

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**Sistema de vigilância Alimentar e Nutricional- SISVAN:  
O combate às carências nutricionais na comunidade da  
Vila Aparecida – uma questão em análise.**


Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de Serviço  
Social da Universidade Federal de Santa  
Catarina, para obtenção do grau de Bacharel  
em Serviço Social, orientado pela **professora  
Vera Maria Ribeiro Nogueira.**

**Heloisa Maria de Souza**

**Florianópolis, março, 1999.**

*nota final : 8,0*

*Em 15/03/99*

  
**Marly Venzoni Tristão**  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

**“Não podemos prender um navio  
a uma única âncora,  
nem a vida  
a uma única esperança.”**

**Desconhecido.**

À minha filha HELLEN, que deu um novo  
sentido à minha vida.

À minha mãe, Maria Conceição de Souza.

Meu pai, Ozair Amandio de Souza.

Meu companheiro Carlos R. C. Brigido.

Meus irmãos , Eliane e Júlio Cesar.

E aos amigos e parentes que estiveram presentes em minha vida acadêmica me apoiando e estimulando constantemente.

Às professoras Vera Maria Ribeiro Nogueira, Inêz Pellizzaro, Jucília Vieira de Castro, que contribuíram com idéias e estímulo permanente para minha formação profissional.

À enfermeira Mara Beatris Conceição pela atenção e compreensão.

E aos funcionários e profissionais do Departamento de Serviço Social.

## **GLOSÁRIO DE SIGLAS**

AFLOV- Ação Florianopolitana de Organizações Voluntária.

BNS -Boletim Nacional do SISVAN.

CAN- Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição.

CONSEA- Conselho Nacional de Segurança Alimentar.

DAC- Divisão de Ação Comunitária.

DC- Diário de Campo

DVE- Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente.

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública.

FMI- Fundo Monetário Internacional.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômicas Aplicadas.

LBA- Legião Brasileira de Assistência.

MPESC- Ministério Público do Estado de Santa Catarina.

NOB- Normas Operacional Básica.

ONGs- Organizações Não Governamental.

PAB- Piso de Atenção Básica.

PARS- Programa de Apoio à Reforma Sanitária.

PAT- Programa do Trabalhador.

PCA- Programa de Complementação Alimentar.

PENAE- Programa Nacional de Alimentação Escolar.

PMF- Prefeitura Municipal de Florianópolis.

PNL- Programa Nacional do Leite.

PNSN- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição.

PRONAN- Programa Nacional de Alimentação e Nutrição.

PSF- Programa de Saúde da Família.

SES- Secretaria Estadual da Saúde.

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

SMSDS- Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social.

SUS- Sistema Único de Saúde.

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina.

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1. ASPECTOS SOCIAIS DA DESNUTRIÇÃO	19
1.1. O direito a nutrição	22
1.2. Desnutrição energético protéica	25
1.3. A desnutrição no Brasil	27
2. O SISVAN no Brasil	35
2.1. O SISVAN no Estado de Santa Catarina	46
2.2. O SISVAN no Município de Florianópolis	50
2.2.1. O SISVAN na comunidade da Vila Aparecida	56
3. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho integra o processo de aprendizagem do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, e decorre da experiência de estágio de março de 1997 à julho de 1998 no Centro de Saúde, onde é executado o Programa "Leite é Saúde", da comunidade da Vila Aparecida, sendo essa, fonte de informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. O trabalho tem por objetivos: a) resgatar o processo institucional do Centro de Saúde da comunidade da Vila Aparecida, a implantação do SISVAN no Brasil, no Estado de Santa Catarina e no município de Florianópolis, e; b) analisar as metas a que se propôs o SISVAN no combate a desnutrição infantil na comunidade da Vila Aparecida com o Programa "Leite é Saúde".

Considerando-se de suma importância o conhecimento da realidade social em que se desenvolveu o trabalho, abordaremos o contexto da Instituição, a atuação do profissional do Serviço Social que nela atua, seus usuários e as políticas sociais desenvolvidas.

O Centro de Saúde da comunidade da Vila Aparecida é uma instituição pública, vinculado a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, financiado com recursos públicos, arrecadados por meio de impostos pagos pela população e outras fontes. Ele se encontra localizado na rua Fermino Costa, na comunidade da Vila Aparecida, no bairro de Coqueiros,



e tem como área de abrangência a Vila Aparecida 1 e 2 , Morro do Arranha Céu, Nova Jerusalém e Via-Expressa.

O funcionamento segue as normas do SUS - Sistema Único de Saúde, estabelecido na Constituição de 1988 e situa-se como a porta de entrada a todo atendimento de saúde pública na região de abrangência.

O Centro de Saúde executa políticas sociais destinadas a combater a desnutrição infantil integrando o SISVAN e o Programa "Leite é Saúde" que serão detalhados adiante e o Programa Capital Criança, iniciado em 1997. Esse último, entretanto, não será abordado neste estudo, por não ter feito parte do processo de estágio.

Com o crescimento populacional da comunidade da Vila Aparecida, decorrente das ocupações e assentamentos de migrantes, tornou-se impossível o atendimento à população carente no antigo Posto de Saúde, localizado na rua geral de Coqueiros, considerada área nobre do bairro. Com o aumento da demanda o Centro de Saúde não conseguia atender adequadamente aos usuários provenientes de outros municípios, vindo a ser extinto.

Em face das reivindicações da população, representadas pela Associação de Moradores da comunidade da Vila Aparecida, iniciou-se a construção do novo Centro de Saúde inaugurado em 1988, e agora mais próximo dos moradores a quem deve prestar assistência.

Desde sua existência, o Centro de Saúde tem sido palco de vários conflitos ocorridos na comunidade. A população reclamava das faltas dos

funcionários, das faltas do médico, da demora nos atendimentos as pessoas. Os funcionários reclamavam do baixo salário, da falta de funcionário, transferiam os problemas de casa para o trabalho. Esses conflitos se transformaram em barreiras que dificultaram o entendimento entre os antigos funcionários da instituição e a população. Os funcionários não estavam preparados para atender as questões sociais, ficando assustados com a demanda dos serviços do Centro de Saúde para solução dos problemas sociais da comunidade. Assim, revidavam atendendo mal à população, provocando cada vez mais a sua revolta e tornando necessária a substituição de toda a equipe. Posteriormente essa questão amenizou-se com a presença de assistentes sociais nos períodos em que a comunidade foi campo de estágio da UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina, e pela implantação do PSF- Programa de Saúde da Família em 1996. Atualmente, com o constante crescimento da população, os novos funcionários tentam, ainda que de maneira precária, executar o PSF.

O PSF é um programa do Ministério da Saúde voltado para a desburocratização do atendimento à saúde pública, atendendo prioritariamente as áreas populacionais citadas pelo “mapa da fome”, elaborado pelo IPEA/ Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Sua meta é o atendimento integral da família. Esse programa baseia-se no novo conceito de saúde, que:

*“tem como fatores determinantes e condicionantes entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” e “garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987:118).*

Assim, a atenção à saúde deixa de ser uma ação só curativa e passa a ser também preventiva. Prevê, ainda, a criação de grupos de apoio, visitas domiciliares, diagnósticos de saúde comunitária e intervenção domiciliar.

Os funcionários encontram muitas dificuldades para atender adequadamente a demanda da população ao Centro de Saúde, pois a equipe de PSF é insuficiente, face ao grande contingente populacional da localidade que procura seus serviços. O contrato de trabalho desses funcionários é feito através da Associação de Moradores da comunidade, por meio de um convênio com a Secretaria Municipal da Saúde Desenvolvimento Social. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário. Este quadro deveria atender aproximadamente 1.000 habitantes, o que não acontece, porque a população é quatro vezes maior (PMF, 1993). A contratação de um assistente social que atenda as questões sociais do bairro não foi estabelecida.

No início da ocupação da região, o atendimento às questões sociais eram feita por representantes da Igreja Católica, freiras e padres. O combate à pobreza era feito como forma de caridade, afirmando ainda mais a opinião pública quanto à relação da ação do profissional com a ação filantrópica frente às questões sociais.

Essa visão começou a ser transformada a partir do momento em que a comunidade passou a ser local de campo de estágio de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Os alunos com uma visão

crítica da realidade, passam a tratar a questão social de outra forma, sendo a assistência considerada um direito de cidadania.

A atual relação do Serviço Social e a comunidade se dá através do atendimento às demandas no Centro de Saúde. É sentido na instituição a falta de um profissional que esteja integrado ao quadro funcional por tempo integral de trabalho, atuando exclusivamente junto a comunidade. As atuações profissionais do Serviço Social até o momento são temporárias, realizadas em épocas de estágio, isso quando há alunos e profissionais interessados em trabalhar na comunidade como a da Vila Aparecida.

Reivindicações foram realizadas para a contratação ou transferência de uma profissional de Serviço Social para a instituição, até o momento sem êxito.

Desta forma, ao término dos estágios, os usuários ficam sem a atuação de um Assistente Social, comprometendo o adequado encaminhamento de suas reivindicações, muitas relacionadas com o atendimento das necessidades básicas como alimentação, vestuário tratamento de saúde, etc, negligenciado pelos órgãos públicos competentes.

A atuação do Serviço Social ocorre através dos atendimentos de plantão, das visitas domiciliares e pela organização e realização das reuniões do Conselho de Saúde local.

Nos atendimentos de plantão, as demandas são atendidas individualmente, e referem-se, primeiramente, a situações relacionadas com a falta de alimentos e de medicamentos, com a prestação de informações jurídicas, planejamento familiar e as referentes a benefícios previdenciários,

etc. O Centro de Saúde não dispõe de recursos para atender a essas demandas, sendo o usuário encaminhando aos órgãos competentes ligados a PMF/ Prefeitura Municipal de Florianópolis, como a DAC/ Divisão de Ação Comunitária do Continente, Divisão de Assistência, AFLOV, e alguma Organização não governamental,- ONG ligada a algum tipo de problema diagnosticado.

As visitas domiciliares são feitas para o melhor conhecimento da realidade da comunidade. Nessas visitas constatou-se a existência de um grande número de pessoas doentes, geralmente idosas, as quais não podem ir ao Centro de Saúde. Suas condições de vida são precárias agravadas pelo insuficiente investimento do governo em saúde pública. Muitas habitações, além de precárias, oferecem risco de vida aos moradores, por estarem localizadas em morros e encostas, áreas que podem desmoronar devido à destruição da cobertura vegetal. Os "rabichos" de luz, o esgoto a céu aberto e o lixo jogado nas ruas, são aspectos da realidade que se destacam nessas visitas.

As reuniões do Conselho de Saúde local se constituem em oportunidades de exercício da democracia, que possibilitam a participação da comunidade na discussão e procura das resoluções dos problemas que dificultam a superação da miséria, buscando, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para a população carente dos direitos sociais. Essas reuniões obedecem os princípios do SUS, que dispõe entre outros aspectos sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. A ausência dos princípios de

igualdade entre os representantes da população da comunidade da Vila Aparecida com os demais setores de outras comunidades, provoca a desvinculação do Conselho de Saúde local, formado em setembro de 1997 das Conferências de Saúde, provocando a falta de informações, dificultando a formação dos conselheiros, resultando na não participação da população nas ações realizadas pelo Conselho de Saúde da comunidade da Vila Aparecida. A falta de conhecimentos necessários para assumir a função de representantes populares, junto a esse Conselho, é um sério obstáculo para a participação plena do cidadão da comunidade na gestão pública, que gostaria de estar colaborando para uma redistribuição mais eficiente dos recursos públicos.

A população usuária é na sua maioria composta por migrantes que já residem em Florianópolis de 1 a 9 anos e que foram atraídos, nos últimos dez anos, pela expectativa de melhores condições de vida e qualquer emprego que substitua a marginalização decorrente de uma política agrária nacional inadequada.

*"Este contingente populacional provém na sua maior parte do Oeste de Estado, que chegando na capital não lhes restam muito senão ingressar nas áreas de favela"(SMSDS, 1997:08).*

Muitas pessoas que procuram as favelas para ali residirem são trabalhadores da construção civil e domésticas desempregada que, em decorrência do rumo do sistema econômico nacional e mundial, perderam seus empregos e não encontram outro de imediato. Sem condições financeiras para

pagarem seus aluguéis, são forçados a habitar em barracos, com precárias condições de moradia, que em alguns pontos correm risco de desabamento.

A comunidade é resultado de ocupações desordenadas. As atividades profissionais dessa população se desenvolvem sobretudo no trabalho informal; os indivíduos atuam como catadores de papelão, diaristas, faxineiras e biscateiros e outros sobrevivem por meio da mendicância.

A comunidade apresenta características que apontam para o seu grau de pobreza (SMSDS, 1996):

- baixo nível de renda, encontrado principalmente no Morro do Arranha Céu; ali a renda mínima do responsável pelo sustento da família é de 101,67 reais;
- alto grau de analfabetismo nas áreas da Vila Aparecida 1 e 2 e Arranha Céu, 18,09% da 1ª a 4ª série de 7 a 11 anos e 9,98% de 5ª a 8ª série de 15 a 21 anos;
- falta de moradia adequada: a maioria das casas é de madeira, em estado regular, de 2 cômodos, com número expressivo de banheiros fora da casa e havendo em média, de 5,1 pessoas por domicílio. As casas são "próprias" dentro da lógica dos sem teto, isto é, consideram a apropriação numa forma de conquista dos terrenos;

- saneamento básico: a grande parte tem suas casas ligadas à rede de geral de esgoto, utilizam a coleta de lixo, tem água encanada com muitas ligações irregulares e a luz elétrica de suas residências apresenta um número expressivo de “rabichos”, isto é, de ligações irregulares de energia elétrica;
- carência de infra-estrutura, que provoca a proliferação de doenças como leptospirose, diarreia, verminose, pediculose, etc.

A comunidade da Vila Aparecida, apresenta um número significativo de crianças e de famílias inteiras que não têm o que comer. É, portanto, necessária a implantação de programas que alterem essa situação, como ocorre com o Programa “Leite é Saúde” e o SISVAN.

A desnutrição infantil também se faz presente em meio a essa população e é uma questão social que aparece em todo mundo, provocada pelas desigualdades sociais, agravadas pelo desenvolvimento do sistema capitalista, que passa a valorizar o mercado e os interesses da classe dominante, para obtenção de lucro acima de qualquer princípio humano.

Muitas dessas crianças, acabam herdando a situação de nanismo, porque as gestantes pobres, precisam cuidar do sustento da família e manutenção do lar, não têm como observar os devidos cuidados enquanto aguardam o futuro filho. Sem descanso e sem o consumo de uma dieta adequada, nelas fica prejudicada também, a amamentação.



Os problemas de saúde apontados, estão relacionados à falta de alguns micronutrientes, como o iodo, que provoca o cretinismo, um retardo no desenvolvimento intelectual da criança; vitamina D, que provoca a má formação dos ossos, prejudicando o desenvolvimento motor; vitamina A, compromete o sistema imunológico, reduzindo a resistência da criança à diarreias; ferro, que provoca a anemia, além de baixar a resistência imunológica da pessoa, e que pode levar à morte a gestante na hora do parto; proteína, que pode levar a criança ao marasmo que, de maneira mais simples:

*"é a perda de tecido adiposo subcutâneo e muscular, tamanho da cabeça desproporcional com relação ao corpo" (SAWAYA, 1997:80).*

Face a essa situação, e em decorrência de nossa prática de estágio, definimos como objeto de estudo a desnutrição infantil das crianças cadastradas no SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional as quais recebem o benefício do programa "Leite é Saúde" na comunidade da Vila Aparecida.

Utilizamos como metodologia os resultados da pesquisa com as mães das crianças cadastradas no SISVAN (24) no mínimo seis no período de junho de 1996 á junho de 1997, sendo o total de 282 crianças e 8 gestantes cadastradas. Esta pesquisa foi realizada no 2º semestre de 1997, na comunidade da Vila Aparecida com o objetivo de analisar o ponto de vista das mães com relação ao Programa "Leite é Saúde" após a integração de seus filhos no SISVAN. Entrevistamos os profissionais de saúde das SMSDS,

nutricionista assessora do programa nos Centros de Saúde, e da SES coordenadora do programa, no Estado de Santa Catarina., no 2º semestre de 1998 e 1º semestre de 1999. ,

Pesquisamos os documentos sobre programas, Leis, relatórios e folhetos das SES e SMSDS e os dados do diário de campo registrados no período de estágio no Centro de Saúde da comunidade da Vila Aparecida.

As informações sobre o quadro nutricional das crianças cadastradas no SISVAN do município de Florianópolis e da comunidade da Vila Aparecida, não foram incluídos neste estudo, por não estarem finalizados no momento da concretização deste trabalho

## 1. ASPECTOS SOCIAIS DA DESNUTRIÇÃO

Todos os seres vivos para se desenvolverem necessitam de uma quantidade exata de alimentos. O excesso deles provoca ao organismo transformações no metabolismo, desencadeando vários tipos de doenças como diabetes e doenças do coração entre outras. Por outro lado, existe a desnutrição que em crianças:

*“é sinônimo de crescimento deficiente, crianças desnutridas são mais baixas e pesam menos do que deveria para a sua idade” (UNICEF, 1998:14).*

Alimentar-se é uma ação natural dos seres vivos; o alimento mantém o organismo funcionando. A falta de alimentos provoca a fome e leva à desnutrição, sendo essa, um dos fatores mais importantes nas crianças, no início de suas vidas, para o seu desenvolvimento físico, motor e intelectual.

A fome pode ser de curta duração -epidêmica- dar-se quando “ as pessoas deixam de ter o que comer por motivos acidentais ou temporários “(MICLELLOTO, 1990:04), ou endêmica - de duração contínua “ cuja manifestação baseia-se nas raízes estruturais da sociedade, decorrentes das relações sociais da produção e distribuição de renda”(MICLELLOTO, 1990:04) e vinculam as estruturas de consumo e transformação que se ligam ao processo de acumulação de capital.

Interesses industriais e financeiros negligenciam a pobreza, a fome e as guerras civis, questões vistas como etapas necessárias à evolução mundial,

rumo à democracia e ao livre mercado. A falta de alimentos não é mais fruto da escassez de comida, e, sim de :

*“ interesses industriais e financeiros em conflito crescente com os interesses da sociedade civil” (VIERA, 1997:90).*

A desnutrição significa a reação biológica da fome. É o resultado da combinação de uma dieta inadequada em minerais como ferro, zinco, iodo, etc, e vitaminas como A, B e outras, aparecendo no indivíduo infecções oportunistas como as intestinais e diarréicas.

Em crianças a desnutrição é sinônimo de crescimento deficiente, apresentando características como baixo peso e baixa estatura, por falta dos micronutrientes:

*“essenciais para a produção de enzimas, hormônios e ou outras substâncias necessárias para regular os processos biológicos que geram o crescimento, as atividades, o desenvolvimento e o funcionamento dos sistemas imunológico e reprodutivo”(UNICEF, 1998:14).*

A ingestão inadequada dos micronutrientes provoca efeitos graves durante a gravidez , a lactação e a primeira infância. O crescimento do bebê durante o estágio fetal depende de quão bem nutrida a mãe esteja, antes de engravidar, o ganho de peso dela é fundamental para o desenvolvimento de novos tecidos da mãe e do feto, e para a manutenção do corpo e da energia da mãe. Os bebês com baixo peso ao nascer (menos de 2,5 kg), correm maior risco de morrer do que os que nascem com peso normal. Com a sobrevivência, terão mais episódios de doenças, prejudicando seu desenvolvimento cognitivo e estarão mais expostos à desnutrição. E o aleitamento materno exerce o

- papel fundamental na promoção do desenvolvimento físico e mental da criança. (UNICEF, 1998:22).

### 1.1.O Direito à Nutrição

A garantia dos benefícios da nutrição à população contribui para gerar maior produtividade e, portanto, contribui para o crescimento econômico de um país. Constitui uma questão de direito internacional, articulada em terminologia específica em declarações internacionais, servindo como instrumento de garantias dos direitos humanos (UNICEF, 1998:20), como se pode observar :

1924- Declaração dos Direitos da Criança: afirma que devem ser oferecidos à criança os meios necessários ao seu desenvolvimento normal, tanto material quanto espiritual;

1948- Declaração Universal dos Direitos Humanos: garante à mãe e à criança o direito a cuidados e assistência especial;

1959- Declaração dos Direitos da Criança: garante à criança o direito a crescer e desenvolver-se com saúde, tendo direito a condições adequadas de nutrição, habitação, recreação e serviços médicos;

1966- Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: não atinge somente as crianças, mas também, procura garantir o direito fundamental a cada um, de não passar fome;

1986- Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento: determina que os Estados devem reconhecer o direito da criança ao mais alto padrão de saúde possível, e, que se tomem medidas para a implantação desse direito.

Entre outras providências básicas, os Estados são obrigados: a garantir assistência médica e cuidados de saúde a todas as crianças, com ênfase nos cuidados básicos de saúde; a combater as doenças e a desnutrição, no escopo dos cuidados básicos de saúde, por meio da provisão de alimentos nutritivos adequados, de água limpa para beber e de saneamento básico; a transmitir às famílias informações sobre as vantagens do aleitamento materno;

1990- Declaração Mundial e Plano de Ação para a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança, apresentava como metas (UNICEF, 1998: 20):

- *“Redução dos índices de desnutrição grave e moderada para 50%, comparadas com os níveis registrados em 1990 no mundo, entre menores de cinco anos, até o final do século, por meio da redução dos índices de baixo peso ao nascer para menos de 10% de todos os nascimentos”;*
  
- *“Redução de um terço de anemias em mulheres no período reprodutivo, provocadas pela deficiência de ferro; Eliminação virtual dos distúrbios causados pela deficiência de vitamina A e iodo de todas as mulheres, para alimentar seus filhos exclusivamente com leite materno, durante os seis primeiros meses de vida; institucionalização de acompanhamento e promoção do*

*crescimento; e, disseminação de conhecimentos, para assegurar a  
garantia de alimentação para a família.*



## 1.2.Desnutrição Energético-Protéica

A desnutrição energético- protéica se caracteriza por uma série de alterações metabólicas do organismo, decorrente da ingestão insuficiente de energia e nutrientes pelo indivíduo. Esses distúrbios levam o organismo a lançar mão de suas reservas e, depois, das substâncias que constituem sua própria estrutura corporal, ocasionado, entre outras alterações, modificação na sua composição corporal, alterações de funções, de tamanho e composição de diferentes órgãos, cujas expressões clínicas mais evidentes são a perda de peso, redução do panículo adiposo e massa muscular e diminuição da resistência às infecções (SES/CAN/DIVE).

No que diz respeito à etiologia, a desnutrição é considerada doença multicausal, que tem como base fatores ligados à pobreza. Assim é que a associação de uma dieta basicamente deficiente em energia e proteínas, com episódios repetidos de infecção, especialmente de doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas e sarampo, constitui um círculo vicioso que provoca e mantém o processo de desnutrição (SES/CAN/DIVE). Outros fatores, como a educação materna, influenciando na percepção sobre a necessidade de cuidados de saúde e alimentação da criança pequena, o saneamento básico, o desmame precoce e as condições de renda familiares são determinantes e importantes no processo de combate à desnutrição.

Podemos caracterizar a desnutrição por três aspectos clínicos ( SES/ DVE/CAN, 1998):

*1".Marasmo- Incide mais em crianças que estão no primeiro ano de vida. Caracteriza-se por faces semi secas, ausência de edema (por falta de panículo adiposo), redução da massa muscular, ausência de hepatomegalia, ausência de esteatose hepática, pele queratótica, hiperocrômica com descamação furfurácea, olhar vivo, choro forte e contínuo, caracterizando alto grau de irritabilidade, relação peso/idade abaixo de 60% de adequação, proteínas plasmáticas normais, níveis de glicemia podendo chegar a 20 mg/dl".*

*2.Kwashiorkor- "Acontece geralmente em crianças na faixa etária de 18 a 36 meses, caracterizando-se por apatia, tristeza, edema, hepatomegalia, osteatose hepática e lesões acentuadas de pele".*

*3."Kwashiorkor Marasmático- engloba aspectos clínicos e bioquímicos das duas formas anteriores".*

### 1.3. A Desnutrição no Brasil

No Brasil a desnutrição infantil está vinculada à expansão e aprofundamento da divisão do trabalho, imposta pelo desenvolvimento e ampliação do capitalismo industrial. Esse processo fez com os pequenos produtores não conseguissem manter-se e sustentar a família com a produção artesanal. Sem como sobreviver no campo, fato decorrente da competição injusta com as máquinas, que produzem mais e com menos custo, os trabalhadores deixam suas terras e seguem rumo às cidades, à procura de emprego e na perspectiva de que suas vidas melhorem.

A falta de infra estrutura e emprego para todos, que atendesse às necessidades básicas do grande contingente populacional contribuiu para piorar a qualidade de vida das pessoas. As doenças constantes, provocadas pelo não descanso no trabalho, e pelo precário alimento à disposição do trabalhador, tornando sua saúde fragilizada, afetam a produção do seu trabalho. Sem emprego e sem saúde, as pessoas não conseguiam pagar os aluguéis das habitações, o que levou muitas delas às periferias, mais acessíveis ao seu poder econômico, apesar, do precário atendimento às necessidades básicas nesses locais. Assim, a alimentação começou a faltar e as hortas de fundo de quintal não mais existiam, restando as pessoas somente o salário no final do mês. Como afirma Cartaxo:

*"restringe somente aos objetos, mas ações comportamentos, relações em uma determinada sociedade." (CARTAXO, 1995:99).*

As crianças foram as mais atingidas com essa situação, por estarem em uma fase de desenvolvimento que precisa de cuidados especiais, principalmente de alimentos na quantidade e qualidade adequada.

A nova realidade passou a preocupar a sociedade, e por meio dos conflitos provocados pelas manifestações e reivindicações da classe trabalhadora, o Estado se viu obrigado a tomar consciência da atual situação em que se encontrava o trabalhador brasileiro, passando a utilizar as políticas sociais específicas e criando programas específicos a partir da década de 40, como mecanismo:

*“para intervir no controle das contradições que a relação capital-trabalho gera no campo da reprodução e reposição da força de trabalho para desta forma conformar o trabalhador as exigências da expansão do capital”*  
(MICLELLOTO, 1990:15).

Em geral as políticas sociais e a assistência social constituem importantes mecanismos de transferência de rendas para os mais pobres e consolidação de direitos sociais e democratização da sociedade. Segundo ABRANCHES (1987:53), porém, elas tendem a:

*“remendar problemas ... mais lento será o processo de sensibilizar para a real origem do problema e conseqüente retificação de cursos ou modificação nas prioridades governamentais”.*

Desde a década de 40 foram criadas pelo governo federal diversos organismos e programas para combater a fome da população; entre eles destacam-se (MARTINS, 1996:30):

1940 a 1950- SAPS- Serviço de Alimentação da Previdência Social, direcionado a trabalhadores, com refeições a preço de custo oferecidos nas próprias empresas;

1952 - PENAE- Programa Nacional de Alimentação Escolar, patrocinado pela UNICEF, distribuindo merenda escolar e combatendo o analfabetismo;

1972- INAN- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, responsável pelo Programa Nacional de Saúde (PNS), que distribuía cestas básicas à nutrisses e suas crianças nos Postos de Saúde (1975);

1974 - PRONAN - 1 Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, que define as bases de uma política alimentar e nutricional;

1976 -SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, incorporado na década de 80 pela rede de saúde, regulamentado por meio da portaria 080-P(16/10/90) do Ministério da Saúde e da Lei Orgânica do SUS. Seu objetivo é contribuir para o desenvolvimento das crianças, facilitar o acesso das famílias aos postos de distribuição do leite e desenvolver trabalho curativo e preventivo junto às famílias;

1976 - PAT- Programa do Trabalhador, com o fornecimento de refeições aos trabalhadores, nas empresas;

1977 - PCA - Programa de Complementação Alimentar, com fornecimento de alimentação a gestantes e lactentes, na extinta LBA;

1977- PNL- Programa Nacional do Leite, com fornecimento de *ticket* equivalente a 1 litro de leite à crianças carente;

1985 - Programa "irmãozinho", extensão do PENAE, aos irmãos menores de alunos matriculados na rede Pública de Ensino.

No aspecto epidemiológico, a desnutrição energético- protéica é uma das carências nutricionais de maior importância no país, só suplantada em magnitude pela anemia ferropriva.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN/INAN-IBGE, 1989) mostram que uma em cada três crianças brasileiras menores de 5 anos, no total de 13.652.403, (30,7%), apresenta algum grau de má nutrição (déficit peso/idade) e que 5,1% sofrem de formas moderadas ou graves desse mal. A prevalência da desnutrição é maior em crianças menores de 2 anos (75%) na zona rural (41,6%) que na urbana (25,7%) e na região Nordeste, onde os valores são duas vezes superior (46,1%) na região Sul (17,2%) e Sudeste (21,7%) (SES/ CAN/ DIVE).

A desnutrição grave é um indicador de risco epidemiológico individual e familiar, de forma que a identificação de um desnutrido corresponde à identificação de um micro- ambiente que deve ser trabalhado de forma integral e intensiva. É um importante fator de risco de mortalidade por doenças infecciosas (SES/ CAN/ DIVE).

A letalidade do sarampo aumenta em mais de 50 vezes em crianças desnutridas; o baixo peso ao nascer está associado com até 75% dos óbitos no primeiros meses de vida, sobretudo por complicações infecciosas; o desmame precoce aumenta 14 vezes o risco de morte por diarreia, em 2,5 vezes por infecções respiratórias agudas e 1,2% por outros processos infecciosos ( SES/ CAN/ DIVE).

O sinergismo desnutrição/ infecção constitui o eixo em torno do qual giram as grandes prioridades de saúde dos países e/ou populações pobres. São situações, portanto, que, embora diversas em termos etiológicos, tornam-se contíguas e quase contínuas em escala epidemiológica, não podendo ser compreendidas e trabalhadas de forma separada e autônoma ( SES/ CAN/ DIVE).

Compromissos nacionais e internacionais assumidos pelo país na Reunião de Cúpula pela infância ( Nova Iorque, 1990), e na Reunião Mundial de Desnutrição (Roma, 1992), têm como meta reduzir em 50% a prevalência da desnutrição até o ano 2000, e os riscos e seqüelas da desnutrição energético- protéica no plano internacional.

Os méritos conquistados por esses programas devem ser considerados de grande valia para a população carente do país. A curta duração e a priorização de determinados critérios, porém, inviabiliza a extensão dos benefícios a um número maior de pessoas carentes, que, por falta de possibilidades de crescimento econômico, cultural, intelectual, etc, precisam, também, de assistência para poder sobreviver nesse estágio do capitalismo, em que o mercado passou a ser mais importante que o bem estar da população marginalizada.

A assistência faz parte de todo processo histórico da humanidade. Desde a idade antiga ela era executada por pessoas com melhores condições de vida, que ajudavam os menos favorecidos. Na medieval, o clero, com a ideologia cristã de benfeitorias, passou a ser o principal meio de atendimento às necessidades mínimas das pessoas; acreditava-se que sua situação de miseráveis era vontade divina. Na moderna, com o avanço da industrialização, a mudança no modo de produção e a saída do homem do campo para as cidades, passou-se para o Estado a responsabilidade do atendimento das necessidades básicas da população urbana, após muitos conflitos entre as classes sociais. Atualmente, ainda é do governo a responsabilidade de garantir alguns direitos sociais à população, como a questão de saúde.

O fechamento de pequenas empresas, aumentou o de desemprego, e diminuiu as verbas e benefícios assistenciais, levando a população a procurar novas formas de sobrevivência, cada vez mais precárias, por não conseguir



manter um padrão digno de vida relacionado ao período em que tinha um emprego para se sustentar. As pessoas ainda empregadas, sofrem com o fantasma do desemprego, forçadas muitas vezes a aceitar a retirada de garantias trabalhistas, na tentativa de garantir a permanência nos empregos. Até o antigo exército industrial de reserva, deixa de ter sentido, devido à grande migração do homem rural para as áreas urbanas, reforçado, também, pelo desemprego estrutural decorrente do avanço da tecnologia, levando à extinção de muitos postos de trabalho.

Muitas mudanças afetarão ainda mais a área social nos próximos anos. Em nome da crise mundial, o governo federal, anuncia medidas econômicas que atingirão principalmente as pequenas empresas, os funcionários públicos, os aposentados e as políticas públicas, apresentando impacto maior nos programas assistenciais como o de combate a desnutrição infantil, os quais já vêm funcionando precariamente por causa das alterações nos critérios no repasse de verbas devido à restrição orçamentária. Essas mudanças econômicas têm reflexo na saúde da população, desrespeitando seus direitos e negligenciando todo o processo histórico dessas conquistas de cidadania que para COHN (1991:27) devemos:

*“resgatar a construção da cidadania a partir das reivindicações da população, não da ótica da saúde como questão institucional versus questão social, mas busca de legitimidade das reformas concretas que respondam às expectativas e necessidades da população. Superar a defasagem entre as propostas técnico-institucionais e as demandas das distintas forças sociais exige que se rompa o círculo vicioso da ineficácia justificando a ineficiência frente a uma clientela subordinada a um ritualismo institucional que*

*contém a demanda, e sem que isso signifique apenas a busca de uma mera racionalidade de economia de recursos”.*

## 2. SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN é um

*"sistema de informações, que objetiva a análise contínua dos dados de uma população, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais e , também, dos fatores de sua determinação. Contribui para que se conheçam a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, caracterizando grupos sociais de risco e dando subsídios para formulação de políticas, estabelecendo programas de intervenção e recuperação nutricional."( SES/ CEAN/ DIVE).*

Sua importância reside no conhecimento do perfil epidemiológico-nutricional da população materno- infantil dos municípios, através da identificação do grupo exposto em maior grau à desnutrição; do atendimento ao ajustamento de conduta firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério Público, referente ao combate à desnutrição materno- infantil; e do cumprimento à lei Estadual 9865/95, que torna compulsória a notificação da desnutrição (SES/ CEAN/ DIVE).

O órgão responsável pela coordenação nacional do SISVAN era o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição-INAN, por ser um órgão responsável por traçar estratégias políticas e diretrizes da área de alimentação e nutrição em consonância com o Sistema Único de Saúde, por se entender que o componente alimentar no âmbito da segurança alimentar e seus efeitos estão relacionados à saúde. Ele apoiou a criação de instância interlocutora em nível estadual, denominada Coordenação de Alimentação e Nutrição, ligada a

Secretaria Estadual da Saúde. Atualmente essa função está a cargo da Secretaria de Políticas de Saúde.

Até a metade do século XX avaliava-se a situação nutricional através de dados de produção agrícola e alguns inquéritos nutricionais isolados, os métodos eram caros e complicados. E é a partir do fim da década de 50 que:

*“teve início em alguns países da América Latina um trabalho que se conhece agora como Vigilância Epidemiológica em Nutrição”(WNSP/PARS.1993:16).*

Em 1974, na Conferência Mundial de Alimentação, após a grande crise mundial na produção de alimentos, técnicos e estadista de vários países perceberam a necessidade de se criar um programa global de segurança alimentar com o objetivo de:

*“garantir a disponibilidade, e acesso físico, econômico aos alimentos a toda a população do mundo, e muito especialmente às crianças mais vulneráveis aos agravos carenciais (ENSP/PARS.1993:16).*

A partir de 1976, esses países serviram de experiência na implementação de Programas de Vigilância Nutricional, podendo identificar três variações(ENSP/PARS. 1993:17)

1. *“observação da nutrição a longo prazo, visando a planificação sanitária e do desenvolvimento”;*
2. *“avaliação das repercussões de programas de desenvolvimento e de saúde pública e nutrição, objetivando servir de base para a sua administração;*
3. *“Sistemas de alarme oportuno e intervenção, visando prevenir ou atenuar as “insuficiências” epidêmicas no consumo alimentar”.*

Em 1977, o INAN, em função do compromisso assumido pelo Governo brasileiro na 3ª Reunião Especial dos Ministros da Saúde - realizada em

Santiago Chile, em 1972 - de empreender ações conjuntas e multisetoriais para a redução dos problemas do Continente Latino- Americano, desenvolveu o ante- projeto do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional. Esse documento é o marco histórico do início do processo de implantação do SISVAN no país (BNS, 1996: 12).

Em função desse projeto, algumas estratégias foram adotadas para a década de 80, com o propósito de fomentar a expansão do SISVAN no Brasil. O apoio a várias instituições estaduais, municipais e acadêmicas foi adotado ao longo da década, com vistas a viabilizar condições para o desenvolvimento de um sistema de coleta, transmissão, processamento, análise e interpretação de informações sobre o perfil alimentar e nutricional da população brasileira (BNS, 1996: 12).

Os primeiros grupos efetivamente envolvidos na proposta datam de 1983, com apoio direto do INAN e de organizações internacionais. Mas a incorporação dessas iniciativas isoladas na agenda de prioridades dos governos estaduais e sua sustentação político- técnico foram os principais problemas enfrentados por esses grupos de trabalho (BNS, 1996: 12).

No final da década de 80, novos grupos, ligados a universidades e centros de pesquisas, e fora da esfera de atuação das Secretarias Estaduais de Saúde, permitiram um novo incremento ao programa. Com recursos financeiros próprios e pessoal técnico treinado, esse grupos estimularam a proposta no País, a partir da experiência das ações básicas de saúde, gerando

conhecimento e tecnologia que viabilizaram a assessorar junto às Secretarias Estaduais de Saúde interessadas em implantarem o SISVAN.

Entre os anos 1990 a 1992, o INAN passou por seu pior período institucional, com perda de técnicos e esvaziamento político e financeiro, cumprindo apenas uma agenda mínima de atividades. A maioria dos programas foram desativados, com exceção do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e de algumas linhas de pesquisa e de informação. Em relação a esta, o órgão conseguiu desenvolver inúmeros estudos de qualidade sobre o perfil nutricional da população, graças ao enorme banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição -PNSN (BNS,1996:12), consorciada com diversas instituições nacionais e internacionais e com pesquisadores de algumas universidades brasileiras. Esses estudos, são considerados como a mais importante das publicações sobre o estado nutricional da população brasileira já produzidas no País, foram apontadas diversas questões relacionadas ao perfil nutricional da população carente e formuladas críticas sobre as práticas de intervenção em voga. À luz de tais estudos no processo de esvaziamento político, técnico e administrativo, partiu-se para a rediscussão do papel do INAN e das práticas institucionais da área de alimentação e nutrição no País. Nesse momento, também, a proposição da implantação do SISVAN se afirmava em todos os fóruns de trabalho no campo da nutrição, como estratégia adequada ao contexto político e técnico que se desenhava para a década de 90 (BNS, 1996: 12).

Em 1993, a partir da elaboração do Plano de Combate à Fome e à Miséria, foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar- CONSEA, consubstanciado nos seguintes princípios de descentralização das ações administrativas: regime de parcerias, pela responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade; controle social, a partir do acompanhamento e fiscalização comunitária; e universalização pela abrangência à população sob risco nutricional, de acordo com o SUS. Como parte do Plano e com esse ideário, o Programa de Atendimento aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional foi proposto o Programa "Leite é Saúde" (BNS, 1996: 13).

As diretrizes do novo programa partiram do reconhecimento crítico da experiência vivida pelo INAN desde a década de 70, com o desenvolvimento e gerenciamento de programas de distribuição de alimentos, em que o uso de critérios sócio- econômicos para a seleção de clientela beneficiária determinou um acesso desigual de regiões e grupos populacionais aos programas de suplemento alimentar (BNS, 1996: 13).

O Programa "Leite é Saúde" surge como principal ação governamental na área de nutrição, por se tratar de uma questão social predominante no país, concebido para atender a grupos biologicamente vulneráveis, como as crianças menores de 24 meses e gestantes de risco nutricional. Em suas diretrizes e normas operacionais o programa elege como critério de adesão a implantação das ações básicas de saúde e do SISVAN. Esse programa foi proposto aos municípios brasileiros como instrumento de estímulo à

implantação do SISVAN no país. Essa simbiose entre o Programa e a implantação do SISVAN é vista com bastante cuidado e atenção, na medida em que, para inúmeras prefeituras brasileiras, o compromisso assumido ainda é entendido mais como requisito administrativo para a celebração do convênio do que, propriamente, como decisão político- técnica em nível municipal com finalidade de se conhecer o perfil epidemiológico nutricional da população, para atuar nos fatores determinantes dos problemas de alimentação e nutrição (BNS, 1996: 13).

Cerca de 568 municípios brasileiros pertencentes aos 27 Estados do país estão envolvidos na implantação do SISVAN; alguns em estágios mais avançados e outros embrionários, passando pelas etapas relacionadas à decisão política local e à organização administrativa e técnica (BNS, 1996: 13).

O grupo populacional majoritário sob vigilância é de crianças de 0 a 59 meses, com o advento do "Programa Leite" é Saúde, atuam-se apenas na população entre 6 a 23 meses, e também as gestantes (BNS, 1996: 14).

Apesar de o SISVAN contemplar uma lista abrangente de indicadores, referentes a diversas faixas etárias da população, as informações geradas pelo sistemas municipais e estaduais de saúde são basicamente oriundas de dados antropométricos, visando à detecção e ao monitoramento dos casos da desnutrição materno- infantil.



No país, o déficit de crescimento se estabelece entre os seis meses e dois anos de idade e o Cartão da Criança é o principal instrumento de acompanhamento e avaliação do estado nutricional de crianças menores de 05 anos, sendo o indicador peso/idade abaixo do percentil 10 o principal parâmetro de avaliação de risco nutricional utilizado para o diagnóstico e, conseqüentemente, o determinante para acompanhamento desses menores, tanto em nível comunitário como nos serviços de saúde (BNS, 1996: 14).

A experiência recente do Brasil mostrou que o potencial do SISVAN como instrumento efetivo de planejamento de ações na área de alimentação pode ser importante na medida em que os dois principais projetos de governo da área social, o Programa de Redução de Mortalidade Infantil e o Programa Comunidade Solidária, assumiram o risco nutricional como critério técnico, para a identificação dos municípios aos quais se devem destinar ações prioritárias. Esse requisito é considerado fundamental e a ratificação dos princípios estabelecidos pelo extinto CONSEA, de valorização de estratégias que estimulem o funcionamento de mecanismo de identificação e monitoramento do estado nutricional de populações em risco nutricional (BNS, 1996: 14).

Apenas cerca de 12% dos Estados brasileiros têm emitido Boletins de Informações sobre o perfil nutricional da população, mesmo assim com periodicidade irregular e defasagem anual entre um informativo e outro (BNS, 1996:15).

O processo de implantação do SISVAN está associado, fundamentalmente, às ações do setor saúde, à medida que o INAN desde seu primeiro projeto de atuação, apresentado em 1977, ainda não conseguiu a articulação intersetorial necessária à viabilização de uma proposta mais abrangente, que trabalhe as interfaces entre os determinantes do consumo alimentar e utilização biológica dos alimentos (BNS, 1996: 15).

Devido aos fatores já apresentados e à precariedade dos dados de rotina coletados pelos sistemas locais atualmente no país, o governo federal tem atuado no planejamento de ações, valendo-se de fontes complementares de dados como meio de avaliação do estado nutricional de crianças em escala epidemiológica, com o propósito de orientar políticas públicas de alimentação e nutrição.

Para identificar a população em risco nutricional a ser contemplada pelo Programa Leite é Saúde, o INAM utilizou como base de cálculo o censo do IBGE de 1991 e as taxas regionais de desnutrição materno infantil estabelecida pela PNSN, de 1989. Essa forma de organização ainda é a única capaz de alentar os beneficiários do programa, definindo a clientela e, conseqüentemente, os recursos a serem repassados aos municípios, até que os sistemas locais produzam informações confiáveis, com a transmissão de perfis nutricionais atualizados de maneira contínua para todos os usuários do sistema, convertendo-se em instrumentos de motivação político- técnica para tomada de decisões (BNS, 1996: 15).

A coordenação Nacional do SISVAN entende que o sistema de fato proporcionou o crescimento da proposta da Vigilância Nutricional no País, mas também funcionou como um elemento desarticulador do processo de amadurecimento da proposta já iniciada em 1983. Essa característica mostra que o cenário quanto à implantação de Vigilância Nutricional era de que a proposta teria que ser executada muito mais por ser uma exigência para a celebração de convênio do que por tratar-se de elemento importante para a definição de políticas públicas no país. As diretrizes adotadas para a implantação e implementação estabelecidas são (BNS, 1996: 15):

- Definição de papéis, atribuições técnicas, administrativas e políticas em todos os níveis do sistema, ou seja município, estado e governo federal;
- Recomendação de que as Secretarias Estaduais de Saúde sejam a instância técnico-operacional do acompanhamento, supervisão e avaliação das ações de implantação, visando à qualidade da informação gerada pelos sistemas locais de saúde.

Esses dois aspectos são importantes, uma vez que há um contingente importante de municípios que declaram ter a Vigilância Nutricional implantada, mas sem cumprir o principal objetivo do SISVAN, que é de informar regularmente o perfil nutricional e alimentar da população. Associado a isso, os dados disponíveis atualmente pela coordenação no período de 1994 a 1995 são inconsistentes, revelando que a informação ainda é de péssima qualidade,

talvez por problemas relacionados à qualificação dos profissionais de saúde em nível local, à ausência de equipamentos e condições desfavoráveis para implantar a proposta, ou mesmo à intenção de se negligenciar a importância dessas informações

Assim, devemos reconhecer que o estágio de desenvolvimento do SISVAN no país avançou em qualidade e quantidade nesta última década e, sem dúvida, com o incentivo do Programa "Leite é Saúde". O grande desafio colocado, para todos os níveis do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, todavia, é o de alcançar abrangência necessária tanto em quantidade como em qualidade, para desempenhar seu papel como instrumento de geração de políticas públicas para o País.

Para o biênio 97/98, o Ministério de Estado da Saúde, por meio da Portaria Ministerial 1882/97 de 18 de dezembro de 1997 (anexo 1), estabelece o valor do PAB- Piso de Atenção Básica, que consiste em um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente aos custeios de procedimentos e ações de atenção básica à saúde. Esse recurso é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e por uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações, no campo específico de atenção básica. O SISVAN é financiado com recursos do governo federal, através dos Fundos de Saúde, e operacionalizados pelos Municípios. Esses valores serão transferidos aos Fundos Municipais de Saúde e serão obtidos pela multiplicação de um valor *percapita* nacional, pela população de cada município (SES/CAN/DVE). A de

falta de informações, pela Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social, junto à Secretaria Estadual de Saúde por dois meses consecutivos, será suspensa a transferência dos recursos do PAB a esses municípios. É um incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Assistência Farmacêutica Básica; aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais.

O incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais consiste no montante de recursos financeiros destinados ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados, com prioridade ao grupo materno- infantil, visando combater a desnutrição e proteger o estado nutricional. Para que os Municípios acessem este recurso financeiro, deverão preencher os seguintes requisitos (SES/DVE/CAN, 1998):

- integrar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional;
- elaborar o Plano de Combate às Carências Nutricionais;
- e criar a Coordenação Municipal do SISVAN, e equipe técnica por decreto.

## 2.1.O SISVAN no Estado de Santa Catarina

Como vimos, no processo de implantação do SISVAN no Brasil, em Santa Catarina, também, o Programa do "Leite é Saúde" foi determinante para a implantação do órgão no Estado, no ano de 1995. Para concretizar esta implantação foi firmado os convênio entre as Secretarias Municipais da Saúde e Desenvolvimento Social e o Ministério da Saúde, com intermédio da Secretaria Estadual da Saúde.

Ao final de 1995, o INAN celebrou o convênio com a Secretaria Estadual da Saúde –SES, com intuito de criar a Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição. Com o recurso recebido, foi possível aos técnicos da SES, serem contratados pelo Centro de Referência Nacional em Curitiba–Paraná em fevereiro de 1996 e efetivamente iniciaram a implantação do SISVAN nos municípios, priorizando aqueles que já haviam recebido recursos referentes ao Programa "Leite é Saúde".

Durante o ano de 1996, coube a SES, operacinalizar a lei Estadual nº 9865/95, que torna compulsória a notificação da desnutrição no Estado. Por ser um projeto pioneiro no país e na América Latina, em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan Americana de Saúde, desenvolveu-se um projeto para implantação da Notificação da Desnutrição grave em crianças menores de 5 anos, desenvolvido primeiramente com Municípios "sentinelas", sendo eles: Criciúma, Joiville, Lages, e ampliação no ano de 1998, para os

Municípios de Caçador e Tubarão. O projeto está em fase final de análise, devendo ser estendida a notificação a todos os Municípios do Estado em 1999. ✕

Entretanto, as dificuldades técnicas e administrativas encontradas para aprimorar e efetivamente implantar o SISVAN como sistema de informações com qualidade na emissão dos dados, foram várias, levando a Coordenação Estadual no ano de 1998 e elaborar uma metodologia de implementação do SISVAN (modelo padronizado) adequado à realidade dos Municípios, fácil de ser implantada nas rotinas estabelecidas nos Centros de Saúde.

O convênio nº 001/98 (MPESC, 1998) celebrado entre o Ministério Público do Estado de Santa Catarina e a Secretaria do Estado da Saúde, através da Coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição, teve como objetivo implantar o SISVAN em todos os Municípios do Estado, com a finalidade de compor um banco de dados único que possibilite o perfil epidemiológico nutricional atualizado de crianças na faixa etária de 0 a 59 meses e de gestantes. Permitindo assim, a articulação e interação das instituições de monitoração e intervenção, nos casos de desnutrição no grupo materno infantil e, posteriormente, criar uma interface de informações referentes à notificação compulsória de desnutrição grave nos municípios dos Estados.

Desde 1996, até o início de 1997, a Secretaria de Estado da Saúde promoveu treinamento dos profissionais para a implantação do SISVAN no Estado. Nesse processo destaca-se a falha na coleta de dados, decorrente da inexistência de um modelo padronizado de implementação, permitiu que

crianças entrassem no sistema mais de uma vez, no mesmo mês. Isso aconteceu porque as fichas de controle eram marcadas com riscos, não se registrando a data em que a criança havia sido identificada no SISVAN com baixo peso, impossibilitando, assim, uma ação efetiva por falta do exato número de crianças em estado de desnutrição, o que se reflete, também, nos repasses de verbas por parte do governo federal.

A partir de 1998, para uma concreta avaliação do projeto no Estado, a coordenação procurou estabelecer um modelo técnico de padronização na implantação do SISVAN em todos os municípios de Santa Catarina.

O SISVAN no Estado de Santa Catarina tem a função de (SES/DVE/CAN, 1998):

- *analisar o perfil epidemiológico nutricional dos municípios da Região gerando indicadores de saúde;*
- *prestar apoio técnico e supervisão das estratégias de recuperação nutricional nos Municípios;*
- *permitir a articulação de parcerias entre municípios e Estados;*
- *apresentar relatórios mensais de casos novos de desnutrição, identificados no SISVAN: comarcas, regionais do comunidade solidária;*



- *prestar assessoria/supervisão aos municípios, na implantação do SISVAN e notificação de desnutrição grave dos grupos de pessoas atendidos;*
- *possibilitar a formação de banco de dados regional do SISVAN e da notificação;*
- *proceder à emissão de relatório, consolidado mensalmente à coordenação Estadual de Alimentação e Nutrição, sobre o estado nutricional de crianças e gestantes.*

## 2.2.O SISVAN no município de Florianópolis

O SISVAN foi regulamentado no município pelo decreto nº 840/94, que instituiu a desnutrição energético-protéica na categoria de agravo à saúde de notificação compulsória no âmbito municipal de Florianópolis. Ficou determinada pela Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social - SMSDS, a normalização do registro, o processamento, o acompanhamento e as ações de controle sobre a desnutrição energético-protéica no município (SMSDS, 1995: 38), e surgindo da necessidade de se intervir para minimizar os efeitos nocivos dessa desnutrição.

Na 1ª Conferência Municipal de Saúde de Florianópolis (1995), estimou-se haver no município um total de 900 pessoas carentes desnutridas, entre gestantes e crianças de até dois anos. Assim, prevê-se a distribuição de leite e óleo/mês às crianças, com idade de 6 meses a 2 anos, por ser esse, um período de grande importância ao crescimento do ser humano e às gestantes, direito garantido no ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente no capítulo 1, artigos 7 e 8.

Segundo informações da nutricionista responsável pela assessoria ao sistema de coleta de dados, é de função da Coordenação Municipal do SISVAN (SES/DVECAN, 1998):

- *Análise do perfil epidemiológico nutricional do Município.*

No município de Florianópolis esse perfil está sendo prejudicado pela má orientação prestada aos profissionais dos Centros de Saúde, segundo a qual os resultados cadastrais mascaram a realidade das comunidades. Há crianças medidas e pesadas mais de uma vez no mês, enquanto outras recebem nenhuma atenção nesse sentido. Sem as informações corretas não existem meios de se buscarem as crianças que não compareceram aos Centros de Saúde.

A saúde pública atende a todas as alterações de saúde em crianças. O baixo peso, no entanto, não deve ser o único critério a exigir medidas na manutenção da saúde das crianças. Atualmente a obesidade está se tornando um fator que necessita de maior atenção das autoridades competentes, pois provoca doenças crônicas degenerativas como hipertensão, diabetes, etc.

- *Identificação das áreas de risco nutricional.*

A identificação desse perfil permite a definição das áreas com risco biológicos e a das com riscos sociais.

De 2500 crianças medidas e pesadas no município de Florianópolis, a metade apresenta risco nutricional/ baixo peso e, dessa metade, 30% apresentam a questão social como desencadeadora da desnutrição infantil, sendo de competência da SSSDS captar os dados levantados e criar material para montar estratégias de intervenção quando necessário.

Assim, com uma correta coleta de dados, os Centros de Saúde deverão apresentar a realidade de todas as comunidades do município através do controle das informações a coordenação municipal do SISVAN.

As comunidades da Vila Aparecida e Monte Cristo apresentam os maiores riscos nutricionais no município, por se tratar de uma população carente, constituída por migrantes de outras localidades em busca de melhor qualidade de vida.

- *Estratégias de recuperação nutricional.*

Uma estratégia de recuperação é o Programa do "Leite é Saúde". Outra é a distribuição de cestas básicas em número reduzido.

Não há notícias em nível nacional e municipal de resultados que demonstrem a eficácia das estratégias desenvolvidas pelo SISVAN. Sem as informações, não se consegue demonstrar ao Ministério da Saúde a necessidade de se criarem formas de estratégias no combate às carências nutricionais.

- *Parcerias interinstitucionais.*

O projeto encontra dificuldades em conseguir parcerias. A principal delas é, segundo a coordenação do SISVAN do município, o não andamento do sistema; outra é a existência de várias ações fragmentadas das instituições, ONGs e outros, as quais atendem a uma mesma população.

A união desses órgãos poderá surtir um efeito maior no atendimento às pessoas, possibilitando a todas os mesmos direitos sociais.

- *Emissão de relatórios mensais de casos novos de desnutrição identificados no SISVAN: Conselho Tutelar, Promotoria, interlocutor municipal, comunidade solidaria.*

As informações geradas nos Centros de Saúde devem modificar a cultura da vigilância nutricional e a identificação da atenção integral à criança, e com o treinamento proporcionado pela Secretaria Municipal da Saúde, deverão ser revertidas as falhas do projeto para um efeito mais prático de atendimento às populações carentes.

As crianças desnutridas devem ser listadas com endereço, para que a coordenação do projeto possa fazer os encaminhamentos ao Conselho Tutelar, responsável pelas de garantias dos direitos das crianças, e ao Ministério Público, responsável pela controle da incidência e prevalência da desnutrição.

- *Emissão de relatório consolidado mensal do estado nutricional de crianças e gestantes à Regional de Saúde.*

É através dos relatórios, com auxílio de cadastros, que são identificadas, nos Centros de Saúde, quantas e quais são as crianças desnutridas e quais são as comunidades que apresentam um contingente expressivo de migrantes com tendência a apresentar um número maior de desnutridos.

Como, porém, encontramos falhas no alicerce das informações, não podemos afirmar que os relatórios sejam emitidos com veracidade.

- *Retorno e discussão de análise do perfil nutricional com os Centros de Saúde .*

A falta de profissionais para acelerar o processo de análise das informações na SMSDS dificulta o retorno das informações aos Centros de Saúde, para que estes executem as ações necessárias à reversão do quadro de desnutrição das crianças. Quando existe o retorno, as famílias não residem mais no mesmo endereço, seguindo um processo migratório.

De acordo com a documentação, existem três razões para a implantação do SISVAN nos municípios (SMSDS):

1. *“Iniciativa das Secretarias Estaduais de Saúde, a partir de critérios epidemiológicos, pelo reconhecimento político- institucional da magnitude da desnutrição no Estado”;*
2. *“Exigência do INAN para a assinatura do convênio do Programa Leite é Saúde, o que representa cerca de 33% do total de municípios em que o SISVAN foi implantado”;*
3. *“Razões diversas como pressão da sociedade civil e iniciativas de programas comunitários”.*

Para a implantação de ações de combate às carências nutricionais do município, este deve encontrar-se habilitado em qualquer uma das condições de gestão estabelecidas na NOB- Norma de Operação Básica de 1996, que regulamenta técnica e constitucionalmente as atividades e procedimentos do Sistema Único de Saúde em nível nacional e deve integrar-se ao SISVAN, elaborando um plano municipal de combate às carências nutricionais que contenha o elenco de ações que devem ser implementadas.

### **2.2.1.O SISVAN na comunidade da Vila Aparecida.**

O SISVAN iniciou-se no Centro de Saúde na comunidade da Vila Aparecida em 1996, com o controle de peso e altura de todas as crianças de 6 meses a 2 anos de idade e de gestantes que apresentavam um quadro de desnutrição. O controle antropométrico era realizado duas vezes ao mês, devido ao grande número de crianças à procura do benefício do Programa do "Leite é Saúde".

Visando conhecer a percepção das mães quanto as alterações em seus filhos após o cadastramento no SISVAN e o recebimento do benefício do Programa "Leite é Saúde" na comunidade da Vila Aparecida, citaremos as falas de algumas que responderam questões como:

- Como era a criança antes do benefício?
- Como souberam da existência do Programa ?
- O leite era consumido somente pela criança desnutrida?
- Quais as alterações apresentada pela criança após a ingressão no programa do leite?
- Qual é a opinião sobre o Programa?

A presença das alterações físicas são os principais aspectos encontradas pelos pais para detectar a desnutrição infantil. No caso em estudo, 62,5% das mães entrevistadas perceberam a desnutrição de seus filhos por meio desse



aspecto, as crianças são pequenas e magras, provocando o nanismo nutricional, levando ao atraso intelectual da criança:

*"As crianças portadoras de nanismo nutricional começam a freqüentar a escola mais tarde e perdem mais aulas do que as crianças bem nutridas" (UNICEF,1998:16).*

Outro aspecto observado durante o estágio, foi a presença de sintomas clínicos nas crianças, como anemia, infecções constantes, etc; 37,5% delas apresentaram essas alterações. Esses aspectos na maioria das vezes, são identificados por meio de exames e consultas médicas, o que legitima a importância de investimentos nos atendimentos básicos de saúde pública.

Segundo as mães:

**M.L.V.: "Ele era magrinho, tinha anemia,....calminho, ficava bem, quietinho"**

**AP.: "Quase não dava pra notar, ela tinha dois meses, tomava leite ninho":**

A falta de informações da população contribui para manter as classes subalternas distantes de seus direitos de cidadão no país e no mundo, do que resulta existirem bilhões de analfabetos, pessoas que, por falta de possibilidades, não tiveram acesso aos estudos ou a continuá-los. Por isso, muitas pessoas conhecem somente o desenho de seus nomes.

Percebemos a importância do papel dos profissionais que atuam em defesa dos direitos da população. Na pesquisa verificamos que 65,5% das pessoas entrevistadas ficaram conhecendo o programa por meio de médicos; 25% por meio dos assistentes sociais e 12,5% por meio de vizinhos ou amigos. Nenhuma delas relata o conhecimento de seus direitos divulgados pelos governos por meio dos meios de comunicação de massa, o que contribui

para a manutenção da ignorância do povo, evitando que ele se mobilize e reivindique o cumprimento de seus direitos.

Segundo as mães:

M.L.V.: Eu sabia porque os outros me contavam, eles avisavam, leva pra ver o peso dele, daí se tiver fora do peso, pega o leite, é o que eu fiz".

A.P.: "Não podia tomar leite de vaca e a assistente social colocou ela no programa. Não podia mamar e não engordava com o leite da vaca, porque vomotava

I.M.N.: "Ele nasceu de sete meses, como não engordava como eu, a médica colocou nós no programa."

O governo atual prioriza os interesses das classes dominantes, o que afeta a sobrevivência das classes trabalhadoras, as quais vêm deixando de ser preocupação dos governistas no poder. Com a retirada das garantias trabalhistas, com o processo de terceirização e a expansão do desemprego estrutural, reduzem-se os meios de aquisição de alimentos para a população carente. Nos depoimentos relacionados ao programa do "Leite é Saúde", 75% dos entrevistados consideram-no bom, pois auxilia na economia e em outras prioridades da casa, como no vestuário, na água, no gás, etc. Para 12,5% representam a única forma de alimento, pois, são famílias em que pai, mãe e irmãos estão desempregados, e não possuem alguma renda para se manter. E os outros 12,5% não quiseram comentaram sobre a questão.

Segundo as mães:

M.L.V.: "O programa é ótimo. Na economia com o leite não precisa estar mais gastando".

A.P.: "É bom, mais falta muito o leite".

I.M.N.: "É uma salvação, não saberia o que fazer se não fosse ele".

Através das informações registradas no diário de campo do estágio no Centro de Saúde na comunidade da Vila Aparecida, analisamos as seguintes questões:

- **A quantidade do benefício:** Antes de chegar a próxima data de pesagem para verificar se a criança ainda se encontra nos critérios do SISVAN, o leite já acabou. O fator principal dessa realidade é o grande número de membros nas famílias, na média de 4,2 filhos, sem contar com os adultos como avós, tios, parentes e vizinhos ( DC); há entre eles um forte instinto de solidariedade, obrigando à divisão do benefício (o leite), o que impede , no entanto, a reversão do quadro nutricional das crianças e gestantes desnutridas - a quem, unicamente, o leite seria destinado.

Outro fator que contribui para ser considerado insuficiente a quantidade do benefício apresentado é a questão do desemprego, tornando-se o leite a única fonte de alimento das famílias. Verifica-se isso nos atendimentos de plantão realizados no Centro de Saúde, quando 13 usuários relataram o desemprego de todos os membros da família, decorrente da diminuição de trabalho na construção civil, da queda do poder aquisitivo da classe média- que diminuiu o oferecimento de vagas para empregadas domésticas e faxineiras; a falência de pequenas e médias empresas; o analfabetismo e as doenças como HIV e as provocadas por acidentes de trânsito (DC).

O que resta aos desempregados, idosos sem aposentadoria, e também aos com aposentadoria de 1 salário mínimo, responsáveis pelo sustento de toda família é recorrer aos auxílios concretos distribuído às pessoas carentes das comunidades.

No processo de estágio foram solicitados aos profissionais 118 auxílios concretos só de cestas básicas (DC), as quais, muitas vezes, eram divididas com mais de uma família, por causa da falta de repasse de verbas às ações sociais. Os órgãos de distribuição de benefícios passam a contar com apoio de ONGs- Organização não governamentais e de outras instituições sensibilizadas com o atual quadro social das populações carentes.

- **A aceitação do benefício pela criança:** Há crianças que, por motivos diversos, não conseguem adaptar-se ao leite distribuído pelo Programa, sendo necessária a alteração para outro tipo de leite (DC). Assim, torna-se importante a variação de alimentos que possam atender a todas as crianças inseridas no Programa.

- **A ausência de Política de Saúde reprodutiva:** O elevado número de filhos inviabiliza a perspectiva de uma família dispor de todas as garantias de serem satisfeitas as necessidades física e intelectuais de suas crianças. A criação de um programa que venha atender a questão do planejamento familiar na comunidade seria de fundamental importância na vida dessas famílias. Em nosso processo de estágio, 14 gestantes procuraram o Centro de Saúde, em busca desse auxílio (DC); assim, estas famílias teriam o

número de filhos compatível com a sua situação social, garantindo às crianças seus direitos sociais.

- **O desconhecimento dos aspectos nutricionais:** A ignorância é a principal causa dos distúrbios nutricionais e pode ser manifestada pela falta dos conhecimentos corretos e adequados para uma boa alimentação. Segundo VALENTE (1989:68) essa ignorância é:

*"por uma desadaptação do indivíduo ao seu meio, que leva a não saber aproveitar de forma desejável os recursos alimentares a ele disponíveis, e por fim, por uma incapacidade ou incompetência em escolher e preparar os alimentos necessários a uma boa alimentação".*

Por outro lado, existem famílias que dispõem de alimentos adequados, vivem em ambiente saudável e têm acesso ao serviço de saúde e, mesmo assim, há crianças que sofrem desnutrição. O cuidado é manifestado da maneira pela qual a criança é alimentada, estimulada, ensinada, orientada e expressa os valores domésticos e culturais que orientam os indivíduos e as famílias. Esse conjunto de cuidados é erroneamente assumido como exclusivo de domínio da mãe. Na verdade, deve ser de responsabilidade e domínio de todos os membros da família e da comunidade, e tanto as mães quanto as crianças precisam receber cuidados por parte de suas famílias e de suas comunidades (UNICEF, 1998:27).

## CONCLUSÃO

O surgimento de projetos voltados para essa questão pretendeu estabelecer a garantia dos direitos do cidadão, além de reforçar a importância de uma política social que esteja realmente preocupada com a classe subalterna e aplicada às possibilidades de atendimento das necessidades dessa classe. A descontinuidade dos projetos e programas, a utilização de determinados critérios e a falta de uma variedade de benefícios, inviabilizam um melhor atendimento a um contingente maior de crianças carentes.

A falta de alimentos adequados provoca alterações irreversíveis, no crescimento físico, intelectual e emocional do ser humano, comprometendo o desenvolvimento do adulto de amanhã e afetando, também, a economia de um país. Qualquer trabalho no sentido de combater as carências nutricionais e o atendimento das necessidades básicas do povo, portanto, não pode desmerecer a dimensão social desse problema, utilizando-se alternativas clínicas e investindo-se em soluções "estéreis", sem poder transformar a realidade. Essas ações devem proporcionar uma abrangência social para combater as raízes das carências nutricionais, elaborando-se políticas de renda mínima, de emprego, de moradia, de educação e saúde para toda a população.

O SISVAN e o Programa "Leite é Saúde", são dois organismos que atendem as carências nutricionais, porém, com metas diferenciadas. O primeiro, parte das coletas de dados, isto é, informações geradas nos Centros de Saúde

das comunidades, permite com antecedência a identificação dos indivíduos em risco ou com problemas nutricionais, facilitando uma intervenção precoce que permitisse atendê-los, bem como a localização de recursos assistenciais, para os grupos mais vulneráveis da população. E o segundo, parte da distribuição do benefício de leite e óleo/mês, caracterizado por se constituir um sistema simples, econômico e de fácil aceitação pela população, é uma estratégia utilizada pelo governo municipal, para aumentar as alternativas reais da população com melhoria das moradias, saneamento básico, educação, saúde, etc, necessidades essas que levam à qualidade de vida do cidadão. São organismos que pressupõe uma ação conjunta desde o plano nacional até o municipal.

A demora em se obterem efeitos concretos com o SISVAN desestimula funcionários e usuários atingidos pelo órgão, uns não se preocupando em fazer uma coleta correta dos dados antropométricos, outros não cobrando seus direitos não podendo, portanto, ser formuladas intervenções eficazes no combate às carências nutricionais dos subnutridos. Porém, devemos reconhecer a importância do combate a desnutrição no mundo, sendo o SISVAN reconhecido pela NOB (1996) como um dos critérios para maior aporte de recursos financeiros aos Municípios.

Constatamos que o SISVAN, como sistema de informações recentemente em ação, não alcançou sua meta principal, que é a posse de dados confiáveis sobre a real situação das crianças desnutridas no país, inviabilizando uma ação concreta na tentativa de reverter essa situação. E que o Programa

"Leite é Saúde" deveria suprir o organismo da criança com alimentos diversificados, atendendo as que apresentam alguma rejeição ao atual benefício.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANCHES, Sérgio Henrique. **Política social e combate a pobreza**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CARTAXO, Ana Maria Baima. **Estratégia de sobrevivência**: a previdência e o serviço. São Paulo: Cortez, 1995.
- CARVALHO, Maria C. B. de. **Avaliação de projeto de organizações que operam no campo social**. Desenvolvimento de gestores de programas sociais na área de capacitação profissional de jovens. Julho, 1997.
- CAVALCANTE, Rosa Maria N. T. **Conceito de cidadania**: sua evolução na educação brasileira, a partir da República. Rio de Janeiro: SENAI, 1989.
- CONFERÊNCIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE FLORIANÓPILOS, 1ª. **Saúde para todos**. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, 1995.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. **Relatório Final**.  
Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- COHN, Amélia (org). **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

DALLARI, Sueli G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Espaço e tempo, 1992.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, Programa de apoio à reforma sanitária. **O sistema de vigilância na rede de saúde**: manual para implantação. Rio de Janeiro: GT Nutrição e Saúde. 1993.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1988.

MARTINS, Arlete M. C. **Estratégia de enfrentamento da desnutrição na região continental de Florianópolis** : o programa "Leite é Saúde". Florianópolis: UFSC, 1996. Trabalho de conclusão de Curso em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

MICLELLOTO, Roselene Salete. **Programa nacional do leite**: uma experiência vivenciada junto aos populares do bairro do Pantanal. Florianópolis: UFSC, 1990. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

MINAYO, M. C. de Souza (org). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Fase, 1986.

-----**Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim nacional do SISVAN**. 2º vol. 1. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: INAN, 1996.

-----**Programa de saúde da família.** 1996.

SAWAYA, Ana Lydia (org). **Desnutrição urbana no Brasil:** em um período de transição. São Paulo: Cortez, 1997.

SECRETARIA DO TRABALHO AÇÃO SOCIAL E COMUNIDADE. **Estatuto da criança e do adolescente.** Rio grande do Sul, 1990.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Normas técnicas da notificação da desnutrição energético protéica grave integrada ao sistema de informação de agravos notificáveis- SINAN.** Coordenação de Alimentação e Nutrição, Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Florianópolis, maio, 1996.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Gestão 1997-2001.** Florianópolis, 1997.

-----**Sistema de pesquisa Sócio Econômico:** relatório de caracterização de ocupação X situação empregatícia por continente. Florianópolis, 1996.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Manual de treinamento.** Florianópolis, julho, 1996.

SOUZA, Maria Luiza. **Desenvolvimento de comunidade e participação.** São Paulo: Cortez, 1987.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira (org). **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras** : uma questão de análise. 4. São Paulo: Cortez, 1989.

STOTZ, Victor V. Valla Eduardo N. (org). **Participação popular, educação e saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

TEXEIRA, Sônia Fleury (org). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989.

UNICEF. **Situação mundial da infância**. Brasília, 1998.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck (org). **Fome e desnutrição**: determinantes sociais. São Paulo: Cortez, 1989.

VIEIRA, Litz. **Cidadania e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

ANEXO

Portaria nº 1882/GM

Em, 18 de dezembro de 1997.

Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.

**O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e, considerando** as diretrizes definidas no Plano de Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde para o biênio 97/98;

a necessidade de estabelecer incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família e de Combate às Carências Nutricionais;

a necessidade de viabilizar a programação municipal de ações e serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários para o ano de 1998;

a disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, **RESOLVE:**

**Art. 1º** O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde.

**Art. 2º** O PAB é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica.

**Art. 3º** Os valores referentes ao PAB serão transferidos aos municípios de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

**Parágrafo único.** Os valores relativos ao PAB serão transferidos, transitariamente, ao Fundo Estadual de Saúde, exclusivamente para cobertura da população residente em municípios não habilitados.

**Art. 4º** A parte fixa do PAB, destinada à assistência básica, será obtida pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada Município.

**§ 1º** As ações custeadas com recursos destinados à assistência básica são:

- I - consultas médicas em especialidades básicas;
- II - atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais preventivos, dentística e odontologia cirúrgica básica);
- III - atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior;
- IV - visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família;
- V - vacinação;
- VI - atividades educativas a grupos da comunidade;
- VII - assistência pré-natal;

-atividades de planejamento familiar;  
-pequenas cirurgias;  
-atendimentos básicos por profissional de nível médio;  
-atividades dos agentes comunitários de saúde;  
-orientação nutricional e alimentar ambulatorial e comunitária;  
-assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família;  
-pronto atendimento.

§ 2º As ações, que compõem a parte fixa do PAB, estão desdobradas nos procedimentos do Grupo "Assistência Básica", na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º A parte variável do PAB destina-se a incentivos às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, e outros que venham posteriormente agregados e será definida com base em critérios técnicos específicos de cada família.

§ 1º O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste no montante de recursos financeiros destinado a estimular a implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, no âmbito municipal, reorientando práticas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

§ 2º O incentivo à Assistência Farmacêutica Básica consiste no montante de recursos financeiros destinado exclusivamente à aquisição de medicamentos básicos, contribuindo para a garantia da qualidade na prestação da assistência básica à saúde.

§ 3º O incentivo ao Programa de Combate às Carências Nutricionais consiste no montante de recursos financeiros destinado ao desenvolvimento de ações de nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados, com prioridade ao grupo materno infantil, visando combater a desnutrição e melhorar o estado nutricional mediante:

- I - orientação alimentar e nutricional;
- II - aquisição de alimentos, complementos vitamínicos e minerais;
- III - monitoramento das condições nutricionais.

§ 4º O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária consiste no montante de recursos financeiros destinado ao incremento de ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como às atividades de educação em vigilância sanitária.

§ 5º O incentivo às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental consiste no montante de recursos financeiros transferidos fundo a fundo para Estados e Municípios destinado às ações de investigação epidemiológica e ambiental, de diagnóstico de situações epidemiológicas e ambientais de risco e de ações de controle, eliminação e erradicação de agentes de agravos e danos à saúde individual e coletiva das populações.

§ 6º Os recursos serão transferidos, fundo a fundo, para os Estados, Distrito Federal e Municípios, segundo prioridades e critérios técnicos relativos a cada incentivo, que serão estabelecidos em normas complementares.

Art. 6º A transferência dos recursos do PAB será suspensa no caso da falta de alimentação de dados, pela Secretaria de Saúde dos Municípios, junto à Secretaria Estadual de Saúde, por dois meses consecutivos dos bancos de dados nacionais do:

- I - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;
- II - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;

- III - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;
- IV - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação - SINAN;
- V - outros que venham a ser implantados.

Parágrafo único. O envio de informações relativas ao Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e ao Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS deverá observar o cronograma mensal definido em portaria específica, implicando, no caso de não ter sido observado o cumprimento, em suspensão imediata da transferência total do PAB.

Art. 7º Será de 06 (seis) meses o prazo máximo para que os municípios habilitados conforme a NOB SUS 01/96 implantem os mecanismos de operacionalização dos Sistemas de Informações previstos no artigo anterior.

Art. 8º Excepcionalmente, em 1998, os procedimentos básicos em Vigilância Sanitária comporão a parte fixa do PAB.

Art. 9º Tornar sem efeito os itens 12.1.1, 12.1.2, 13.1.1, 15.1.3 b, 15.2.3 c, 16.3.3 b, 16.4.3 c, 17.5, 17.12, 17.13 da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96, aprovada pela Portaria 2203, de 05 de novembro de 1996.

Art. 10º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.



CARLOS CÉSAR DE ALBUQUERQUE