que a maior parte dos responsáveis pelo SISVAN nos municípios da 9ª Regional de Saúde é predominante por profissionais do sexo feminino (100%), e composta por uma população jovem, sendo 67,6% do total menores de 39 anos (Tabela 9). Resultado semelhante ao estudo de Rolim (2013) e Rolim et al (2015) onde identificou que a grande maioria dos responsáveis pelo SISVAN nos municípios de Minas Gerais é composta por profissionais do sexo feminino (85,8%) e constituída por uma população jovem sendo 83,7% do total menores de 39 anos. Os dados também corroboram com relatório do Ministério da Saúde (2002), que avaliou o perfil dos integrantes das ESF (Estratégia da Saúde da Família) em 10 centros urbanos, desenvolvido especialmente por mulheres e de jovens (idade inferior a 30 anos). Resultados semelhantes ao estudo realizado por Ferreira, Schimith e Cáceres (2010) onde as equipes de saúde

da família dos municípios da 4ª Coordenadoria Regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul também são compostas por profissionais jovens e do sexo feminino.

Wermelinger et al. (2010) destacam em sua pesquisa a Força de trabalho do setor de saúde no Brasil, em que há forte presença feminina:

No setor de saúde, a participação feminina chega a quase 70% do total, com 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior, chegando a 74% nos estratos profissionais de níveis 4 médio e elementar. A categoria profissional mais feminizada é a dos nutricionistas, em que as mulheres correspondem a 95% dos profissionais (WERMELINGER et al., 2010, p.3).

Quanto à escolaridade, 59,6% apresenta nível superior como titulação mínima, sendo que do total 13,5% têm apenas graduação, 38% e 8,1% têm ou estão cursando simultaneamente uma especialização e um mestrado (Tabela 6). Este estudo corrobora com estudo de (ROLIM, 2013) onde 79,5% apresentam nível superior com titulação mínima, onde do total 32,6% apresentou possuir apenas graduação e 43,6% e 3,0% estuda ou apresenta estar estudando, uma especialização e um mestrado. Dados semelhantes encontrou-se em estudo realizado por (ROMEIRO, 2006) onde identificou também que a escolaridade se concentra no nível superior totalizando 62%, seguido de 22% com especialização e 2% com Mestrado. Estudo realizado por Carvalho (2015) também identificou dados semelhantes onde 24% apresentavam nível superior, e 48% apresentavam especialização.

Berretta, Lacerda e Calvo (2011) identificaram que a especialização favorece as atividades que demanda maior conhecimento específico, desse modo melhorando também a qualidade na gestão do trabalho, considerando que o planejamento constitui área básica de conhecimento para a formação de profissionais nessas áreas.

Segundo os autores Berretta, Lacerda e Calvo (2011) não basta apenas ter pessoal; a equipe deve ter estímulo, experiência e competência para realizar suas funções. O autor avalia vínculo de trabalho, tempo de permanência e qualificação como fatores imprescindíveis para uma boa gestão da saúde. Ainda, a estabilidade no trabalho permite a continuidade das atividades, conseqüentemente uma melhor gestão, sendo que o autor ainda destaca a necessidade da realização de concurso público para assegurar essa permanência dos profissionais no acompanhamento dos programas da Saúde. Silveira et. al (2010) acreditam que a qualidade do trabalho irá depender das características de pessoal, do processo seletivo e composição deles,

além do gerenciamento e capacitação da equipe. Os autores Berretta, Lacerda e Calvo (2011) também consideram essas características imprescindíveis a uma boa gestão da Saúde.

Em estudo realizado por Carvalho (2015) reconhece que:

O perfil e a atuação dos profissionais coordenadores do SISVAN-web são os principais condicionadores do sucesso do trabalho das equipes. O profissional capacitado e especializado na área técnica de atuação do SISVAN-web poderá dar melhores direcionamentos a sua equipe. A falta de conhecimento nesta área específica de vigilância nutricional, epidemiológica, e políticas de alimentação e nutrição podem levar à dificuldade do coordenador em orientar a sua equipe, uma vez que apenas o curso de nível superior não detém todo o conhecimento (CARVALHO, 2015, p.27).

Relevante destacar que na implementação do SISVAN, mediante a pesquisa, identifica-se que a capacitação profissional dos técnicos atuantes no SISVAN não tem sido suficiente para que estes possam desempenhar sua atuação profissional de forma integral à saúde, pois não basta entender o processo, precisa entender a política e assegurar que o que está sendo avaliado seja tratado como forma resolutive para aquela população.

**Tabela 6** - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por sexo, idade e escolaridade - 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu -PR

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	37	100
Masculino	0	0
Sem Resposta	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
<b>Idade</b>		
< 30	2	5,4
30 a 39	23	62,2
> 40	12	32,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade<sup>1</sup></b>		
Nível médio incompleto	0	0
Nível médio completo	13	35
Superior incompleto	2	5,4
Superior completo	5	13,5
Especialização finalizada ou em andamento	14	38
Mestrado finalizado ou em andamento	3	8,1
Doutorado finalizado ou em andamento	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2021)

Nota: <sup>1</sup> Nenhum responsável pelo SISVAN possui titulação ou está cursando o doutorado.

Com relação à profissão dos profissionais que atuam no SISVAN da 9ª Regional da Saúde, 100% são profissionais da área da saúde, sendo enfermeiros (27%), nutricionistas (21,6%) e dentre os demais 51,4% marcaram “outra profissão”, sendo esses ACS. Estes dados corroboram com estudos de Rolim (2013), que encontrou cerca de 70% dos profissionais da área da saúde, sendo enfermeiros (36,6%), nutricionistas (33,8%) e dentre os demais 21,3% marcaram “outra profissão”; 42% apresentavam formação na área administrativa e 31,6% na área da saúde. Entretanto, o resultado da pesquisa mostrou que entre os Coordenadores de Alimentação e Nutrição poucos são nutricionistas, corroborando com estudos de Carvalho (2015).

Segundo o Relatório apresentado pela Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) de (2018), ao longo desses últimos 30 anos o sistema de saúde brasileiro tem contribuído não somente para ao acesso, como também, para os resultados da atenção que são refletidos em seus indicadores. Um exemplo é a redução da taxa de mortalidade infantil, que de 1980 a 2015, reduziu de 85 para 14 mil crianças nascidas vivas, mostrando que a ESF não somente tem feitos sobre a saúde infantil, como também pode ser potencializada por outros programas sociais. Ademais, o trabalho dos profissionais de saúde sobre múltiplas influências, sendo a maior parte relacionadas ao processo de governo do sistema de saúde.

Por ser considerada umas das maiores dificuldades a serem superadas no SUS a inadequação dos perfis profissionais, demonstrando boa parcela das lacunas de distribuição profissionais, fortalecidas por um modelo que privilegia os espaços de alta complexidade, a prática liberal e o privilégio aos espaços urbanos. Resultados de tal modelo se fortalecem nas dificuldades em atrair e fixar profissionais de saúde, especialmente médicos, nas áreas mais carentes, além de influenciar de forma negativa na capacidade de resposta do Estado às necessidades da população. Pois ressalta-se aqui que são questões que remetem diretamente às noções de território, de regionalização, de autonomia e de capacidade de resposta dos sistemas de saúde, em sua relação com a área de trabalho e educação, com foco no crescimento e na valorização dos trabalhadores, mas também, principalmente, na apropriação do sistema pela população. Sem dúvida, o papel dos diferentes atores em relação às questões em discussão deve ser motivo de vigilância e análise permanente, como base para a gestão de políticas públicas (OPAS, 2018).

Nesse sentido, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) de (2018) Almeida Filho (2011) alerta: “A força de trabalho ideal para atendimento no SUS ou

seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que operam o sistema.” Como podemos citar ação dos agentes comunitários de saúde que realizam a pesagem das crianças nas visitas domiciliares, registrando o peso do crescimento na Caderneta de Saúde nas visitas domiciliares, orientam as mães, reportam os achados à unidade de saúde, encaminham os casos indicados para o enfermeiro, no entanto não precisam estudar 5 anos para realizar essas atividades e a desempenham com êxito (BRASIL, 2002).

Para Romeiro (2006, p.104) “A necessidade de recursos humanos devidamente habilitados para lidar com problemas de ordem nutricional da população brasileira é um fator fundamental (...)”. A Portaria 2.246 de 2004 (BRASIL, 2004b), atribuiu às Secretarias de Saúde, nos âmbitos estadual e municipal, a implantação e a supervisão das ações do SISVAN, sendo recomendada, para essas atividades preferencialmente, a coordenação do Nutricionista. Segundo a Resolução nº 600 de 25 de fevereiro de 2018 do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN, 2018), compete ao nutricionista, enquanto profissional de saúde, zelar pela preservação, promoção e recuperação da saúde, sendo profissional capaz de realizar diagnóstico alimentar e nutricional, propor intervenções que considere a cultura, as condições fisiológicas, socioeconômicas e a disponibilidade de alimentos. Entende-se ser este o profissional que apresenta melhor conhecimento para propor políticas e programas voltados à alimentação e nutrição.

No entanto, os dados encontrados na pesquisa de campo mostram que os ACS ainda compõem o maior número de profissionais que realizam atendimentos e a discricionariedade em todos os municípios.

Em estudo realizado por Lotta (2012b) reforça a constatação de que:

Historicamente, cabe observar que o PSF vem buscando mudar as relações ente Estado e usuários, aproximando os profissionais da saúde dos hábitos vividos pela população, onde, muitas vezes, há a (re)produção dos componentes que levam às situações de insegurança, insalubridade e doença. Os ACS trazem uma questão ainda mais interessante às análises, na medida em que, além de estabelecerem contato direto e cotidiano entre o Estado e os usuários da saúde, são selecionados dentro da comunidade onde atuarão. Dessa forma, como será visto, na medida em que esses burocratas implementadores convivem dentro da comunidade, a forma como implementam a política pública é diretamente influenciada pelas relações e dinâmicas que estabelecem dentro do território onde moram e trabalham (LOTTA, 2012b, p. 1).

Na análise da implementação da política pública, cabe destacar o papel desenvolvido pelos ACS, que também são burocratas de rua, que fazem parte do processo de implementação da política, como suas ações e práticas desenvolvidas ao longo de sua rotina de trabalho como também as interações estabelecidas entre eles e os usuários.

No que se refere ao tipo de contrato, a maioria dos profissionais entrevistados na pesquisa (86,5%) apresenta vínculo estável (efetivo) (Tabela 7) e, considerando o tempo de trabalho, identifica-se que a maioria (62,2%) trabalha há mais de 5 anos com o SISVAN. No estudo realizado por Rolim (2013), o autor identificou que 55,3% dos responsáveis pelo SISVAN apresentavam majoritariamente vínculo não estável e considerando o tempo de trabalho, observou, também, que a maioria (57,5%) trabalhavam há menos de três anos com o SISVAN. Com referência ao estudo de Carvalho (2015), dentre as 23 GRS (Gerências Regionais de Saúde), os resultados são semelhantes, visto que 60,87% dos funcionários realizavam concurso público, no entanto 39,13% realizavam nomeação de profissionais e 8,7% admitia pessoal com contrato temporário.

Pesquisa realizada por Barreto, Lacerda e Calvo (2011) ressalta que:

O vínculo de trabalho representa a estabilidade do profissional que assegure a continuidade do processo de trabalho e viabilize o cumprimento das ações previstas em caso de descontinuidade da gestão. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS define como responsabilidade da gestão a realização de concurso público para a manutenção de um quadro permanente de trabalhadores. (BARRETO; LACERDA; CALVO, 2011, p. 2147)

**Tabela 7** - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional por profissão, vínculo empregatício, tempo de trabalho e trabalho exclusivo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu – PR

(continua)

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro	12	32,43
Nutricionista	7	18,92
Médico	0	0
Educador Físico	0	0
Odontólogo	0	0
Fisioterapeuta	0	0
Assistente Social	0	0
Outra (ACS)	18	48,65
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 7** - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional por profissão, vínculo empregatício, tempo de trabalho e trabalho exclusivo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu - PR

(conclusão)

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vínculo empregatício</b>		
Efetivo	32	86,5
Contratado/ Prestador	5	13,5
Outro	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo de trabalho com o SISVAN</b>		
Menos de 1 ano	3	8,1
Entre 1 e 2 anos	1	2,7
Entre 3 e 4 anos	6	16,2
5 anos ou mais	27	73
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
<b>Trabalha de forma exclusiva com o SISVAN</b>		
Sim	0	0
Não	37	100
Não sabe informar/ Sem resposta	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2021).

Legenda: ACS – Agente comunitário de saúde; SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

### 5.2.2 Vínculo com o sistema de vigilância alimentar e nutricional

Ressalta-se aqui que 100% (37) dos responsáveis não trabalham de forma exclusiva com o SISVAN (Tabela 7), dividindo seu tempo com outras funções/atividades no campo da nutrição e alimentação. Dados estes corroboram com estudo de Rolim (2013) onde 97% dos responsáveis não trabalhavam de forma exclusiva com o Sistema. No estudo realizado por Carvalho (2015), 66,66% responderam não trabalhar de forma exclusiva com o programa. O que implica em possíveis complicações para a implementação do SISVAN como na coleta de dados, na digitação dos dados, na avaliação do diagnóstico nutricional, nas condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes, no planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde.

Os dados da (Tabela 8) mostram que 18,9% são coordenadores das ações de alimentação e nutrição da secretaria municipal de saúde, 5,4% Coordenação do Programa das condicionalidades da saúde (Bolsa Família na saúde – garantir que as famílias cumpriram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a vacinação das crianças menores de sete anos e a assistência pré-natal e pós-parto), 5,4% coordenação de Programas Nacionais de Suplementação de Ferro (ações de prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro no âmbito do SUS) e ou

Vitamina A (suplementação profilática medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto por não atingir, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenir a deficiência dessa vitamina no organismo) e 75,7% não realizam nenhuma das opções anteriores (Tabela 8). Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por (ROLIM, 2013): 39,2% são coordenadores das ações de alimentação e nutrição, 34,9% das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família, 27,3%, dos Programas Nacionais de Suplementação de Ferro e/ou Vitamina A e 25,9% trabalham com a digitação dos dados. Correlacionando com a implementação do SISVAN, observa-se que uma parcela dos trabalhadores realiza somente o acompanhamento obrigatório determinado pelo Ministério através da condicionalidade do Programa Bolsa Família na Saúde que precisa acontecer 2 vezes ao ano para o beneficiário conseguir receber o benefício.

**Tabela 8** - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que não trabalham de forma exclusiva com o sistema por funções/cargos – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu - PR

Funções/ Cargos	Responsáveis pelo SISVAN que não trabalham exclusivamente com o sistema <sup>1</sup>	
	n	%
Coordenação das ações de alimentação e nutrição da Secretaria Municipal de Saúde	7	18,9
Coordenação do Programa Bolsa Família – Condicionalidade da Saúde	2	5,4
Coordenação dos Programas Nacionais de Suplementação de Ferro e/ou Vitamina A	2	5,4
Digitação	0	0
Coordenação da Atenção Básica	2	5,4
Trabalha na Secretaria Municipal de Educação com outras ações de alimentação e nutrição	0	0
Trabalha na Secretaria Municipal de Assistência Social com outras ações de alimentação e nutrição	0	0
Secretário(a) municipal de saúde	0	0
Nenhuma das opções anteriores	28	75,7

Fonte: A autora (2021).

Legenda: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> O total de responsáveis pelo SISVAN que não trabalham exclusivamente com o sistema é 37.

Com relação a profissão e o vínculo dos responsáveis pelo SISVAN, identificou-se que o vínculo efetivo foi apresentado por todos os profissionais entrevistados, enfermeiros (83,33%), nutricionistas (85,7%), ACS (88,89%) conforme (Tabela 9). Entretanto Rolim (2013) identificou que o vínculo estável foi menor para os profissionais de nível superior, enfermeiros (31,75%), nutricionistas (42,6%). É

relevante destacar que o vínculo apresentado no estudo pelos ACS foi efetivo, o que não atende a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006b), que regulamenta o exercício profissional dos agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, onde os mesmos devem ser admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

**Tabela 9** - Profissão dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por tipo de vínculo – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu - PR

Tipo de Vínculo	Nutricionista		Enfermeiro		ACS		Total		p-valor <sup>1</sup> ,000
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Efetivo	6	85,70	10	83,33	16	88,89	32	86,48	
Contratado/ Prestador	1	14,30	2	16,67	2	11,11	5	13,51	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: A autora (2021).

Legenda: ACS – Agente comunitário de saúde.

Nota: <sup>1</sup> Relação estatisticamente significativa quando p-valor for igual ou menor do que 0,05.

Com relação às atividades desenvolvidas na operacionalização do SISVAN (Tabela 10), nota-se que 94,6% realizavam a coleta de dados e, no entanto, somente 43,2% realizaram a digitação dos dados no SISVAN *Web*, como também 75,7% realizavam execução de ações e 89,2% faziam a identificação e busca do público. Mediante os dados apresentados identificou-se no estudo que os responsáveis pelo SISVAN priorizam a coleta de dados, atividade essa que poderia ser realizada por outro profissional não tão capacitado. Além da coleta é necessária a digitação e a análise dos resultados apresentados pela população, e devido ao foco dado a coleta dos dados, estas outras duas etapas não parecem terem recebido muita atenção. Brasil (2011b, p.30), estabelece que: “pesar e medir são atividades de rotina nos serviços de saúde”; acrescenta que “para que tais medidas sejam confiáveis e precisas, é necessário que os antropometristas envolvidos nesta tarefa tenham alto senso de responsabilidade, concentração e atenção durante o procedimento.”

**Tabela 10** - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por atividade executada – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR

Atividades do SISVAN	Executadas <sup>1</sup>		Não Executadas	
	n	%	n	%
Coleta de dados <sup>2</sup>	35	94,6	2	5,4
Digitação dos dados no SISVAN Web	16	43,2	21	56,8
Análise dos dados	14	37,8	23	62,2
Recomendação de ações/ Tomada de decisões	23	62,2	14	37,8
Execução de ações	28	75,7	9	24,3
Divulgação das informações ou das ações executadas	22	59,5	15	40,5
Controle de erros e inconsistências	6	16,2	31	94
Identificação e busca do público	33	89,2	4	10,8
Nenhuma das opções anteriores	0	0	0	0

Fonte: A autora (2021).

Legenda: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> O total equivale a 37.

<sup>2</sup> Peso, altura e/ou consumo alimentar.

Todavia, não realizavam as funções centrais relacionadas à utilização do SISVAN: 62,2% não analisavam os dados que o Sistema produzia, 94% não faziam controle de erros e inconsistências. É fundamental ressaltar que no presente estudo identificou-se que independente da formação profissional, a maior parte dos responsáveis pelo SISVAN, realizavam as atividades de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição recomendadas pelos documentos oficiais (BRASIL, 2004a; 2011a; 2012). Entretanto em estudo realizado por Rolim (2013) e Rolim et al. (2015) somente 50,5% realizavam coleta de dados e 55,3% digitação dos dados o que difere da pesquisa, além de identificar que das funções centrais relacionadas à utilização do SISVAN mais da metade dos responsáveis não realizavam as funções principais, 52,8% não analisavam os dados, 59,1% não recomendavam ações mediante o resultado da análise dos dados, e 78,2% não realizavam nenhum controle de erros ou inconsistências. Os resultados produzidos pela análise antropométrica e pelo consumo alimentar servem para auxiliar na escolha do mais adequado tratamento para uma pessoa, ou mesmo o desenvolvimento de uma estratégia ou política municipal, estadual ou federal. Deve-se considerar essencial que todos os profissionais da atenção básica participem do processo, de maneira que as etapas do ciclo da VAN sejam compartilhadas e que todos incluam o sentido dessa ação no dia a dia do trabalho (BRASIL, 2015).

Batista Filho e Rissin (2003), em sua pesquisa, constataram dúvidas com relação aos dados produzidos pelo sistema, dificuldade em analisá-los e interpretá-

los, além de não apresentar intervenções dos governos para melhoria do estado nutricional, “não existe o necessário *feedback* entre as informações, a ação e seus resultados finais.” (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003, p. 102). Ao analisar os dados da 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu também se constatam algumas imprecisões, pois identifica-se uma baixa cobertura no número de acompanhamento infantil nos municípios, como também de idosos, pela baixa inserção de dados no sistema.

Rolim (2013) descreve em seu estudo, que o controle de erros e inconsistências dos dados envolve o acompanhamento regular dos dados apresentados e este não tem sido realizado pela maior parte dos responsáveis, onde a correção de possíveis erros, omissões e a autenticidade da informação pode se comprometer. De acordo com Lima et al. (2010, p.2009): “No Brasil, o monitoramento da qualidade dos dados dos Sistema de Informação em Saúde (SIS) não segue um plano regular de avaliações, normatizado pelo Ministério da Saúde, resultando em iniciativas não sistemáticas e isoladas”. Pois, para que a implementação do SISVAN ocorra de forma efetiva, é necessário que os burocratas compreendam a importância da política e seu papel no desenvolvimento. Os dados apresentados pela 9ª Regional de Saúde mostram a necessidade de uma maior orientação e capacitação para os profissionais envolvidos, pois são eles os transformadores e realizadores dessa política que merece total compreensão e respeito.

Estudo realizado por Barreto, Lacerda e Calvo (2011) reiteram que:

Os recursos da informação são imprescindíveis para o bom desempenho das atividades de planejamento. Requer equipamentos adequados e informações atualizadas. Atualização de bancos de dados e equipamentos de informática foram os indicadores propostos para essa sub dimensão. A atualização de bancos reflete a organização do sistema de informação, considerado um instrumento importante para a gestão. A não atualização sistemática dos bancos de dados, indicados como obrigatórios nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, instituídos pela Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 e posteriormente pela Portaria nº. 2.048 de 3 de setembro de 2009 que revogou a primeira, denota a desorganização da secretaria e compromete outras atividades da gestão (BARRETO; LACERDA; CALVO; 2011, p. 2147).

Com relação a realização das atividades do SISVAN segundo a profissão do responsável pela atividade executada (Tabela 11), na pesquisa desta dissertação identificou-se uma predominância de 50% na coleta dos dados e 56,3% na identificação e busca do público realizadas por ACS, enquanto a análise dos dados 50% é realizado pelas enfermeiras. Estes dados mostram que os ACS como atores

da implementação são, potencialmente, os maiores influenciadores na mudança de rumos e nos resultados do SISVAN. Como Lotta (2014, p.188) evidencia em seu estudo que os ACS “como os burocratas implementadores convivem na comunidade, a forma de como executar a política pública é diretamente influenciada pelas relações e dinâmicas que estabelecem no território onde moram e trabalham”.

Relevante destacar que os dados coletados na pesquisa evidenciam que, dos profissionais avaliados, as nutricionistas são as que estão realizando menos atividades de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de alimentação e nutrição recomendadas. Entretanto em estudo realizado por Rolim (2013), identificou-se que os nutricionistas executam mais atividades de digitação e análise dos dados, recomendação e execução de ações, divulgação das informações e controle de erros e inconsistências, enquanto os enfermeiros têm maior participação na coleta de dados e na identificação do público, demonstrando que independente da profissão, ambas profissões se complementam, e colocam em destaque a importância de haver uma equipe multidisciplinar na implementação do SISVAN.

Ressalta-se que na pesquisa da dissertação foi encontrada uma quantidade baixa de profissionais nutricionistas da atenção básica quando comparado com o recomendado pelo CFN na Resolução 600/2018: sendo um nutricionista por seguimento (Gestão das ações de alimentação e nutrição, cuidado nutricional, vigilância em saúde, gestão da vigilância em saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica). Nota-se que Vasconcellos (2011) também evidenciou uma quantidade baixa de profissionais da nutrição na atenção básica, mostrando que as atribuições dos nutricionistas na rede básica tradicional são variadas e, na maioria das vezes, dedicam-se na oferta de atendimento individualizado.

**Tabela 11** - Profissão dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por atividade executada – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR

Atividades do SISVAN	Profissão							
	Nutricionista		Enfermeiro(a)		ACS		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Coleta de dados <sup>1</sup>	6	16,7	12	33,3	18	50	36	100,0
Digitização dos dados no SISVAN Web	4	25	4	25	8	50	16	100,0
Análise dos dados	4	25	8	50	4	25	16	100,0
Recomendação de ações / Tomada de decisões	4	16,7	9	37,5	11	45,8	24	100,0
Execução de ações	6	22,2	10	37,1	11	40,7	27	100,0
Divulgação das informações ou das ações executadas	4	17,4	11	47,8	8	34,8	23	100,0
Controle de erros e inconsistências	1	16,7	2	33,3	3	50	6	100,0
Identificação e busca do público	4	12,5	10	31,2	18	56,3	32	100,0

Fonte: A autora (2021).

Legenda: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> Peso, altura e/ou consumo alimentar.

### 5.2.3 Capacitação para uso e implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Ressalta-se na Tabela 12 que 45,9% dos responsáveis pelo SISVAN participaram de uma capacitação e que essa, em 76,5% dos casos ocorreu há mais de 2 anos e em sua maioria, 64,7%, foi organizada pelos Municípios dos entrevistados. Estudos realizados por Rolim (2013) e Rolim et al. (2015) mostram que 51,8% dos responsáveis pelo SISVAN participaram de uma capacitação, 73,2% ocorreram há menos de três anos, sendo que 95% foram organizadas em nível estadual, caracterizando que estas pesquisas apresentam uma divergência em relação a pesquisa da dissertação, dado que apresentam uma maior capacitação realizada pelos estados e não pelos municípios.

**Tabela 12** - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, por participação em capacitação – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Participação em capacitação sobre o SISVAN</b>		
Sim	17	45,9
Não	19	51,4
Não sabe informar/ Sem resposta	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo em que ocorreu</b>		
Menos de 1 ano	0	0
1 ano	3	17,6
2 anos	1	5,9
Mais de 2 anos	13	76,5
Sem resposta	0	0
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>
<b>Quem organizou</b>		
Secretaria Municipal de Saúde	11	64,7
Secretaria Estadual de Saúde e/ou Gerência Regional de Saúde	6	35,3
Ministério da Saúde	0	0
Outro órgão	0	0
Não respondeu	0	0
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2021).

Legenda: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> O total (17) equivale ao número de profissionais que participaram de uma capacitação.

Analisando os dados da pesquisa é pertinente destacar que 51,4% dos profissionais não tiveram capacitação sobre o SISVAN. Romeiro (2006), ao avaliar a implantação do SISVAN no Brasil, descobriu que há ainda um baixo percentual de profissionais capacitados envolvidos com o SISVAN. O autor entende que a capacitação é o primeiro passo para a implantação do SISVAN, e reclama que 36% dos municípios do Brasil e menos de 30% na região sudeste tinham profissionais capacitados envolvidos com o SISVAN.

Identifica-se que 97,3% dos responsáveis pelo SISVAN informaram coletar dados de peso e de altura, e 64,8% de consumo alimentar (Tabela 13). Dados esses semelhantes aos com resultados de Rolim (2013) e Rolim (2015), que apresentaram 99,2% e 98,5% dos responsáveis pelo SISVAN informaram coletar dados de peso e de altura respectivamente e 36,1% coletavam dados de consumo alimentar. Entretanto, Carvalho (2015) destaca em sua pesquisa que 69% das GRS (Gerências Regionais de Saúde) referiram apresentar dados insuficientes para gerar dados de consumo alimentar.

**Tabela 13** - Tipo de dados coletados, momento da coleta e o vínculo das crianças acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%<sup>1</sup></b>
<b>Tipo de dados coletados</b>		
Peso	36	97,3
Altura	36	97,3
Consumo alimentar	24	64,8
<b>Momento da coleta de dados</b>		
Atendimento individualizado	33	91,6
No dia agendado para o Programa Bolsa Família	35	97,2
Chamada nutricional	14	38,9
Visita domiciliar	22	61,1
Nas escolas	34	94,4
Atendimento em grupo	21	58,3
Em dias de vacinação	14	38,9
Outro	0	0
<b>Vínculo da criança com o serviço de saúde</b>		
Atenção Básica	19	52,8
Programa Bolsa Família	25	69,4
Programa Saúde na Escola	17	47,2
Outro	0	0
<b>Existência de encaminhamento</b>		
Sim	27	75
Não	6	16,7
Não sabe informar	3	8,3

Fonte: A autora (2021).

Nota: <sup>1</sup> A equipe equivale a 36.

Ainda, no que se refere a Tabela 13, em 91,6% dos municípios a coleta de dados é efetuada no atendimento individualizado, 97,2% no dia agendado para a pesagem dos beneficiários do programa Bolsa Família (pois por ser uma Programa realizado por meio de auxílio financeiro vinculado ao cumprimento das condicionalidades na Saúde, Educação e Assistência Social, os beneficiários precisam comparecer para a 1ª e 2ª vigência da Pesagem) e os dados são importados para o E- sus que transmite para o SISVAN, sendo 38,9% em chamadas nutricionais, 61,1%, em visita domiciliar e 94,4% nas escolas. Destaca-se que para que ocorra a implementação efetiva é fundamental a ação dos agentes comunitários de saúde, pois em suas práticas diárias estes exercem a discricionariedade como agentes implementadores do SISVAN, pois eles encaminham as famílias à UBS, realizam a marcação de consultas, realizam a visita domiciliar executando assim algumas práticas previstas na sua profissão. Dados estes semelhantes aos estudos de Rolim (2013) e Rolim et al. (2015) onde 64,9% dos atendimentos, ocorrem no dia agendado

para os beneficiários do Programa Bolsa Família, 47,7% em chamadas nutricionais, 46,8% em visita domiciliar e 44,8% nas escolas.

Com relação a condicionalidade de saúde do PBF é obrigatório o acompanhamento nutricional das crianças e gestantes, e a coleta e o registro das informações devem ser realizadas duas vezes por ano, sendo a primeira vigência realizada entre janeiro e junho e a segunda vigência realizada entre julho e dezembro.

Sobre o Programa Saúde na Escola Brasil (2015), destaca-se:

O fato de as ações serem desenvolvidas nas escolas facilita o acesso aos educandos, que muitas vezes não realizam acompanhamento nas unidades de saúde com a frequência recomendada, o que possibilita que os temas referentes à promoção da saúde, ao autocuidado e à prevenção de agravos possam fazer parte do cotidiano, por meio da sua inclusão no projeto político-pedagógico das instituições. As ações de VAN fazem parte do grupo de atividades essenciais que devem ser realizadas pelas equipes de AB em articulação com os profissionais de educação. A avaliação antropométrica dos educandos no âmbito do PSE possibilita identificar precocemente indivíduos que apresentem alterações do seu estado nutricional e que possivelmente só buscariam o serviço de saúde se apresentassem complicações clínicas. A identificação precoce permite o acolhimento desses indivíduos nas unidades básicas de saúde e a organização do cuidado necessário em cada caso, articulando, se preciso, outros pontos da RAS. (BRASIL, 2015, p.28).

Em relação ao vínculo com o serviço de saúde da criança acompanhada pelo SISVAN, 52,8% dos responsáveis informaram coletar dados de crianças atendidas pela atenção básica e 69,4% de beneficiárias do PBF (Tabela 13). Em pesquisas realizadas por Rolim (2013) e Rolim et al (2015), estes também evidenciam que a maior parte das crianças é atendida pelas ações de saúde da atenção básica do SUS e acompanhadas pelo Programa Bolsa Família.

Com relação que as crianças diagnosticadas com alterações do estado nutricional (obesidade, sobrepeso, risco nutricional ou baixo peso), 75% dos responsáveis entrevistados na pesquisa da dissertação informaram que são encaminhadas para um acompanhamento específico, no momento da coleta de dados (Tabela 13). Este procedimento condiz com os dados apontados nos estudos de Rolim et al. (2015) e Rolim (2013), onde a maior parte, 70,9%, das crianças diagnosticadas com alteração do estado nutricional são encaminhadas para um acompanhamento diferenciado no momento da coleta de dados. Estas respostas indicam que o SISVAN se torna útil no nível local, sobretudo quando é possível a utilização rápida da informação para realizar uma ação com a finalidade de melhorar a saúde e o estado

nutricional das crianças. Nota-se que o encaminhamento é uma orientação dos documentos oficiais e só será determinante quando o serviço de saúde conseguir absorver a demanda do cuidado (ROLIM, 2013).

#### 5.2.4 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e a relação com outros sistemas

Tendo em vista que o registro dos dados de peso e altura pode ser realizado no SISVAN *Web* e no módulo de gestão do Programa Bolsa Família, constata-se que 36,1% dos responsáveis registram os dados coletados em ambos os sistemas, 16,6% exclusivamente no SISVAN *Web*, 25% somente no módulo de gestão do Programa Bolsa Família e 50% dos Municípios da 9ª Regional utilizam o Sistema Próprio do Município (Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde - Consulfarma (Tabela 14). Quando comparados esses dados com o do estudo de Rolim et al. (2015) identificamos que enquanto 60,4% registram no (Programa Bolsa Família e SISVAN-*Web*) enquanto os Municípios da 9ª Regional 50% utilizam sistema o sistema próprio para lançamento dos dados. Na 9ª Regional, dos municípios que registram os dados no SISVAN *Web*, somente 68,4% dos entrevistados o fazem mensalmente, 10,5% registram semanalmente, 5,3% diariamente (Tabela 14), onde o prazo de digitação no SISVAN tem duração de 13 meses, assim os acompanhamentos realizados no ano corrente devem ser inseridos até o mês de janeiro do próximo ano e a periodicidade recomendada de registros de dados antropométricos e marcadores do consumo alimentar é dividida para crianças de até dois anos de idade e indivíduos maiores de dois anos. Para crianças com faixa etária de até 2 anos, deve-se realizar o acompanhamento aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses e crianças a partir de 2 anos deve-se apresentar 1 registro por ano. Rolim et al. (2015) destacam em seu estudo que dentre os que registram os dados no SISVAN, a periodicidade mais frequente é a mensal 29,9%, seguida da não existência de uma periodicidade na ordem de 25,2%.

**Tabela 14** - Tipo de sistema informatizado usado para o registro de dados e periodicidade de registro no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional *Web* – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR

Variável	n	%
<b>Sistema informatizado de registro dos dados<sup>1</sup></b>		
Somente SISVAN Web	6	16,6
Somente Sistema de Gestão do Bolsa Família	9	25
Ambos os Sistemas	13	36,1
Outro	18	50
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>Periodicidade do registro dos dados no SISVAN Web<sup>2</sup></b>		
Diariamente	1	5,3
Semanal	2	10,5
Quinzenal	0	0
Mensal	13	68,4
Semestral	2	10,5
Sem periodicidade específica	0	0
Não sabe informar	1	5,3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2021).

Legenda: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> Dados: peso, altura e/ou consumo alimentar de crianças menores de 10 anos.

<sup>2</sup> O total equivale ao número de profissionais que digitam os dados exclusivamente no SISVAN Web e em ambos (6+13).

Na pesquisa desta dissertação identificou-se que 58,33% (21) dos responsáveis pelo SISVAN aproveitam os relatórios para definir ou recomendar alguma ação para as crianças. Dentre os relatórios gerados pelo SISVAN, 95,23% são de promoção da saúde, 90,4% de assistência, tratamento ou cuidado e 85,7% de prevenção de doença e distúrbios nutricionais (Tabela 15). Estes dados apresentam-se contraditórios com aqueles expostos na Tabela 5.5, onde 23 (62,2%) dos responsáveis informaram recomendar ações. Dados semelhantes são encontrados em estudo realizado por Rolim (2013) onde 57,4% (480) dos responsáveis aproveitavam os relatórios para definir ou recomendar alguma ação para as crianças, e das ações, 68,8% eram voltadas à promoção da saúde, 62,3% ao cuidado e 60,8 de prevenção. Entende-se, assim, que a implementação do SISVAN apresentada através dos responsáveis pelo sistema precisa ser utilizada de maneira mais efetiva para proporcionar ações que de fato sejam uteis ao planejamento das reais necessidades dos municípios da 9ª regional de saúde.

**Tabela 15** - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que geram os relatórios no SISVAN *Web* e os utilizam para orientar suas ações por caráter da ação – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR

Caráter das ações	Relatórios gerados pelo SISVAN <sup>1</sup>	
	n	%
Promoção da saúde	20	95,2
Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais	18	85,7
Assistência, tratamento ou cuidado	19	90,4

Fonte: A autora (2021).

Legenda: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> O total equivale a 21 que corresponde a 58,3% do total de municípios do estudo.

Conforme os dados coletados na dissertação, identifica-se que 25% (9) dos profissionais divulgam os relatórios gerados pelo SISVAN. Desses, 77,7% (sete profissionais) dizem divulgar para os profissionais de saúde, 44,4% (4) para o secretário municipal de saúde e/ou Prefeito, 55,5% (5) para o Conselho Municipal de Saúde, 55,5% (5) para Membros do Fórum / Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional e 33,3% (3) para população do município (Tabela 16).

**Tabela 16** - Distribuição dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que divulgam os relatórios gerados pelo SISVAN *Web*, por tipo de público informado – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR

Público informado	Relatórios gerados pelo SISVAN <i>Web</i> e divulgados <sup>1</sup>	
	n	%
Profissionais de saúde	7	77,7
Secretário Municipal de Saúde / Prefeito	4	44,4
Membros do Conselho Municipal de Saúde	5	55,5
População do município	3	33,3
Membros do Fórum / Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional	5	55,5
Nenhuma das opções anteriores	0	0

Fonte: A autora (2021).

Legenda: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> O total equivale a nove que corresponde a 25% do total dos entrevistados do estudo.

Nota-se que estes dados são contraditórios com aqueles expostos na Tabela 10, em que 22 (59,5%) dos responsáveis informaram divulgar relatórios. Já a pesquisa de Rolim (2013) mostra que 35,3% (295) dos responsáveis divulgam os relatórios gerados pelo SISVAN, sendo que 89,5% mostram para os profissionais de saúde, 42,2% para o secretário municipal de saúde / Prefeito e 25,4% para o Conselho Municipal de Saúde. Quando comparamos a Tabela 10, onde 22 entrevistados (59,5%) divulgam seus relatórios, com a Tabela 16, esta mostra que somente 9 dos

entrevistados (25%) divulgam ao público realmente as ações. É relevante destacar que os dados da pesquisa mostram um número pequeno de responsáveis que utilizam os relatórios para nortear ações, sejam elas de promoção da saúde, prevenção de doenças e distúrbios nutricionais ou assistência, tratamento ou cuidado, como também a não divulgação dos dados do estado nutricional para os profissionais de saúde para nortear ações, a não divulgação dos dados para os secretários/prefeitos para promover medias financeiras, a falta de divulgação também para os Membros/Conselhos de saúde e Segurança Alimentar para promover um melhor controle social. E isso mostra que esse resultado vai contra a orientação de (BRASIL, 2013), onde o SISVAN é o instrumento do monitoramento da implantação das diretrizes da PNAN.

Rolim et al. (2015, p.2368) evidenciam que “a não utilização das informações foi identificada em outros momentos da trajetória nacional do SISVAN e pode estar relacionada à não apropriação do exercício de planejamento e gestão das ações no campo da nutrição, ou com a falta de confiança na qualidade dos dados”. É pertinente destacar que os relatórios gerados pelo SISVAN são essenciais na prática da atenção nutricional, para direcionar políticas públicas de alimentação e nutrição como também de controle social, pois mostram a gravidade do problema nutricional ao identificar grupos e regiões vulneráveis.

Com relação aos possíveis avanços que o SISVAN é capaz de trazer no atendimento à saúde nutricional das crianças, 97,2% dos respondentes informaram que o Sistema pode trazer algum avanço como: no estado nutricional da criança (100%), no atendimento da criança com um diagnóstico precoce (100%), no direcionamento das ações da atenção básica (100%), no fortalecimento da área de Alimentação e Nutrição (100%) e no Fortalecimento da área de Segurança Alimentar e Nutricional (100%) (Tabela 17). Estes dados conferem com dados apresentados no estudo de Rolim (2013), onde 94,8% dos responsáveis informaram que o Sistema pode trazer algum avanço, como: 91,3% no estado nutricional, 86,6% no atendimento da criança com um diagnóstico precoce, 85,8% no direcionamento das ações da atenção básica e 63,7% no fortalecimento da área de alimentação e nutrição.

**Tabela 17** - Avaliação dos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional sobre os possíveis avanços que o Sistema pode trazer no atendimento à saúde das crianças – 9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu – PR

Variável	n	%
<b>Possibilidade do SISVAN contribuir no atendimento à saúde das crianças</b>		
Sim	35	97,2
Não	0	0
Não sabe informar	1	2,8
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>
<b>Avanços que o SISVAN pode trazer no atendimento à saúde das crianças<sup>1</sup></b>		
Estado nutricional	35	100,0
Atendimento da criança com um diagnóstico precoce	35	100,0
Direcionamento das ações da atenção básica	35	100,0
Fortalecimento da área de Alimentação e Nutrição	35	100,0
Diminuição de internações e uso de medicamentos	34	97,1
Fortalecimento da área de Segurança Alimentar e Nutricional	35	100,0
Fortalecimento de parcerias	32	91,4
Nenhuma das alternativas anteriores	0	0

Fonte: A autora (2021).

Legenda: SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> O total equivale ao número de profissionais que acreditam que o SISVAN pode contribuir no atendimento à saúde da criança (35). E a porcentagem de cada ação nas quais o SISVAN pode trazer avanços foi calculada sobre 35, porque a questão aceitou mais de uma resposta.

Ressalta-se, nesse estudo, que entre os responsáveis entrevistados, a maioria considera que o SISVAN pode contribuir para o atendimento à saúde das crianças, como no monitoramento do estado nutricional, no diagnóstico precoce e demais avanços citados (Tabela 17). Ainda assim, não utilizam os dados gerados pelo sistema para nortear ações que de fato venham contribuir na população avaliada. Isto condiz com o relato dado na entrevista com a antiga Coordenadora do SISVAN da 9ª Regional, que relatou que a preocupação se baseava em números, que muitas vezes se repetiam através de novas avaliações e pouco se fazia para mudar esse cenário. Estudo realizado por Batista Filho, Lucena e Evangelista (1986) mostrou que os dados gerados não estão eram utilizados como se esperava, a própria coleta de informações e seu processamento não alcançaram o grau de diversificação e de cobertura esperado, semelhante aos dados encontrados nessa pesquisa.

Alguns municípios apontaram suas dificuldades com relação aos dados gerados pelo sistema como:

*“Eu tenho dificuldade em relação a migração de dados, as coletas de dados feitas pelas UBSs que se contradizem muitas vezes. Por exemplo, já acessei acompanhamento individual de pacientes que de um mês para o outro reduziram centímetros na avaliação feita na*

*atenção básica e que migrou via e-sus, números impossíveis na verdade. No entanto, de um modo geral, o SISVAN nos oferece através dos dados coletados mapas para podermos avaliar dados nutricionais dos principais grupos de risco.” (Nutricionista, responsável pelo SISVAN, entrevista realizada em 12 de Agosto de 2020).*

A Tabela 18 apresenta as dificuldades encontradas pelos responsáveis entrevistados para a implementação do SISVAN: (1) quantidade insuficiente de nutricionistas (86,1%); (2) a sobrecarga de trabalho do enfermeiro (80,5%), (3) a falta de profissionais capacitados para análise dos dados (77,7%), (4) sobrecarga de trabalho do nutricionista (72,2%), (5) a falta de profissionais capacitados para coleta dos dados (69,4%); (6) priorização da coleta dos dados do PBF em detrimento dos dados do SISVAN (66,6%); (7) a falta de profissionais capacitados para digitação dos dados (63,8%); (7) internet lenta (63,8%); (8) falta de interação entre os profissionais e os gestores municipais (61,1%); (9) falta recurso financeiro para o desenvolvimento e execução de ações/intervenções nutricionais (58,3%); (9) falta de interação entre os profissionais de saúde (58,3%); (9) quantidade insuficiente de profissionais, exceto nutricionistas (58,3%); (10) dificuldades para coleta dos dados de cadastro (52,7%); (10) equipamentos antropométricos insuficientes ou sem manutenção (52,7%). Identifica-se com esses resultados a percepção que me motivou a realizar essa pesquisa onde já encontrava profissionais sem capacitação, rotatividade dos profissionais, desconhecimento da importância e operacionalização do SISVAN, priorização e execução de programas que subsidiavam repasse financeiro, ausência de nutricionistas e insuficiência de equipamentos.

**Tabela 18** - Dificuldades na operacionalização e gestão do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional pelos responsáveis pelo sistema – 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu – PR

	n	% <sup>1</sup>	Posição <sup>2</sup>
<b>Capacitações</b>			
Falta de profissionais capacitados para COLETA dos dados	25	69,4	5
Falta de profissionais capacitados para DIGITAÇÃO dos dados	23	63,8	7
Falta de profissionais capacitados para ANÁLISE dos dados	28	77,7	3
<b>Número de profissionais</b>			
Quantidade insuficiente de nutricionistas	31	86,1	1
Quantidade insuficiente de profissionais, exceto nutricionistas	21	58,3	9
<b>Sobrecarga de trabalho</b>			
Enfermeiro	29	80,5	2
Digitador	15	41,6	14
Nutricionista	26	72,2	4
<b>Motivação e interação dos profissionais</b>			
Grande rotatividade de profissionais	16	44,4	13
Falta de interesse do profissional de saúde	14	38,8	15
Falta de interação entre os profissionais de saúde	21	58,3	9
Falta de interação entre os profissionais e os gestores municipais	22	61,1	8
<b>Apoio de órgãos superiores</b>			
Falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde	17	47,2	12
Falta de apoio da Gerência Regional de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde	18	50	11
Falta de apoio do Ministério da Saúde	16	44,4	13
<b>Equipamentos</b>			
Equipamentos antropométricos insuficientes ou sem manutenção	19	52,7	10
Computadores insuficientes ou sem manutenção	18	50	11
<b>Acesso à internet</b>			
Internet lenta	23	63,8	7
SISVAN <i>Web</i> fora do ar	17	47,2	12
Faltam computadores com internet para digitar os dados coletados	13	36,1	16
Falta acesso à internet	2	5,5	18
<b>Digitação dos dados</b>			
Dificuldades para coleta dos dados de cadastro	19	52,7	10
Priorização da coleta dos dados do Bolsa Família em detrimento dos dados do SISVAN	24	66,6	6
Dúvidas ao digitar os dados no SISVAN <i>Web</i>	13	36,1	16
Os dados coletados não são digitados no SISVAN <i>Web</i>	14	38,8	15
<b>Financiamento</b>			
Falta recurso financeiro para o desenvolvimento e execução de ações/ intervenções nutricionais	21	58,3	9
Falta recurso financeiro para operacionalização do SISVAN	15	41,6	14
Dificuldades para executar (utilizar) os recursos financeiros	18	50	11
<b>Território</b>			
Grande extensão e dificuldade de acesso da zona rural	14	38,8	15
Dificuldade de acesso do PSF/ESF/PACS à população adscrita	10	27,7	18

Fonte: A autora (2021).

Legenda: ESF – Estratégia de Saúde da Família; PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde; PSF – Programa de Saúde da Família; SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

Nota: <sup>1</sup> O total equivale a 36.

<sup>2</sup> *Ranking*, onde o número 1 representa a dificuldade que possui a maior %, ou seja, foi a dificuldade apontada pelo maior número de responsáveis pelo SISVAN.

Dentre as dificuldades apresentadas pelos responsáveis pelo SISVAN destacam-se: (1) equipamentos antropométricos insuficientes ou sem manutenção (54,2%), (2) a sobrecarga de trabalho do enfermeiro (50,2%), (3) internet lenta (47,6%), (4) à falta de profissionais capacitados para a coleta dos dados (46,2%), (5) a falta de profissionais capacitados para digitação dos dados (45,8%), (6) a sobrecarga de trabalho do digitador (45,2%); (7) ao site dos SISVAN Web fora do ar (44,9%); (8) a quantidade insuficiente de nutricionista (44,1%); (9) computadores insuficientes ou sem manutenção (41,9%) e (10) à grande rotatividade dos profissionais (40%). Rolim (2013, p.72), em estudo anterior, evidencia que a sobrecarga de trabalho do enfermeiro está entre as dificuldades apresentadas na operacionalização e gestão do SISVAN, sendo este o profissional que “encontra-se à frente da coordenação da atenção básica e pode acumular um conjunto de atividades, além do SISVAN, sobrecarregando-se e não desenvolvendo as atividades do SISVAN em sua potencialidade”.

#### 5.2.5 Nota atribuída à utilidade do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

A Tabela 19 apresenta a nota que o responsável pelo SISVAN atribuiu para o Sistema considerando sua utilidade para melhoria do estado nutricional de crianças, onde a nota Zero expressa nenhuma e a nota 10 muita utilidade. Observa-se que 13,9% dos responsáveis deram nota igual ou inferior a 6; 66,7% deram nota entre 7 e 8 e 19,4% entre 9 e 10.

**Tabela 19** - Nota dada pelos responsáveis pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para a utilidade do sistema no que tange a melhora da saúde nutricional das crianças - 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu – PR

<b>Nota</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
5 a 6	5	13,9
7 a 8	24	66,7
9 e 10	7	19,4
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora (2021).

Alguns dos responsáveis pelo SISVAN nos municípios, ao justificarem a nota dada ao sistema, evidenciaram a necessidade da capacitação para os profissionais, a necessidade da interação entre os gestores e os profissionais de saúde, a necessidade de responsabilidade da população ao comparecimento as pesagens

agendadas e as consultas, a importância do sistema no monitoramento do estado nutricional da população, além da falta de acesso e conhecimento dos profissionais sobre a utilização das informações do SISVAN para subsídio e para orientar a gestão das ações e serviços em sua potencialidade. De fato, as justificativas abaixo apresentam uma distância da teoria com a prática, onde, na teoria o SISVAN pode trazer avanços ao estado nutricional, mas na prática, de certa forma ainda não acontece, onde podemos constatar essas situações nos municípios.

*“Seria pela falta de interação entre os profissionais e os gestores, falta de capacitação, colocar realmente na prática os dados coletados” (Enfermeira – São Miguel do Iguaçu, justificativa nº.13, nota 6 para a utilidade do SISVAN)*

*“Pelo fato de não estarmos atingindo o público alvo, as crianças, pois os pais estão muito acomodados não levam para as pesagens. Conseguimos os pesos nas pesagens da creche ou nas consultas que realizam. Daí assim nosso trabalho fica difícil para atingirmos as metas. Não sei se essa nota seria certa né, por que o programa funciona bem, a população que não colabora dificultando o trabalho” (ACS – Matelândia, justificativa nº19, nota 7 para utilidade do SISVAN)*

*“Este é um programa extremamente útil para a nossa prática de atendimento na atenção básica. Quando podemos verificar peso e altura conseguimos detectar o baixo peso, obesos e predisposição aos fatores de risco principalmente de crianças e gestantes que mais utilizo. Só não dei 10 porque ainda temos algumas dificuldades por aqui, como falta de capacitação da equipe de Enfermagem e das ACS” (Enfermeira – Itaipulândia, justificativa nº20, nota 9 para utilidade do SISVAN)*

*“Eu tenho dificuldade em relação a migração de dados, as coletas de dados feitas pelas UBSs que se contradizem muitas vezes. Por exemplo, já acessei acompanhamento individual de pacientes que de um mês para o outro reduziram centímetros na avaliação feita na atenção básica e que migrou via e-sus, números impossíveis na verdade. No entanto, de um modo geral, o SISVAN nos oferece através dos dados coletados mapas para podermos avaliar dados nutricionais dos principais grupos de risco. A questão dos recordatórios 24h disponíveis no SISVAN, na minha opinião pratica poderiam ser de outra forma. Abordando a frequência alimentar semanal e não apenas o consumo do dia anterior. Por exemplo... para uma gestante, o questionário se refere ao consumo do dia anterior... ela pode ter respondido que consumiu*

*algum vegetal no dia anterior, no entanto o consumo dela real é de 1 a 2x na semana só. Como o recordatório se baseia somente no dia anterior, não pode ser utilizado pra dizer que essa gestante come frequentemente vegetais nas refeições. Eu adoro o objetivo que o SISVAN tem... os dados que nos ofertam para usar e realizar as ações. No entanto falta qualificação pra coleta de dados nas UBS, e alguns ajustes como nos questionários". (Nutricionista – Itaipulândia, justificativa nº21, nota 9 para utilidade do SISVAN)*

*"Tem bastante coisa para melhorar, as vezes o sistema fica fora muito tempo, acho que teria que ter mais incentivo ao programa para auxiliar as ACS neste trabalho tão importante para contribuir com o estado nutricional principalmente das crianças. (ACS – Missal, justificativa nº32, nota 7 para utilidade do SISVAN).*

*"Porque acredito que seja um programa extremamente importante, porque as políticas públicas, as ações na atenção primaria elas só vai ser realizada, elas somente vão ser realizadas de forma efetiva se elas estiverem pautadas num diagnóstico bem realizado, e aí entra o SISVAN, a partir da gente ter esse diagnóstico, de como está o estado nutricional da população e também sempre que possível como que está o hábito alimentar dessa população, a gente vai ter dados mais robustos para poder pensar em ações e também solicitar por políticas públicas que atendam de fato a população. Então a nota 10 foi pelo programa, não como ele é realizado, então de acordo com minha experiência, o que eu vejo que muitas pessoas não conhecem o SISVAN, até mesmo profissionais da área, nós as vezes não temos acesso ou não temos essa noção da importância do SISVAN, tanto é que muitas vezes alguns dados não são registrados, nós temos perdas aí desses dados e as vezes a gente não tem um diagnóstico bem realizado por isso, por muitos profissionais não terem a noção da importância do SISVAN. Então se a gente fosse pensar em como o programa está sendo realizado a nota não seria 10 mas da importância que o SISVAN tem para saúde nutricional principalmente é 10. (Nutricionista – Foz do Iguaçu, justificativa nº34, nota 10 para utilidade do SISVAN)*

*"Por que acredito que dá pra melhorar Interação entre todos envolvidos. Capacitação. Retorno para equipes quanto os índices. Falta de comunicação entre coordenação e atenção básica" (Enfermeira – Medianeira, justificativa nº26, nota 8 para utilidade do SISVAN)*

*“Porque assim acho o programa SISVAN excelente no meu ponto de vista, porque a gente consegue fazer a avaliação tanto do estado nutricional da população, desde todas as faixas etárias, quanto a parte de consumo alimentar, então através dele tem a noção de como está a alimentação os hábitos alimentares da população, como a parte do estado nutricional, o único problema que eu acho é a falta de capacitação nas regionais de saúde, no estado mesmo para com o SISVAN, acho que ele é pouco divulgado a importância” (Nutricionista – Matelândia , justificativa nº18, nota 8 para utilidade do SISVAN)*

Por fim, após os relatos encontrados, mais uma vez salienta-se aqui que ao mesmo tempo em que o Programa SISVAN pode ser útil para os profissionais, desde o diagnóstico que ele pode fornecer sobre a população, ainda falta capacitação para as equipes, conhecimento por todos os profissionais sobre sua importância, não somente para inserir os dados avaliados, mas para criar ações que de fato melhorem a situação das populações.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo traz como contribuição e originalidade o detalhamento do histórico e dados do SISVAN da 9ª Regional de Saúde de Foz do Iguaçu, sendo este um potente sistema de identificação, monitoramento de ações e recuperação do estado nutricional da população, além de propiciar o diagnóstico nutricional e se articular com outras ações de saúde. Destaca-se que no Brasil, o SUS identifica o município como o âmbito privilegiado para o desenvolvimento de ações de vigilância e promoção da saúde. Assim, para sua legítima implementação na esfera local, é imprescindível a adesão dos gestores de saúde, a garantia de investimentos em capacitações dos profissionais e uma aproximação com as Equipes de Saúde da Família, o que parece não estar acontecendo nos municípios como mostram os dados dessa pesquisa. Constata-se que muitas dificuldades ainda são encontradas no processo de implantação do SISVAN, para que este exerça de fato seu papel norteador de decisões enquanto sistema de informação.

Nessa pesquisa percebe-se que foram imprescindíveis os avanços que o SISVAN apresentou durante seu processo de implementação, por meio da padronização da coleta de dados e do sistema operacional, onde é possível realizar a vigilância individual, de grupos e populações, planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de nutrição, no âmbito de atenção básica e nas três esferas de gestão, dentro e fora do SUS; pelos profissionais de saúde, gestores e controle social. No entanto, as informações geradas pelo SISVAN não têm sido utilizadas para orientar a gestão de ações e serviços de nutrição em sua potencialidade como mostra esse estudo. É imprescindível uma maior mobilização de recursos para estrutura, reorganização das práticas e suas articulações intersetoriais, capacitação dos profissionais, em especial sobre a importância deste sistema de saúde, sua gestão e uso da informação.

O estudo desta dissertação mostrou que a maioria dos responsáveis pelo SISVAN dos municípios entrevistados para a pesquisa acredita que este sistema pode trazer avanços à saúde das crianças, pelo diagnóstico de seu estado nutricional precoce e para o direcionamento de ações de saúde, e outros; mesmo assim estes profissionais reconhecem que não utilizam suas informações em sua potencialidade. Isto evidencia uma distância entre os objetivos propostos na política pública e a prática realizada pelos gestores nos municípios. Assim sendo, é necessário salientar que a

quantidade insuficiente de nutricionistas, a sobrecarga do trabalho do enfermeiro e a falta de profissionais capacitados na operacionalização do SISVAN levam a falhas na padronização da coleta, na transmissão e na qualidade das informações coletadas pelos municípios, resultando em uma implementação insuficiente da política pública.

Com base no Apêndice 3, entende-se que os objetivos desse estudo foram cumpridos adequadamente ao final dessa dissertação, conforme proposto, uma vez que os resultados identificaram as falhas, trouxeram recomendações para minimização de novos erros e reorientação de estratégias para corrigir aqueles identificados pelos relatos dos entrevistados, sendo esses atores fundamentais no processo da implementação do SISVAN. Ao mesmo tempo, este estudo evidencia questões relevantes, de como o SISVAN precisa deixar de ser um sistema praticado burocraticamente para torna-se um instrumento tecnocrático, onde a informação gerada pelo SISVAN *Web* seja utilizada de fato pela gestão pública municipal, assim podendo ser utilizada como instrumento de controle da transição epidemiológica e problemas relacionados à alimentação e nutrição, de forma que seja valorizado pela gestão pública desse sistema, enquanto sistema de vigilância epidemiológica alimentar e nutricional.

Imprescindível destacar, a atuação dos burocratas do nível de rua, visto que questões como regras, normas, estrutura, impactam nas escolhas e no espaço para discricionariedade, ao mesmo tempo em que questões individuais e relacionais exercem influência sobre a atuação deles dentro da política pública. Sendo que estes agentes detêm grande impacto sobre as políticas públicas implementadas devido à autonomia que possuem no momento da implementação, em que a discricionariedade e a autonomia, tornam-se centrais nas tarefas exercidas por esses trabalhadores. Entende-se que a discricionariedade no SISVAN afeta os resultados do próprio processo de intersetorialidade, podendo ajudar ou dificultar a integração entre as diferentes políticas de SAN. A partir da minha experiência profissional como nutricionista e das entrevistas realizadas com os profissionais escutados nesta pesquisa, compreendo que se esses burocratas não forem capacitados, orientados sobre a importância do SISVAN, conseqüentemente não haverá planejamento, avaliação e diagnóstico das condições de nutrição e alimentação da população.

Após o cumprimento dos objetivos traçados na pesquisa pode-se dizer que o estudo contribui no sentido de orientar a gestão pública para melhor realizar a implementação do SISVAN, ainda assim, corrobora com a necessidade de que novos

estudos sejam realizados para acompanhar a implantação do SISVAN na 9ª Regional da Saúde do Paraná, bem como no restante do país, em busca de uma implementação da política pública mais próxima dos seus objetivos.

## REFERÊNCIAS

- AGRANONIK, M.; JUNG, R.O. Qualidade dos sistemas de informações sobre nascidos vivos e sobre mortalidade no Rio Grande do Sul, Brasil, 2000 a 2014. **Ciêns saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p.1945-1958, 2019.
- ALMEIDA, M.F. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações a nível Municipal. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v.7, n.3, p.:27-33, 1998.
- ARRUDA, B.K.G. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: frustrações, desafios e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.96-101, 1992.
- ARRUDA, B.K.G. Sisvan: breve viagem ao passado. In: ENCONTRO NACIONAL DOS COORDENADORES ESTADUAIS E CENTROS COLABORADORES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, VI, 2006, Brasília. **Mesa Redonda: Sisvan - Histórico, Avaliação e Perspectivas**. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2006.
- BARBOSA, S.C.T. Capacidade de Gestão: coordenação interorganizacional na implementação de programas públicos federais no Brasil. **Bol. Anal. Polít. Instituc.**, Brasília, n.9, p.47-55, 2016
- BATISTA -FILHO, M.; LUCENA, M.A.F.; EVANGELISTA, M.L. A vigilância alimentar e nutricional no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.:349-358, 1986.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Vigilância Alimentar e Nutricional: Antecedentes, objetivos e Modalidade. A Van no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 99-105, 1993.
- BELIK, W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.12, n.1, p.12-20, 2003.
- BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J.T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.11, p. 2143-2154, 2011.
- BOCCATO, V.R.C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Rev. odontol. Univ. Cid. Sao Paulo**, São Paulo, v.18, n.3, p.265-274, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República**, Brasília, DF, n. 169, 20 set. 1990a. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. **Diário Oficial da República**, Brasília, DF, 5 set. 1990b. Seção 1, p.16915.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.246, 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 República**, Brasília, DF, 19 out. 2004b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Lei n.º 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2006b. Seção 1, p.1

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, n.43, Brasília, DF, 04 mar. 2008. Seção 1, p.38-42.

BRASIL. Ministério da saúde. **Relatório de Gestão 2007-2010: Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Operacional para uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN VERSÃO 3.0**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional Web (SISVAN Web)**. [online]. 2020. Disponível em: <<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>>. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **TABNet**. [online]. 2021. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sisvan/cnv/acom\\_PR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sisvan/cnv/acom_PR.def)>. Acesso em: 08 ago. 2021.

CAMILO, S.M.B. et al. Vigilância Nutricional no Brasil: Criação e implementação no SISVAN. **Rev APS**, Juiz de Fora, v.14, n.2, p. 224-228., 2011.

CARVALHO, I.P. **O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em Minas Gerais: estrutura organizacional e operacional, recursos humanos, materiais e financeiros segundo as gerências regionais de saúde**. 107f. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) - Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Nutrição, Ouro Preto - MG, 2015.

CARVALHO, M.L.; BARBOSA, T.R.C.G. Modelos orientadores da implementação de Política Pública: uma lacuna da literatura. In.: Encontro da ANPAD, XXXV, 2011, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro: ANPAD, 2011, 1-14.

COFRÉ, I.A.R.; SILVA, C.L. Implementação de políticas públicas: o Plano Brasil sem Miséria no Município de Curitiba. **Rev Eletr Hum UNIFAP**, Macapá, v. 10. n.2, p. 25-37, 2017.

CORTEZ, E.C.L.; FIGUEIREDO, E.M.; BRANDÃO, N.F. Desenvolvimento de um sistema e informações gerenciais para o sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN no estado de São Paulo. **Bol Instit Saúde**, São Paulo, v.26, p.9-11, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). Resolução CFN nº600, de 25 fev. 2018, retificado em 23 maio de 2018. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, indica parâmetros numéricos mínimos de referência, por área de atuação, para a efetividade dos serviços prestados à sociedade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n.76, Brasília, DF, 20 abr 2018. Seção 1, p.157, retificado no **Diário Oficial da União**, n.98, Brasília, DF, 23 maio 2018. Seção 1, p.68.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **SISVAN-CURITIBA**: Perfil nutricional de usuários das unidades de saúde. Curitiba: Coordenação de Vigilância Nutricional, 2012.

DALFIOR, E. T.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, M. A.C. Implementação de políticas públicas: metodologia de análise sob o enfoque da política institucional. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. esp., p. 283-297, 2015.

DYE, T.R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. **Políticas Públicas e Desenvolvimento**. Brasília: Editora UnB, 2010.

ENES, C.C. LOIOLA, H. OLIVEIRA, M.R.M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p.1543-1551, 2014.

FARIA, C.A.P. **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2012.

FERREIRA, C.S.; CHERCHIGLIA, M.L.; CESAR, C.C. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p.167-177, 2013.

FERREIRA, M.E.V.; SCHIMITH, M.D.; CÁCERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de Equipes de Saúde da Família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2611-2620, 2010.

FERREIRA, S.F. et al. Fatores associados à cobertura do SISVAN Web para crianças menores de 5 anos, nos municípios da superintendência regional de saúde de Belo Horizonte, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.3031-3040, 2018.

FONSECA, A.M.M. VIANA, A.L.A. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1505-1512, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600012>>. Acesso em: 06 Fev. 2022.

FONSECA, J.J.S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

FONSECA, R.C.V. **Metodologia Do Trabalho Científico**. Curitiba: IESDE BRASIL, 2012.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, L. Pelo menos 250 mil pessoas passam fome no Paraná, aponta IBGE: **BAND NEWS FM** [online], 18 set. 2020. Disponível em: <<https://bandnewsfmcuritiba.com/pelo-menos-250-mil-pessoas-passam-fome-no-parana-aponta-ibge/>>. Acesso em: 10 jul. 2022

HOWLETT, M.; RAMESH, M; PERL, A. **Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Rio de Janeiro: Elseiver, 2013.

IMPLEMENTAR. In.: TREVISAN, R. (Coord.). **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. [recurso eletrônico]. São Paulo: Ed. Melhoramentos, ©2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/implementar/>. Acesso em: 22 out. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise Ex Ante - Volume 1**. Brasília: IPEA, 2018

JAIME, P. C. et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1829-1836, 2018.

JUNG, N. M. BAIROS, F.S. NEUTZLING, M.B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1379-1388, 2014.

KAC, G; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, suppl 1, p.:S4-S5, 2003.

KAIN, J.; VIO, F.; ALBALA. C. Obesity trends and determinant factors in Latin America. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.19, Suppl 1, p.:S77-86, 2003.

KOWALSI, R.L. Com pandemia, fome avança e insegurança alimentar afeta mais de um terço dos paranaenses. BEM PARANÁ [Internet], 06 abr. 2021. Disponível em: <<https://www.bemparana.com.br/noticia/fome-avanca-e-inseguranca-alimentar-afeta-mais-de-um-terco-dos-paranaenses#.YtXDinbMLIV>> . Acesso em: 10 jul. 2022

LAURELL, A.E.C. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v24, e2668, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>>. Acesso em: 05 fev. 2022.

LIMA, C.R.A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.10, p.:2095-2109, 2009.

LIMA, J.F. SCHMIDT, D. B. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: utilização de cobertura na atenção primária. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.12, n.11, p.315-333, 2018

LIMA, L.L.; D'ASCENSI, L. Implementação de políticas públicas: Perspectivas analíticas. **Rev. Sociol Polít**, Curitiba, v. 21, n.48, p.: 101-110, 2013.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas dos indivíduos nos serviços públicos**. Tradução de: Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: Enap, 2019. Original: *Street-level democracy: dilemmas of the individual in public services*.

LOTTA, G.S. O papel das burocracias do nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A.P. (Org.).

**Implementação de políticas públicas: teoria e prática.** Belo Horizonte: PUC Minas, 2012a.v.1, p.20-49

LOTTA, G.S. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: FARIA, C. A.P.

(Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática.** Belo Horizonte: PUC Minas, 2012b. v.1, p.221-259.

LOTTA, G.S. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. **Cad Gestão Pública Cidadania**, São Paulo, v. 19, n. 65, p. 188-208, 2014.

LOTTA, G. **Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. v.1

LOTTA, G.S. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. **Rev Sociol Polit** [online], v.26, n.66, p.145-173, 2018.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-987318266607>>. Acesso em: 03 Fev 2022.

LOTTA, G.S. (Org.). **Teoria e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil.** [recurso eletrônico]. Brasília: Enap, 2019. v. 1, p. 11-38.

Disponível em:

<[https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro\\_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf)>. Acesso em: 03 fev. 2022.

MALUF, R.S.; PRADO, B. **Atuação brasileira na América Latina e Caribe relacionada com a soberania e segurança alimentar e nutricional.** Rio de Janeiro: CERESAN / UFRRJ / UFF / OXFAM, 2015

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. **Saúde Pública: Regionais de Saúde.**

[Internet]. 2020. Disponível em:

<<https://saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=522>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

NASCIMENTO, F. A. **A vigilância alimentar e nutricional brasileira na produção científica e nos serviços de saúde.** 162 f. 2016. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2016.

NASCIMENTO, F.A. SILVA, S.A. JAIME, P.C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: 2008 a 2013. **Cad. Saúde Pública** [online], v.33, n.12, p:e00161516, 2017. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00161516>>. Acesso em: 07 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018.

OLIVEIRA, A. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.46, n.6, p. 1551-1573, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019**. Curitiba: SESA, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023**. Curitiba: SESA, 2020a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Vigilância Nutricional dos Municípios Paranaenses**. [internet]. 2020b. Disponível em: <[www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=675](http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=675)>. Acesso em: 16 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **9ª Regional de Saúde – Foz do Iguaçu**. [internet]. 2022. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/9a-Regional-de-Saude-Foz-do-Iguacu>>. Acesso em: 02 fev. 2021

PEDROSO, M.R.O. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): Uma revisão na América Latina e Brasil**. 52f. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Bacharelado em Nutrição, Porto Alegre, 2010

PEREIRA, I.F.S.P. et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.10, p.3341-3352, 2017.

PEREIRA, R.L.M.R.; SAMPAIO, J.P.M. Estado nutricional e práticas alimentares de idosos do Piauí: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Web. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.:854-62, 2019.

PIMENTA.T.A.M; ROCHA, R.; MARCONDES, N.A.V. Políticas Públicas de Intervenção na Obesidade Infantil no Brasil: uma Breve Análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**, Maringá, v. 17, n.2, p. 139-46, 2015.

PIZZANI, L.S, et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Rev Dig Bibliot Ciên Inform**, Campinas, v.10, n.1, p.53-66, 2012.

QUISPE, M.P.F. Evolução temporal das desigualdades do estado nutricional de crianças menores de cinco anos em países da América Latina e Caribe. 117f. 2017. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Pelotas, 2017.

REDE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- **RedeNutri**. [online]. Disponível em: <<http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-index.php?page=sobre>>. Acesso: 01 de setembro de 2017

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Rede PENSSAN). **II VIGISAN** - Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]. 2022. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN, 2022. -- (Análise ;1) PDF. Disponível em: <<https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

RIGON, S.A. A construção de políticas públicas promotoras de Saúde: um estudo de caso sobre a Política de Segurança Alimentar e Nutricional do Paraná. 535f. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paul, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012.

ROLIM, M. D. **Avaliação do SISVAN como instrumento de informação para o desenvolvimento de ações e serviços de alimentação e nutrição dos municípios de Minas Gerais**. 97f. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

ROLIM, M. D. et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciêns saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, 2015.

ROMEIRO, F. A. **Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, no Brasil**. 151f. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

RUA, M. das G. **Políticas públicas**. 3.ed. rev. atual. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014.

SANTOS, T.O. PEREIRA, L.P. SILVEIRA, D.T. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.1-11, 2017.

SANTOS, T. G. et al. Tendência e fatores associados à insegurança alimentar no Brasil: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009 e 2013. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.4:e00066917, 2018.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANE, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. Hist. Cienc. Soc.**, Rio Grande, v.1, n.1, p.1-15, 2009.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, G.M. de. **Projeto para implementação das ações do Sistema de vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN do Município de Pedra/PE**. 41f. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SILVA, F.; GAÍVA, M. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Mato Grosso, v. 14, n. 2, p. 1027-1034, 2015.

SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 26, p.1-13, set. 2010.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. **Sociologia**, Porto Alegre, ano 8, n.16, p. 20-45, 2006.

THE LANCET. A Sindemia Global da Obesidade, Desnutrição e mudanças climáticas: um sumário executivo para decisões políticas sobre alimentação [livro eletrônico]. 2019. Disponível em: <[https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the\\_lancet-sumario\\_executivo-baixa.pdf](https://alimentandopoliticas.org.br/wp-content/uploads/2019/08/idec-the_lancet-sumario_executivo-baixa.pdf)>. Acesso: 11 jul. 2022.

TROWBRIDGE, F.L; STETLER, H.C. Nutritional status surveillance in El Salvador. **Bull World Health Org**, Genebra, v.58, n.2, p.327-32, 1980.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). **The state of the World's Children 2019: Children, food and nutrition - Growing well in a changing world**. New York: UNICEF, 2019.

VASCONCELLOS, A.B.P.A. **As Ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na rede de Atenção Básica: uma análise dos anos de 2008 e 2009**. 93f. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011

VASCONCELOS, F. de A. G. de. Fome, solidariedade e ética: uma análise do discurso da Ação da Cidadania contra a fome, a Miséria e pela Vida. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 259-77, 2004.

VENANCIO, S.I. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7, n.2, p.: 213-220, 2007.

VITORINO, S. A. S. **Avaliação da implantação da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde: estudos de caso em municípios de pequeno porte de Minas Gerais**. 329f. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

WERMELINGER, M. et al. A força de trabalho do setor de Saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Rev Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZACION (WHO). **Metodología de la vigilancia nutricional**: informe de un Comité Mixto FAO/UNICEF/OMS de Expertos Genebra: WHO, 1976. Informe Técnico nº.593.

## APÊNDICE 1 - ENTREVISTADOS NA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

MUNICÍPIOS AVALIADOS DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE		PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS
1	RAMILANDIA	01 Enfermeira
		03 ACS
2	SERRANOPOLIS	01 Enfermeira
		01 Nutricionista
		02 ACS
3	SÃO MIGUEL DO IGUAÇU	01 Enfermeira
		01 Nutricionista
		02 ACS
4	MISSAL	01 Enfermeira
		01 Nutricionista
		02 ACS
5	SANTA TEREZINHA ITAIPU	02 Enfermeiras
		02 ACS
6	MATELANDIA	01 Enfermeira
		01 Nutricionista
		02 ACS
7	ITAIPULANDIA	02 Enfermeira
		01 Nutricionista
		01 ACS
8	MEDIANEIRA	01 Enfermeira
		01 Nutricionista
		02 ACS
9	FOZ DO IGUAÇU	01 Enfermeira
		01 Nutricionista
		02 ACS
	FOZ DO IGUAÇU Regional de Saúde	01 Enfermeira e Chefe de Sessão da Atenção Primária em Saúde na 9ª Regional – 2018 atual 01 – Chefe de Atenção Primária em Saúde de 2007-201801 – Chefe de Divisão de Promoção da Alimentação Saudável e Atividade física do Estado do Paraná – 2018 atual 01 – Responsável Técnica pela Alimentação e Nutrição e Técnica responsável pelo Programa do leite das crianças da 9ª regional de Saúde -2007-2016

## APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO MUNICIPAL DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

### 1 Identificação do Perfil do Coordenador ou Responsável pela Gestão do SISVAN

1.1 DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

1.2 Qual é o seu Município: \_\_\_\_\_

1.3 Qual é o seu sexo: ( )feminino ( )masculino

1.4 Qual a sua idade? \_\_\_\_\_

1.5 Nome Completo: \_\_\_\_\_

1.6 Telefone para contato: \_\_\_\_\_

1.7 Cargo ou função que exerce: \_\_\_\_\_

1.8 Qual é o seu vínculo empregatício?

- ( ) efetivo
- ( ) Contratado
- ( ) Prestador
- ( ) Outro

1.9 O município tem Coordenador Municipal do Sisvan

- ( ) Sim
- ( ) Não

1.10 Qual a sua escolaridade:

- ( ) fundamental incompleto
- ( ) fundamental completo
- ( ) Nível Médio incompleto
- ( ) Nível Médio completo
- ( ) Superior incompleto
- ( ) Superior completo
- Pós- graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

1.11 No caso de ser pós-graduado, qual área de especialização?

---



---



---

1.12 Qual é a sua profissão?

- ( ) Nutricionista ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Educador físico
  - ( ) Odontólogo ( ) Fisioterapeuta ( ) Assistente Social ( ) Outro:
- Especifique \_\_\_\_\_

1.13 Você trabalha exclusivamente com o SISVAN?

- ( ) Sim ( ) Não ( ) não sabe informar

1.14 Se você respondeu Não, indique as outras funções que executa (aceita mais de uma resposta):

- ( ) Sou responsável pelas ações de alimentação e nutrição da Secretaria Municipal de Saúde
- ( ) Sou coordenador/responsável pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro e/ou Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
- ( ) Sou coordenador/responsável pelo Programa Bolsa Família – Condicionalidade da Saúde
- ( ) Sou coordenador da Atenção Básica/ Primária
- ( ) Sou secretário(a) municipal de saúde
- ( ) Trabalho na Secretaria Municipal de Educação com outras ações de alimentação e nutrição
- ( ) Trabalho na Secretaria Municipal de Assistência Social com outras ações de alimentação e nutrição
- ( ) Sou digitador(a)
- ( ) Nenhuma das opções anteriores

**1.15 Quais funções do SISVAN que você realiza: (aceita mais de uma resposta)**

- Coleta de dados (peso, altura ou consumo alimentar)
- Digitação dos dados no SISVAN Web
- Análise dos dados
- Recomendação de ações/ Tomada de decisões
- Execução de ações
- Divulgação das informações ou das ações executadas
- Controle de erros e inconsistências
- Identificação e busca do público
- Nenhuma das opções anteriores.

**1.16 Há quanto tempo você trabalha com o SISVAN?**

- Menos de 1 ano
- 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos
- Mais de 5 anos

**1.17 Você já participou de alguma capacitação sobre o SISVAN?**

- Sim
- Não
- Não sabe informar

**1.17.1 Se você respondeu SIM na questão anterior, indique há quanto tempo ela ocorreu:**

- Menos de 1 ano ( ) 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos
- Mais de 5 anos

**1.17.2 Se você respondeu SIM, na questão 1.17.1, indique quem organizou:**

- Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria Estadual de Saúde e/ou Gerência Regional de Saúde
- Ministério da Saúde
- Outro órgão. Especifique:

**2 CARACTERIZAÇÃO DA GESTÃO E UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÕES DO SISVAN****2.1 Quais os dados de Vigilância Nutricional de CRIANÇAS menores de 10 anos que você e sua equipe coletam em seu município? (Aceita mais de uma resposta)**

- Peso
- Altura
- Consumo alimentar

**2.2 Qual o perfil das crianças menores de 10 anos que os dados de peso e/ou altura são coletados?**

- Crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família
- Crianças atendidas pela Atenção Primária/ Básica (exemplo: Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, etc)
- Crianças participantes do Programa Saúde na Escola
- Crianças participantes do Programa Travessia

**2.3 Em quais situações os dados de peso, altura e/ou consumo alimentar das crianças são coletados? (aceita mais de uma resposta)**

- Atendimento individualizado
- Atendimento em grupo
- Chamada nutricional
- Visita domiciliar
- Nas escolas
- Em dias de vacinação
- No dia agendado para o Programa Bolsa Família
- Outro. Especifique:

**2.4 Quais os sistemas de informação que os dados de peso e altura de crianças são digitados? (aceita mais de uma resposta)**

- Sisvan Web
- Sistema de Gestão do Bolsa Família
- Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**2.4.1 Se você marcou a opção 1 na questão anterior, marque qual a periodicidade que os dados de peso, altura ou consumo alimentar de criança são digitados no SISVAN Web?**

- Diariamente
- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Semestral
- Sem periodicidade específica
- Não sabe informar

**2.5 É dado algum encaminhamento, NO MOMENTO DA PESAGEM, para as crianças menores de 10 anos que são diagnosticadas com alguma alteração do estado nutricional (desnutrição, baixo peso, risco nutricional, ou excesso de peso)?**

- Sim
- Não
- Não sabe informar

**2.6 Os relatórios gerados pelo SISVAN Web são usados por você e sua equipe para definir ou recomendar alguma ação para crianças menores de 10 anos, em seu município?**

- Sim
- Não
- Não sabe informar

**2.6.1 Se você respondeu SIM na questão anterior, indique o tipo de intervenção destas ações: (aceita mais de uma resposta)**

- Ações de promoção da saúde
- Ações de prevenção de doenças e distúrbios nutricionais
- Ações de assistência, tratamento ou cuidado
- Não sabe informar

**2.7 Os relatórios gerados pelo SISVAN Web são divulgados? (aceita mais de uma resposta)**

- Sim
- Não
- Não sabe informar

**2.7.1 Se você respondeu SIM na questão anterior, marque os locais e motivos em que os relatórios são divulgados: (aceita mais de uma resposta)**

- No Conselho Municipal de Saúde para melhorar o controle social
- No Fórum/ Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional para nortear ações de Segurança Alimentar e Nutricional
- Para o secretário municipal de saúde e/ou prefeito para negociações, inclusive financeiras
- Para os profissionais de saúde para nortear suas ações
- Para a população do município
- Nenhuma das opções anteriores

**2.8 Você considera que o SISVAN pode trazer algum avanço no atendimento à saúde das crianças de seu município?**

- Sim
- Não
- Não sabe informar

**2.8.1 Se você respondeu SIM, marque o motivo pelo qual acredita nisso: (aceita mais de uma resposta)**

- Melhor direcionamento das ações da atenção básica
- Melhor atendimento da criança com um diagnóstico precoce
- Melhora do estado nutricional da criança
- Diminuição de internações e uso de medicamentos
- Fortalecimento da área de Segurança Alimentar e Nutricional
- Fortalecimento da área de Alimentação e Nutrição
- Fortalecimento de parcerias
- Nenhuma das alternativas anteriores

**2.9 Quais as maiores dificuldades encontradas na operacionalização e gestão do SISVAN? (aceita mais de uma resposta)**

- Faltam profissionais capacitados para COLETA dos dados
- Faltam profissionais capacitados para ANÁLISE dos dados
- Faltam profissionais capacitados para DIGITAÇÃO dos dados
- Quantidade insuficiente de profissionais, exceto nutricionistas
- Quantidade insuficiente de nutricionistas
- Sobrecarga de trabalho do enfermeiro
- Sobrecarga de trabalho do nutricionista
- Sobrecarga de trabalho do digitador
- Falta de interesse do profissional de saúde
- Grande rotatividade de profissionais
- Falta de interação entre os profissionais de saúde
- Falta de interação entre os profissionais e os gestores municipais
- Falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde
- Falta de apoio da Gerência Regional de Saúde / Secretaria Estadual de Saúde
- Falta de apoio do Ministério da Saúde
- Equipamentos antropométricos (balança e antropômetro) insuficientes ou sem manutenção
- Computadores insuficientes ou sem manutenção
- Falta acesso à internet
- Site do SISVAN Web fora do ar
- Internet lenta
- Faltam computadores com internet para digitar os dados coletados
- Dúvidas ao digitar os dados no SISVAN Web
- Os dados coletados não são digitados no SISVAN Web
- Dificuldades para coletar os dados de cadastro da população
- Priorização da coleta dos dados do Bolsa Família em detrimento do SISVAN
- Falta recurso financeiro para operacionalização do SISVAN
- Falta recurso financeiro para o desenvolvimento e execução de ações / intervenções nutricionais
- Dificuldades para executar (utilizar) os recursos financeiros
- Grande extensão e dificuldade de acesso da zona rural
- Dificuldade de acesso do PSF/ESF/PACS à população adscrita

**2.10 Dê uma nota de 0 a 10 ao SISVAN considerando sua utilidade para a melhoria da saúde nutricional das crianças de seu município, onde Zero significa nenhuma utilidade, 1 é pouca e 10 muita utilidade.**

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Não sabe informar

**2.11 Caso queira, especifique o motivo da nota:**

---

---

---

### APÊNDICE 3 - CORRELAÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS COM O QUESTIONÁRIO ELABORADO

Objetivos Específicos	Como identificar
i) entender o processo de implementação do SISVAN, êxitos e desafios	<p>1.14 Você trabalha exclusivamente com o SISVAN?</p> <p>1.15 Se você respondeu Não, indique as outras funções que executa (aceita mais de uma resposta):</p> <p>1.16 Quais funções do SISVAN que você realiza: (aceita mais de uma resposta)</p> <p>1.17 Há quanto tempo você trabalha com o SISVAN?</p> <p>2.9 Quais as maiores dificuldades encontradas na operacionalização e gestão do SISVAN? (aceita mais de uma resposta)</p> <p>2.10 Dê uma nota de 0 a 10 ao SISVAN considerando sua utilidade para a melhoria da saúde nutricional das crianças de seu município, onde Zero significa nenhuma utilidade, 1 é pouca e 10 muita utilidade.</p> <p>I) pesquisa bibliográfica, II) pesquisa documental, III) pesquisa de campo IV) Observação/participação</p>
ii) identificar os atores implicados na implementação da política da 9ª regional de saúde do Paraná	<p><b>1 Identificação do Perfil do Coordenador ou Responsável pela Gestão do SISVAN</b></p> <p>1.18 DATA ___/___/_____</p> <p>1.19 Qual é o seu Município: _____</p> <p>1.20 Qual é o seu sexo: ( )feminino ( )masculino</p> <p>1.21 Qual a sua idade? _____</p> <p>1.22 Nome Completo: _____</p> <p>1.23 Telefone para contato: _____</p> <p>1.24 Cargo ou função que exerce: _____</p> <p>1.25 Qual é o seu vínculo empregatício?</p> <p>1.26 O município tem Coordenador Municipal do Sisvan?</p> <p>1.27 Qual a sua escolaridade:</p> <p>1.28 No caso de ser pós-graduado, qual área de especialização?</p> <p>1.29 Qual é a sua profissão?</p> <p>I) pesquisa bibliográfica, II) pesquisa documental, III) pesquisa de campo</p>
iii) analisar a relação existente entre gestores e demais atores políticos vinculados ao programa SISVAN;	<p><b>1.30 Você já participou de alguma capacitação sobre o SISVAN?</b></p> <p>1.17.1 Se você respondeu SIM na questão anterior, indique há quanto tempo ela ocorreu:</p> <p>1.17.2 Se você respondeu SIM, na questão 1.17.1, indique quem organizou:</p> <p>I) pesquisa bibliográfica, II) pesquisa documental, III) pesquisa de campo IV) Observação/participação</p>

<p>iv) entender a percepção dos profissionais de saúde sobre o SISVAN que atendem diretamente os usuários;</p>	<p><b>2.1 Quais os dados de Vigilância Nutricional de CRIANÇAS menores de 10 anos que você e sua equipe coletam em seu município? (Aceita mais de uma resposta)</b></p> <p><b>2.2 Qual o perfil das crianças menores de 10 anos que os dados de peso e/ou altura são coletados?</b></p> <p><b>2.3 Em quais situações os dados de peso, altura e/ou consumo alimentar das crianças são coletados? (aceita mais de uma resposta)</b></p> <p><b>2.4 Quais os sistemas de informação que os dados de peso e altura de crianças são digitados? (aceita mais de uma resposta)</b></p> <p><b>2.4.1 Se você marcou a opção 1 na questão anterior, marque qual a periodicidade que os dados de peso, altura ou consumo alimentar de criança são digitados no SISVAN Web?</b></p> <p><b>2.5 É dado algum encaminhamento, NO MOMENTO DA PESAGEM, para as crianças menores de 10 anos que são diagnosticadas com alguma alteração do estado nutricional (desnutrição, baixo peso, risco nutricional, ou excesso de peso)?</b></p> <p>I) pesquisa bibliográfica,  II) pesquisa documental,  III) pesquisa de campo  IV) Observação/participação</p>
<p>v) Descrever os dados disponíveis da 9ª Regional da Saúde do Paraná, e refletir como podem ser utilizados nas estratégias de saúde pública, além de identificar iniciativas autônomas que surgiram através do levantamento dos dados do SISVAN.</p>	<p><b>2.6 Os relatórios gerados pelo SISVAN Web são usados por você e sua equipe para definir ou recomendar alguma ação para crianças menores de 10 anos, em seu município?</b></p> <p><b>2.6.1 Se você respondeu SIM na questão anterior, indique o tipo de intervenção destas ações: (aceita mais de uma resposta)</b></p> <p><b>2.7 Os relatórios gerados pelo SISVAN Web são divulgados? (aceita mais de uma resposta)</b></p> <p><b>2.8 Você considera que o SISVAN pode trazer algum avanço no atendimento à saúde das crianças de seu município?</b></p> <p><b>2.8.1 Se você respondeu SIM, marque o motivo pelo qual acredita nisso: (aceita mais de uma resposta)</b></p> <p>I) pesquisa bibliográfica,  II) pesquisa documental,  III) pesquisa de campo  IV) Observação/participação</p>