

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO MULTIDISCIPLINAR UFRJ-MACAÉ
INSTITUTO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

GABRIEL PEREIRA MARTINS

Coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do SISVAN: proposta de
intervenção em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família de Rio das Ostras,
Rio de Janeiro

MACAÉ

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO MULTIDISCIPLINAR UFRJ-MACAÉ
INSTITUTO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

GABRIEL PEREIRA MARTINS

Coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do SISVAN: proposta de intervenção em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família de Rio das Ostras, Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Macaé, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Nutrição.

Orientadoras: Luana Silva Monteiro

Ana Eliza Port Lourenço

Macaé

2022

CIP - Catalogação na Publicação

MM386c

Martins, Gabriel Pereira

Coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do SISVAN: proposta de intervenção em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família de Rio das Ostras, Rio de Janeiro / Gabriel Pereira Martins. -- Rio de Janeiro, 2022.

50 f.

Orientadora: Luana Silva Monteiro.

Coorientadora: Ana Eliza Port Lourenço.

Trabalho de conclusão de curso (graduação)
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Alimentação e Nutrição, Bacharel em Nutrição, 2022.

1. vigilância alimentar e nutricional. 2. sistema de vigilância alimentar e nutricional. 3. atenção primária à saúde. 4. agente comunitário de saúde. 5. estratégia saúde da família. I. Monteiro, Luana Silva, orient. II. Lourenço, Ana Eliza Port, coorient. III. Título.

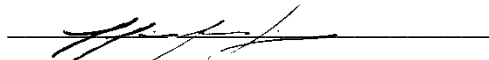
Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

GABRIEL PEREIRA MARTINS

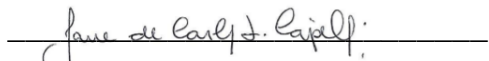
Coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do SISVAN: proposta de intervenção em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família de Rio das Ostras, Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro Multidisciplinar UFRJ- Macaé, como requisito parcial para a obtenção do título de graduada em Nutrição.

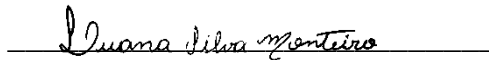
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a. Flávia Faria Lima



Prof.^a Dr.^a. Jane de Carlos Santana Capelli



Prof. Dr.^a. Luana Silva Monteiro



Prof. Dr.^a. Ana Eliza Port Lourenço

MACAÉ

2022

Agradecimentos

Agradeço à Deus, à minha mãe e minha vó, à família e aos amigos.

Agradeço profundamente às professoras e orientadoras deste trabalho, Luana Silva Monteiro e Ana Eliza Port Lourenço, por todo apoio e dedicação.

Gratidão aos professores do curso de Nutrição da UFRJ-Macaé, em especial às professoras Vanessa Schottz Rodrigues, Rute Ramos da Silva Costa e Ingrid Annes Pereira.

Um agradecimento especial às professoras Jane de Carlos Santana Capelli e Flávia Faria Lima por aceitarem fazer parte da banca de avaliação do presente trabalho.

Por fim, meus sinceros agradecimentos à equipe da ESF Cantagalo, que abraçou o projeto e permitiu que o trabalho acontecesse.

Resumo

A avaliação do consumo alimentar se constitui como uma das estratégias da vigilância alimentar e nutricional (VAN) no âmbito da atenção primária à saúde (APS) e as informações são registradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). O estudo objetivou fortalecer a coleta de dados de consumo alimentar, no âmbito do Sisvan, na unidade Cantagalo da Estratégia Saúde da Família (ESF), localizada em Rio das Ostras-RJ. Trata-se de um estudo de intervenção realizado em 2021/2022 e dividido em quatro etapas: identificação da percepção dos profissionais, sensibilização acerca do problema, formação prática e oficina para construção de um fluxo de coleta de dados. Na etapa 1 com a realização das entrevistas individuais com os profissionais da ESF, pôde-se perceber que embora os profissionais entendam a importância da alimentação para a saúde e julguem importante realizar a avaliação do consumo alimentar dos usuários, o desconhecimento sobre o Sisvan inviabiliza essa atividade. A etapa 2 consistiu numa exposição dialogada, com o intuito de sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância da avaliação do consumo alimentar no âmbito do Sisvan. Esse encontro permitiu que os profissionais compreendessem o contexto da VAN/Sisvan, sua importância, os modos de fazer e as possíveis contribuições para o planejamento das ações de saúde da ESF. A etapa 3 foi realizada em dois momentos, um teórico e outro prático (visitas domiciliares) com os ACS para aplicação dos Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar. Foi possível observar que os ACS entenderam os Formulários, como se dá sua aplicação, bem como sua relevância para o reconhecimento das necessidades de saúde da população. Na etapa 4 foi realizada uma oficina junto à equipe da ESF com vistas a desenvolver um fluxograma de coleta de dados de consumo alimentar adequado à realidade do serviço local. Observou-se que o fluxograma reforçou o papel de cada profissional e o momento oportuno para coleta desses dados. Conclui-se que o presente trabalho contribuiu para o fortalecimento da coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do Sisvan na ESF Cantagalo. Destaca-se que as capacitações dos trabalhadores da AB precisam ser regulares e devem ser norteadas para a prevenção de doenças e promoção e vigilância da saúde.

Palavras-chave: vigilância alimentar e nutricional, sistema de vigilância alimentar e nutricional, agente comunitário de saúde, estratégia saúde da família.

Lista de abreviaturas e siglas

ACE – Agente de Combate às Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AB/APS – Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INA – Inquérito Nacional de Alimentação

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

UBS – Unidade Básica de Saúde

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO..... | 7 |
| 2.1 Atenção Primária à Saúde no SUS..... | 7 |
| 2.2 Cenário epidemiológico e Vigilância Alimentar e Nutricional..... | 9 |
| 2.3 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)..... | 12 |
| 3. OBJETIVOS..... | 16 |
| 3.1 Objetivo geral..... | 16 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 16 |
| 4. METODOLOGIA..... | 17 |
| 4.1 Descrição do local e sujeitos da intervenção..... | 17 |
| 4.2 Identificação do problema..... | 19 |
| 4.3 Ações a serem desenvolvidas..... | 20 |
| 4.4 Avaliação da intervenção..... | 22 |
| 6. RESULTADOS..... | 23 |
| 7. DISCUSSÃO..... | 38 |
| 8. CONCLUSÃO..... | 42 |
| 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 43 |
| APÊNDICE 1..... | 49 |

1. INTRODUÇÃO

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) está inserida no conjunto de estratégias que compõe a vigilância em saúde, e foi introduzida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080/1990, em seu artigo 6º (BRASIL, 2015a), sendo recomendada desde a década de 70 por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde - OMS, a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação – FAO (BRASIL, 2004).

A VAN corresponde ao monitoramento regular das condições de alimentação e nutrição da população e de seus fatores determinantes, e possibilita a identificação de problemas nutricionais, suas características e dimensão (BRASIL, 2013). O reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população se apresenta como estratégia valiosa com vistas à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e da segurança alimentar (SAN) (BRASIL, 2015a). Nessa linha, para a consolidação ampliada da VAN é de suma importância a adoção de diferentes estratégias de vigilância, como por exemplo, a realização de chamadas nutricionais, o desenvolvimento sistemático de inquéritos populacionais, a produção científica atualizada e pode-se destacar as ações de vigilância mais próximas dos territórios, que seriam as realizadas nos serviços de saúde. Assim, os diferentes olhares da VAN contribuem para fortalecer e orientar a elaboração de políticas públicas e para a desenvolvimento de ações com foco nas demandas locais (COUTINHO *et al.*, 2009).

Destaca-se que a VAN é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Desde sua criação (1999) e revisão (2011), a PNAN vem orientando as ações de alimentação e nutrição no SUS, mediante a promoção de alimentação adequada e saudável, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, e principalmente na organização da VAN (BRASIL, 2013). Assim, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a VAN é realizada por meio da avaliação antropométrica e do consumo alimentar, e seus dados registrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (BRASIL, 2015a).

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde opta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de reorientação da APS (BRASIL, 2017), de modo que as equipes de Saúde da Família que atuam nas ESFs são consideradas

imprescindíveis para apoiar a realização das ações de nutrição no território, incluindo o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população atendida (COUTINHO *et al.*, 2009). Os agentes comunitários de saúde (ACS) ganham destaque para a consolidação da VAN nas ESFs, uma vez que são esses profissionais que realizam as atividades relacionadas à coleta de dados para o Sisvan, como a avaliação antropométrica (CAPELLI *et al.*, 2013) e a avaliação do consumo alimentar.

Nesse contexto, a VAN tem a avaliação do consumo alimentar como um ponto central da sua vigilância, uma vez que a alimentação está decisivamente relacionada à saúde (BRASIL, 2013). O acompanhamento das práticas de consumo alimentar colabora para a qualificação do cuidado na APS, auxiliando no planejamento de ações de alimentação e nutrição mais condizentes com as condições de saúde observadas na população (BRASIL, 2015b).

Desde 2008, estão disponibilizados no Sisvan Web, sistema utilizado para a gestão das informações de VAN, os formulários de consumo alimentar, favorecendo a prática da avaliação do consumo alimentar na rotina de trabalho dos profissionais da Atenção Básica. A avaliação dos marcadores possibilita, dentre outras coisas, a identificação de alimentos ou comportamentos considerados saudáveis e não saudáveis (BRASIL, 2015b).

Diante desse cenário, para que a VAN atinja a sua consolidação no nível primário de atenção à saúde e possibilite o reconhecimento das necessidades da população assistida e apoie os profissionais de saúde e a gestão local a desenvolverem estratégias de ação para promoção e prevenção da saúde mais assertivas, é imprescindível que estejam disponíveis nas unidades de saúde os instrumentos necessários para a sua realização em todos os ciclos da vida, como por exemplo, os equipamentos adequados para a realização da antropometria (balanças, antropômetros e fita métrica); formulários do Sisvan Web e acesso à internet nas unidades de saúde (digitação dos dados coletados) e que os profissionais de saúde estejam capacitados e sensibilizados para realizar a VAN no seu território (BRASIL, 2015a).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - Atenção Primária à Saúde no SUS

Resultado de décadas de luta, o SUS foi oficialmente criado pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, ambas de 1990 (CARVALHO, 2013). Com a criação do SUS, a saúde passa a ser direito do cidadão e dever do Estado, como afirma o artigo 196 da Constituição Federal de 1988:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Se anteriormente só os trabalhadores formais (que possuíam carteira assinada) tinham direito às ações e serviços públicos de saúde, o princípio da universalidade do SUS estendeu esse direito a todos os cidadãos brasileiros, sem distinção (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Nesse contexto, o esforço de construção de um novo modelo assistencial, pautado pela atenção integral, que impactasse na situação de saúde das pessoas e nos condicionantes de saúde das coletividades, culminou na escolha pela APS como modelo prioritário para a organização das ações de saúde no país (BRASIL, 2012). Esse modelo de atenção entende que a saúde é resultado de diversos fatores, como alimentação, renda, meio ambiente, educação, saneamento básico, transporte, segurança, acesso aos serviços de saúde, dentre outros. Dessa forma, outros setores, juntamente com o setor saúde, tornam-se corresponsáveis pelas condições de saúde da população (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

A APS é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, deve estar o mais próximo possível da vida das pessoas, presente no território onde elas vivem, tornando-se o principal acesso do usuário à Rede de Atenção à Saúde (RAS), que é formada por diversos Pontos de Atenção, como Ambulatório de Especialidades, Hospital, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dentre outros. Cabe destacar que as equipes multidisciplinares que compõe a APS trabalham com territórios definidos, pelos quais possuem responsabilidade sanitária, o que torna necessário o conhecimento sobre o território e sua população (BRASIL, 2012). Esse

conhecimento é, na maior parte das vezes, produzido pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que possuem, dentre outras atribuições, a de realizar o cadastramento domiciliar e individual das famílias que vivem naquele território (BRASIL, 2009).

A ESF representa a principal modalidade de expansão e consolidação da APS. Fazem parte da equipe mínima que compõe a ESF: médico (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família) e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

O ACS está presente em 98% dos municípios brasileiros e tem contribuído para o fortalecimento da APS (MOROSINI; FONSECA, 2018), sendo este profissional considerado um forte elo entre a comunidade e os serviços de saúde, já que o ACS precisa morar na localidade e portanto, possui vínculos com o território e com seus habitantes. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde, se insere no contexto de reorientação do sistema de saúde brasileiro, voltado para uma aproximação com o território e seus habitantes, a fim de melhor compreender os problemas que se apresentam. O ACS também é responsável pela coleta de informações que alimentam diversos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2009).

Nessa linha de sistemas de informação em saúde, de acordo com a Lei 8.080 de 1990, no Capítulo II, Art. 7º, as ações e serviços públicos de saúde que compõem o SUS, devem seguir princípios relacionados a produção de informação em saúde, cabe destacar dentre eles:

§ V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (BRASIL, 1990).

Assim, os Sistemas de Informação em Saúde são responsáveis por transformação dos dados coletados em informação e posterior transmissão, servindo de apoio para as fases de planejamento, organização, operacionalização e avaliação

dos serviços de saúde. Como exemplo de um sistema de informação em saúde temos o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (BRASIL, 2004).

2.2 Cenário epidemiológico e Vigilância Alimentar e Nutricional

A alimentação é reconhecida como um determinante fundamental para a saúde. Não faltam evidências que comprovem que uma alimentação saudável exerce papel decisivo em todas as etapas da vida, principalmente nos primeiros anos, se relacionando com o crescimento e desenvolvimento humano, com a formação de hábitos alimentares e com a qualidade de vida (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019).

A alimentação do brasileiro tem passado por grandes transformações ao longo das últimas décadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). Conseqüentemente, essas transformações têm levado a uma mudança no estado nutricional da população, evidenciado pela redução da desnutrição e pelo aumento do excesso de peso e obesidade em todas as fases da vida (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Além da mudança na alimentação, tem se observado outras alterações, na ordem econômica, social e cultural e nos tipos de doenças que acometiam os brasileiros, com destaque para a redução das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BATISTA FILHO; ASSIS; KAC, 2007).

De acordo com Schramm *et al.*, (2004), 66% da carga de doença no Brasil são devido às DCNT e 23% são relacionados às causas infecciosas e parasitárias, maternas e perinatais e nutricionais. Considerando que a alimentação está envolvida na determinação tanto de um grupo de enfermidades quanto do outro, cerca de 90% da carga de doença no país é influenciada por aspectos relativos à dieta.

Os dados apresentados na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009, inquérito nacional desenvolvido no país pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostram que nos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, a prevalência de excesso de peso em crianças de 5-9 anos aumentou mais de três vezes para meninos (10,9% vs. 34,8%) e quase quatro vezes para meninas (8,6% vs. 32%). Entre os adolescentes, a prevalência de excesso de peso aumentou em seis vezes no sexo masculino (3,7% vs. 21,7%) e, quase três vezes no sexo feminino (7,6% vs. 19,4%), já na população adulta esse aumento foi de quase três vezes no sexo masculino (18,5% vs. 50,1%) e de quase duas vezes no sexo feminino (28,7% vs.

48,0%). No mesmo período, a prevalência de obesidade em adultos aumentou em mais de quatro vezes para homens (2,8% vs. 12,4%) e em mais de duas vezes para mulheres (8,0% vs. 16,9%). (IBGE, 2010).

Em relação ao aumento das doenças crônicas na população brasileira, dados mais recentes do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizado em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, mostram que a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, no sexo masculino, chega a quase um terço dos entrevistados no Distrito Federal (29,6%), em Porto Alegre (27,2%) e Recife (26%). Entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (32,8%), em Recife (30,2%) e Salvador (30%). Já as maiores frequências de adultos do sexo masculino que referiram diagnóstico médico de diabetes foram observadas no Distrito Federal (10,7%), em Porto Alegre (8,4%) e São Paulo (7,8%). Entre mulheres, o diagnóstico de diabetes foi mais frequente no Rio de Janeiro (9%), em Belo Horizonte e Fortaleza (8,9%) e Maceió (8,8%) (BRASIL, 2020).

Mesmo a alimentação saudável tendo um papel de destaque na saúde, o Inquérito Nacional de Alimentação (INA) de 2017-2018, sinaliza elevado consumo de alimentos calóricos e de baixo valor nutricional, como biscoitos doces, sucos, refrigerantes, salgados fritos e assados e sanduíches. Por outro lado, foi possível identificar reduzido consumo de alimentos ricos em nutrientes, como frutas, legumes e verduras. Esse mesmo Inquérito mostrou que a participação de alimentos ultraprocessados em relação ao total de calorias consumidas chega a quase 20% para a população em geral, sendo ainda mais significativa entre adolescentes (26,7%) (IBGE, 2020a).

O padrão de consumo individual observado no INA (2017-2018), pode ser reforçado ao se analisar os dados de disponibilidade familiar de alimentos com base nas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF), realizada em 2017-2018, que observou um aumento na disponibilidade domiciliar de alimentos processados e ultraprocessados, como pães, frios e embutidos, biscoitos doces e salgados, bolos e tortas e doces em geral, dentre outros. Inversamente, detectou-se redução na participação de alguns produtos na dieta do brasileiro, por exemplo, arroz, feijão, farinha de mandioca e peixe (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTATÍSTICA, 2020b). A disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil, estimada ao longo dos últimos trinta anos pelas POFs, aponta um aumento de alimentos processados e ultraprocessados disponíveis à mesa do brasileiro, embora o ritmo desse aumento tenha diminuído entre cada POF realizada (IBGE, 2020b).

Diante do quadro epidemiológico, marcado pela alimentação inadequada, apontada como fator de risco que mais impacta na carga de doença no Brasil (SCHRAMM *et al.*, 2004), e elevada prevalência de excesso de peso na população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), a VAN destaca a sua importância, por ter em seu propósito um olhar para a população visando a ascensão das condições de alimentação, nutrição e saúde (BRASIL, 2015a).

Cabe destacar que a VAN foi instituída como parte da Vigilância em Saúde, no SUS, pela Lei nº 8.080/1990, em seu artigo 6º (BRASIL, 2015a). Para atingir os seus objetivos a VAN realiza a avaliação permanente e a descrição das tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus determinantes, buscando contribuir em nível local e nacional para a promoção da alimentação adequada e saudável da população (BRASIL, 2013).

Para o pleno funcionamento da VAN é necessário a disponibilidade e avaliação efetiva dos dados individuais e coletivos das RAS. Assim, é de suma importância o reconhecimento do papel fundamental da VAN para a promoção da saúde da população pelos gestores do SUS e profissionais da Atenção Básica, contribuindo para organização da atenção integral à saúde (BRASIL, 2015a).

A VAN, no âmbito da APS, é operacionalizada pelo Sisvan. Esse sistema possibilita identificar o estado nutricional e avaliar o consumo alimentar da população, além de permitir traçar uma temporalidade dessas informações, visando contribuir com o planejamento de ações e tomada de decisão mais focalizadas nas demandas da população (BORTOLINI *et al.*, 2020). Contudo, a incorporação da avaliação do estado nutricional e, especialmente, do consumo alimentar na rotina das equipes da APS ainda é um grande desafio.

2.3 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan)

O Sisvan surge na década de 1970 como uma proposta legítima que contribuísse para uma melhor compreensão das condições de alimentação e nutrição e suas possíveis causas (BRASIL, 2004). No Brasil, as primeiras experiências de implementação do Sisvan são do início da década de 1980 e aconteceram em Pernambuco e na Paraíba (BARROS; SILVA; GUGELMIN, 2009). Já na década de 1990, são publicados os primeiros marcos legais de apoio às ações de VAN nos serviços de saúde, dentre eles destacam-se a Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), e as Portarias nº 79 e nº 80, de 16 de outubro de 1990 (BRASIL, 2015a).

Fagundes-Romeiro (2006) aponta algumas diretrizes fundamentais que orientaram o desenvolvimento do Sisvan:

utilização de indicadores consagrados pela comunidade científica e essenciais na avaliação nutricional; cobertura para todas as fases do curso da vida (gestantes, crianças, adolescentes, adultos e idosos); simplicidade e facilidade de operacionalização em nível local; flexibilidade e autonomia do município em sua utilização; contribuição para a qualificação das ações básicas de saúde e geração de informações agregadas e estratégicas para as esferas municipal, estadual e federal (FAGUNDES-ROMEIRO, 2006, p. 43).

A consolidação do Sisvan na APS possibilita o reconhecimento das necessidades da população assistida, de modo a apoiar a gestão local e os profissionais de saúde no planejamento da organização dos serviços e ações de saúde, uma vez que tem a realidade local como o seu norteador nas tomadas de decisão (BRASIL, 2015a).

Para a realização da VAN, seja no âmbito individual ou coletivo, é necessário seguir algumas etapas, em consonância com o ciclo de gestão e produção de cuidado: coleta de dados e produção de informações; análise e decisão; ação e avaliação (BRASIL, 2015a). A coleta de dados é uma etapa central, por ser o passo inicial do processo de vigilância, tendo nessa etapa a obtenção dos dados referentes as medidas antropométricas e de consumo alimentar da população (BARROS; SILVA; GUGELMIN, 2009). Uma vez coletados, o próximo passo é a consolidação dos dados,

que visa ordená-los para posterior análise, tendo como objetivo transformar esses dados em informações, que deverão ser adequadamente divulgadas e utilizadas como base para a orientação das ações realizadas, cumprindo o principal objetivo do Sisvan: informação para ação (FAGUNDES-ROMEIRO, 2006).

Para a realização da avaliação antropométrica é necessário que os equipamentos sejam adequados e estejam calibrados, que o ambiente seja apropriado à prática proposta e que os profissionais envolvidos possuam capacidade técnica e ética para realização da atividade (BRASIL, 2015a).

Diferentes índices e parâmetros antropométricos são avaliados de acordo com a fase do curso da vida. Para crianças menores de 5 anos são observados Índice de Massa Corporal (IMC) para Idade; Estatura para Idade; Peso para Estatura; Peso para Idade. De modo semelhante, crianças de 5 a 9 anos são avaliadas em relação ao IMC para Idade; à Estatura para Idade e ao Peso para Idade. Em adolescentes (de 10 a 19 anos) são avaliados IMC para Idade e Estatura para Idade. Entre os adultos se utiliza IMC e perímetro da cintura, já para os idosos se avalia o IMC e perímetro da panturrilha. Para as gestantes, é utilizado o IMC por Idade Gestacional (BRASIL, 2011; BRASIL 2015a). Ressalta-se que crianças menores de 2 anos precisam ser avaliadas aos 15 dias de vida, com 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses. A partir de 2 anos de idade a periodicidade de registro é de 1 vez por ano, sendo que para as gestantes deve-se realizar essa avaliação em todas as consultas de pré-natal (BRASIL, 2011).

No que se refere à obtenção dos dados de consumo alimentar, são utilizados formulários com marcadores de consumo alimentar. A avaliação dos marcadores possibilita a identificação de alimentos ou comportamentos considerados saudáveis e não saudáveis. Tais formulários apresentam como característica a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior à avaliação, o que reduz possíveis situações de esquecimento. Seu objetivo é ser uma ferramenta simples para apoiar as equipes de APS na identificação de inadequações na alimentação, dando suporte para a orientação acerca da promoção da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2015b).

São três tipos de formulários, de acordo com a idade: um formulário para crianças menores de 6 meses, outro para crianças de 6 a 23 meses e um outro para

indivíduos com 2 anos ou mais (BRASIL, 2015b). O formulário destinado a crianças menores de 6 meses fornece informações sobre o aleitamento materno e a introdução precoce de outros alimentos. As questões trazidas pelo formulário de crianças de 6 a 23 meses investiga principalmente se o processo de introdução da alimentação complementar tem sido realizado de maneira adequada e em tempo oportuno. O formulário destinado aos indivíduos com 2 anos de idade ou mais (crianças de 2 a 9 anos, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) possibilita a identificação de padrões de alimentação e comportamento saudáveis ou não saudáveis, como por exemplo o hábito de realizar as refeições assistindo à televisão (BRASIL, 2015b).

Quanto à frequência da aplicação dos formulários, é recomendado que se faça aos 15 dias de nascimento, no 1º, 2º, 3º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses, para crianças menores de 2 anos. Crianças maiores de 2 anos, adolescentes, adultos e idosos devem ter pelo menos 1 registro de consumo alimentar por ano. Já para gestantes, é preconizado a aplicação do formulário de marcadores de consumo alimentar no mínimo 1 vez durante a gestação (BRASIL, 2008).

No entanto, embora o Sisvan esteja teoricamente disponível para utilização, sua implementação ainda encontra muitas dificuldades, por causas diversas. A preponderância da coleta de dados antropométricos e priorização de beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) são apontados como desafios a serem superados para o pleno desenvolvimento do Sisvan (BARROS; SILVA; GUGELMIN, 2009).

Estudo de Soares, Mezadri e Nunes (2017) no município de Balneário Pirraças/SC mostra que a coleta dos dados antropométricos de beneficiários do PBF tem sido priorizada em relação aos outros usuários. O mesmo estudo indica que a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde fragiliza o processo de coleta de dados do Sisvan, já que esses profissionais acabam por priorizar as atividades pelas quais são cobrados pela coordenação, que normalmente correspondem às atividades assistenciais. Também é apontado que a ausência de retorno sobre os dados coletados desestimula o preenchimento dos formulários do Sisvan.

Trabalho de Ferreira, Cherchiglia e Cesar (2013), analisando o Sisvan como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) em municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, revela que entre os anos de 2008 e 2011, 63,2% dos

municípios (que responderam ao questionário desenvolvido pela pesquisa) acessaram o SISVAN Web para digitação de dados de peso e altura. O mesmo estudo indica que apenas 13,2% dos municípios realizaram a análise dos dados de consumo alimentar gerados nos relatórios do Sisvan, enquanto somente 31,6% dos municípios planejam suas atividades tendo como referência os dados do Sisvan.

Rolim *et al.* (2015) em artigo sobre a avaliação do Sisvan como instrumento para o planejamento, gestão e avaliação de ações de alimentação e nutrição na atenção básica, aponta que somente 1/3 dos responsáveis pelo Sisvan registraram o consumo alimentar, enquanto praticamente todos os profissionais realizaram o registro de dados antropométricos. O mesmo artigo descreve algumas dificuldades referidas pelos profissionais responsáveis pelo Sisvan, como a falta de profissionais capacitados para a coleta, equipamentos antropométricos (balanças e antropômetros) em número insuficiente e sem manutenção adequada, além da sobrecarga de trabalho do enfermeiro.

Silva e colaboradores (2016) em trabalho sobre capacitação de agentes comunitários de saúde (ACS) para fortalecimento do Sisvan, observaram que aproximadamente metade dos ACS nunca havia recebido capacitação sobre o Sisvan. O mesmo estudo aponta que a falta de treinamento, a fragilidade na supervisão pelo enfermeiro e a sobrecarga de trabalho interferem negativamente na realização das atividades pelos ACS, inclusive àqueles referentes ao Sisvan.

Em suma, mesmo com a grande relevância do Sisvan para promoção e prevenção da saúde da população, o sistema ainda esbarra em entraves para o seu pleno funcionamento e alcance dos seus objetivos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Incentivar a coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do Sisvan na unidade Cantagalo da ESF de Rio das Ostras (ESF Cantagalo).

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a percepção dos profissionais de saúde da ESF Cantagalo sobre a coleta de dados de consumo alimentar no Sisvan;
- Sensibilizar os profissionais de saúde da ESF Cantagalo acerca da importância da coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do Sisvan;
- Reforçar a formação dos profissionais de saúde da ESF Cantagalo acerca da coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do Sisvan;
- Desenvolver um fluxograma de coleta de dados de consumo alimentar na ESF Cantagalo.

4. METODOLOGIA

O presente projeto trata de um estudo de intervenção para fortalecer a coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do Sisvan na APS. O estudo foi realizado na ESF Cantagalo, município de Rio das Ostras, em 2021/2022.

O presente estudo foi conduzido por um graduando do curso de Nutrição do Instituto de Alimentação e Nutrição (IAN) do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, que também é um ACS na ESF Cantagalo, servidor do município de Rio das Ostras. Em termos éticos, salienta-se que este trabalho não se trata de um projeto de pesquisa. Trata-se de um projeto de intervenção, que foi desenvolvido no âmbito do serviço da ESF Cantagalo. Foram seguidos todos os preceitos éticos que envolvem a extensão universitária, no sentido de favorecer a interação dialógica entre a universidade, a sociedade e a rede de serviços. Levou-se em conta as diretrizes extensionistas que prezam a formação universitária associada à transformação social (FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS, 2012).

Segue o detalhamento das etapas de intervenção, incluindo: descrição do local e sujeitos, identificação do problema, ações desenvolvidas e avaliação da intervenção.

4.1 Descrição do local e sujeitos da intervenção:

Rio das Ostras está localizado no estado do Rio de Janeiro, a cerca de 170 km de distância da capital fluminense, e integra a região denominada Costa do Sol, que compreende mais doze cidades (RIO DAS OSTRAS, 2021). Durante muito tempo, a região foi ocupada por pequenas aldeias de pescadores, que encontravam na pesca o principal meio de sobrevivência. A partir da década de 1950, alguns fatos colaboram para o crescimento daquele pequeno distrito, dentre eles a inauguração da Rodovia Amaral Peixoto, o desenvolvimento turístico da Região dos Lagos e a instalação da Petrobrás na cidade vizinha Macaé (ARAÚJO, 2015). Sua emancipação político-administrativa ocorreu em 10 de abril de 1992. Desde então, seu crescimento populacional é considerado o maior do Estado, cerca de 11% ao ano, com população estimada em 155.193 habitantes em 2021, distribuídos em uma área territorial de

229,044 Km² de extensão, com mais de 90% na zona urbana do município (RIO DAS OSTRAS, 2021).

Em relação à saúde, o município conta com 16 unidades básicas de saúde, sendo 12 ESFs (RIO DAS OSTRAS, 2021), cuja cobertura vem sendo ampliada desde 2019, passando de 27% para 76% (aprox. 300% de aumento) (RIO DAS OSTRAS, 2020). Uma delas está localizada no bairro Cantagalo, zona rural do município. Cantagalo é, tradicionalmente, um bairro de produtores rurais, com recente destaque para a produção de feijão, que dá nome à principal festa do bairro, a “festa do feijão”, que acontece anualmente. Cabe também destacar a presença da agricultura familiar na localidade, que sustenta há mais de vinte anos a tradicional feira dos agricultores familiares de Cantagalo, localizada no centro da cidade. Atualmente, o bairro atravessa um momento de grande crescimento populacional, fruto dos inúmeros loteamentos imobiliários surgidos nos últimos anos, devido, dentre outros fatores, à proximidade do bairro com a zona especial de negócios e com a cidade vizinha Macaé, que comporta diversas empresas do ramo petrolífero, sendo conhecida como a “capital do petróleo”. O bairro conta ainda com três escolas municipais, que abrangem educação infantil, ensino fundamental e educação de jovens e adultos (RIO DAS OSTRAS, 2021).

Embora a população de Cantagalo seja estimada em 1094 pessoas, distribuídas em 321 domicílios (RIO DAS OSTRAS, 2021), os números da ESF Cantagalo (nº de prontuários e cadastros domiciliares realizados pelos ACS) demonstram que essa população, assim como o número de domicílios, pode ser maior. Parte significativa dessa população é de idosos, principal grupo portador de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente HAS e DM.

A ESF Cantagalo apresenta em sua composição: um gerente da unidade, um médico de família, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem, uma dentista e um auxiliar de dentista, além de dois recepcionistas e dois auxiliares administrativos. Conta ainda com seis ACS, todos obrigatoriamente moradores do bairro. Uma vez por semana, a ESF Cantagalo recebia o apoio da equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), incluindo nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo, no entanto estes atendimentos não estão mais sendo ofertados na unidade.

Atualmente, apenas um fisioterapeuta (que não é do NASF) está disponível na unidade durante quatro dias por semana, em turno único.

Os sujeitos da intervenção foram os profissionais de saúde da ESF Cantagalo, em especial os diretamente envolvidos com a coleta e registro de dados do Sisvan – enfermeiro, técnico em enfermagem e ACS.

4.2 Identificação do problema:

A avaliação do consumo alimentar se constitui como uma das estratégias da vigilância alimentar e nutricional (VAN) no âmbito da atenção primária à saúde (APS), sendo seus dados coletados, através de formulários específicos, pelos ACS alocados nas UBS. Os dados coletados devem ser registrados e consolidados no sistema de vigilância alimentar e nutricional (Sisvan), o qual gera relatórios que auxiliam no diagnóstico nutricional da população, fornecendo subsídios para o planejamento dos serviços de saúde (BRASIL, 2015a). O Sisvan está presente em praticamente todos os municípios do país e tem contribuído para a realização do diagnóstico nutricional da população brasileira (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017).

Contudo, o Sisvan ainda apresenta dificuldades para sua operacionalização. Em Rio das Ostras a cobertura do Sisvan é baixa, uma vez que nos anos de 2019 e 2020 não foi identificada a realização da avaliação do consumo alimentar e menos de 4% da população estimada no município (150.674 habitantes - IBGE 2019) teve a avaliação antropométrica realizada (RIO DE JANEIRO, 2021). Informe situacional da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, indica situação preocupante na avaliação antropométrica, pois embora o percentual da população avaliada tenha sido baixo (3,89% em 2019 e 3,59% em 2020), mais da metade dos adultos (2019 = 65,7%; 2020 = 67,7%), idosos (2019 = 63,6%; 2020 = 61,7%) e gestantes (2019 = 53,7%; 2020: 53,6%) avaliados apresentaram excesso de peso. Entre os adolescentes pôde-se observar aumento do excesso de peso entre os anos de 2019 (31,5%) e 2020 (37,8%). Em relação às crianças avaliadas, percebeu-se diminuição, entre os anos de 2019 e 2020, do excesso de peso nas duas faixas etárias, de 0-5 anos (2019 = 27,8%; 2020 = 20,8%) e 5-10 anos (2019 = 24,7%; 2020 = 16,7%), no entanto os valores encontrados merecem atenção (RIO DE JANEIRO, 2021).

Na ESF Cantagalo, mesmo estando disponibilizados os equipamentos e formulários adequados para a coleta de dados do SISVAN, essa prática não é realizada de maneira efetiva, conforme preconizado pelos manuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011; BRASIL, 2015b), já que os formulários de consumo não são utilizados pelos ACS, embora estejam disponíveis nos tablets que são usados nas visitas domiciliares. Por outro lado, a obtenção dos dados antropométricos já está mais consolidada na rotina da unidade, uma vez que essas medidas são obtidas na triagem das consultas médicas, no cumprimento das condicionalidades do Bolsa Família e nas consultas de pré-natal e puericultura.

4.3 Ações desenvolvidas:

O processo de intervenção incluiu 4 etapas: identificação da percepção dos profissionais, sensibilização acerca do problema, formação prática e oficina para construção coletiva de um fluxo de coleta de dados. A seguir é descrito o detalhamento de cada etapa.

Etapa 1: Entrevistas Individuais

Foram realizadas entrevistas individuais com os profissionais de saúde da ESF Cantagalo para identificar a percepção da equipe acerca da coleta de dados de consumo alimentar no âmbito da AB e fornecer informações importantes para auxiliar no desenvolvimento das etapas seguintes. Seguiu-se um roteiro de entrevista específico, semiestruturado, focando estimular a fala dos entrevistados sobre dificuldades e facilidades para a coleta desses dados no serviço, bem como seu entendimento sobre avaliação do consumo alimentar e conhecimento da VAN/Sisvan (Apêndice 1). Para cada pergunta, foram selecionados tópicos, que correspondiam aos temas que se esperava serem abordados nas respostas dos entrevistados. Esses tópicos também tiveram por finalidade auxiliar os participantes, caso não entendessem a pergunta ou tivessem dificuldade para elaboração da resposta.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pelo presente autor, via análise temática (VAISMORADI; TURUNEN; BONDAS, 2013). Em todas as falas e

referências aos entrevistados utilizou-se gênero masculino de escrita e não foram detalhadas características pessoais por razões de confidencialidade.

Etapa 2: Sensibilização dos profissionais

Para fins de sensibilizar os profissionais sobre a importância da coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do Sisvan, durante uma reunião de equipe da ESF Cantagalo, foi realizada uma exposição dialogada sobre o tema, seguida por roda de conversa. Esta atividade foi planejada conforme os resultados das entrevistas individuais sobre a percepção dos profissionais acerca da coleta de dados de consumo alimentar no âmbito da AB. Dentre os temas que foram abordados, tem-se: SUS, Atenção Básica, transição nutricional, vigilância alimentar e nutricional e Sisvan.

Etapa 3: Formação Prática

Com base nas etapas anteriores, foi planejado um encontro prático de formação, dividido em dois momentos, junto aos ACS da ESF Cantagalo. O primeiro momento foi realizado em turno único, e teve como ênfase o uso dos instrumentos (formulários e *tablet*) utilizados para coletar informações de marcadores de consumo alimentar nos diferentes ciclos da vida, no âmbito do Sisvan. O segundo momento foi constituído pela visita domiciliar dos ACS e do graduando de Nutrição responsável por este trabalho a domicílios selecionados para aplicação do formulário junto à comunidade assistida pela ESF Cantagalo, com objetivo de consolidar na rotina da unidade as orientações discutidas no primeiro momento dessa etapa. O dia para a realização do segundo momento foi previamente agendado com os ACS para estar em linha com as atividades da ESF.

Etapa 4: Construção do fluxo de coleta de dados

Foi realizada uma oficina junto à equipe da ESF Cantagalo com vistas a desenvolver um fluxograma de coleta de dados de consumo alimentar adequado à realidade do serviço local. Esta oficina também foi desenvolvida em um único turno.

4.4 Avaliação da intervenção:

A avaliação da intervenção ocorreu em todas as etapas do trabalho, considerando aspectos quantitativos e qualitativos. Ao final de cada etapa foi aplicado um breve questionário autopreenchível sobre a opinião dos participantes frente as etapas realizadas. Os formulários foram elaborados na plataforma *Google Forms* e disponibilizado via grupo de *WhatsApp* da ESF Cantagalo. Segue o detalhamento das avaliações previstas:

- Número de participantes e interação durante a etapa de sensibilização da equipe da ESF Cantagalo (Etapa 2);
- Opinião dos participantes acerca da atividade de sensibilização (Etapa 2);
- Número de participantes e interação durante o curso de formação (Etapa 3);
- Opinião dos participantes acerca do curso de formação (Etapa 3);
- Número de participantes e interação durante a oficina (Etapa 4);
- Opinião dos participantes acerca da oficina (Etapa 4); e
- Geração de um produto (fluxo) desenvolvido durante a oficina (Etapa 4).

5. RESULTADOS

Etapa 1: Entrevistas Individuais

A etapa 1 consistiu em entrevistas individuais com 14 profissionais de saúde da ESF Cantagalo, 7 do sexo masculino e 7 do sexo feminino, incluindo médico (1), enfermeiro (1), fisioterapeuta (1), técnicos em enfermagem (2), agentes comunitários de saúde (4), dentista (1), equipe da recepção (2), gerente da unidade (1) e agente administrativo (1). Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas no decorrer de dois dias com duração média de 15 minutos cada. Dos profissionais entrevistados, 5 tinham formação superior completa e 9 possuíam ensino médio completo. Considerando apenas os ACS, o médico da família e a equipe de enfermagem (enfermeira e técnicos em enfermagem), o tempo médio de atuação em AB era de aproximadamente 6,5 anos. Metade tinha mais de dez anos de experiência em AB, enquanto a outra metade apresentava um tempo médio de 2,5 anos, sendo que um dos profissionais estava, na época da entrevista, trabalhando há pouco mais de um mês na ESF, vivenciando sua primeira experiência em AB.

As respostas à primeira pergunta da entrevista - Como você entende a relação entre alimentação e saúde? – demonstrou que todos os entrevistados entendiam que a alimentação é um dos principais determinantes da saúde, de modo que uma alimentação adequada contribui para a manutenção da saúde, e de modo inverso, pode gerar doenças, principalmente DCNT. Tal entendimento pôde ser percebido nas seguintes falas:

“A alimentação é a base da saúde.” (Entrevistado-M – nível superior)

“Nós somos o que comemos.” (Entrevistado-G – nível médio)

“Quanto melhor a alimentação, melhor a qualidade de vida e saúde do paciente” (Entrevistado-N – nível superior)

A pergunta seguinte dizia respeito à importância de se avaliar a alimentação dos pacientes cadastrados na ESF Cantagalo. Os profissionais de saúde entrevistados também consideraram relevante avaliar a alimentação dos usuários da ESF, por diversos motivos, dentre eles: a contribuição da alimentação para o sucesso do tratamento medicamentoso, para o monitoramento de pacientes com

diabetes e/ou hipertensão, na identificação de intolerâncias alimentares e por causa do aumento da obesidade entre crianças, dentre outras. Foi também referido que a avaliação da alimentação dos usuários auxilia na triagem e no diagnóstico sobre as condições de saúde. Tais apontamentos podem ser identificados nas seguintes falas:

“mal nutrido não responde a nenhum tipo de tratamento.”
(Entrevistado-H – nível superior)

“uma alimentação adequada vai influenciar em nossa condição de saúde, no aumento da pressão arterial, nos níveis glicêmicos. Então a gente precisa saber o que esse paciente come.” (Entrevistado-J – nível superior)

“O apoio da nutrição é fundamental.” (Entrevistado-K – nível médio)

Sobre a maneira de se fazer a avaliação do consumo alimentar dos usuários da ESF foi apontado que o profissional nutricionista seria o responsável por realizar essa atividade, mas que o ACS também poderia realizá-la, desde que fosse qualificado e as VDs (visitas domiciliares) foram citadas como um momento oportuno para a realização dessa avaliação pelos ACS. Ademais, para além da avaliação do consumo alimentar, foi relatada a necessidade de realizar ações de educação alimentar com as famílias avaliadas, como uma espécie de retorno. Cabe destacar que metade dos entrevistados não souberam responder essa questão, já outros tiveram grande dificuldade, de modo que os tópicos geradores foram utilizados para orientar os participantes em suas respostas. Os pontos citados podem ser percebidos nas seguintes falas:

“há o encaminhamento do paciente para o nutricionista, que vai realizar a avaliação e conduta nutricional.” – Entrevistado-H – nível superior)

“na VD a gente percebe tudo né. O ambiente, a família, inclusive a alimentação.” (Entrevistado-F – nível médio)

Em linhas gerais, os entrevistados desconheciam a VAN e Sisvan. Dentre os que conheciam ou já haviam ouvido falar, somente um profissional - com formação superior – associou VAN à segurança alimentar. Os entrevistados também não conheciam o Sisvan e dentre os que mencionaram conhecer, de fato sabiam apenas o significado da sigla.

Sobre os fatores que favorecem a avaliação do consumo alimentar no âmbito da ESF, foi citada a presença dos ACS na equipe, que possuem fácil acesso aos moradores, sobre os quais possuem um vínculo de confiança, o que facilitaria o trabalho de coleta de dados, como expressado a seguir:

“Apesar da escassez de recursos, nós temos acesso à população.” (Entrevistado-I – nível médio)

“O agente de saúde tem acesso às moradias, ele vê o prato na mesa, vê o que as crianças estão comendo.” – (Entrevistado-M – nível superior)

Outro fator citado diz respeito à autonomia dos profissionais para realizar essa avaliação. O fato da ESF dispor de um grande espaço externo também foi citado como um fator positivo, do mesmo modo que a disponibilidade dos formulários de consumo alimentar nos tablets dos ACS. Importante destacar que vários profissionais, independente da formação, precisaram ser estimulados com outras perguntas para que conseguissem responder a essa questão.

Já em relação aos fatores que dificultam a realização da avaliação do consumo alimentar na ESF, a ausência do nutricionista foi percebida como importante, como destacado na seguinte fala:

“O trabalho de nutrição é a base do sistema. Você trata o problema, mas não vê a causa. O serviço de nutrição é imprescindível, principalmente na atenção básica. É o trabalho de prevenção, pra não deixar chegar maior lá na frente.” (Entrevistado-K – nível médio)

Da mesma forma, a ausência do NASF, composta por uma equipe multidisciplinar, também foi considerado um fator negativo. A sobrecarga de trabalho e a ausência de qualificação também foram citados como obstáculos, como foi observado nas seguintes falas:

“Pra você vê! Há 10 anos trabalhando e nunca recebi nenhum treinamento para usar esse questionário. Como vou usar algo que eu não sei usar, que eu nunca vi na vida?” (Entrevistado-A – nível médio)

“A gente faz de tudo nessa unidade. Fica na recepção, ajuda na vacina, marca consulta, avisa aos pacientes dos exames. Quase não dá tempo para as VDs.” (Entrevistado-E – nível médio)

Outras barreiras também foram citadas: falta de protocolos, descontinuidade das equipes, ausência de retorno sobre as informações coletadas, além da falta de engajamento dos profissionais.

De uma forma geral pôde-se perceber a partir das entrevistas (etapa 1) que os profissionais de saúde da ESF Cantagalo entendem que a alimentação tem participação fundamental na manutenção da saúde, assim como tem papel decisivo nos processos de adoecimento e recuperação. Por conseguinte, esses profissionais julgam importante realizar a avaliação do consumo alimentar dos usuários cadastrados na ESF, por motivos já citados. No entanto, grande parte dos entrevistados apresenta desconhecimento sobre a maneira de se realizar essa avaliação e considera essa atividade atribuição exclusiva do nutricionista. Como resultado, quase todos os entrevistados tiveram dificuldades em responder sobre as potencialidades e fragilidades envolvidas na avaliação do consumo alimentar na ESF Cantagalo. O fato dos profissionais desconhecerem o Sisvan desfavorece o uso dos Formulários do Sisvan na ESF, instrumento útil e de simples aplicação, utilizados para avaliação do consumo alimentar dos usuários, e que pode ser usado por qualquer profissional de saúde da AB. Além disso, o desconhecimento geral sobre a VAN suscita outras questões, aquelas relativas à organização dos serviços de saúde nos quais os próprios profissionais estão inseridos.

Por fim, foi percebido maior dificuldade em responder a entrevista naqueles profissionais sem formação técnica em área da saúde e que ocupam cargos administrativos, alguns deles através de nomeação política. Os ACS, embora sejam servidores estatutários, também apresentaram dificuldades para responder as perguntas, o que pode ser atribuído à ausência de formação técnica e pelas

qualificações/treinamentos enfocados em doenças e campanhas (como Outubro Rosa ou Novembro Azul), deixando em segundo plano capacitações que envolvam ações de vigilância e promoção da saúde. Essa etapa de identificação da percepção dos profissionais ajudou no planejamento da etapa seguinte.

Etapa 2: Sensibilização dos profissionais

Os temas SUS, Atenção Básica, transição nutricional e VAN/Sisvan foram escolhidos a partir do diagnóstico realizado na etapa de entrevista individual. Nessa etapa, pôde identificar fragilidades na percepção sobre avaliação do consumo alimentar na AB pelos profissionais da ESF Cantagalo. A atividade contou com a participação de 11 profissionais de saúde, que se organizaram em semicírculo, e teve duração de uma hora. De início, foi apresentado o SUS, sua criação, seus marcos legais, princípios e diretrizes. Os participantes foram estimulados a se lembrar de como eram os atendimentos médicos antes do SUS, numa época em que a saúde não era um direito de todos. Foram apresentados dados epidemiológicos e do serviço demonstrando a presença e o impacto do SUS na saúde dos brasileiros. Dessa maneira, foi explicado que o SUS está muito além da assistência médica, realizando a fiscalização de alimentos e bebidas, da água, das fronteiras e inclusive de Pet Shops, dentre outros. Além disso, gerencia o maior banco de leite materno do mundo, é referência em vacinação e é exclusivamente responsável pelos transplantes de órgãos no país. Foram utilizados os cartazes da Secretaria de Saúde do Estado de MG que continham, por exemplo, os seguintes dizeres: “Você usa o SUS quando vai a um restaurante”, de modo que os participantes entendessem que todo brasileiro, querendo ou não, utiliza o SUS. Esse momento inicial teve a intenção de mostrar que o SUS, com todas as suas dificuldades, principalmente relacionadas ao financiamento e gerenciamento dos recursos, vem fazendo a diferença na vida dos brasileiros desde a sua criação, há mais de 31 anos, conforme mostram diversas pesquisas, de modo a sensibilizar os profissionais de saúde na defesa do SUS.

Em seguida foi apresentada a AB, modelo adotado para a organização dos serviços de saúde no país, que considera a ESF como estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. Dessa forma, foi explicado que a Estratégia Saúde da Família deve estar o mais próximo possível da vida das pessoas, localizada nos

bairros onde elas moram, constituindo-se como principal porta de entrada dos usuários à rede de saúde, sendo também responsável pela coordenação do cuidado, realizando os devidos encaminhamentos aos pacientes, de acordo com suas necessidades. Foi destacado também que a ESF deve orientar suas ações a partir do conhecimento adquirido sobre o território e os moradores que vivem nele, e por isso contam com os ACS, figuras-chave na construção de vínculos entre a comunidade e a unidade básica de saúde. São esses profissionais que coletam dados de diversas naturezas para os serviços de saúde, fornecendo importantes informações sobre o território e usuários cadastrados, que devem ser utilizadas para o planejamento de ações de vigilância e promoção da saúde.

Com o intuito de aproximar o tema à realidade dos participantes, foi utilizado como exemplo a cidade de Rio das Ostras, que aumentou a cobertura da ESF de 27% para 76%, realizando no mesmo período o Concurso Público de 2019, que convocou cerca de 120 ACS, que foram alocados para as unidades de saúde recém-transformadas em ESF. No entanto, foi demonstrado que ainda persistem UBS tradicionais (como a UBS Jardim Marileia), que não incluem o ACS em sua composição básica, além de se orientar pelo caráter curativista, realizando os atendimentos a partir de demandas espontâneas, sem criação de vínculos com a comunidade, sobre a qual pouco ou nada conhece, levando os participantes a refletirem sobre a diferença entre uma UBS tradicional e uma ESF.

O passo seguinte foi apresentar a VAN, sua definição, objetivos, modos de fazer, e potencialidades. O contexto de transição nutricional, demonstrado a partir de pesquisas de âmbito nacional (como POF, PSN e Vigitel) e boletins epidemiológicos da Secretaria de Saúde do Estado do RJ (com dados de Rio das Ostras), aponta para o aumento de sobrepeso e obesidade, assim como para o aumento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados e redução do consumo de alimentos saudáveis, como arroz e feijão, leite e derivados, corroborando a necessidade da VAN. Sobre a mudança nos hábitos alimentares, um dos participantes afirmou que essa transformação podia ser observada no dia-a-dia, inclusive comparou sua alimentação durante a infância – rico em alimentos in natura – com a de suas filhas – com presença significativa de alimentos processados e ultraprocessados – comentando que muitos dos alimentos consumidos por elas, ela só comeu “depois de velha”.

A seguir, foi apresentado o Sisvan, Sistema de Informação em Saúde utilizado para registro das informações antropométricas e de consumo alimentar coletadas no âmbito da AB. Inicialmente foram apontados os índices e parâmetros que compõem a avaliação antropométrica, de acordo com a fase do curso da vida. Adiante, foi apresentado o Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar, suas características gerais, as informações que obtemos a partir de suas perguntas ou bloco de perguntas, assim como as orientações práticas que podem ser dadas por qualquer profissional de saúde da AB a partir da aplicação do Formulário. Além disso, ficou reforçada a periodicidade para registro das informações antropométricas e de consumo alimentar.

Por fim, foram apresentados os relatórios públicos do Sisvan, mostrando dados preocupantes, tanto em relação à baixa utilização do Sistema pelo município, como em relação aos usuários avaliados (mais da metade dos adultos e idosos avaliados estavam com excesso de peso). A apresentação dos relatórios públicos por unidade de saúde, com os números da ESF Cantagalo, causou grande curiosidade. Alguns dos participantes perguntaram sobre como foi possível gerar tais relatórios e se impressionaram com a atualização do sistema em relação aos lançamentos dos dados, bem como com a quantidade de informações disponíveis.

Um dos relatórios demonstrava que apenas 34 adultos foram pesados e medidos, isto é, foram avaliados pela antropometria na ESF Cantagalo em 2021, número considerado muito baixo, já que este valor corresponde ao que normalmente se avalia em uma semana de trabalho. Diante disso, diagnosticou-se que os dados de peso e altura não estavam sendo lançados corretamente no sistema utilizado pela equipe de enfermagem, que se comprometeu a solucionar o problema. Além disso, dos 34 adultos avaliados pelo IMC, quase 80% encontravam-se com excesso de peso, fato que deixou os profissionais de saúde atônitos e preocupados. Desse modo, os diferentes relatórios apresentados objetivaram mostrar que o Sisvan pode contribuir com o diagnóstico de saúde da população, reforçando a importância da incorporação na rotina de trabalho da coleta de dados antropométricos e de consumo alimentar, bem como o adequado registro nos Sistemas vigentes, de modo a gerar relatórios confiáveis que possam auxiliar os profissionais de saúde no planejamento das ações.

Ao final da exposição foi disponibilizado um formulário de avaliação, para ser preenchido de maneira anônima, composto de duas perguntas sobre a atividade realizada para atribuição de nota (0 a 10) e um espaço para comentários, sugestões e críticas. Dos 11 presentes, 7 responderam. Destes, seis atribuíram nota máxima quando perguntados sobre o quanto esse encontro ampliou seu entendimento sobre a importância da coleta de dados de consumo alimentar na Atenção Básica. Todos os sete participantes que preencheram o formulário de avaliação referiram estar satisfeitos com a atividade (nota máxima).

Conforme se percebe nas seguintes falas, os participantes de sentiram motivados e empoderados por terem a oportunidade de dialogar sobre um tema relevante para a promoção da saúde da população:

“Adquiri muito conhecimento ao longo da apresentação. Muito satisfatório!”. (Participante - X)

“Apresentação belíssima, parabéns pelo empenho e dedicação.” (Participante - X)

“As informações me agregaram muitos conhecimentos os quais vou utilizar no meu trabalho.” (Participante - X)

Etapa 3: Formação Prática

A terceira etapa foi o treinamento com os ACS para aplicação dos Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar e contou com a participação de quatro ACS, sendo realizado em sala própria. Como dois ACS estavam ausentes na etapa anterior, alguns temas foram retomados, de modo a contextualizar a aplicação do questionário. Com os Formulários impressos em mãos, foi realizada uma leitura coletiva de cada pergunta e destacando-se quais informações poderiam ser obtidas em cada pergunta ou bloco de perguntas. À medida que a leitura prosseguia, surgiam exemplos de situações vividas no trabalho, como o caso referido por um dos ACS sobre uma “mamadeira de feijão” que era ofertada para uma criança de dois meses de idade. Desse exemplo, outra questão emergiu: “mas as vezes só tem feijão em casa”, explicitando que inúmeros determinantes interferem nas escolhas alimentares.

Na questão referente ao aleitamento materno continuado, outro exemplo surgiu, a de um ACS que continuou em aleitamento materno até os 6 anos de idade. No bloco de questões relativas à criança de 6 a 23 meses incompletos, foi explicado que parte daqueles marcadores correspondiam aos alimentos não saudáveis (hambúrguer, embutidos, biscoitos, bebidas adoçadas, guloseimas, dentre outras), e outra parte aos alimentos saudáveis (frutas, verduras, legumes, carnes, dentre outros), incluindo alimentos ricos em vitamina A e ferro. Já a pergunta sobre a realização das refeições assistindo TV ou mexendo no celular causou grande discussão e inúmeros exemplos pessoais eclodiram, pois metade dos participantes afirmou só conseguir comer assistindo TV, enquanto a outra metade só conseguia comer se estivesse à mesa, fato que levou um deles a relatar que costuma jantar sozinho à mesa, já que os pais comem na sala, vendo TV.

Uma vez terminada a leitura dos Formulários, seguimos para as orientações práticas, que são dadas de acordo com as respostas dos usuários, conforme recomenda o manual “Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica” (BRASIL,2015). Desse modo, cada participante escolheu duas orientações para ler, abarcando todas as faixas etárias. Esse conjunto de orientações práticas foi impresso e disponibilizado para cada ACS, para fins de consulta. Seguindo, foram apresentados os Indicadores de Consumo Alimentar, que auxiliam no diagnóstico coletivo e no planejamento de ações de alimentação e nutrição. Um desses Indicadores, por exemplo, refere-se ao aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses e tem o objetivo de estimar a proporção de crianças de até 5 meses e 29 dias que receberam exclusivamente leite materno no dia anterior à avaliação; outro Indicador se destina a definir a proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de idade que receberam leite materno no dia anterior à avaliação, isto é, estavam em aleitamento materno continuado. Foram apresentados todos os Indicadores de Consumo Alimentar, que também foram impressos e distribuídos para cada participante. Ademais, foi reiterada a periodicidade para registro das informações de consumo alimentar, especialmente entre crianças menores de 2 anos.

Por fim, com o intuito de demonstrar a urgente necessidade da coleta de dados de consumo alimentar, por meio da utilização dos Formulários do Sisvan, foi apresentado o boletim da Secretaria de Saúde do RJ, que informa que a avaliação

do consumo alimentar, isto é, a aplicação desses Formulários, não foi realizada no município de Rio das Ostras nos anos de 2019 e 2020. Essa informação causou surpresa entre os presentes, que permaneceram em silêncio por alguns segundos, até que tentassem entender a situação. Foram ainda mostrados os relatórios gerados pelo Sisvan sobre o município de Rio das Ostras e mais especificamente sobre a ESF Cantagalo, já que o Sistema permite esse tipo de detalhamento da informação, que apresentaram números irrisórios de cobertura. Um desses relatórios, que foi gerado no final do mês de dezembro/21, mostrou que a ESF Cantagalo havia realizado, naquele ano, a avaliação antropométrica de apenas 34 adultos, dos quais 27 estavam com excesso de peso. Para exemplificar os tipos de relatórios que podem ser gerados a partir da aplicação dos Formulários, foram utilizados dados de outros municípios, como Macaé-RJ e Cabo Frio, já que não havia dados disponíveis para Rio das Ostras, evidenciando a importância da capacitação que estava sendo realizada naquele momento com os ACS.

Ao final da atividade foi disponibilizado um formulário de avaliação virtual (anônimo), composto por três perguntas para atribuição de notas de 1 (pouco) a 5 (muito). Todos os participantes deram nota máxima sobre o quanto essa atividade ampliou seu entendimento sobre a importância da coleta de dados de consumo alimentar na AB. Da mesma forma, todos os participantes responderam que ficaram satisfeitos com a atividade, atribuindo nota máxima. Sobre se sentir preparado para aplicação dos formulários de marcadores de consumo alimentar em sua rotina de trabalho depois dessa atividade, dois atribuíram nota máxima (5) e dois nota 4. Na parte de comentários, pode-se perceber que os participantes identificaram a oficina como uma oportunidade de ampliar o conhecimento sobre o Sisvan e de se sentirem mais capacitados para a realização da avaliação do consumo alimentar na sua rotina de trabalho:

“Só elogios, ampliou meu entendimento sobre o sistema Sisvan”. (Participante - X)

“A capacitação foi aplicada de uma forma muito clara e prática, me agregou conhecimentos que vou utilizar no meu trabalho”.
(Participante - X)

Após o término da oficina, seguimos para a segunda parte da Etapa: a aplicação dos Formulários durante as visitas domiciliares. Por conta da

indisponibilidade dos profissionais envolvidos e de uma semana chuvosa, essa atividade ocorreu quase duas semanas após a primeira parte do treinamento e contou com a participação de cinco ACS. O local escolhido levou em consideração a diversidade de público, com presença de crianças menores de dois anos, adolescentes, adultos e idosos. Optou-se por utilizar os Formulários de maneira conjunta, isto é, todos os ACS visitavam o mesmo domicílio, nos revezávamos na aplicação do questionário e uma vez terminado, seguíamos para a próxima residência. Foram visitados cerca de 8 domicílios e realizou-se a avaliação do consumo alimentar, utilizando os Formulários do Sisvan, de 23 moradores, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos. Essas visitas duraram, no total, cerca de 1 hora e 30 minutos.

Diversas dúvidas foram surgindo nesse processo, principalmente em relação à abordagem das famílias, já que um questionário de avaliação de consumo alimentar nunca havia sido utilizado naquela comunidade, o que causava certa desconfiança entre os moradores. Desse modo, era esclarecido que aquela atividade era parte da capacitação dos ACS para aplicação dos Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar, um questionário simples de avaliação do consumo alimentar, composto por algumas perguntas, que possibilitam a identificação de alimentos ou comportamentos considerados saudáveis e não saudáveis. O reconhecimento da situação alimentar da população pode contribuir para o planejamento de ações mais coerentes com a realidade local. Entre um domicílio e outro, tirávamos as dúvidas que surgiam e reforçávamos as orientações básicas para uso dos Formulários. Uma vez terminada as VDs, compartilhamos nossas percepções gerais acerca daquela atividade. Algumas dúvidas a respeito da aplicação do questionário foram relatadas, como por exemplo se Guaravita® seria considerado bebida adoçada ou se biscoito cream cracker entraria em “biscoitos salgados”.

A avaliação do consumo alimentar durante as visitas domiciliares revelou algumas situações preocupantes: um grande número de crianças que realizava suas refeições mexendo no celular ou assistindo TV, baixo consumo de FLV em todas as faixas etárias, presença de alimentos ultraprocessados em todos os domicílios e inadequações na introdução alimentar, o que reforçou para os ACS a importância da utilização sistemática dos Formulários do Sisvan nas VDs.

De maneira geral, a aplicação dos Formulários durante as VDs foi bastante proveitosa. Além de fixar o conteúdo teórico apreendido anteriormente, a prática propiciou aos ACS uma confiança necessária para a realização da atividade, além de contribuir para o fortalecimento de vínculos com a comunidade. Sobre a aplicação dos Formulários, um dos ACS relatou: “Só isso? Que legal! Foi bem simples. Achei que era mais complicado” (ACS-A). Outro, entendendo a importância daquela atividade, afirmou que esse questionário incrementava as visitas: “com certeza vou inserir nas minhas VDs” (ACS-B). Cabe destacar, que a aplicação desses formulários durante as visitas suscitou outras questões – aquelas relacionadas à renda, escolaridade, condições de moradia, acesso à alimentação e aos serviços de saúde, dentre outras – que normalmente passariam despercebidas, contribuindo para a construção de um olhar diferenciado, atento, vigilante dos ACS.

Etapa 4: Construção do Fluxograma de Coleta de Dados

A construção do fluxograma de coleta de dados do Sisvan (Fluxograma 1) se deu por meio de uma oficina que durou aproximadamente uma hora. Participaram do encontro quatro ACS e a equipe de enfermagem (2 técnicos e 1 enfermeira). Os participantes se reuniram em círculo e inicialmente foram retomados alguns aspectos do Sisvan, já apresentados em etapa anterior. Foi destacado o importante papel da avaliação antropométrica e do consumo alimentar para o diagnóstico do estado nutricional dos pacientes, de maneira individual e coletiva. Desse modo, começou-se a discutir sobre as melhores oportunidades para coletar esses dados na rotina de trabalho da ESF Cantagalo.

Em relação à antropometria – peso e estatura (ou comprimento) – atividade tradicionalmente realizada pela equipe de enfermagem, ficou acordado que a medição dos pacientes será realizada em quatro oportunidades: durante a triagem das consultas médicas (que ocorre quatro vezes por semana), nas consultas de pré-natal e puerpério, e nas “pesagens” do Bolsa Família (atualmente Auxílio Brasil). Durante a conversa com esses profissionais, pôde-se perceber que a avaliação antropométrica já é realizada nesses atendimentos, portanto a construção do fluxograma viria apenas reforçar a coleta desses dados.

Já a avaliação do consumo alimentar, por meio da aplicação dos Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar, será realizada principalmente pelos ACS durante as visitas domiciliares. Os Formulários, antes presentes de forma digital nos tablets utilizados pelos ACS, serão agora disponibilizados em papel, já que os tablets tiveram de ser devolvidos por conta do término de contrato da prefeitura com a empresa responsável por gerenciar esses equipamentos. Também ficou decidido que as consultas de pré-natal e puericultura se constituirão como momentos oportunos para a aplicação dos Formulários, que passarão a ser utilizados nesses atendimentos. O documento “Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica” (BRASIL, 2015) foi disponibilizado para auxiliar a equipe de enfermagem tanto na aplicação do questionário quanto nas orientações práticas plausíveis.

Sobre o registro dos dados coletados, cada profissional ficou responsável por inserir os dados que coletar. Ficou estabelecido que o lançamento dos Formulários no Sistema será responsabilidade exclusiva dos ACS, mesmo aqueles aplicados por outros profissionais, visto que apenas no Sistema utilizado pelos ACS há um local apropriado para o lançamento desses dados. Portanto, os Formulários aplicados nas consultas de pré-natal e puericultura serão repassados aos ACS para que sejam lançados no Sistema. Importante destacar que os Sistemas de Informação utilizado pelos ACS e pela equipe de enfermagem para lançamento da “produção diária” se comunicam com o Sisvan, de modo que os dados são exportados, não sendo necessário que sejam novamente digitados no Sisvan. No entanto, possíveis falhas de comunicação precisam ser monitoradas, a fim de evitar a perda dos dados coletados. Por fim, ficou estabelecido que a cada semestre será realizado um balanço sobre o número de usuários avaliados, através dos relatórios do Sisvan, a fim de se avaliar se o fluxo de coleta de dados tem sido seguido de maneira adequada.

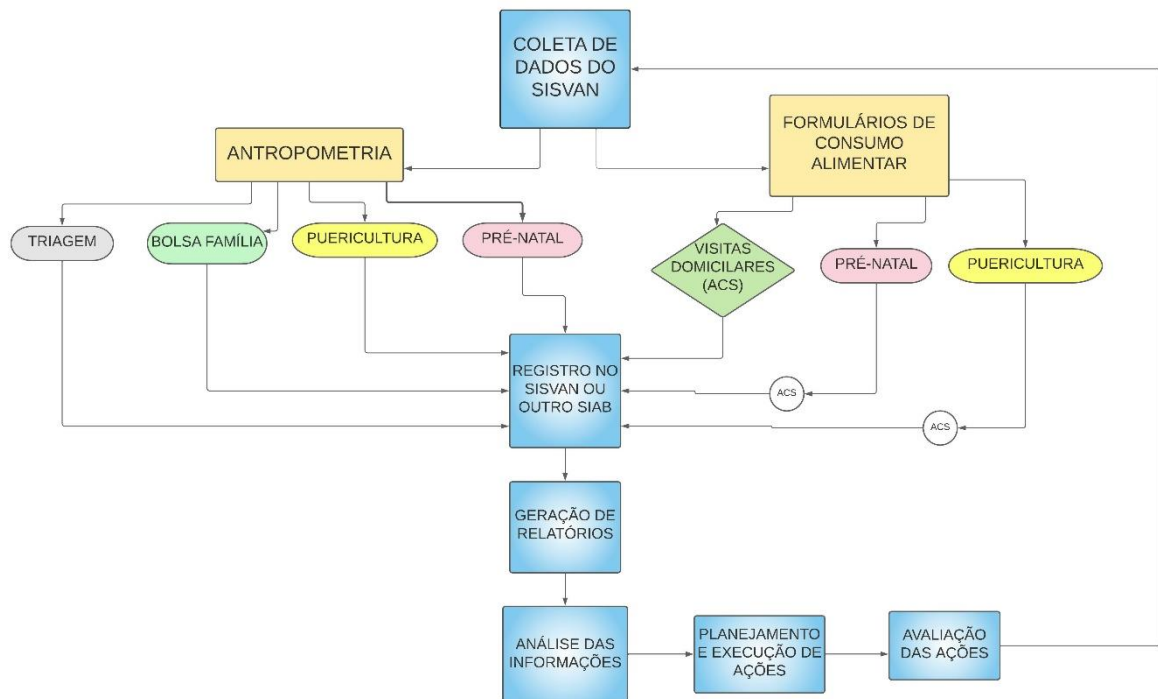
Ao final da atividade foi disponibilizado um formulário de avaliação virtual (anônimo), composto por três perguntas para atribuição de notas de 1 (pouco) a 5 (muito). Todos os participantes deram nota máxima sobre o quanto essa atividade ampliou seu entendimento sobre a importância da construção de um fluxograma de coleta de dados do Sisvan no âmbito da ESF Cantagalo. Da mesma forma, todos os participantes responderam que ficaram satisfeitos com a atividade, atribuindo nota

máxima. Se depois da oficina, os profissionais de saúde compreendiam melhor em que momentos serão coletados os dados antropométricos e de consumo alimentar e seu papel nesta atividade, todos atribuíram nota máxima. Na parte de comentários, pode-se perceber que os participantes reconheceram a oficina como uma oportunidade de ampliar o entendimento sobre a importância de se construir um fluxo de coleta de dados do Sisvan no âmbito da ESF, bem como o papel de cada profissional e os momentos oportunos para essa coleta. O método utilizado na oficina também foi elogiado por um dos participantes, conforme relatado nas falas seguintes:

“A oficina contribuiu muito para ampliar nossos conhecimentos”. (Participante - X)

“O fluxograma de coleta de dados é de extrema importância para preenchimento de dados do Sisvan com dados efetivos sobre o consumo alimentar da população”. (Participante - X)

“Gosto da abordagem de construção em conjunto e rodas de conversa. Trabalhar em ESF é trabalhar em equipe, então fiquei bastante satisfeita com o formato da oficina”. (Participante - X)



Fluxograma 1: Coleta de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) da Estratégia de Saúde da Família de Cantagalo, Rio das Ostras /RJ, 2022.

6. DISCUSSÃO

A partir da experiência do trabalho desenvolvido na ESF Cantagalo pôde-se perceber que o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre VAN/Sisvan implica não apenas na ausência de utilização dos Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar pela equipe, especialmente pelos ACS, mas também contribui para a fragilidade da coleta e registro dos dados antropométricos. No presente estudo foi observado que os dados de peso e altura não estavam sendo devidamente registrados nos sistemas vigentes, fato que só foi evidenciado a partir da análise dos relatórios do Sisvan. Outro ponto preocupante diz respeito aos profissionais de saúde de nível superior desconhecerem o Sisvan, sua utilização e finalidade, já que são esses profissionais que coordenam a equipe da ESF, supervisionam as atividades dos técnicos e ACS, além de atuarem na orientação e planejamento das ações desenvolvidas pela equipe.

É atribuição dos profissionais de saúde de nível superior promover a educação permanente dos ACS (PAULA *et al.*, 2013). A consolidação do Sisvan no nível primário de atenção à saúde possibilita o reconhecimento das necessidades da população assistida, de modo a apoiar a gestão local e os profissionais de saúde no planejamento da organização dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2015a). No entanto, as informações de consumo alimentar não têm sido coletadas, registradas e, portanto, não são utilizadas pela equipe da unidade para auxiliar no planejamento das atividades, em desacordo com o principal objetivo do SISVAN: informação para ação (BRASIL, 2004).

Cabe destacar que o tempo médio de atuação em AB dos profissionais responsáveis pela coleta de consumo alimentar ultrapassa os seis anos. ACSs que atuam na ESF Cantagalo há mais de uma década relataram que nunca receberam capacitação sobre coleta de dados de consumo alimentar, não conheciam os Formulários de Consumo Alimentar e nunca tinham ouvido falar do Sisvan. Silva e colaboradores (2015), em relato sobre a experiência de capacitações sobre vigilância alimentar e nutricional em crianças menores de 5 anos, desenvolvidas com 29 ACS de três municípios da região do Jalapão, Tocantins, constataram que, aproximadamente, metade dos ACS nunca havia recebido capacitação sobre o Sisvan. O mesmo trabalho apontou algumas dificuldades encontradas na realização das atividades diárias pelo ACS, como a falta de treinamento contínuo e a fragilidade

na supervisão do enfermeiro da unidade de saúde, obstáculos também identificados na ESF Cantagalo. Estudo de Capelli *et al.* (2013) sobre o conhecimento dos ACS sobre o Sisvan nas ESFs de Macaé-RJ demonstrou que, embora tivessem recebido capacitação sobre o tema, apenas 16,7% dos ACS sabiam o significado da sigla e sobre sua importância para o setor saúde, reforçando a necessidade de um processo de formação dos ACS orientado para ações de vigilância e promoção da saúde.

Pesquisa realizada por Ferreira *et al.* (2018) nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS-BH) analisou os fatores associados à cobertura do Sisvan para crianças menores de cinco anos. Dentre os principais empecilhos citados para a coleta e digitação de dados da VAN destacam-se a falta de capacitação para coleta de dados e a rotatividade de profissionais, obstáculos também encontrados na ESF Cantagalo, que chegou a contar com 5 enfermeiras diferentes só entre os anos de 2020 e 2021, o que contribuiu para a descontinuidade das ações, incluindo aquelas relacionadas à VAN. Pereira e colaboradores (2012), ao descrever o percurso de operacionalização do Sisvan em Juazeiro do Norte-CE, ressalta que a capacitação dos profissionais que constituem a equipe de ESF é uma das estratégias básicas para desenvolvimento das ações de VAN na AB.

Nesse contexto, os resultados do presente estudo indicam a importância da formação continuada dos profissionais que atuam na AB, de modo que a inclusão de ações educativas, de maneira regular e integrada à rotina de trabalho, se faz urgente. Nesse sentido, mais do que ensinar técnicas e procedimentos, faz-se necessário uma sensibilização quanto à importância dessas ações, de modo a engajar os profissionais envolvidos. Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS), no âmbito da AB, se apresenta como um possível caminho, já que essa proposta de aprendizagem se integra aos problemas cotidianos vivenciados na prática das equipes de ESF, o que propicia a possibilidade de mudança efetiva da prática profissional (PALHARES; HAUEISEN; PAOLINELLI F, 2010).

Também cabe destacar o papel que a universidade pode ter no auxílio do processo da Educação Permanente em Saúde, principalmente por meio da extensão universitária, que se apresenta como uma via de aproximação com os serviços e com as necessidades sociais locais. O vínculo academia-comunidade resultante desses projetos favorece o desenvolvimento de intervenções contextualizadas, agregam

concretude aos problemas, promovem reflexão entre os envolvidos e, conseqüentemente, contribuem também para a materialização das ações e da transformação social (FORPROEX, 2012; LOURENÇO *et al*, 2021).

O apoio da equipe multiprofissional do NASF, incluindo o nutricionista, é considerado fundamental para a implementação de ações de alimentação e nutrição na AB, incluindo ações de VAN, como a avaliação do consumo alimentar. O nutricionista do NASF pode e deve orientar e fortalecer a formação dos ACS e da equipe da ESF para a VAN na AB, cumprindo seu papel de multiplicador (GEUS *et al*, 2011). A atuação do nutricionista na AB, considerando sua formação voltada para o SUS, visa o fortalecimento de um modelo de atenção pautado pela integralidade, e que seja orientado para o planejamento de ações que se antecipem ao processo de adoecimento, privilegiando práticas que promovam a saúde e a qualidade de vida (BARBOSA; LEONARDO; BOSI, 2016).

De maneira semelhante, a presença do ACS na equipe da ESF Cantagalo é entendida como primordial para a viabilização da avaliação do consumo alimentar pelos Formulários do Sisvan, já que é membro da comunidade, possui vínculo com os moradores, e encontra na VD o momento oportuno para a realização dessa atividade. A ESF conta com a obrigatoriedade de ter o ACS na equipe, considerado um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, sendo este profissional responsável por facilitar o acesso da população aos serviços e ações de saúde, ao mesmo tempo em que insere os profissionais da ESF na dinâmica da comunidade. Por meio de ações de promoção e vigilância da saúde, o ACS exerce seu papel de agente transformador das condições de saúde dos territórios onde atuam (GOMES *et al.*, 2010).

Embora a importância da inserção do ACS na AB seja reconhecida, a nova PNAB trouxe uma série de mudanças que desvaloriza e descaracteriza o trabalho do ACS (MELO *et al*, 2018). Além de permitir a criação de equipes de AB sem a presença de ACS, a ESF, que anteriormente contava com no mínimo 4 ACS por equipe, agora só exige a presença de um único ACS. Ao mesmo tempo, a PNAB 2017, ao considerar o trabalho do ACS pouco resolutivo e possibilitar a realização de competências atribuídas aos técnicos de enfermagem (aferição de pressão, glicemia capilar, aferição de temperatura axilar e curativos limpos), deixa dúvidas sobre os rumos tomados pela AB e sobre a necessidade de inserção dos ACS nesse modelo de atenção (MOROSINI; FONSECA, 2018), sendo este caminho portanto considerado um ponto

de fragilização da categoria do ACS, com possibilidade de sua extinção (SILVA *et al.*, 2020).

Sobre a importância da utilização dos Formulários do Sisvan, cabe ressaltar o seu uso recente junto à Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA), na avaliação do consumo alimentar de famílias em situação de Insegurança Alimentar (IA), condição que vem crescendo nos últimos anos e foi agravada pela pandemia de COVID-19. Nesse contexto, no âmbito da AB e na impossibilidade do uso da EBIA (Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar), o Ministério da Saúde recomenda a utilização da TRIA seguida da aplicação dos Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar do Sisvan (BRASIL, 2021). A TRIA permite identificar famílias em risco de IA quando o indivíduo responde afirmativamente a duas perguntas: 1) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida? 2) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida? A TRIA pode ser aplicada por profissionais de saúde, educação, saúde pública, e do desenvolvimento social em diversas oportunidades, como nas visitas domiciliares dos ACS, possibilitando a rápida identificação de famílias em risco de IA, e monitoramento da situação de IA no território. (BRASIL, 2021)

A avaliação do consumo alimentar na ESF Cantagalo pode ainda favorecer o reconhecimento de tendências dos hábitos alimentares da população local, permitindo comparações com outros achados. Nesse sentido, estudo realizado com escolares de 6 a 10 anos de duas escolas de Cantagalo, área rural do município de Rio das Ostras-RJ, identificou que os alimentos ultraprocessados, como o grupo dos refrigerantes e sucos artificiais e guloseimas, estavam presentes em todas as refeições, embora tenha sido observado que o feijão e o arroz ainda fazem parte da dieta habitual das crianças avaliadas (SARDINHA *et al.*, 2021).

Por fim, destaca-se a limitação do presente trabalho por se tratar de um estudo local, focado em apenas uma unidade de saúde do município de Rio das Ostras-RJ, a ESF Cantagalo. No entanto, enfatiza-se a importância dos achados para pensar ações locais no território da ESF e em Rio das Ostras. Ademais, os resultados encontrados podem auxiliar a reflexão sobre o problema em realidades com características semelhantes.

7. CONCLUSÃO

O presente trabalho contribuiu para o fortalecimento da coleta de dados de consumo alimentar no âmbito do Sisvan na ESF Cantagalo, em Rio das Ostras-RJ, já que a ausência de capacitação dos ACS inviabilizava a utilização dos Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar do Sisvan. Destaca-se que além da capacitação dos ACS, foram desenvolvidas ações de diagnóstico e sensibilização dos profissionais da ESF, assim como a construção de um fluxograma de coleta de dados do Sisvan, de modo a inserir essa atividade na rotina de trabalho da ESF. É importante frisar que as capacitações dos trabalhadores da AB precisam ser regulares e devem ser norteadas para a prevenção de doenças e promoção e vigilância da saúde. Assim, fortalecer ações de VAN significa valorizar a AB e os preceitos do SUS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Elizabete da Silva. **Os serviços públicos de saúde no município de Rio das Ostras – RJ: um breve panorama atual da sua organização**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal Fluminense – Polo Universitário de Rio das Ostras. Rio das Ostras - RJ: 2015.

BARBOSA, M. I. S.; LEONARDO, G. M. N.; BOSI, M. L. M. O nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *In*: PRADO, S. D., et al. (org.). **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede**. Sabor metrópole series, v. 5, pp. 401-425. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016.

BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â. (org.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena**. v. 1. 260 p. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â., (org.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena**. v. 2. 254 p. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, Rio de Janeiro, 2003.

BATISTA FILHO, M.; ASSIS, A. M. de; KAC, G. Transição Nutricional: conceito e características. *In*: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (org). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 68. 22 set. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 01. 05 out. 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 18055. 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde.** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan. Brasília: Ministério da Saúde, 2011;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan na assistência à saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019:**

vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: Manual de Identificação dos domicílios e Organização da Rede [recurso eletrônico]** – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BORTOLINI et al. Alimentação e nutrição na atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 44, 2020.

CAPELLI, J. C. S. et al. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional nas Estratégias de Saúde da Família – Macaé. **FIEP BULLETIN**, v. 83, Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**. v. 27 n. 78, 2013.

COUTINHO, J.G. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 12, 2009.

FAGUNDES-ROMEIRO, A. A. **Avaliação da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan, no Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF: 2006.

FERREIRA C. S.; CHERCHIGLIA M. L.; CÉSAR C. C. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 13. 2013.

FORPROEX. FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Fórum de Pró-Reitores das Instituições Públicas de Educação Superior Brasileiras. Manaus – AM, 2012.

GEUS, L. M. M. et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, 2011.

GOMES, K. O. et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, Rio de Janeiro, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil / IBGE**, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

LOURENÇO, A. E. P et al. Diagnóstico para planejar ações de promoção da alimentação saudável na escola. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, n.20, Edição Especial, Rio de Janeiro, 2021.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, número especial 1, Rio de Janeiro, 2018

MOROSINI M. V.; FONSECA A.F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, número especial 1, Rio de Janeiro, 2018.

NASCIMENTO F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

PALHARES E. G., HAUEISEN S. M., PAOLINELLI F. R. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria** v. 16, 2010.

PAULA, M. et al. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, 2013.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. de C. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

PEREIRA, S. M. P. D et al. Operacionalização do sistema de vigilância alimentar e nutricional em Juazeiro do Norte, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, 2012

RIO DAS OSTRAS. Rio das Ostras amplia ações na Atenção Básica de Saúde em 2020. **Prefeitura de Rio das Ostras**, Rio das Ostras, 10 jan. 2020. Disponível em: <https://www.riodasostras.rj.gov.br/rio-das-ostras-amplia-aco-es-na-atencao-basica-de-saude-em-2020/>.

RIO DAS OSTRAS. Dados municipais de Rio das Ostras. **Prefeitura de Rio das Ostras**: 2021. Disponível em: <https://www.riodasostras.rj.gov.br/dados-municipais/>.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. Área Técnica de Alimentação e Nutrição. **Informe Situacional Sintético das ações de alimentação e nutrição. Município: Rio das Ostras**. Rio de Janeiro – RJ: 2021.

ROLIM M. D. et al. Avaliação do Sisvan na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, 2015.

SARDINHA, L. S. et al. Perfil de consumo alimentar de escolares da zona rural do município de Rio das Ostras, Rio de Janeiro. *In: Alimentos, nutrição e saúde 2 / Carla Cristina Bauermann (org.)*. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, 2004.

SILVA, L. B. A. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde para fortalecimento do Sisvan. **Revista Ciência em Extensão**. v.12, 2016.

SILVA, L. B. A.; SILVA, C. A.; REZENDE, F. A. C. Fragilidades da atuação do agente comunitário de saúde na vigilância alimentar e nutricional de crianças. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, 2015.

SILVA, T. L. et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde Debate**, v. 44, Rio de Janeiro, 2020.

SOARES E. L.; MEZADRI T.; NUNES P. Operacionalização do Sisvan no município de Balneário Piçarras: relato de experiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, Fortaleza-CE, 2017.

VAISMORADI, M.; TURUNEN, H.; BONDAS, T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. **Nursing and Health Sciences**, v. 15, 2013.

| Pergunta Ativa | Temas de interesse |
|---|---|
| 1. Como você entende a relação entre alimentação e saúde? | <ul style="list-style-type: none"> • Importância da Alimentação • Alimentação x Saúde • Alimentação x Doença • Promoção de saúde |
| 2. Você acha importante avaliar a alimentação dos pacientes cadastrados na ESF Cantagalo? | <ul style="list-style-type: none"> • Motivos para avaliar • Conhecer melhor a comunidade de Cantagalo • Entraves para avaliar • Barreiras para avaliar |
| 3. Na sua opinião, qual a melhor forma de fazer essa avaliação? (Será feita apenas se a pessoa não respondeu sobre isso na questão 2) | <ul style="list-style-type: none"> • Quem faria essa avaliação • Como pode ser feita • Facilitadores • Obstáculos |
| 4. Já ouviu falar em Vigilância Alimentar e Nutricional? | <ul style="list-style-type: none"> • Sim/Não • O que já ouviu falar • Percepção sobre a VAN • Importância • Sisvan • SAN |
| 5. Que fatores podem favorecer a avaliação do consumo alimentar na ESF Cantagalo? (Será feita apenas se a pessoa não respondeu sobre isso na questão 2 ou 3) | <ul style="list-style-type: none"> • Com a experiência de trabalho trazer as potencialidades da ESF Cantagalo • ACS • Formulário nos Tablets • Acesso aos moradores |
| 6. Que fatores podem dificultar a avaliação do consumo alimentar na ESF Cantagalo? (Será feita | <ul style="list-style-type: none"> • Com a experiência de trabalho trazer as fragilidades da ESF Cantagalo |

| | |
|--|--|
| <p>apenas se a pessoa não respondeu sobre isso na questão 2 ou 3)</p> | <ul style="list-style-type: none">• Falta de conhecimento sobre a VAN• Falta de conhecimento sobre os instrumentos de aferição• Falta de treinamento |
|--|--|