

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE

MARIELLY WAGNER FEDRIZZI

**PRONTIDÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA EM CAMPO GRANDE-MS**

CAMPO GRANDE
2022

MARIELLY WAGNER FEDRIZZI

**PRONTIDÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA EM CAMPO GRANDE-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste.

Orientadora: Maria Ligia Rodrigues Macedo

CAMPO GRANDE
2022

MARIELLY WAGNER FEDRIZZI

**PRONTIDÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA
AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA EM CAMPO GRANDE-MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste.

Orientadora: Maria Ligia Rodrigues Macedo

Banca examinadora:

Maria Ligia Rodrigues Macedo

Bruna Paola Murino Rafacho

Caroline Camila Moreira

Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva

AVALIAÇÃO FINAL:

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora professora Doutora Maria Ligia Macedo Rodrigues pelo aceite e condução da minha orientação com a integração ao trabalho à equipe do Laboratório de Purificação de Proteínas e suas Funções Biológicas (LPPFB) e a minha coorientadora professora Doutora Camila Medeiros da Silva Mazzeti, que é um exemplo pra mim, por toda valiosa contribuição, confiança, ensinamentos os quais foram realizados com muito carinho e principalmente por não me deixar desistir.

Aos colegas de trabalho e participantes da pesquisa que propiciaram a coleta de dados e contribuíram de forma singular para que a pesquisa fosse concluída.

Aos meus familiares e amigos que souberam lidar com minhas ausências.

RESUMO

O acompanhamento da situação nutricional é ferramenta essencial de gestão, subsidiando o planejamento, a execução e a avaliação de ações em saúde. Por isso, o objetivo deste estudo foi avaliar a prontidão das Unidades de Saúde da Atenção Primária para avaliação antropométrica em Campo Grande, MS. Foi aplicado às referências técnicas de cada unidade de saúde relacionadas à Atenção Primária à Saúde do município no ano de 2021, um questionário adaptado sobre o funcionamento, infraestrutura, recursos materiais e humanos, além de ações realizadas relacionadas à Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Os resultados mostram uma situação heterogênea das unidades do município segundo o índice de Prontidão para VAN, dizendo que há unidades mais preparadas (40,3%) e também despreparadas (41,8%) para VAN dentro de um mesmo território. Para isso, são necessárias algumas melhorias, como equipamentos, capacitações dos profissionais de saúde desde a coleta de dados antropométricos e inclusão no sistema, e ainda dos marcadores de consumo alimentar, além da sensibilização quanto a importância de se analisar os relatórios gerados, assim como pelos gestores do município, visando à valorização do SISVAN enquanto sistema de informação em saúde essencial para organização e gestão do cuidado da situação alimentar e nutricional de Campo Grande.

Descritores em saúde: Atenção Primária à Saúde. Antropometria. Vigilância Nutricional.

ABSTRACT

Monitoring the nutritional situation is an essential management tool, supporting the planning, execution and evaluation of health actions. Therefore, the objective of this study was to assess the readiness of Primary Care Health Units for anthropometric assessment in Campo Grande, MS. An adapted questionnaire was applied to the technical references of each health unit related to Primary Health Care in the municipality in the year 2021 on the functioning, infrastructure, material and human resources, in addition to actions carried out related to Food and Nutrition Surveillance (VAN) . The results show a heterogeneous situation of the units in the municipality according to the Readiness Index for VAN, saying that there are units that are more prepared (40.3%) and also unprepared (41.8%) for VAN within the same territory. For this, some improvements are needed, such as equipment, training of health professionals from the collection of anthropometric data and inclusion in the system, as well as food consumption markers, in addition to raising awareness of the importance of analyzing the reports generated, as well as by the municipal managers, aiming at valuing SISVAN as an essential health information system for the organization and management of care for the food and nutritional situation in Campo Grande.

Descriptors: Primary Care Health; Anthropometry; Nutrition Surveillance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAD-SUS	Cadastro Nacional de Usuários do SUS
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CID10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10a
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Sistema para registro de ações e procedimentos da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IP-VAN	Índice de Prontidão para Vigilância Alimentar e Nutricional
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS)
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TAP	Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1. CUIDADO NUTRICIONAL, PNAN E VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 10	
2.2. SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	14
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4. METODOLOGIA	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
6. CONCLUSÕES	38
REFERÊNCIAS	38
ANEXO – Questionário	41

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aprovada no ano de 1999, a qual propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação, está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional do Sistema de Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados alimentação e nutrição (BRASIL, 2013).

Dentre essas diretrizes da PNAN, encontra-se a vigilância alimentar e nutricional (VAN), a qual consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e de seus fatores determinantes, subsidiando portanto, o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção de saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS, contribuindo com o controle e participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional dos territórios (BRASIL, 2013).

Sabe-se que o estado nutricional está diretamente relacionado às condições de crescimento e desenvolvimento e o risco de morbimortalidade da população como um todo. Por isso, o acompanhamento da situação alimentar e nutricional é ferramenta essencial de gestão, subsidiando o planejamento, a execução e a avaliação de ações em saúde (BRASIL, 2015a).

Para isso utiliza-se o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), instituído por meio da Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990 do Ministério da Saúde, o qual é um sistema que consolida dados antropométricos (medida de peso e estatura) e consumo alimentar coletados nos serviços de saúde da atenção primária (APS) por intermédio de profissionais de saúde, apoiando no processo de organização e atenção nutricional para definição de prioridade no acompanhamento dos indicadores de alimentação e nutrição da população avaliada (BRASIL, 1990).

Portanto, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) sendo um componente da Vigilância em Saúde, tem o papel fundamental de apoiar gestores e profissionais de saúde na atenção nutricional dos municípios, definindo prioridades com base no acompanhamento dos indicadores de alimentação e nutrição da população assistida (BRASIL, 2015a).

Em 2020, das crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde 15,9% dos menores de 5 anos e 31,8% das crianças de 5 a 9 anos tinham excesso de peso, e sendo que 7,4% e 15,8%, respectivamente, apresentavam obesidade segundo IMC para a idade. Quanto aos adolescentes também acompanhados em 2020 na Atenção Primária à Saúde, 31,9% apresentavam excesso de peso e 12% obesidade (BRASIL, 2022b).

De acordo com o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI, 2019), revelou que, das crianças brasileiras menores de 5 anos, 10% estão com excesso de peso, 18,3% em risco de sobrepeso e 3% em obesidade. Já em relação a magreza desta faixa etária, a prevalência foi de 3%, e 7% de baixa altura por idade.

Enquanto que nos adultos, em 2019 o país já apresentava 63% da população adulta com excesso de peso e 28,5% diagnosticados com obesidade (BRASIL, 2020). Em Mato Grosso do Sul (MS), as frequências de adultos com sobrepeso ou obesidade foram ainda mais elevadas que a média nacional, com 36,6% da população obesa e 64,5% com excesso de peso. Destaca-se, ainda, que MS constitui o terceiro estado com mais casos de obesidade no país e o primeiro em número de mortes atribuíveis ao excesso de peso, com 959,7 mortes por milhão de habitantes (REZENDE *et al.*, 2021).

Diante disso, evidencia-se a importância do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS em todas as fases da vida, devendo apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico populacional dos agravos alimentares e nutricionais e nos fatores de risco e proteção ao analisar os marcadores de consumo alimentar.

De acordo com Alves, *et al* (2018), os maiores desafios encontrados para funcionamento do sistema de vigilância alimentar e nutricional são referente às condições de infraestrutura, recursos humanos e logística, os quais precisam ser fortalecidos visando à consolidação do SISVAN como uma essencial ferramenta na APS para o diagnóstico das condições de saúde e intervenções adequadas no território.

Portanto, tendo em vista a importância do diagnóstico da situação nutricional da população, este trabalho tem como relevância auxiliar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) local na organização e/ou nas intervenções relacionadas aos cuidados em Alimentação e Nutrição, através da análise do estado de prontidão das Unidades de Atenção Primária à Saúde para realização de avaliação antropométrica no âmbito do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, visto que não temos estudos realizados anteriormente mostrando estes dados.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. CUIDADO NUTRICIONAL, PNAN E VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Atenção Nutricional é o nome dado ao conjunto de cuidados em Alimentação e Nutrição ofertados em associação a outros cuidados em saúde de forma a garantir atenção integral à saúde no SUS. No escopo de abrangência das práticas realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) é preciso considerar a Alimentação e Nutrição como determinante do processo

saúde-doença, o que requer que profissionais e gestores estejam preparados em relação aos aspectos relacionados à alimentação e ao estado nutricional das pessoas e suas implicações sobre as doenças, os agravos e as demais necessidades que geram a busca pelos serviços de APS (BRASIL, 2022a).

Nesse sentido, foi recentemente publicada a Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde para auxiliar na estruturação dos serviços e dos processos de trabalho a partir de perspectivas e orientações sobre a responsabilidade e a abordagem das práticas de cuidado, além de um conjunto de recomendações de práticas que consideram as singularidades de diferentes sujeitos que devem ser acolhidos pela APS (BRASIL, 2022a).

Destaca-se ainda que a responsabilidade compartilhada (e não só pelo profissional nutricionista) pelos cuidados em Alimentação e Nutrição é necessária também no âmbito da gestão da atenção nutricional. Além de garantir a estrutura e a organização necessárias para a atenção nutricional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ressalta-se instituir processos de gestão participativa para a sua organização, o seu monitoramento e a sua avaliação, bem como de educação permanente junto aos trabalhadores da APS para o aprimoramento e a construção de conhecimentos e práticas de cuidado em Alimentação e Nutrição a partir do cotidiano do seu trabalho nas unidades de saúde e territórios (BRASIL, 2022a).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), 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. Portanto, tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Para tanto está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades, essas, integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações (BRASIL, 2013).

Em relação as diretrizes da PNAN, as quais indicam as linhas de ações para modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população, são elas: 1. Organização da Atenção Nutricional; 2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; 3. Vigilância Alimentar e Nutricional; 4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; 5. Participação e Controle Social; 6. Qualificação da Força de Trabalho; 7. Controle e Regulação dos Alimentos;

8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; 9. Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional.

Destaca-se a terceira diretriz em relação a Vigilância Alimentar e Nutricional a qual “consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes” (BRASIL, 2013).

A vigilância alimentar e nutricional subsidiará o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e à qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS. Contribuirá, também, com o controle e a participação social e o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios (BRASIL, 2013).

Os objetivos da vigilância alimentar e nutricional no Brasil são avaliar e monitorar: 1) o estado nutricional; 2) as morbidades associadas a desvios nutricionais; 3) as carências nutricionais; 4) as práticas de aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar; e 5) a qualidade da alimentação dos grupos populacionais. Para o alcance desses objetivos, Ferreira, *et al.*, (2018) refere ser necessário à implementação de mais de uma estratégia a seguir elencadas: sistema informatizado de vigilância alimentar e nutricional, treinamento e conscientização da equipe multidisciplinar da estratégia Saúde da Família (ESF) inquéritos populacionais periódicos, uso da informação disponível nos demais Sistemas de Informação em Saúde (SIS), Chamadas Nutricionais, acesso a produção científica e financiamento de pesquisas.

Por isso, para reorganização das práticas de saúde no âmbito da Atenção Primária, visando à integralidade da atenção, é fundamental que a equipe conheça os problemas e necessidades em saúde da população do seu território e utilize desse conhecimento para organização de seu processo de trabalho. Diante disso, para apoiar essas ações de saúde e nutrição faz-se necessário o reconhecimento do território como os equipamentos sociais como escolas, creches, associações, entre outros, e espaços de comercialização de alimentos. Outro fator que requer atenção dos profissionais de saúde da Atenção Primária, é o acesso ao alimento, no sentido de articular com instâncias do território o apoio social necessário e alternativas para o acesso das famílias de baixa renda aos alimentos, o que pode afetar negativamente a situação de Segurança Alimentar e Nutricional destas (BRASIL, 2015a).

Para a realização de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) faz-se necessário equipamentos como balanças pediátricas e de plataforma, antropômetro vertical e horizontal e fita métrica, além de capacitação para os profissionais de saúde da ESF para realizarem as avaliações antropométricas e de consumo alimentar corretamente, e acesso à internet para digitação dos dados coletados no sistema. Os recursos humanos indispensáveis para a coleta e o registro das informações do SISVAN são: profissionais da área de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) ou dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e APS, e do digitador que pode ser da área de ciência da computação ou outras além da saúde, sendo, portanto, de carácter interdisciplinar sua execução (BRASIL, 2010).

As informações produzidas pelas equipes da Atenção Primária a partir das práticas de vigilância em saúde irão subsidiar os gestores e demais profissionais na definição das prioridades acerca do cuidado nutricional da população assistida. Estes dados podem também auxiliar os profissionais dos NASF na discussão dos casos ou elaboração de estratégia para encaminhamentos a determinados grupos de usuários (BRASIL, 2015a).

Em estudo de Jung, *et al* (2014), foi relatado que os dados produzidos praticamente não acionam intervenções dos governos nem reações do público, e que o uso imediato e individual da informação pelo profissional que presta assistência tem sido descurado na grande maioria dos casos, expondo que não existe o necessário *feedback* entre as informações, a ação e seus resultados finais.

Pedraza (2021), identificou a ausência do acompanhamento do crescimento infantil e a necessidade de sensibilizar profissionais de saúde para resgatar essa prática, e além disso, mostrou que as capacitações sobre antropometria realizadas em todas as regiões do estado de São Paulo buscaram a qualificação dos dados gerados pelo sistema, a fim de garantir confiabilidade dos indicadores analisados.

Ademais, de acordo com Ferreira, *et al.*, (2018), outro desafio é utilizar os dados obtidos por meio do sistema e transformá-los em um diagnóstico fidedigno da situação alimentar e nutricional da população, para tanto é necessária a capacitação dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde para executarem a coleta e digitação correta destes dados.

O profissional de saúde, os equipamentos e instrumentos utilizados, o local de medição ou até mesmo o próprio indivíduo avaliado, são as causas de erros durante a avaliação de medidas antropométricas. Sendo assim, a falta de treinamento da técnica de mensuração, a pouca sistematização dos procedimentos empregados, a inadequação no manejo dos equipamentos, o local de coleta, além dos erros de leitura nos equipamentos e o registro

equivocado dos dados nos formulários são os grandes problemas encontrados (BAGNI; BARROS, 2012).

A baixa precisão e exatidão nas medidas antropométricas podem distorcer o diagnóstico nutricional, implicando em sérias consequências para o indivíduo e a sociedade. Quando há subestimativa ou superestimativa de déficits ou excessos nutricionais, indivíduos doentes podem ser privados de acompanhamento, favorecendo a perpetuação e agravamento de seus distúrbios, enquanto que indivíduos saudáveis com intervenções precoces podem resultar em má utilização dos recursos de programas assistenciais, aumento desnecessário de gastos e sobrecarga nos sistemas de saúde (BAGNI; BARROS, 2012).

2.2. SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

É imprescindível aos serviços de saúde coletar, gerar, armazenar e manejar informações considerando dados de diversos sistemas, processo este que impõe aos trabalhadores e aos serviços de saúde responsabilidades éticas e técnicas quanto a privacidade, aplicação e uso destes dados armazenados no Sistema de informação de saúde. Compete, portanto, ao Ministério da saúde a guarda, preservação e acesso segura da base de dados para elaboração de relatórios estatísticos os quais auxiliam traçar perfil situacional da saúde de determinado local (CUNHA; VARGENS, 2017).

Dentre os diversos tipos de bases de dados que o Sistema de Informação em Saúde do SUS agrega temos: SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) para registro de agravos e doenças notificáveis para estudos de morbidade de agravos e doenças sob notificação; SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) para registro de óbitos para traçar o perfil de mortalidade; SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) visando traçar o perfil das condições de nascimento; SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) a qual integração E-SUS para registro de ações e procedimentos da Atenção Básica visando monitoramento das condições de vida e saúde dos indivíduos e famílias cadastradas; SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações registra as ações assistenciais e administrativas do Programa Nacional de Imunizações para o monitoramento da cobertura vacinal e dos eventos adversos, controle de estoque e distribuição de insumos; SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para as ações previstas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição a fim de Monitoramento do perfil alimentar e da situação nutricional; Sis prenatal – Sistema de Acompanhamento da Gestante para registro das Ações do Programa de pré-natal a fim de realizar o Monitoramento da atenção à gestante e à puérpera cadastrada no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); SIA (Sistema de

Informações Ambulatoriais do SUS) que estão padronizados em cadastros e tabelas como Cadastro Nacional de Usuários do SUS (CAD-SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), Tabela da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/10a (CiD10), Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (TAP) e Bases Territoriais (CUNHA; VARGENS, 2017).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), instituído por meio da Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990 do Ministério da Saúde, é um sistema que consolida dados antropométricos (medida de peso e estatura) e consumo alimentar (identificação das práticas alimentares) coletados nos serviços de saúde da atenção primária (APS) por intermédio de profissionais de saúde, apoiando no processo de organização e atenção nutricional para definição de prioridade no acompanhamento dos indicadores de alimentação e nutrição da população avaliada (BRASIL, 1990).

Em 2001, a VAN foi incluída nos deveres das famílias que participavam do Programa Nacional de Renda Mínima, vinculado à Saúde (Bolsa Alimentação), programa este que repassava recursos financeiros às famílias em situação de pobreza, com crianças menores de sete anos em risco nutricional para a desnutrição. Um dos compromissos da família era de levar periodicamente as crianças para realizar as medidas de peso e estatura no serviço de saúde. Com a unificação dos programas setoriais de transferência de renda e a criação do Programa Bolsa Família (PBF) em 2003, a VAN do público infantil foi reforçada como compromisso das famílias e dos serviços de saúde. Ou seja, tanto o Bolsa Alimentação quanto o PBF contribuíram para a equidade no SUS pois ampliaram o acesso das populações em situação de vulnerabilidade social aos serviços de Atenção Básica, promovendo o aumento de cobertura do acompanhamento do estado nutricional de mulheres e crianças no SISVAN (BRASIL, 2015a).

Em 2004, ocorreu uma expansão das ações de VAN quando o Ministério da Saúde passou a recomendar que o SISVAN fosse utilizado para o acompanhamento do estado nutricional de indivíduos em todas as fases do curso da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) (BRASIL, 2015a).

A versão on-line do sistema foi lançada em 2008, o SISVAN *Web*, quando houve a incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a inclusão de ferramentas para a avaliação de marcadores de consumo alimentar para todas as fases do curso da vida. Essa versão teve intuito de facilitar seu uso em nível local e acompanhamento dos registros, visto que realizar a vigilância é primordial para avaliação, planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, com dados fidedignos que serão

fundamentais nas ações de âmbito individual e coletivo no desenvolvimento de políticas públicas, visando melhoria do perfil epidemiológico e de saúde da população (BRASIL, 2015a).

O Sisvan Web objetiva realizar a gestão das informações de VAN desde o registro até a geração de relatórios, para isso apresenta dois módulos de acesso: o módulo restrito, a ser utilizado por gestores e técnicos municipais e estaduais, e o módulo de acesso público, também chamado de módulo gerador de relatórios. Atualmente, a estratégia e-SUS do MS simplifica a sistemática de alimentação de distintos SIS visando a redução do retrabalho na coleta de dados, à individualização do registro, à produção de informação integrada e ao cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território, sendo assim, os registros das informações de consumo alimentar ocorrem pelo Sisvan Web e pelos softwares Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e Coleta de Dados Simplificada (CDS) da estratégia e-SUS AB (BRASIL, 2015b).

Com isso, independentemente do sistema de informação adotado nos serviços de atenção básica, o módulo de avaliação do consumo alimentar será único. Portanto, à medida que os municípios forem adotando a estratégia e-SUS AB, poderão realizar o acompanhamento do estado nutricional (avaliações antropométrica e dos marcadores de consumo alimentar), e todos os dados registrados nos sistemas PEC e CDS passarão a compor os relatórios consolidados no sistema gerador de relatórios do Sisvan Web (BRASIL, 2015b).

Em 2011, com a atualização da PNAN pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, foi reforçado essa concepção de VAN e destacado sua importância para a organização da atenção nutricional no SUS, indicando, então, a necessidade de ampliar sua prática historicamente restrita aos públicos biologicamente mais vulneráveis ou aos beneficiários de programas assistenciais (BRASIL, 2015a).

Sendo assim, gestores e profissionais de saúde devem reconhecer a informação como elemento estratégico para a gestão e principalmente para o cuidado, discutindo a importância do uso e da disseminação das informações para o planejamento, a execução e a avaliação das atividades inerentes ao setor Saúde e, especialmente, sobre as condições de vida da população (BRASIL, 2015a).

Em relação a coleta de dados, recomenda-se que na Atenção Primária sejam realizadas as avaliações antropométrica e de consumo alimentar de indivíduos em todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Recomenda-se ainda que a avaliação do consumo seja realizada na rotina dos serviços da unidade de saúde, de forma a permitir a observação de comportamento ou padrão que caracteriza marcadores positivos e/ou negativos da alimentação. Para a avaliação de marcadores do consumo alimentar, são utilizados

formulários que têm por objetivo simplificar a coleta de dados e a análise das informações obtidas no momento do atendimento individual possibilitando o planejamento de ações no âmbito coletivo (BRASIL, 2015a).

O marcador de consumo alimentar não irá substituir a anamnese detalhada da consulta individual, mas possibilitará identificar inadequações na alimentação e subsídios na orientação para promoção de alimentação saudável. Os formulários avaliam os alimentos consumidos no dia anterior à avaliação e se dividem em 3 tipos: um destinado para crianças menores de 6 meses que orientam o profissional de saúde para a captação de informações sobre o aleitamento materno e a introdução precoce de outros alimentos; outro para crianças de 6 a 23 meses que visa à caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno e à identificação de marcadores de risco ou proteção para a carência de micronutrientes (vitaminas e minerais) e a ocorrência de excesso de peso; e um para indivíduos com 2 anos ou mais, que inclui crianças de 2 a 9 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, e foi estruturado para identificar consumo de alimentos e bebidas e práticas relacionadas ao ato de comer, como o costume de pessoas que realizam suas refeições assistindo à televisão, mexendo no computador e/ou no celular (BRASIL, 2015a).

Para crianças até dois anos, é recomendado registro de avaliação antropométrica e de marcadores de consumo alimentar aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses e aos indivíduos a partir de 2 anos a recomendação é de no mínimo um registro por ano. Os profissionais de saúde devem aproveitar as oportunidades para efetivar o cuidado da população como no acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, ou mesmo nas consultas de pré-natal, de puericultura assim como durante as ações do Programa de Saúde na Escola (BRASIL, 2015a).

É fundamental que os profissionais de saúde da equipe estejam aptos a identificar situações de risco nutricional ou até mesmo condições de vulnerabilidade social que possam repercutir diretamente no estado nutricional da população sob sua responsabilidade e ainda, investigar os fatores de risco associados a essa condição, por exemplo: hábitos alimentares e prática de atividade física, presença ou ausência de doenças ou agravos à saúde, situações de violência, negligência, abandono, entre outros (BRASIL, 2015b).

A avaliação antropométrica recomendada na Atenção Básica refere-se à avaliação do peso (massa corporal), da estatura e dos perímetros da cintura e da panturrilha dependendo da fase do curso de vida. Os índices para avaliação em crianças menores de 5 anos são: IMC para Idade (expressa a relação entre a massa corporal (em quilos) e o comprimento/altura (em metros), sendo utilizado, principalmente, para identificar o excesso de peso); Estatura para

Idade (indica o crescimento linear, apresentando-se como o índice que reflete os efeitos cumulativos da situação de saúde e nutrição em longo prazo, ou seja, o déficit neste índice deve ser interpretado como uma condição crônica); Peso para Estatura (expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e altura/comprimento. Mostra tanto o excesso quanto o déficit de peso para determinada estatura, sendo sensível às alterações nas variáveis que o compõem. É um índice muito útil quando não se sabe a idade da criança); Peso para Idade (expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade. Este índice é amplamente utilizado para avaliar a desnutrição, porém o déficit de peso para a idade observado pontualmente não determina se o quadro é recente ou de longo prazo. Por desconsiderar o comprimento/altura, é necessário que a avaliação seja complementada por outro índice antropométrico). Para as crianças de 5 a 9 anos: IMC para Idade; Estatura para Idade; Peso para Idade. Para os Adolescentes (de 10 a 19 anos): IMC para Idade; Estatura para Idade. Para as gestantes: IMC por Idade Gestacional. Adultos (20 a 59 anos): IMC; Perímetro da Cintura (é um indicador para o risco de doenças metabólicas). Idosos (60 anos ou mais): IMC para Idoso; Perímetro da Panturrilha (medida mais sensível para a avaliação da massa muscular, cuja redução implica a diminuição da força muscular) (BRASIL, 2015a).

De acordo com o Informe Situacional sobre os Programas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica, a cobertura de marcadores antropométricos realizados no estado de Mato Grosso do Sul em 2017 era de 13,6%, enquanto que em relação aos marcadores de consumo alimentar foi de 1,3% (BRASIL, 2017).

A classificação do estado nutricional por meio da avaliação antropométrica é um dos subsídios para o diagnóstico do estado de saúde do indivíduo, que permite aos profissionais tomar a decisão quanto ao cuidado a ser ofertado, como a solicitação de exames complementares, o agendamento de uma visita domiciliar, o compartilhamento do caso com outros profissionais, traçar um plano de cuidados com metas graduais a serem alcançadas, convidar o indivíduo a participar de um grupo terapêutico, além de outras estratégias que se encontram na linha de cuidados do sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2015a).

Na etapa de avaliação dos resultados e impactos deve-se desenvolver um modelo de acompanhamento para analisar se as metas pactuadas foram atingidas, identificando as dificuldades e necessidades de adequações às rotinas e procedimentos realizados para alcance dos objetivos traçados, como por exemplo, melhoria dos indicadores de cobertura, de acesso aos serviços de saúde, de redução do desmame precoce, entre outros (ALVES *et al.*, 2018).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a prontidão das Unidades de Saúde da Atenção Primária para avaliação antropométrica em Campo Grande, MS.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever ações e infraestrutura das unidades de saúde da APS para realização de VAN;
- b) Formular um sistema de pontuação para avaliar situação das unidades de saúde para atendimento da realização de VAN;

4. METODOLOGIA

a) Origem dos dados da pesquisa

Realizou-se um estudo transversal com abordagem quantitativa descritiva-exploratória com base de dados primários com amostra representativa da Cidade Campo Grande no Mato Grosso do Sul.

Foi aplicado um questionário sobre o funcionamento do SISVAN às referências técnicas das unidades relacionadas a atenção primária à saúde de Campo Grande, MS com objetivo de obter informações sobre coleta, digitação, análise e utilização dos dados da vigilância alimentar e nutricional. Esse questionário foi adaptado para a realidade da Atenção Primária Brasileira, de um instrumento internacional utilizado para o mesmo fim na Demographic Health Survey (DHS) e chama-se “Measure Dhs Service Provision Assessment Survey - Inventory Questionnaire” (Demographic Health Survey, 2015), que encontra-se no anexo A. Este questionário é dividido por blocos de perguntas, onde bloco 1 consta disponibilidade de serviços, bloco 2 é referente a estrutura da unidade, bloco 3 sobre os profissionais da unidade, bloco 4 dos sistemas de informação da saúde, bloco 5 dos equipamentos da unidade e o bloco 6 sobre o monitoramento de crescimento.

b) Seleção de dados para a pesquisa

Para os dados primários das unidades de saúde que atendem a atenção primária em Campo Grande (MS) foram coletados questões sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e atendimento no geral de menores de 5 anos, sendo o questionário respondido pelas referências da gestão de cada unidade de saúde do município no período entre abril e junho de

2021. Na época da realização da pesquisa, o município de Campo Grande contava com 72 unidades de saúde voltadas à Atenção Primária em Saúde (APS).

c) Tabulação e análise dos dados

Os dados foram coletados de forma online pelo aplicativo JotForms®, e o mesmo forneceu os dados tabulados em Excel para posterior análise. A identidade dos indivíduos envolvidos foi codificada para garantir o sigilo dos dados. Os dados foram transformados em unidades contínuas e categóricas de acordo com a necessidade de cada informação armazenada pelo programa.

Para análise dos dados foi utilizado o Programa Stata® for Windows, versão 17.0 sendo realizada uma análise descritiva e de associação de cada uma das variáveis do questionário. O nível estatístico de significância considerado foi $p < 0,05$ em todas as análises.

d) Índice de Prontidão

Foram selecionadas para a criação do índice de prontidão variáveis que compõe aspectos de infraestrutura física, de profissionais contratados e de ação de políticas públicas nas unidades (Quadro 01). As variáveis de infraestrutura foram: área de espera e acolhimento na unidade, balança plataforma (até 250kg), balanças infantis (precisão de 250g e 100g), Estadiômetro, Infantômetro, Fita de Medição, balança adulto (até 150kg), possuir internet em funcionamento e wifi, possuir computadores em funcionamento, fazer uso de sistema de informação de dados na saúde e a compilação das informações dos mesmos e uso do Prontuário Eletrônico do cidadão (PEC). As variáveis sobre profissionais foram: quantidades de equipes nas unidades, quantidade de médicos generalistas, quantidade de médicos especialistas, quantidade de enfermeiros, quantidade de técnicos de enfermagem, quantidade agentes comunitários de saúde (ACS), quantidades de profissionais administrativos, profissionais que atuam no NASF e quantidade de pessoas designadas para alimentar sistemas de informação em saúde. As variáveis sobre ações de unidade como cobertura do NASF, realização de puericultura e a realização de grupos para gestantes.

Quadro 01. Variáveis selecionadas para escalonamento das unidades de saúde da APS de Campo Grande, MS, 2020

Infraestrutura física	Profissionais atuantes na unidade	Ação de políticas públicas
-----------------------	-----------------------------------	----------------------------

Área de espera e acolhimento na unidade	Quantidade de equipes nas unidades	Cobertura do NASF
Balança plataforma (até 250 kg)	Quantidade de médicos generalistas	Realização de puericultura
Balanças infantis (precisão de 250 g e 100 g)	Quantidade de médicos especialistas	Realização de grupos para gestantes
Estadiômetro	Quantidade de enfermeiros	
Infantômetro	Quantidade de técnicos de enfermagem	
Fita métrica	Quantidade agentes comunitários de saúde (ACS)	
Balança adulto (até 150 kg)	Quantidade de profissionais administrativos	
Possuir internet em funcionamento	Quantidade e especialidade de profissionais que atuam no NASF	
Possuir Wi-Fi	Quantidade de pessoas designadas para alimentar sistemas de informação em saúde	
Possuir computadores em funcionamento		
Fazer uso de sistema de informação de dados na saúde		
Compilação das informações dos dados na saúde		
Uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)		

A partir destas variáveis, foi criado um modelo de pontuação para classificar as unidades de saúde quanto a prontidão de VAN. O modelo considerou a soma padronizada das variáveis por subtipo (descritos no parágrafo anterior), onde cada uma das variáveis ganhou pontuação 0 para quando se respondeu “Não” e 1 para quando se respondeu “Sim”. A partir das somas das pontuações por subtipo foi então construída uma pontuação geral, com a média da pontuação em cada 1 dos 3 subtipos, e a pontuação final foi normalizada, sendo posteriormente dividida em quintis, de maneira a dar o mesmo peso para cada subtipo independentemente do número de perguntas que o compunha. Posteriormente as unidades foram classificadas, segundo sua pontuação, em um quintil geral específico, onde o quintil mais alto, representavam as unidades com maiores condições de atender o SISVAN em Campo Grande.

e) Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CAAE: 33586720.5.0000.0021).

As referências técnicas de cada unidade de saúde da cidade de Campo Grande, foram convidadas a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) durante o ato de preenchimento online o questionário da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do universo de 72 unidades de saúde voltadas para APS em Campo Grande, 93,0% (n=67) retornaram a pesquisa feita sobre as condições da unidade de saúde em relação à possibilidade de se realizar o atendimento materno-infantil e quando questionado a falta de resposta das 5 unidades restantes, o motivo foi troca recente de profissional responsável justificando o desconhecimento das informações solicitadas.

Conforme visualizado na tabela 01, a maioria dos respondentes era o gerente administrativo da unidade (73,1%). O distrito com o maior número de unidades respondentes foi o Anhanduizinho, seguido pelo distrito Segredo. As Unidades de Saúde da Família (USF) são o tipo de organização predominante no município com cerca de 80,6% dos respondentes, cerca de 65,6% das unidades apresentam entre 3 a 4 equipes de saúde da família e 95,5% estão localizadas na zona urbana do município.

Das unidades entrevistadas cerca de 32,8% referiu não estar coberta por nenhuma equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), e das equipes que contam com estes profissionais, a categoria existente mais frequentemente relatada pelos entrevistados foi o Profissional de Educação Física (92,5%), seguido pelo Psicólogo e o Fisioterapeuta (ambos com 64,2%).

Ainda em relação ao NASF, um ponto importante a ser destacado é quanto a manutenção destas equipes no município, visto que após a publicação do Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento da APS o qual extinguiu o incentivo específico do NASF, o que pode ser encarado como benéfico uma vez que a inserção do nutricionista na Atenção Primária a Saúde do município se dá através destas equipes. Quanto a necessidade de inserção de nutricionistas na equipe multiprofissional, ressalta-se a importância do fortalecimento do cuidado nutricional no município visando melhora da assistência e planejamento das ações de alimentação e nutrição na Estratégia de Saúde da Família.

Sobre o atendimento da unidade, 97,0% relatou fazer o acolhimento e dispensação de medicamentos, e 94,0% referiu ter uma área de espera adequada aos usuários (coberta e com cadeiras). As unidades relataram ter em média 3 médicos generalistas, e o mesmo número de enfermeiros, acompanhando a média encontrada de equipes em cada unidade. Os profissionais

que mais se encontram nas unidades de saúde em Campo Grande, são os ACS, sendo que cada unidade tem em média 22 agentes.

Tabela 01. Caracterização geral das unidades de saúde da família de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 2021

Variável	n	%
<i>Unidade retornou a pesquisa?</i>		
Sim	67	93,0
Não	5	7,0
<i>Respondente</i>		
Gerente Administrativo	49	73,1
Enfermeiro	18	26,9
<i>Distrito da Unidade</i>		
Anhanduizinho	18	26,9
Bandeira	9	13,4
Centro	3	4,5
Imbirussu	9	13,4
Lagoa	10	14,9
Prosa	4	6,0
Segredo	14	20,9
<i>Tipo da unidade de APS</i>		
Unidade Básica de Saúde	10	14,9
Clínica da Família	3	4,5
Unidade Saúde da Família	54	80,6
<i>Número de Equipes Saúde da Família da Unidade</i>		
1	7	10,5
2	12	17,9
3	21	31,3
4	23	34,3
5	1	1,5
6	2	3,0
8	1	1,5
<i>Localização da unidade</i>		
Rural	3	4,5
Urbano	64	95,5
<i>A unidade é coberta pelo atendimento de NASF/ Equipes Multiprofissionais?</i>		
Sim	45	67,2
Não	22	32,8
<i>Serviço de acolhimento Pré-consulta?</i>		
Sim	65	97,0
Não	2	3,0
<i>Existe uma área de espera apropriada para os pacientes na unidade? (coberta, com cadeiras)</i>		
Sim	63	94,0
Não	4	6,0
<i>Realiza entrega de medicamentos?</i>		
Sim	65	97,0
Não	2	3,0
<i>Realiza entrega de contraceptivos?</i>		
Sim	67	100,0
<i>Realiza aplicação de vacinas?</i>		
Sim	67	100,0
<i>Existe um farmacêutico na unidade para fazer dispensação de medicamentos?</i>		
Sim	50,7	50,7
Não	49,3	49,3
<i>Unidades que referiram atendimento de profissionais das seguintes profissionais (via NASF) *:</i>		
Assistente Social	18	26,9
Medico Geriatra	1	1,5
Farmacêutico	9	13,4

Profissional de Ed. Física	62	92,5
Psicólogo	43	64,2
Fisioterapeuta	43	64,2
Ginecologista	32	47,8
Obstetra	32	47,8
Nutricionista	27	47,8
Pediatra	46	40,3
Fonoaudiólogo	30	44,8
Terapeuta Ocupacional	10	14,9
Profissional de Saúde Sanitarista	1	1,5
	Média ±	Mediana
	DP	(Mín - Máx.)
<i>Número de Médicos Generalistas</i>	3,2±2,3	3 (0 - 15)
<i>Número de Médicos Especialistas</i>	1,4±2,3	1 (0 - 15)
<i>Números de Enfermeiros</i>	3,2±1,7	3 (1 - 12)
<i>Números de Técnicos de Enfermagem</i>	5,7±2,0	6 (2 - 11)
<i>Números Agentes Comunitários de Saúde</i>	22,3±11,0	20 (1 - 56)
<i>Números de Dentistas</i>	2,6±1,5	2 (1 - 8)
<i>Números Assistentes de Saúde Bucal</i>	2,5±1,2	2 (1 - 6)
<i>Números Profissionais envolvidos no Administrativo</i>	3,7±1,33	4 (1 - 7)

N=67 unidades com atendimento à atenção primária à saúde.

*Porcentagem levando em conta 67 unidades, mesmo aquelas que referiram não ter atendimento do NASF.

Em relação as características estruturais e de tecnologia as unidades, como mostra a tabela 02, 98,5% relatou acesso à água tratada e à rede pública de energia elétrica. Sobre à dificuldade de acesso cerca de 6,0% das unidades relatou ser rotineiro a falta de água na estrutura e 15,0% referiu o mesmo sobre a energia elétrica.

Sobre telefonia e internet, todas as unidades afirmaram dispor de telefone fixo, que é um ponto muito positivo tanto para busca ativa de pacientes, agendamento de consultas ou até mesmo a teleconsulta quando necessário. Em relação a telefone móvel apenas 6,0% dispõem, porém 98,5% referiu contar com internet na unidade e poucos relataram a falta de energia elétrica ser rotineira, o qual se faz necessário para digitação dos dados mensurados no sistema. Para acessibilidade dos usuários, 12,0% das unidades referiram oferecer *wifi* aos usuários e ainda que a média de computadores na unidade foi de 15 máquinas, juntamente com um relato que em média 2 deles não estavam em funcionamento, dados estes que parecem ser baixos para a condução do atendimento via PEC, pois a maioria das unidades conta com mais de 3 equipes, (ou seja, no mínimo 6 categorias profissionais entre médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar da saúde bucal e ACS), ficando a média de 15 máquinas por unidade aquém da demanda, considerando que existem serviços administrativos que dependem diretamente da disponibilidade do computador, como acolhimento e administrativo da unidade.

De acordo com Rolim, *et. al.* (2015), dificuldades relacionadas a acesso à internet, estabilidade no vínculo laboral, sobrecarga de trabalho, capacitação dos profissionais, diferenças salariais, rotatividade na equipe e insuficiência de nutricionistas foram apontadas como limitantes na operacionalização das atividades do SISVAN.

Tabela 02. Caracterização estrutural física e digital da unidade de saúde para atendimento dos usuários da APS, Campo Grande, 2021

Variável	n	%
Abastecimento de Água		
<i>A unidade possui abastecimento por água tratada?</i>		
Sim	66	98,5
Não	1	1,5
<i>A unidade possui abastecimento de água por outras fontes?</i>		
Sim	7	10,5
Não	60	89,5
<i>A unidade tem água encanada chegando a todos os cômodos?</i>		
Sim	61	91,0
Não	6	9,0
<i>É rotineiro que falte abastecimento de água na unidade?</i>		
Sim	4	6,0
Não	63	94,0
Abastecimento de Energia Elétrica		
<i>A unidade é conectada à rede pública de energia elétrica?</i>		
Sim	66	98,5
Não	1	1,5
<i>A unidade possui outras fontes de energia? (ex.: gerador)</i>		
Sim	5	7,5
Não	62	92,5
<i>É rotineiro que falte energia na unidade?</i>		
Sim	10	15,0
Não	57	85,0
Telefonia e Internet		
<i>A unidade possui telefone fixo?</i>		
Sim	67	100,0
<i>Está em funcionamento?</i>		
Sim	67	100,0
<i>A unidade possui telefone móvel (celular) em funcionamento?</i>		
Sim	4	6,0
Não	63	94,0
<i>A unidade tem computadores?</i>		
Sim	67	100,0
<i>Unidade possui internet disponível?</i>		
Sim	66	98,5
Não	1	1,5
<i>A unidade possui Wi-Fi para usuários?</i>		
Sim	8	12,0
Não	59	88,0
<i>A internet está em funcionamento agora na unidade?</i>		
Sim	62	92,5
Não	5	7,5
	Média ±	Mediana
	DP	(Min – Máx.)
<i>Número de computadores na unidade</i>	15 ± 6	14 (5 – 42)
<i>Número de computadores fora de funcionamento</i>	1,8 ± 2,5	1 (0 - 14)

N=67 unidades com atendimento à atenção primária à saúde.

Sobre a caracterização das unidades para atendimento materno-infantil, vista na tabela 03, todas referiram fazer atendimento de menores de 5 anos e ter o serviço de vacinação infantil no local, o qual abrange uma das metas dos indicadores do Previnir Brasil. A cerca de saúde materna, 88,1% das unidades referiu ter ações de planejamento familiar, 71,6% referiu ter

grupos para acompanhamento de gestantes e 95,5% referiu ter testes de laboratório e diagnóstico rápido disponíveis.

Sobre carência de micronutrientes, 61,5% das unidades provém vitaminas e suplementos para crianças desnutridas, 95,5% faz dispensação de vitamina A e 98,5% de sulfato ferroso para menores de 2 anos. Acerca da triagem da criança na chegada da unidade, 83,6% das unidades referiram realizar a ação, sendo que na triagem 98,5% das unidades referiram aferir peso e altura das crianças, 79,1% referir realizar o perímetro cefálico e apenas 64,2% afirmou realizar o acompanhamento de hábitos alimentares da criança já na triagem.

E relação à puericultura, 92,5% das unidades referiram realizar o procedimento, sendo que todas referiram fazer o acompanhamento do ganho de comprimento da criança, 98,5% referiu fazer o acompanhamento do aleitamento e da alimentação da criança, fato este que demonstra, portanto, o conhecimento da importância de se obter estes dados. Em relação ao monitoramento da criança, 70,2% das unidades referiram ter alguma orientação para monitoramento do crescimento infantil disponível na unidade, 71,7% referiu ter protocolo de encaminhamento de crianças desnutridas e 73,1% para crianças com excesso de peso. Observa-se, portanto, que aproximadamente 30% das unidades de saúde não tem ou não sabem o fluxo de encaminhamento destes pacientes alterados demonstrando ser apenas uma coleta de dados.

Nota-se um despreparo das equipes quando apenas 13,4% das unidades referiram terem sido treinadas para monitoramento do crescimento infantil nos últimos 2 anos demonstrando, portanto, a necessidade de capacitações as quais são fundamentais para qualidade do trabalho realizado tanto para atualização quanto pela alta rotatividade dos profissionais.

Tabela 03. Caracterização das unidades para atendimentos de demandas materno-infantis (menores de 5 anos), Campo Grande, 2021.

Variável	n	%
<i>Atende menores de 5 anos?</i>		
Sim	67	100,0
<i>Oferece serviços de vacinação infantil?</i>		
Sim	67	100,0
<i>Oferece sala de curativo que possa atender crianças?</i>		
Sim	67	100,0
<i>Oferece serviços de planejamento familiar -incluindo métodos modernos, conscientização sobre fertilidade métodos (planejamento familiar natural), esterilização cirúrgica masculina ou feminina</i>		
Sim	59	88,1
Não	8	11,9
<i>Serviços de diagnóstico de laboratório, incluindo qualquer teste de diagnóstico rápido – como glicemia capilar</i>		
Sim	64	95,5
Não	3	4,5
<i>Realiza grupos de acompanhamento para gestantes?</i>		
Sim	48	71,6

Não	19	28,4
<i>Essa unidade oferece serviço de puericultura diariamente?</i>		
Sim	62	92,5
Não	4	6,0
Não sei	1	1,5
<i>Na puericultura é feito acompanhamento do ganho de comprimento?</i>		
Sim	67	100,0
Não	-	-
Não sei	-	-
<i>Na puericultura é feito acompanhamento do aleitamento materno ou artificial?</i>		
Sim	66	98,5
Não	1	1,5
Não sei	-	-
<i>Na puericultura é feito acompanhamento da alimentação da criança?</i>		
Sim	66	98,5
Não	-	-
Não sei	1	1,5
Monitoramento da Saúde da Criança		
<i>Você tem alguma orientação para o monitoramento do crescimento infantil disponível na unidade?</i>		
Sim	47	70,2
Não	10	14,9
Não sei	10	14,9
<i>A unidade dispõe das curvas de crescimento utilizadas pelo ministério da saúde?</i>		
Sim	62	92,5
Não	3	4,5
Não sei	2	3,0
<i>A unidade tem protocolo de encaminhamento para crianças desnutridas?</i>		
Sim	48	71,7
Não	10	14,9
Não sei	9	13,4
<i>A unidade tem protocolo de encaminhamento para crianças com excesso de peso?</i>		
Sim	49	73,1
Não	7	10,5
Não sei	11	16,4
<i>As equipes do ESF foram treinadas recentemente em avaliação do crescimento infantil (últimos 2 anos)?</i>		
Sim	9	13,4
Não	41	61,2
Não sei	17	25,4
<i>A unidade provém vitaminas e suplementos para crianças desnutridas?</i>		
Sim	41	61,2
Não	21	31,3
Não sei	5	7,5
<i>A unidade ministra suplementos de vitamina A?</i>		
Sim	64	95,5
Não	2	3,0
Não sei	1	1,5
<i>A unidade dispensa suplementos de sulfato ferroso?</i>		
Sim	66	98,5
Não	-	-
Não sei	1	1,5
Triagem para Saúde da Criança		
<i>Esta Unidade possui um sistema pelo qual certas observações e parâmetros são rotineiramente realizados em crianças antes da consulta para a doença que apresenta (triagem)?</i>		
Sim	56	83,6
Não	10	14,9
Não sei	1	1,5
<i>Essas são as atividades realizadas durante a triagem:</i>		
<i>Pesagem da Criança</i>		
Sim	66	98,5
Não	1	1,5
Não sei	-	-
<i>Aferição do comprimento da criança</i>		
Sim	66	98,5
Não	1	1,5

Não sei	-	-
<i>Aferição da circunferência cefálica (menores de 2 anos)</i>		
Sim	53	79,1
Não	11	16,4
Não sei	3	4,5
<i>Registro de outras medidas corporais</i>		
Sim	43	64,2
Não	19	28,3
Não sei	5	7,5
<i>Coleta e registro dos hábitos alimentares da criança</i>		
Sim	43	64,2
Não	19	28,3
Não sei	5	7,5
<i>Aferição de temperatura</i>		
Sim	65	97,0
Não	1	1,5
Não sei	1	1,5
<i>Teste dos reflexos</i>		
Sim	35	52,2
Não	25	37,3
Não sei	7	10,5
<i>Aferição dos sinais vitais gerais</i>		
Sim	58	86,5
Não	7	10,5
Não sei	2	3,0

N=67 unidades com atendimento à atenção primária à saúde.

Em relação aos equipamentos para coleta de dados antropométricos para alimentar o SISVAN, observou-se na tabela 04 que a balança infantil foi referida como funcionante em 68,7% das unidades para precisão de 250g e em 70,2%, para precisão de 100g e ainda, apenas 10,5% das unidades possuem balanças do tipo plataforma (para obesos e cadeirantes), fato este que demonstra um despreparo pois são equipamentos mais específicos e inclusivos para realização de antropometria para VAN e acompanhamentos à saúde. Já a balança para adultos com capacidade máxima de 150kg está presente em 97,0% das unidades entrevistadas.

Dados sobre estadiômetro, mostrou que 85,1% das unidades dispõe do equipamento e 98,5% possuem o infantômetro, específico para crianças menores de 2 anos. Já para aferição de circunferências, 98,5% das unidades referiram possuir fita métrica. Para dados de funções vitais, 98,5% das unidades possuíam termômetro, 95,5% esfigmomanômetro manual e todas referiram ter estetoscópios à disposição.

Segundo Pedraza (2021), a análise de aspectos de estrutura e processo de trabalho é fundamental para compreender o alcance dos cuidados de saúde. Para o autor, a estrutura refere-se àquilo que é relativamente estável no sistema e propicia a prestação dos serviços (recursos financeiros, humanos e materiais) e o processo representa o conjunto de atividades e procedimentos usados no manejo dos recursos.

Nesse sentido, a fim de fortalecer o processo inicial de Vigilância Alimentar e Nutricional do Município, cabe aos gestores de saúde identificar junto aos profissionais de

saúde os equipamentos necessários de acordo com a demanda do território bem como realizar a manutenção dos equipamentos disponibilizados, visto que a falta destes pode gerar diagnósticos errôneos e um acompanhamento a longo prazo de baixa qualidade (FERREIRA *et al.*, 2018).

Tabela 04. Características da unidade em relação à material permanente para atendimento primário do paciente e para vigilância alimentar e nutricional, Campo Grande, 2021.

Variável	n	%
<i>Balança de plataforma para obesos e cadeirantes (até 250 kg)</i>		
Sim	7	10,5
Não possui ou não funciona	60	89,5
<i>Balança infantil (graduação 250g)</i>		
Sim	46	68,7
Não possui ou não funciona	21	31,3
<i>Balança infantil (graduação 100g)</i>		
Sim	47	70,2
Não possui ou não funciona	20	29,8
<i>Balança adulto (150kg)</i>		
Sim	65	97,0
Não possui ou não funciona	2	3,0
<i>Estadiômetro (mede a altura das pessoas)</i>		
Sim	57	85,1
Não possui ou não funciona	10	14,9
<i>Infantômetro ou régua pediátrica (mede a altura das crianças)</i>		
Sim	66	98,5
Não possui ou não funciona	1	1,5
<i>Fita de medição (para circunferências)</i>		
Sim	66	98,5
Não possui ou não funciona	1	1,5
<i>Termômetro</i>		
Sim	66	98,5
Não possui ou não funciona	1	1,5
<i>Estetoscópio</i>		
Sim	67	100
<i>Esfigmomanômetro Digital</i>		
Sim	43	64,2
Não possui ou não funciona	24	35,8
<i>Esfigmomanômetro Manual</i>		
Sim	64	95,5
Não possui ou não funciona	3	4,5

N=67 unidades com atendimento à atenção primária à saúde.

Acerca das informações sobre o uso de sistemas de informação na saúde, observa-se na tabela 05 que 89,5% das unidades possuem algum tipo de sistema para coletar dados do serviço rotineiramente, e ainda, 41,8% relatou utilizar o Sistema de informação Ambulatorial (SIA), 62,7% SISAB, 88,1% o SCNES, 61,2% SISPRENATAL, e 56,7% o SISVAN. O sistema mais relatado de ser utilizado pelas unidades de saúde de Campo Grande, foi o SISPNI.

O uso de sistemas de informações em saúde se faz necessário pois tem como objetivo subsidiar no planejamento da atenção à saúde nutricional a partir do perfil epidemiológico, alimentar indicadores capazes de fundamentar diagnósticos de saúde, vigilância e

monitoramento de pessoas em risco nutricional, e analisar distribuições territoriais e temporais dos eventos em Saúde Pública (LIMA *et al.*, 2009).

Todas as unidades referiram fazer utilização do e-SUS disponibilizado pelo Ministério da Saúde para atendimento do usuário, facilitando a composição de relatórios consolidados. Em relação à organização do que é coletado, 83,6% referiu compilar regularmente relatórios sobre informações de saúde dos usuários, os quais se fazem necessário para análise dos indicadores e identificação das dificuldades e necessidades de adequações às rotinas, e ainda que apenas 52,2% das unidades referiram ter uma pessoa designada para esse tipo de tarefa.

Em contrapartida no estudo de Pedraza (2021), observou-se que menos de 50% das equipes de saúde utilizavam o SISVAN Web ou o e-SUS na interpretação dos relatórios gerados a partir desses sistemas, o que denota a inutilização do Sistema como instrumento de gestão de ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família.

A estratégia de integração das informações entre os sistemas no E-SUS Atenção Básica aparece em 2017 como uma aposta para superar um dos desafios citados anteriormente de retrabalho ao digitar em diferentes sistemas, uma vez que esta integração visa que os indicadores do atendimento sejam extraídos automaticamente pelos SIS. No município de Campo Grande a implementação foi iniciada no ano de 2019 gradativamente e 2020 todas as unidades já estavam inserindo estes dados no ESUS PEC, assim espera-se facilitar a padronização e transmissão da coleta dos dados.

Outra ponderação que se faz necessária é enfatizar que o sistema ESUS não classifica o diagnóstico do estado nutricional durante as consultas realizadas na Atenção Primária. Ao digitar os dados de peso e altura dos adultos, o sistema automaticamente calcula o resultado do IMC, porém não o classifica, fato este que se torna um desafio na interpretação dos profissionais de saúde. O mesmo ocorre com as atividades coletivas que são digitadas no ESUS, onde a não classificação do diagnóstico nutricional dificulta a análise pelos profissionais da saúde (se existe alteração ou não no estado nutricional da população analisada). Tal fato atrapalha o planejamento de ações educativas para àquele grupo avaliado, sendo piorado quando da ausência de um nutricionista.

Entretanto, cabe ressaltar que nas unidades cobertas pelo profissional nutricionista, normalmente após ações de atividade coletiva onde os usuários do SUS são pesados e medidos, ele realiza o cálculo, classifica o diagnóstico nutricional, digita e planeja, dependendo do resultado, as ações a serem realizadas, dentre elas: educação em saúde, encaminhamento a grupo operativo, consulta individual, compartilhada, entre outras.

Tabela 05. Caracterização das unidades quanto à utilização de sistemas de informação de saúde, Campo Grande, 2021

Variável	n	%
<i>Esta unidade possui um sistema para coletar regularmente dados de serviços de saúde?</i>		
Sim	60	89,5
Não	7	10,5
<i>Esta unidade compila regularmente quaisquer relatórios contendo informações sobre serviços de saúde que coleta?</i>		
Sim	56	83,6
Não	11	16,4
<i>Esta unidade possui uma pessoa designada, como um gerente de dados, por exemplo, responsável pelos sistemas de informação em saúde?</i>		
Sim	35	52,2
Não	32	47,8
<i>A unidade faz uso de prontuário eletrônico?</i>		
Sim	66	98,5
Não	1	1,5
<i>A unidade utiliza o e-SUS?</i>		
Sim	67	100,0
<i>Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)</i>		
Sim	28	41,8
Não	39	52,2
<i>Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB)</i>		
Sim	42	62,7
Não	25	37,3
<i>Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES)</i>		
Sim	59	88,1
Não	8	11,9
<i>Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL)</i>		
Sim	41	61,2
Não	26	38,8
<i>Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)</i>		
Sim	38	56,7
Não	29	43,3
<i>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)</i>		
Sim	54	80,6
Não	13	19,4
<i>Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SISPNI)</i>		
Sim	63	94,0
Não	4	6,0

N=67 unidades com atendimento à atenção primária à saúde.

No quadro 02 nota-se a relação de todas as unidades de saúde do município e sua classificação de quintil de acordo com as variáveis selecionadas.

Quadro 02 – Quintil das Unidades de Saúde de acordo com as variáveis analisadas

Nome da Unidade	Tipo	Distrito	Infraestrutura	Recursos Humanos	Ações da Unidade	Quintil de Classificação
SESAU USF DRA ELEONORA M QUEVEDO SILVIA REGINA	USF	Anhanduizinho	-	-	-	-
SESAU USF DR BENTO DE ASSIS MACHADO ANHANDUI	USF	Anhanduizinho	1	1	2	1
SESAU USF DR WAGNER JOSE BORTOTTO GARCIA MARIO COVAS	USF	Anhanduizinho	1	3	1	1
SESAU USF DR OLIMPIO CAVALHEIRO COHAB	USF	Anhanduizinho	1	2	1	1

SESAU USF DR SONI LYDIA SOUZA WOLF MACAUBAS	USF	Anhandui zinho	1	4	1	2
SESAU USF DR WALFRIDO AZAMBUJA ALVES PEREIRA	USF	Anhandui zinho	3	2	1	2
SESAU USF DR EVANDRO M DE ARRUDA DOM ANTONIO	USF	Anhandui zinho	3	2	2	2
SESAU UBS DR CELSO LACERDA DE AZEVEDO PIONEIRA	UBS	Anhandui zinho	2	1	3	2
SESAU CF DR MAURO R BARROS WANDERLEY IRACY COELHO	Clínica da Família	Anhandui zinho	1	4	1	2
SESAU USF DRA REGIA JUSSARA F DE BARROS AERO RANCHO GRANJA	USF	Anhandui zinho	4	1	2	2
SESAU UBS ENG ARTHUR HOKAMA DONA NETA GUANANDI	UBS	Anhandui zinho	1	5	3	4
SESAU USF SEBASTIAO LUIZ NOGUEIRA LOS ANGELES	USF	Anhandui zinho	5	3	1	4
SESAU USF DR NELSON TOKUEI SIMABUKURO AERO RANCHO IV	USF	Anhandui zinho	4	3	3	5
SESAU USF PAULO COELHO MACHADO	USF	Anhandui zinho	4	5	1	5
SESAU USF DR BENJAMIM ASATO PARQUE DO SOL	USF	Anhandui zinho	5	5	1	5
SESAU USF DR JORGE DAVID NASSER JOCKEY CLUB	USF	Anhandui zinho	5	3	3	5
SESAU USF DR ELIZABETH WANDERLE TOBARU BOTAFOGO	USF	Anhandui zinho	5	4	2	5
SESAU UBS DR JOAO PEREIRA DA ROSA AERO RANCHO	UBS	Anhandui zinho	5	2	3	5
SESAU USF NOVA ESPERANCA	USF	Anhandui zinho	4	3	3	5
SESAU USF DR VICENTE FRAGELLI CIDADE MORENA	USF	Bandeira	-	-	-	-
SESAU USF DRA MARIA JOSE DE PAULI TRES BARRAS	USF	Bandeira	2	1	3	2
SESAU USF DR CARLOS A JURGIELEWCZ CRISTO REDENTOR	USF	Bandeira	4	1	2	2
SESAU UBS DR ASTROGILDO CARMONA CARLOTA	UBS	Bandeira	1	5	2	3
SESAU USF MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	USF	Bandeira	3	4	1	3
SESAU USF DR EDGAR PEDRO RAUPP SPERB ARNALDO	USF	Bandeira	3	2	3	3
SESAU USF DR ANTONIO PEREIRA TIRADENTES	USF	Bandeira	2	5	1	3
SESAU USF DR GERMANO BARROS DE SOUZA UNIVERSITARIO	USF	Bandeira	3	4	2	4
SESAU USF DR JUDSON TADEU RIBAS MORENINHA III	USF	Bandeira	5	5	1	5
SESAU USF EDSON QUINTINO MENDES JARDIM ITAMARACA	USF	Bandeira	5	5	1	5
SESAU USF VILA CORUMBA	USF	Centro	3	1	1	1
SESAU USF VILA CARVALHO	USF	Centro	1	1	1	1
SESAU UBS JAIR GARCIA DE FREITAS 26 DE AGOSTO	UBS	Centro	5	4	3	5
SESAU USF MANOEL CORDEIRO AGUAO	USF	Imbirussu	-	-	-	-
SESAU USF DR JURANDYR DE CASTRO COIMBRA ZE PEREIRA	USF	Imbirussu	1	3	1	1
SESAU USF MANOEL SECCO THOME INDUBRASIL	USF	Imbirussu	3	1	2	2
SESAU USF DR SYRZIL WILSON MAKSOUD SIRIO LIBANES	USF	Imbirussu	3	2	1	2
SESAU USF DR ALBINO COIMBRA SANTA CARMELIA	USF	Imbirussu	4	2	2	3
SESAU UBS DR VESPASIANO BARBOSA MARTINS VILA POPULAR	UBS	Imbirussu	5	1	2	3

SESAU UBS DR NICOLAU FRAGELLI LAR DO TRABALHADOR	UBS	Imbirussu	4	2	2	3
SESAU USF DR SUMIE IKEDA RODRIGUES SERRADINHO	USF	Imbirussu	4	5	3	5
SESAU USF ANA MARIA DO COUTO	USF	Imbirussu	4	3	3	5
SESAU USF HERBERTO CALADO REBELO AERO ITALIA	USF	Imbirussu	5	3	3	5
SESAU UBS DR ALBERTO NEDER CAICARA	UBS	Lagoa	-	-	-	-
SESAU USF MARIA IVONE DE O NASCIMENTO ARAKAKI VILA FERNANDA	USF	Lagoa	2	2	1	1
SESAU USF DR NELSON ASSEF BUAINAIN JARDIM ANTARTICA	USF	Lagoa	3	3	1	2
SESAU USF DR HIROSE ADANIA BONANCA	USF	Lagoa	2	2	2	2
SESAU CF MARIA DE LOURDES DOS SANTOS PORTAL CAIOBA	Clínica da Família	Lagoa	1	4	1	2
SESAU USF DR HELIO MARTINS COELHO BATISTAO	USF	Lagoa	3	4	1	3
SESAU USF PASTOR ELISEU FEITOSA DE ALENCAR SAO CONRADO	USF	Lagoa	3	4	1	3
SESAU USF DR EMILIO GARBELOTI NETO TARUMA	USF	Lagoa	4	5	1	5
SESAU UBS DR IVAN HIDELBRAND DA COSTA BURITI	UBS	Lagoa	5	4	2	5
SESAU USF ALFREDO NEDER COOPHAVILA II	USF	Lagoa	4	5	3	5
SESAU USF BENEDITO MARTINS GONCALVES OLIVEIRA II	USF	Lagoa	2	5	3	5
SESAU USF DR ADEMAR GUEDES DE SOUZA MATA DO JACINTO	USF	Prosa	-	-	-	-
SESAU USF CONSELHEIRO DE SAUDE EDNEY A DECAMPOS NOVA BAHIA	USF	Prosa	1	2	2	1
SESAU USF DRA MARLY ANNA TATTON BERG G PEREIRA MARABA	USF	Prosa	2	1	3	2
SESAU USF DR JOAO MIGUEL BASMAGE ESTRELA DALVA	USF	Prosa	5	3	1	4
SESAU USF JARDIM NOROESTE	USF	Prosa	4	5	3	5
SESAU USF VILA COX SANTA LUZIA	USF	Segredo	1	2	2	1
SESAU USF SAO BENEDITO	USF	Segredo	2	1	1	1
SESAU USF MESTRE JOSE ALBERTO VERONESE SEMINARIO	USF	Segredo	1	1	1	1
SESAU USF PEDRO FELIX DE SOUZA PARADISO	USF	Segredo	1	3	1	1
SESAU CF DRA MARCIA DE SA EARP NOVA LIMA	Clínica da Família	Segredo	2	4	1	2
SESAU USF DR ELIAS NASSER NETO JOSE ABRAO	USF	Segredo	4	1	1	2
SESAU USF SAO FRANCISCO	USF	Segredo	2	4	2	3
SESAU USF DRA ALDA GUEDES GARCIA OLIVEIRA JARDIM AZALEIA	USF	Segredo	5	2	1	3
SESAU USF DR FERNANDO DE ARRUDA TORRES JOSE TAVARES	USF	Segredo	2	3	3	3
SESAU USF DR ROGER BUAINAIN ROCHEDINHO	USF	Segredo	5	1	3	4
SESAU UBS DR WILLIAN MACKSOUD ESTRELA DO SUL	UBS	Segredo	2	4	3	4
SESAU USF AQUINO DIAS BEZERRA VIDA NOVA	USF	Segredo	3	3	3	4
SESAU UBS BAIRRO CORONEL ANTONINO	UBS	Segredo	3	5	1	4
SESAU USF DR MILTON KOJO CHINEN VILA NASSER	USF	Segredo	3	5	1	4

Em relação ao escalonamento das unidades de saúde pelo IP-VAN, podemos observar que Campo Grande tem 41,1% das unidades nos quintis mais altos de classificação (4º e 5º quintis), indicando que menos da metade das unidades da cidade responderam “sim” para a maioria dos itens. Quando observamos a cidade por distritos sanitários, podemos observar situações bastante heterogêneas e diferentes realidades para realização de VAN dentro de um mesmo distrito. O Anhanduizinho tem 49,0% das suas unidades entre os 4º e 5º quintis do IP-VAN, porém tem quase o mesmo valor de prevalência nos dois primeiros quintis (40,0%), denotando uma grande diferença das unidades dentro de um mesmo território. O mesmo acontece com o distrito Prosa, com 50,0% das unidades nos dois quintis mais altos, porém o mesmo, possui apenas 4 unidades de saúde, apresentando uma situação próxima do que foi visto no distrito do Anhanduizinho.

Para se elencar o com mais prevalência nos primeiros quintis e, portanto, mais inadequações das unidades para VAN, destaca-se o distrito do Segredo, com nenhuma unidade no 5º quintil e 42,9% das suas unidades enquadradas nos 1º e 2º quintis na pontuação geral do IP-VAN. Os resultados detalhados dos distritos, podem ser vistos na Tabela 06.

Em relação ao teste de comparação entre os distritos em relação à quantidade de unidades dentro de cada quintil, não se observou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,106$).

Tabela 06. Quintil de adequação às ações de VAN nas unidades de saúde da APS, Campo Grande, Mato Grosso Sul, 2021

Distrito	Número de Unidades	Número de Unidades respondentes	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4	Quartil 5
			n (%)				
Anhanduizinho	19	18 (94,7)	3 (16,7)	6 (33,3)	0 (0,0)	2 (11,1)	7 (38,9)
Bandeira	10	9 (90,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	4 (44,4)	1 (11,1)	2 (22,2)
Centro	3	3 (100,0)	2(66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)
Imbirussu	10	9 (90,0)	1 (11,1)	2 (22,2)	3 (33,3)	0 (0,0)	3 (33,3)
Lagoa	11	10 (90,9)	1 (10,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	4 (40,0)
Prosa	5	4 (80,0)	1(25,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (25,0)
Segredo	14	14 (100,0)	4 (28,6)	2 (14,3)	3 (21,4)	5 (35,7)	0 (0,0)
Campo Grande	72	67 (93,1)	12(17,9)	16 (23,9)	12 (17,9)	9 (13,4)	18 (26,9)

N=67 unidades respondentes com atendimento à atenção primária à saúde.

A Tabela 07 traz os quintis analisados por áreas de interesse da VAN, como infraestrutura física da unidade, profissionais atuantes na mesma e ações de políticas públicas que possam envolver a atividade VAN na sua rotina e deveria ser praticada com frequência.

Quanto ao teste de comparação entre os distritos dentro das áreas de interesse de formação do score de IP-VAN, não se observou diferença estatisticamente significativa para infraestrutura ($p=0,714$), para profissionais atuantes na unidade ($p=0,597$) e ações de políticas públicas ($p=0,856$).

Podemos observar que há heterogeneidade dos distritos de Campo Grande, sendo as unidades bastante diferentes dentro dos distritos de saúde, mostrando que há unidades preparadas e despreparadas para VAN dentro de um mesmo território. Em relação aos quintis de pontuação de infraestrutura física vemos que os distritos são parecidos entre si, com o mesmo número de unidades no 1º e no 5º quintis desse item ($n=14$). Para profissionais atuantes na unidade, vemos que a quantidade de unidades que estão no 5º quintil do item cai um pouco, podendo ser reflexo de subdimensionamento da equipe de saúde da família e cobertura de NASF na unidade. Portanto, é necessário que seja ampliado essas equipes multiprofissionais de forma que atendam 100% das unidades melhorando o índice de prontidão das unidades avaliadas.

Já no quesito Ações de Políticas Públicas, a mesma demonstra que há um grande contingente de unidades na cidade que ficam no tercil mais baixo do item, podendo indicar realizações deficitárias em grupos de gestante, puericultura e baixa cobertura de NASF. Destaca-se os programas como, por exemplo, o de Saúde na Escola, espaço ao qual está intimamente ligado à ações de VAN podendo ser utilizado como uma estratégia de atenção e cuidado nutricional frente ao quadro epidemiológico de má nutrição no Brasil.

Tabela 07. Quintil de escalonamento do IP-VAN, por área de interesse estudada, nas unidades de saúde da APS, Campo Grande, Mato Grosso Sul, 2021

Área avaliada	Quintis/ Terceis de Distribuição	Distritos							Total Campo Grande N= 67
		Anhanduizinho n = 18	Bandeir a n = 9	Centr o n = 3	Imbiruss u n = 9	Lago a n = 10	Pros a n = 4	Segred o n = 14	
Infraestrutur a física	1º	6 (33,3)	1 (11,1)	1 (33,3)	1 (11,2)	1 (10,0)	1 (25,0)	3 (21,5)	14 (20,9)
	2º	1 (5,5)	2 (22,2)	-	-	3 (30,0)	1 (25,0)	5 (35,7)	12 (17,9)
	3º	2 (11,1)	3 (33,3)	1 (33,3)	2 (22,2)	3 (30,0)	-	3 (21,5)	14 (20,9)
	4º	4 (22,2)	1 (11,1)	-	4 (44,4)	2 (20,0)	1 (25,0)	1 (7,1)	13 (19,4)

	5°	5 (27,7)	2 (22,2)	1 (33,4)	2 (22,2)	1 (10,0)	1 (25,0)	2 (14,2)	14 (20,9)
	1°	3 (16,7)	2 (22,2)	2 (66,6)	2 (22,2)	-	1 (25,0)	4 (28,6)	14 (20,9)
	2°	4 (22,2)	1 (11,1)	-	3 (33,3)	2 (20,0)	1 (25,0)	2 (14,2)	14 (20,9)
Profissionais atuantes na unidade	3°	5 (27,7)	-	-	3 (33,3)	1 (10,0)	1 (25,0)	3 (21,5)	14 (20,9)
	4°	3 (16,7)	2 (22,2)	1 (33,4)	-	4 (40,0)	-	3 (21,5)	14 (20,9)
	5°	3 (16,7)	4 (44,4)	-	1 (11,2)	3 (30,0)	1 (25,0)	2 (14,2)	11 (16,4)
	1°	8 (44,5)	4 (44,5)	2 (66,6)	2 (22,2)	6 (60,0)	1 (25,0)	8 (57,2)	31 (46,2)
	2°	4 (22,2)	3 (33,3)	-	4 (44,4)	2 20,0(0)	1 (25,0)	2 (14,2)	16 (23,9)
Ação de políticas públicas	3°	6 (33,3)	2 (22,2)	1 (33,4)	3 (33,4)	2 (60,0)	2 (50,0)	4 (28,6)	20 (29,9)

N=67 unidades respondentes com atendimento à atenção primária à saúde.

Em relação ao IP-VAN, ele pode se tornar uma importante ferramenta da gestão para mapear as unidades em relação às suas necessidades e fazer aplicação de recursos financeiros para fomento de VAN no município. O IP-VAN mostrou uma heterogeneidade das unidades do município no geral e no seu território de cobertura (o distrito), demonstrando que pode haver uma falta de planejamento em relação à essa questão na APS de Campo Grande. O índice pode indicar a Secretária Municipal de Saúde por onde começar em cada unidade com uma possível reestruturação, uma vez que o IP-VAN demonstrou necessidades distintas em diferentes áreas. Pode-se levar em consideração também a possibilidade do levantamento ser anualmente feito pela gestão a fim de mapear melhorias e reconhecer avanços na APS e na prática de VAN.

No Brasil, os principais aspectos a dificultar o avanço e a realização da VAN incluem falta de equipamentos, problemas de estrutura física, e de acesso à internet para alimentação do sistema com os dados coletados, mudança dos profissionais de saúde, entre outros (SANTOS; VIEIRA, 2018).

O Ministério da Saúde visando superação desse desafio da VAN tem apoiado os estados e municípios com iniciativas como promoção de cursos e oficinas, além da elaboração de materiais como o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica (2015a) porém nota-se a falta de atualização dos profissionais quanto a leitura do mesmo.

Outro desafio que se encara na VAN, que pode perpassar tanto por questões de infraestrutura quanto recursos humanos, é em relação a cobertura. De acordo com o Informe Situacional sobre os Programas de Alimentação e Nutrição e de Promoção da Saúde na Atenção Básica (2017), ao comparar a expansão da cobertura do estado nutricional da população total acompanhada pelo SISVAN Web nos anos de 2014 e 2017, apontou aumento no percentual de cobertura que era de 11,5% em 2014 para 14,1% em 2017. Quando se pensa em situação epidemiológica da população brasileira temos um contingente muito expressivo da população sem cobertura. Quando se observa a cobertura de acompanhamento do estado nutricional do estado de Mato Grosso do Sul, a qual foi de 9,6% em 2015 para 13,6% em 2017, demonstra uma cobertura abaixo do valor referente a média nacional. A situação piora quando analisamos o acompanhamento dos marcadores de consumo alimentar, com a cobertura nacional variando de 0,3% em 2014 para 0,5% em 2017.

Dentre as possíveis razões incluem: a ausência de registros pelos próprios profissionais de saúde, falta de estabelecer um fluxo no processo de trabalho e planejamento local para realização de vigilância alimentar e nutricional, dificuldades apontadas como retrabalho na digitação por conta da falta de um sistema de informação unificado, ou mesmo dito como “fora do ar”.

Sendo a VAN uma estratégia essencial para atenção nutricional do SUS, na organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na rede de atenção a saúde, é iniciada pelo reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adscrita. É recomendado, portanto, que seja realizado nos serviços de saúde a avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes), e analisado através de relatórios gerados, visando um planejamento do cuidado com ações de promoção à saúde da população, e ainda posteriormente, reavaliar e monitorar as ações realizadas.

Por isso, devido à baixa cobertura dos dados inseridos no Sistema, faz-se necessário uma sensibilização dos gestores e profissionais de saúde do SUS do município quanto a importância da VAN e do real diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população descrita para estabelecerem um plano de ação para aumento da cobertura e utilização do SISVAN no município.

Como limitações do estudo é preciso se levar em conta, que não foi possível avaliar todo o universo de unidades básicas do município, e que os respondentes do estudo, poderiam estar há pouco tempo no cargo, desconhecendo os processos e infraestruturas em sua totalidade. Também é preciso destacar que o IP-VAN discutido aqui, serve para ser referência da cidade

de Campo Grande – MS, e fazer as comparações entre suas unidades. Para aplicar o método em outras unidades de saúde do Brasil é necessário desenvolver métodos de validação externo, baseados na organização da APS de outros territórios e contra outras medidas com cobertura do SISVAN.

6. CONCLUSÕES

Sendo a VAN uma estratégia essencial para a atenção nutricional do SUS, na organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde, é necessário o reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adscrita.

Quando se analisa a prontidão das unidades de Atenção Primária à Saúde de Campo Grande, MS, o mapeamento e qualificação das ações de VAN nos territórios se mostram necessárias pois há evidências de uma implantação fragmentada da mesma, assim como de políticas voltadas para alimentação e nutrição, visto que o presente diagnóstico demanda melhorias de estruturas e processos de trabalho para qualificação do cuidado.

Para isso, são necessárias algumas melhorias como capacitações dos profissionais de saúde desde a coleta de dados antropométricos e digitação destes, assim como dos marcadores de consumo alimentar, além da importância de analisar e interpretar os relatórios gerados destes, juntamente com gestores do município, visando uma valorização do SISVAN enquanto um sistema de informação em saúde essencial para alimentação e nutrição de Campo Grande.

Em relação a VAN e sua implantação e constante avaliação e monitoramento dentro da APS em território nacional é necessário que mais estudos como esse sejam feitos para se estimular uma prática crítica e plural da VAN no Brasil para que evidências científicas sejam suficientemente reunidas para constante aprimoramento do processo.

REFERÊNCIAS

ALVES, I.; SOUZA, T.; LEITE, M.; PINHO, L. Limites e possibilidades do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária à Saúde: relatos de profissionais de enfermagem. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 69–81, 2018. <https://doi.org/10.12957>.

BAGNI, U. V.; BARROS, D. C. de. Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 25, p. 393–402, jun. 2012. DOI 10.1590/S1415-52732012000300009. Disponível

em: <http://www.scielo.br/j/rn/a/qJcQ9p4CW65MwMrPR5LLk4q/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2022.

BRASIL. **atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRASIL. **Informe situacional sobre os programas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde na atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Institui o SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN. 1990. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_sisvan.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. 2015a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf.

BRASIL. **Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL (Org.). **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1ª edição, 1ª reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: Orientações para implementação nos municípios**. Técnico. Brasil: Ministério da Saúde, 2010. . Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. **Situação alimentar e nutricional de crianças na Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/situacao_nutricional_crianças_aps.pdf. Acesso em: 29 jun. 2022.

CUNHA, E.; VARGENS, J. Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde. In: GONDIM, G.; CHRISTÓFARO, M. A.; MIYASHIRO, G. (orgs.). **Técnico de vigilância em saúde: fundamentos: volume 2**. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV, 2017. p. 71–112. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39907/2/T%C3%A9cnico%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20v.2%20-%20Sistemas%20de%20informa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2022.

DEMOGRAPHIC HEALTH SURVEY. MEASURE DHS Service Provision Assessment (SPA). 2015. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/What-We-Do/Survey-Types/SPA.cfm>.

FERREIRA, C. S.; RODRIGUES, L. A.; BENTO, I. C.; VILLELA, M. P. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; CÉSAR, C. C. Fatores associados à cobertura do Sisvan Web para crianças menores de 5 anos, nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3031–3040, set. 2018. DOI 10.1590/1413-

81232018239.15922016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000903031&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 jul. 2022.

JUNG, N. M.; BAIROS, F. de S.; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1379–1388, maio 2014. DOI 10.1590/1413-81232014195.20002013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/WgXc386BVDjCSdL5T6BpK8c/?lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2022.

LIMA, C. R. de A.; SCHRAMM, J. M. de A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. da. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2095–2109, out. 2009. DOI 10.1590/S0102-311X2009001000002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/csp/a/6SzFwLD4zgTcfDZYywqw5zj/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2022.

PEDRAZA, D. F. Estratégia Saúde da Família: contribuições das equipes de saúde no cuidado nutricional da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1767–1780, maio 2021. DOI 10.1590/1413-81232021265.04622021. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000501767&lng=pt. Acesso em: 5 jul. 2022.

REZENDE, L.; GIANNICHI, B.; RESENDE, B. de S.; CARVALHO, J.; SANTOS, B.; PEREIRA, J. A epidemia de obesidade e as DCNT: Causas, custos e sobrecarga no SUS. 2021. Disponível em: <https://rezendelfm.github.io/obesidade-e-as-dcnt/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

ROLIM, M. D.; LIMA, S. M. L.; BARROS, D. C. de; ANDRADE, C. L. T. de. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2359–2369, ago. 2015. DOI 10.1590/1413-81232015208.00902015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802359&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 jul. 2022.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2303–2314, jul. 2018. DOI 10.1590/1413-81232018237.09192018. Disponível em:
<http://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykCWRkccrSPQrqWjx/?lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2022.

ANEXO A – Questionário

**IMPLANTAÇÃO E QUALIDADE DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
PARA CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE CAMPO GRANDE-MS**

Pesquisadores responsáveis: Marielly Wagner, Camila Mazzeti e Maria Lígia Macedo.

Nome da Unidade de Saúde:				
Nome do entrevistado:				
Cargo do entrevistado na unidade:				
Endereço da Unidade:				
Bairro:				
Distrito de saúde:				
Número da Unidade:				
Tipo da Unidade:				
<input type="checkbox"/> UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE <input type="checkbox"/> CLÍNICA DA FAMÍLIA				
Horário de Funcionamento da Unidade:				
Unidade Urbana ou Rural?		Urbana		Rural
Atende menores de 5 anos?		Sim		Não
Quantas equipes saúde da família atuam na unidade?				
A unidade é coberta pelo NASF?		Sim		Não

BLOCO 1 - INFORMAÇÃO GERAL E DISPONIBILIDADE DE SERVIÇO**SEÇÃO 1: DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS GERAIS E SERVIÇOS INATIVOS****SERVIÇO DISPONÍVEL**

Esta instalação oferece algum dos seguintes serviços ao cliente? Em outras palavras, existe qualquer local nesta instalação em que os clientes possam receber qualquer um dos seguintes serviços:

		Sim		Não
Serviços de vacinação infantil				
Serviços de monitoramento de crescimento (puericultura)				
Sala de curativos que possa atender crianças				
Quaisquer serviços de planejamento familiar - incluindo métodos modernos, conscientização sobre fertilidade métodos (planejamento familiar natural), esterilização cirúrgica masculina ou feminina				
Serviços de diagnóstico de laboratório, incluindo qualquer teste de diagnóstico rápido – como glicemia capilar?				
Serviço de acolhimento em pré-consulta				
Grupos de gestantes				
Existe uma área de espera apropriada para os pacientes na unidade? (coberta, com cadeiras)				
SEÇÃO 2: Medicamentos				
Esta unidade faz entrega de medicamentos?				
Esta unidade faz entrega de contraceptivos?				
Esta unidade faz aplicação de vacinas?				
Existe um farmacêutico na unidade pra fazer a dispensação da medicação?				

BLOCO 2 – Estrutura da unidade

Seção 1: Infraestrutura				
Comunicação				
A unidade possui telefone fixo?		Sim		Não
O mesmo encontra-se em funcionamento?		Sim		Não
A unidade possui telefone móvel?		Sim		Não
O mesmo encontra-se em funcionamento?		Sim		Não
A unidade tem computadores?				
Quantos estão em funcionamento?				
Quantos estão fora de funcionamento?				
A unidade conta com internet para suas atividades?		Sim		Não
A unidade conta com <i>wi-fi</i> para usuários?		Sim		Não
A internet está em funcionamento agora?		Sim		Não
A unidade tem acesso à água tratada pela companhia de águas do estado?		Sim		Não
A unidade tem acesso/utiliza outra fonte de água além da fornecida pela companhia de águas do estado?		Sim		Não
A água encanada chega a todos os cômodos da unidade?		Sim		Não
Se não descreva quais cômodos não são abastecidos de água:				
É rotineiro que falte água a unidade via rede municipal?		Sim		Não
Essa unidade está ligada a rede elétrica de energia?		Sim		Não
É rotineiro faltar energia na unidade?		Sim		Não
Esta unidade possui outras fontes de eletricidade, como um gerador ou sistema solar?				
Se sim, qual a fonte:				

BLOCO 3 – Força de trabalho

Seção 1: Profissionais da unidade ESF	
Categorias profissionais ESF	
Quantos médicos generalistas há na unidade?	
Quantos médicos especialistas há na unidade?	
Quantos enfermeiros há na unidade?	
Quantos técnicos de enfermagem há na unidade?	
Quantos agentes comunitários de saúde há na unidade?	
Quantos dentistas há na unidade?	
Quantos auxiliares de saúde bucal há na unidade?	
Quantos profissionais estão envolvidos no administrativo da unidade?	
Categorias profissionais NASF	
Diga quais profissionais compõe o NASF que atende a unidade:	
<input type="checkbox"/> Médico acupunturista; <input type="checkbox"/> assistente social; <input type="checkbox"/> profissional/professor de educação física; <input type="checkbox"/> farmacêutico; <input type="checkbox"/> fisioterapeuta; <input type="checkbox"/> fonoaudiólogo; <input type="checkbox"/> médico ginecologista/obstetra; <input type="checkbox"/> médico homeopata; <input type="checkbox"/> nutricionista; <input type="checkbox"/> médico pediatra; <input type="checkbox"/> psicólogo; <input type="checkbox"/> médico psiquiatra; <input type="checkbox"/> terapeuta ocupacional; <input type="checkbox"/> médico geriatra; <input type="checkbox"/> médico internista (clínica médica); <input type="checkbox"/> médico do trabalho; <input type="checkbox"/> médico veterinário; <input type="checkbox"/> profissional com formação em arte e educação (arte educador); <input type="checkbox"/> profissional de saúde sanitarista	

Bloco 4 – Sistemas de informação da saúde

Seção 1: Coleta de dados em saúde				
Sistemas de informação em saúde				
Esta unidade possui um sistema para coletar regularmente dados de serviços de saúde?		Sim		Não
Esta unidade compila regularmente quaisquer relatórios contendo informações sobre serviços de saúde que coleta?		Sim		Não
Esta unidade possui uma pessoa designada, como um gerente de dados, por exemplo, responsável pelos sistemas de informação em saúde?		Sim		Não
A unidade faz uso de prontuário eletrônico?		Sim		Não
A unidade utiliza o e-SUS?		Sim		Não
Quais são os Sistemas de Informação de Saúde da Atenção Primária que atualmente a unidade alimenta?				
Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)		Sim		Não
Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB)		Sim		Não
Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES)		Sim		Não
Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL)		Sim		Não
Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)		Sim		Não
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)		Sim		Não
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)		Sim		Não
Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SISPNI)		Sim		Não

Bloco 5 – Equipamentos da Unidade

Seção 1: Equipamentos básicos para unidade						
Utilização e funcionalidade						
	Disponibilidade			Funciona?		
	Observado	Reportado, mas não visto	Não disponível	Sim	Não	Não sei
Balança de adultos (até 150 kg)						
Balança de plataforma para obesos e cadeirantes (até 250 kg)						
Balança infantil (graduação 250g)						
Balança infantil (graduação 100g)						
Estadiômetro						
Infantômetro ou régua pediátrica						
Fita de medição						
Termômetro						
Estetoscópio						
Esfigmomanômetro digital						
Esfigmomanômetro manual						
Seção 2: Suprimentos da unidade						
Equipamentos de proteção individual e de higiene pessoal						
	Observado	Reportado, mas não visto	Não disponível			
Água corrente tratada						
Sabonete antisséptico						
Álcool em gel 70%						
Luvas de Látex						
Mascaras descartáveis						
Toucas descartáveis						
Recipiente para descarte de lixo hospitalar						

Bloco 6 – Monitoramento do crescimento infantil

Seção 1: Serviço de Puericultura e acompanhamento infantil						
Monitoramento do crescimento						
Essa unidade oferece serviço de puericultura diariamente?		Sim		Não		Não sei
Na puericultura é feito acompanhamento do ganho de altura?		Sim		Não		Não sei
Na puericultura é feito acompanhamento do aleitamento materno ou artificial?		Sim		Não		Não sei
Na puericultura é feito acompanhamento da alimentação da criança?		Sim		Não		Não sei
Você tem alguma orientação para o monitoramento do crescimento infantil disponível na unidade?		Sim		Não		Não sei
A unidade dispõe das curvas de crescimento utilizadas pelo ministério da saúde?		Sim		Não		Não sei
A unidade tem protocolo de encaminhamento para crianças desnutridas?		Sim		Não		Não sei
Se sim, qual?						
A unidade tem protocolo de encaminhamento para crianças com excesso de peso?		Sim		Não		Não sei
Se sim, qual?						
As equipes do ESF foram treinadas recentemente em avaliação do crescimento infantil (últimos 2 anos)?		Sim		Não		Não sei
A unidade provém vitaminas e suplementos para crianças desnutridas?		Sim		Não		Não sei
A unidade ministra suplementos de vitamina A?		Sim		Não		Não sei
A unidade dispensa suplementos de sulfato ferroso?		Sim		Não		Não sei
Esta Unidade possui um sistema pelo qual certas observações e parâmetros são rotineiramente realizados em crianças antes da consulta para a doença que apresenta (triagem)?		Sim		Não		Não sei
Essas são as atividades realizadas durante a triagem:						
Pesagem da Criança		Sim		Não		Não sei
Aferição do comprimento da criança		Sim		Não		Não sei
Aferição da circunferência cefálica (menores de 2 anos)		Sim		Não		Não sei
Registro das medidas corporais		Sim		Não		Não sei

Coleta e registro dos hábitos alimentares da criança		Sim		Não		Não sei
Aferição de temperatura		Sim		Não		Não sei
Teste dos reflexos		Sim		Não		Não sei
Aferição dos sinais vitais gerais		Sim		Não		Não sei