



CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA FORTALECIMENTO DO SISVAN

*Ludmilla Barros Araujo e Silva**
Fabiane Aparecida Canaan Rezende
Eloise Schott
Clemilson Antonio da Silva

RESUMO

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) busca detectar precocemente situações de risco nutricional da população por meio da avaliação antropométrica e do consumo alimentar. O diagnóstico nutricional da população é adotado como subsídio para a elaboração de políticas públicas que sustentam ações de vigilância alimentar e nutricional. O agente comunitário de saúde (ACS) é responsável pela coleta dos dados, tornando essencial o seu conhecimento sobre as técnicas antropométricas e indicadores de diagnóstico do estado nutricional, para que as informações produzidas sejam fidedignas e as ações desenvolvidas sejam relevantes. O objetivo deste trabalho foi melhorar o conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre o SISVAN e identificar as dificuldades para obtenção dos dados antropométricos e suas possíveis causas. Trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão, com caráter descritivo, observacional, prospectivo, quanti-qualitativo desenvolvido a partir de oficinas promovidas pela Fundação Abrinq (SP) em parceria com a Universidade Federal do Tocantins (UFT), divididas em três encontros de duração de quatro horas, com intervalos de um mês. Os municípios participantes foram escolhidos com base nos dados do SISVAN, que mostraram índices elevados de desnutrição crônica e sobrepeso em crianças residentes na região do Jalapão, TO. Um total de 29 ACS responderam a um questionário, com questões abertas e fechadas sobre o SISVAN, aplicados na primeira e última capacitação. Os resultados obtidos demonstraram que 58% dos ACS eram homens (n=17) e 41,3% eram mulheres (n=12). A maioria, 42,8%, acompanha até 49 famílias (n=12), 28,57% acompanham de 100 a 150 (n=8), 17,85% acompanham de 50 a 99 (n=5) e 10,7% acompanham mais de 150 famílias (n=3). Sobre as condições de trabalho, 92,85% (n=26) afirmaram ter balança digital portátil e 80,76% (n=21) possuíam trena ou fita métrica, ambos inadequados para aferição de peso e altura. Se já haviam recebido capacitação sobre o SISVAN, 71,72% (n=15) responderam sim, demonstrando fragilidade nessa área, pois os ACS que não receberam capacitação estavam em exercício de suas atividades. Sobre o conhecimento dos ACS sobre o SISVAN observou-se aumento de 6,93% para 20,2% de média de acertos após a capacitação. Na questão conceitual sobre segurança alimentar e nutricional houve evolução média de 0% para 25% de acertos. Conclui-se que as capacitações promoveram melhora significativa no aprendizado sobre o SISVAN, e permitiram identificar que os ACS necessitam de maior frequência de

* Nutricionista. Universidade Federal do Tocantins, Palmas, TO. Contato: ludmilla.nut@gmail.com.

treinamentos e capacitações, acompanhamento regular, e equipamentos adequados em quantidade suficiente para execução de suas atribuições.

Palavras-chave: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Agente Comunitário de Saúde. Capacitação.

TRAINING OF COMMUNITY HEALTH AGENTS FOR STRENGTHENING THE SISVAN

ABSTRACT

The Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) aims to detect nutritional risky situations at an early stage through anthropometric assessment and food consumption. Population nutritional diagnosis is adopted as subsidy to elaborate public policies that support food and nutrition surveillance. The Community Health Agent (CHA) is in charge of the collection of data, which makes anthropometric techniques and diagnosis indicators of nutritional status essential in order to produce reliable information and relevant actions. The goal of this study was to make SISVAN known by and identify the difficulties to obtain anthropometric data and its possible causes. This paper is about an experience of a descriptive, observational, prospective, quantitative and qualitative extension project developed through workshops promoted by Abrinq Foundation (SP) in a partnership with the Federal University of Tocantins (UFT), divided into three meetings, lasting four hours each, with monthly intervals. The participating cities were chosen based on SISVAN data, which showed high rates of chronic malnutrition and overweight in children residing in the region of Jalapão, TO. A total of 29 CHA answered to a questionnaire with open and closed-ended questions about SISVAN, applied in the first and last training. The results showed that 58 % of the CHA were men (n=17) and 41.3 % women (n=12). The majority, 42.8%, assists up to 49 families (n=12); 28.57% assists 100 to 150 families (n=8); 17.85% assists 50 to 99 families (n= 5), and 10.7% assists over 150 families (n=3). Regarding their working conditions, 92.85% (n=26) stated they had a portable digital scale and 80.76% (n=21) had a measuring tape, both of them inadequate to measuring weight and height. When asked about having received training on SISVAN, 71.72% (n=15) said yes, demonstrating fragility in that area, as the CHA who had not received the training were working. The knowledge of the CHA on the SISVAN increased from 6.93% to 20.2% the average of correct answers after the training. In the conceptual question on food and nutritional safety, the average of correct answers increased from 0% to 25%. The conclusion is that the training improved significantly the awareness about SISVAN, and allowed us to identify that CHAs need more often training, sustained support and appropriate and enough equipment to carry out their competences.

Keywords: Food and Nutrition Surveillance System. Community Health Agent. Training.

CAPACITACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISVAN

RESUMEN

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) pretende la detección precoz de situaciones de riesgo nutricional de la población, por medio de la valoración

antropométrica y del consumo de alimentos. El diagnóstico nutricional de la población se adopta subsidiariamente para la elaboración de políticas públicas que sustentan acciones de vigilancia alimentaria y nutricional. El agente comunitario de salud (ACS) es responsable por la recopilación de los datos, siendo esencial su conocimiento sobre las técnicas antropométricas y los indicadores de diagnóstico del estado nutricional, para que las informaciones producidas sean fidedignas y las acciones llevadas a cabo sean relevantes. El objetivo de este trabajo ha sido mejorar el conocimiento de los ACS sobre el SISVAN e identificar las dificultades para la obtención de los datos antropométricos y sus posibles causas. Se trata del relato de experiencia de un proyecto de extensión, con carácter descriptivo, observacional, prospectivo, cuanti-cualitativo, desarrollado a partir de oficinas promovidas por la Fundação Abrinq (SP), en sociedad con la Universidade Federal do Tocantins (UFT), divididas en tres encuentros con una duración de cuatro horas, con intervalos de un mes. Los municipios participantes se han seleccionado con base en los datos del SISVAN, que mostraron índices elevados de desnutrición crónica y sobrepeso en niños residentes en la región de Jalapão, TO. Un total de 29 ACS respondieron a un cuestionario, con preguntas abiertas y cerradas sobre el SISVAN, aplicados en la primera y última capacitación. Los resultados obtenidos demuestran que el 58% de los ACS eran hombres (n=17) y el 41,3%, mujeres (n=12). La mayoría, el 42,8%, asiste hasta 49 familias (n=12), el 28,57% asiste de 100 hasta 150 (n=8); el 17,85% asiste de 50 hasta 99 (n=5) y el 10,7% asiste a más de 150 familias (n=3). Sobre las condiciones de trabajo, el 92,85% (n=26) afirmó disponer de balanza digital portátil y el 80,76% (n=21) poseía cinta métrica, ambos inadecuados para la determinación del peso y de la altura. Si habían recibido formación sobre el SISVAN, el 71,72% (n=15) respondió que sí, demostrando fragilidad en esa área, pues los ACS que no recibieron capacitación estaban en el ejercicio de sus funciones. Sobre el conocimiento de los ACS sobre el SISVAN, se apreció un incremento del 6,93% al 20,2% de media de aciertos tras la formación. En la cuestión conceptual sobre seguridad alimentaria y nutricional hubo una evolución media del 0% al 25% de aciertos. Se concluye que la formación promovió mejorar significativamente el aprendizaje sobre el SISVAN, y permitió identificar que los ACS necesitan de mayor frecuencia de prácticas y formación, asistencia regular y equipos adecuados y en cantidad suficiente para la ejecución de sus competencias.

Palabras-clave: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Agente comunitario de Salud. Capacitación.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi proposto em 1974, na Conferência Mundial de Alimentação em Roma, sendo indicado a todos os países pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A proposta inicial era monitorar as condições dos grupos desfavorecidos da população em risco e proporcionar um método de avaliação rápida e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o nutricional ([CASTRO, 1995](#)).

No Brasil, o programa foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da

Saúde e da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) nº 8080/1990. Antes desse momento existiram inúmeras experiências locais em diversas partes do país, sem uma articulação estadual e nacional ([BRASIL, 2008a](#)). A concepção do SISVAN no país foi fundamentada em princípios que nortearam seu desenvolvimento: formular políticas públicas; planejar, acompanhar e avaliar programas sociais relacionados à alimentação e nutrição e avaliar a eficácia das ações governamentais ([CAPELLI, 2013 apud CGAN, 2012](#)).

Nesse mesmo cenário de consolidação, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros. Como consequência, houve crescimento da prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ([DUARTE; BARRETO, 2012](#)).

No país, as DCNT constituem os problemas de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo fortemente as camadas mais pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda ([BRASIL, 2011a](#)). Ao mesmo tempo, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a fome e a desnutrição ainda subsistem no Brasil e ocorrem devido à desigualdade de acesso aos alimentos ([CONSEA, 2006](#)).

No intuito de prevenir as complicações do excesso e da falta de peso, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) torna-se um instrumento importante de apoio às ações de saúde e recomenda-se sua adoção pelos profissionais da área e pelos gestores do SUS ([BRASIL, 2011b](#)). Ao mesmo tempo, a VAN contribui com outros setores do governo, com vistas ao monitoramento do padrão alimentar e dos indicadores nutricionais que compõem o conjunto de informações para a vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) ([BRASIL, 2012](#)), reforçando a importância do seu papel no contexto das políticas públicas de SAN, que existem para respeitar, proteger, promover e prover o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) ([BRASIL, 2010](#)).

O objetivo do SISVAN é fornecer um diagnóstico descritivo e analítico do perfil nutricional da população e prever as tendências das condições de alimentação e nutrição, bem como de seus fatores determinantes ([MÜLLER; BASSO, 2010](#)), colaborando para o conhecimento da natureza e magnitude dos problemas de nutrição ([CAMILO et al., 2011](#)), identificando as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais acometidos de maior risco aos agravos nutricionais ([BRASIL, 2006a](#)). Para isso são coletados dados antropométricos, registrados em formulários e, posteriormente, inseridos no sistema *online*, o programa SISVAN WEB, para consolidação do relatório com a classificação do estado nutricional das pessoas avaliadas ([TOCANTINS, 2011 apud BRASIL, 2004](#)).

A avaliação do estado nutricional é atitude essencial ao aperfeiçoamento da assistência e da promoção à saúde e necessita ser valorizada ([BRASIL, 2011b](#)), uma vez que essas informações serão consolidadas e disponibilizadas no banco de dados para estabelecer políticas públicas e subsidiar a programação de ações de saúde ([MUSSE et al., 2015](#)).

Ressalta-se que a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis são condições essenciais para a análise objetiva da situação, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde ([BRASIL, 2008b](#)). No processo de fortalecimento do SUS, o agente comunitário de saúde tem sido um personagem muito importante, realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade ([BRASIL, 2009](#)).

A informação gerada para o SISVAN é produzida principalmente pelos ACS, que realizam, dentre as inúmeras atividades, a aferição antropométrica, para diagnosticar o perfil da população atendida, além de atuar de forma intensa no processo de ampliação da cobertura e acompanhamento do SISVAN ([UNICEF, 2010](#)).

O ACS é figura presente no cotidiano de saúde das pessoas desde o início da década de 90. Foi criado pelo Ministério da Saúde com o intuito de acompanhar indivíduos, famílias e grupos em suas questões sociais e de saúde, incentivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos. Esse profissional possui um contato mais estreito com a população, realizando visitas domiciliares mensais, durante as quais estabelece vínculo com a comunidade e coleta informações para vários sistemas, inclusive o SISVAN ([BARALHAS, 2008](#)).

Para tanto, é necessário que o ACS tenha conhecimento sobre os indicadores de diagnóstico do estado nutricional em diferentes fases da vida, sendo importante avaliar continuamente o conhecimento destes profissionais sobre as técnicas antropométricas, se os casos de baixo peso e sobrepeso são identificados corretamente e, conseqüentemente, se as políticas formuladas a partir dos dados serão relevantes em seus objetivos (BAGNI; BARROS, 2012).

Apesar da existência de todo o aparato legal que torna obrigatória a realização dessas ações, a cobertura do SISVAN ainda é insuficiente e a qualificação da força de trabalho representa uma necessidade histórica e estratégica para a promoção da alimentação saudável e combate e prevenção de agravos nutricionais.

OBJETIVOS

Este trabalho objetivou melhorar o conhecimento dos ACS em municípios da região do Jalapão, TO, sobre o SISVAN e descrever as principais dificuldades para a obtenção dos dados antropométricos e suas possíveis causas.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de um projeto de extensão, de caráter descritivo, observacional, prospectivo, quanti-qualitativo, realizado em três municípios localizados na região do Jalapão, TO, no período de agosto a novembro de 2013.

O trabalho foi desenvolvido a partir de um projeto maior intitulado “Hábitos Alimentares Saudáveis da região Norte e Nordeste”, desenvolvido pela Fundação Abrinq (SP) e pelo Curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins (UFT) em parceria com as Prefeituras e Secretarias de Educação e Saúde dos municípios, com apoio da Coordenação Técnica de Alimentação e Nutrição da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SESAU), Fundação de Amparo à Pesquisa do Tocantins e Pró-reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários (PROEX) da UFT, cujo principal objetivo foi promover o consumo de alimentos saudáveis e regionais, por meio de capacitações realizadas com cozinheiras, merendeiras, lideranças comunitárias e agentes comunitários de saúde.

Os municípios foram escolhidos pela Fundação Abrinq (SP) com base nos dados dos relatórios do SISVAN, que mostraram que essa região apresentava elevados índices de desnutrição crônica e sobrepeso, principalmente em crianças menores de cinco anos.

As oficinas foram realizadas em 3 encontros, com duração de 4 horas cada um e intervalo de um mês. Os encontros foram conduzidos a partir de metodologias ativas, com

base na pedagogia de Paulo Freire (COSTA et al., 2014), conduzidas pelo facilitador, professor do Curso de Nutrição da UFT e por um estudante, bolsista de extensão do curso de Nutrição da UFT. Durante as oficinas, adotou-se uma abordagem dialógica, participativa, a partir de uma comunicação horizontal entre os atores envolvidos, buscando-se uma aproximação entre os conhecimentos teóricos, o caráter técnico da prática e a realidade vivida pelos ACS.

Os temas que nortearam a capacitação foram definidos através de diagnóstico situacional que antecedeu o período das capacitações, por meio de visitas e reuniões nos três municípios com os secretários de saúde, coordenadores da atenção básica e ACS. Os conteúdos contemplados em cada oficina foram: a) Oficina 1: DHAA e SAN; eixos da SAN; insegurança alimentar, vulnerabilidade social e desnutrição; transição nutricional, obesidade e carências nutricionais; determinantes da saúde nutricional; b) Oficina 2: o SISVAN; avaliação antropométrica e diagnóstico nutricional de crianças e gestantes; avaliação do consumo alimentar e c) Oficina 3: 10 passos da alimentação saudável para gestantes e crianças; encaminhamentos e orientação nutricional para casos de desnutrição e obesidade; aleitamento materno; alimentação complementar e a importância da valorização dos alimentos regionais.

O público sujeito foi constituído por 29 ACS dos três municípios que aceitaram participar do estudo mediante autorização por escrito em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de cada participante. Os dados para avaliação foram coletados por meio de observação participante, seguida de registros na forma de apontamentos, e de questionários individuais, compostos por 23 questões abertas e fechadas, qualitativas e quantitativas, aplicados na primeira e na última capacitação (Anexo 1).

Para a análise quantitativa das informações, os dados foram tabulados no *Microsoft Excel* e analisados no *software* estatístico *Biostat*, versão 5.0, mediante comparação de erros e acertos das perguntas abordadas no questionário. Os dados foram apresentados em frequência absoluta e relativa e a comparação entre médias de acertos para variáveis numéricas, realizada mediante teste *t* de *student* pareado, adotando valor de $p < 0,05$ como significância estatística. Para análise das variáveis categóricas foi utilizado o Teste Exato de *Fisher* em tabelas de contingência (LxC), adotando *p* bilateral. À análise da questão aberta sobre Segurança Alimentar e Nutricional foram atribuídas 8 palavras-chave a partir do conceito de SAN e considerada uma porcentagem de acerto, equivalente à quantidade de citação das mesmas, considerando-se 100% de acerto para as 8 palavras-chave citadas, 87,5% para 7 citações, 75% para 6 citações, 62,5% para 5 citações, 50% para 4 citações, 37,5% para 3 citações, 25 % para 2 e 12,5% para a citação de apenas uma palavra-chave. A análise qualitativa foi realizada mediante relatos e observações dos pesquisadores e depoimentos fornecidos pelos ACS.

A abordagem dos resultados se deu de forma inespecífica aos municípios, devido ao pequeno número amostral total.

RESULTADOS

As variáveis analisadas foram subdivididas nas categorias: caracterização da população estudada, condições de trabalho e conhecimento do SISVAN. Na comparação de resultados entre as duas avaliações houve perdas amostrais por ausência de respostas em algumas questões e por extravio de 4 questionários da segunda avaliação realizada em um dos municípios. Foram excluídas do processo de análise 2 questões

referentes ao acompanhamento de gestantes e 1 questão sobre o local de aferição de peso e altura por divergência na interpretação por parte dos ACS.

Na caracterização observou-se que 58% dos agentes eram do sexo masculino (n=17) e 41,3% do sexo feminino (n=12), com idade entre 26 e 53 anos.

Sobre o tempo de trabalho como ACS, 44,4% exerciam atividade há mais de 5 anos e menos de 10 anos (n= 12), seguidos de 29,6% que a exerciam há mais de 10 anos (n= 8), 14,8% a exerciam pelo período de 1 a 5 anos (n= 4) e 11,1% há menos de 6 meses (n= 3), como demonstrado no gráfico 1.

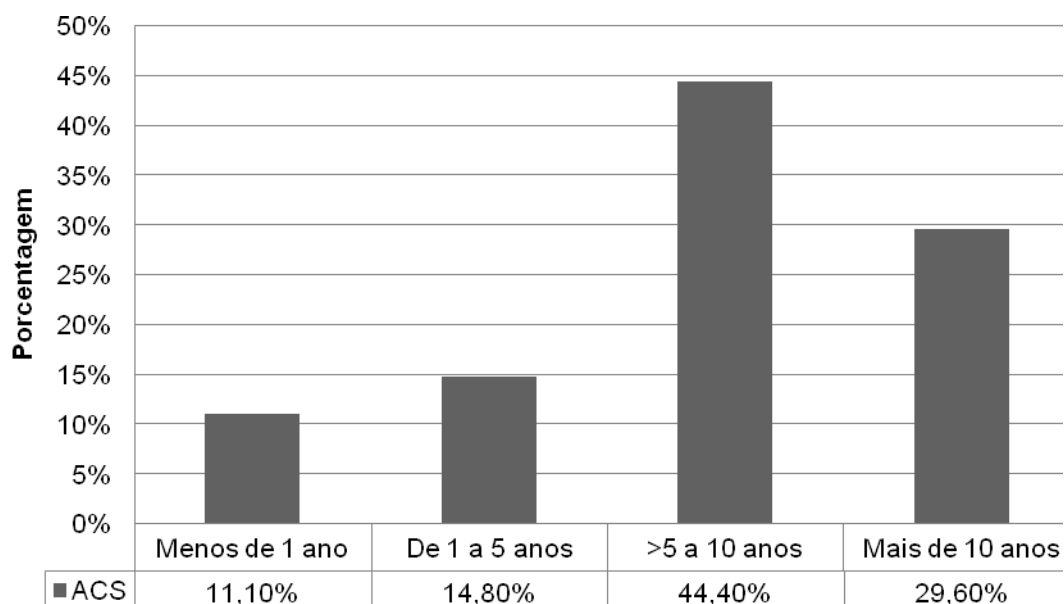


Gráfico 1. Tempo de atuação como Agente Comunitário de Saúde em três municípios da região do Jalapão, Tocantins, 2013 (n=27).

Em relação ao número de famílias por ACS, 42,8% acompanhavam até 49 (n=12), seguidos de 28,57% que acompanhavam de 100 a 150 famílias (n=8), 17,85% acompanhavam de 50 a 99 famílias (n=5) e 10,7% que acompanhavam mais de 150 famílias (n=3).

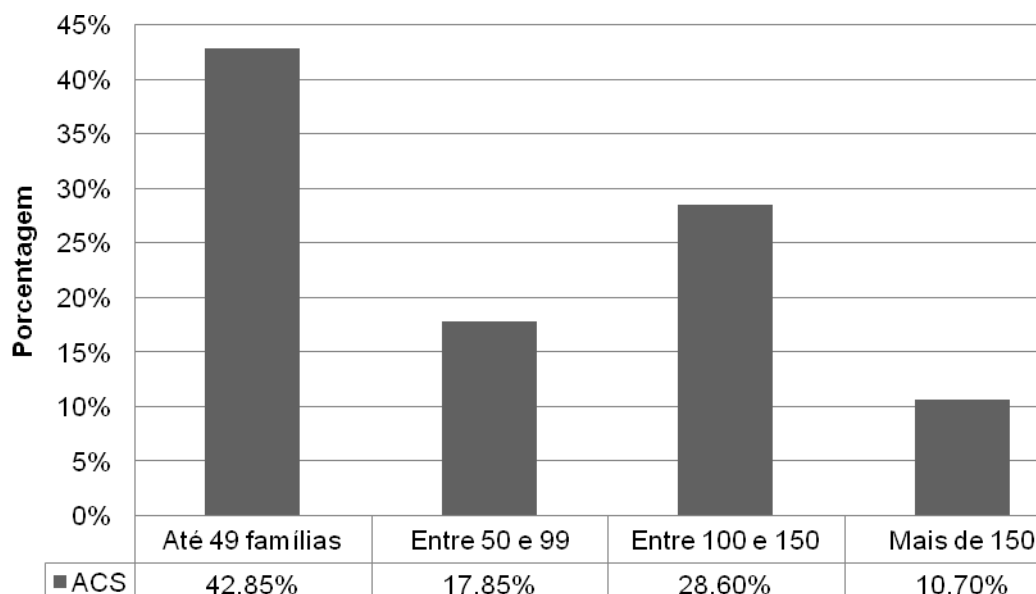


Gráfico 2. Quantidade de famílias acompanhadas pelos ACS em três municípios da região do Jalapão, Tocantins, 2013 (n=28).

Das crianças menores de 5 anos pertencentes às famílias dos municípios, 62,9% dos agentes acompanhavam de 4 a 25 crianças (n=17) e 37% dos agentes acompanhavam mais de 25 até 58 crianças (n=10). Sobre a frequência em que eram pesadas as crianças menores de 2 anos, 100% dos agentes (n=28) alegaram aferir o peso mensalmente.

Quando questionados se já haviam recebido treinamento de como pesar e medir crianças, 71,4% afirmaram que sim (n=20) e 28,6% responderam que não (n=8).

Sobre as condições de trabalho, 92,85% (n=26) afirmaram ter balança digital portátil para aferir o peso nas visitas domiciliares e 7,14% (n=2) responderam não possuir este item. Com relação ao estadiômetro portátil, para aferir altura nas visitas, 80,76% dos agentes (n=21) disseram possuir o equipamento e 19,23% (n=5) responderam que não possuíam.

Ao serem questionados se já haviam participado de alguma capacitação sobre o SISVAN, 51,72% (n=15) responderam que sim e 48,27% responderam que não (n=14).

Com relação a quanto tempo faz que esta capacitação foi realizada, 10,4% consideraram a capacitação atual como resposta, sendo esta desconsiderada na análise de dados. Do percentual restante, 33,3% receberam a capacitação entre 1 ano e um mês e 2 anos atrás (n=4), 33,3% de 2 anos e 1 mês a 5 anos (n=4), 25% de 6 meses a 1 ano (n=3) e 8,3% a menos de 6 meses (n= 1).

Para análise das questões relacionadas ao conhecimento dos ACS sobre o SISVAN foram atribuídas duas subcategorias: variáveis categóricas e variáveis numéricas, e a melhora significativa do conhecimento antes e após a capacitação foi dada em função do valor de p, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Perguntas respondidas pelos agentes comunitários de saúde antes e após as oficinas de capacitação em três municípios da região do Jalapão, Tocantins, 2013.

Código	Pergunta	Valor de p ^{1,2}
A	Você sabe qual é o significado da sigla SISVAN?	0,0019
B	Você conhece os 10 passos para alimentação saudável para menores de 2 anos?	0,0003
C	Você conhece os 10 passos para alimentação saudável para maiores de 2 anos?	0,0176
D	Você sabe diagnosticar desnutrição e obesidade em crianças?	0,0065
E	Você conhece as curvas de avaliação do crescimento de crianças?	0,0019
F	Quais grupos da população devem ser cadastrados no SISVAN?	0,0528
G	Quais informações são necessárias para realizar a avaliação do estado nutricional?	0,0157
H	Qual a idade para começar a oferecer alimentos sólidos e semissólidos para o lactente?	1,0
I	O que é Segurança Alimentar e Nutricional?	0,0013

¹Teste exato de Fisher (variáveis categóricas: código A – H); ²Teste t de student (variável numérica: código I).

Os percentuais de acerto para cada pergunta antes e após a capacitação estão demonstrados no gráfico 3.

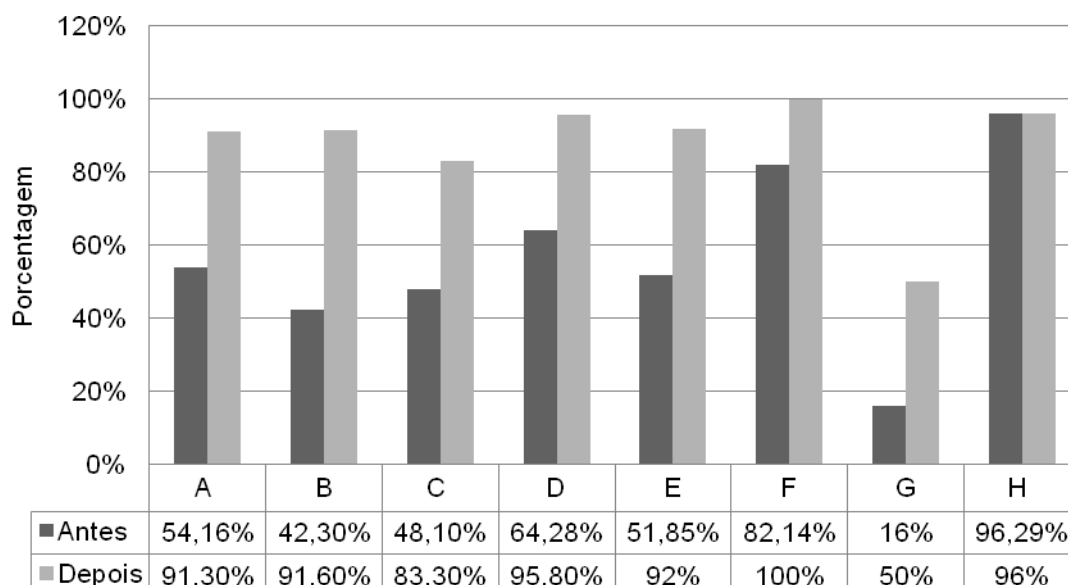


Gráfico 3. Comparação de acertos antes e depois das capacitações em três municípios da região do Jalapão, Tocantins, 2013.

Os resultados obtidos para a questão que abordou o conceito de SAN demonstraram melhora no nível de acerto, com evolução da média de acerto de 0% para 25%; da mediana de 6,93% para 20,2%; do valor máximo de 38% para 50% de acertos,

mantendo-se o mínimo em 0% de acerto. De acordo com a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, foi utilizado o conceito que define segurança alimentar e nutricional como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. As palavras-chave utilizadas para esta questão foram: direito; acesso regular e permanente; qualidade; quantidade suficiente; diversidade cultural; sustentável; acesso; promotoras de saúde. Foram considerados nas respostas os termos utilizados pelos ACS que mais se aproximaram do significado das palavras-chave e que estavam de acordo com o contexto em que foram utilizadas no conceito referencial.

Durante as oficinas, buscou-se detectar através dos relatos dos ACS, como tem sido realizada a obtenção dos dados antropométricos e alimentação do SISVAN-Web. Verificou-se que os dados são registrados em formulários padronizados do SISVAN, que são mensalmente repassados ao digitador e enfermeiro coordenador da atenção básica.

Em relação à avaliação antropométrica, os ACS que afirmaram ter equipamentos à sua disposição, relataram utilizar trena metálica e balança digital portátil para aferição de altura e peso e ressaltaram desconfiança em relação à precisão dos dados fornecidos pela balança devido às oscilações constantes no visor do peso aferido e baixa reprodutibilidade do valor. Em relação à obtenção da estatura, após a oficina em que foram informados sobre as técnicas corretas de aferição, muitos ACS manifestaram executar as aferições de maneira errônea e que por vezes anotavam os dados antropométricos autorreferidos pelo avaliado.

Durante as capacitações ministradas, observou-se a ausência do enfermeiro responsável pela instrução dos agentes, praticamente em todas as reuniões dos três municípios, com exceção de dois municípios, onde o enfermeiro compareceu a um dos três encontros realizados. Em análise subjetiva do diálogo com os agentes, pôde-se verificar que estes também não eram acompanhados ou treinados de modo regular, concomitantemente, em um dos municípios o enfermeiro relatou desconhecer a existência e utilização do SISVAN.

Outro ponto importante a ser relatado foi a constatação de elevada frequência de erros ortográficos e dificuldade de expressão dos conhecimentos na forma escrita pelos ACS ao responderem à questão conceitual sobre SAN.

DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos na experiência das capacitações, observou-se que a população de ACS, em sua maioria, atua na profissão há mais de 5 anos, sendo este um fator favorável ao desenvolvimento da rotina de trabalho. A rotatividade desses profissionais é pequena, fortalecendo os vínculos sociais com a comunidade e otimizando os investimentos em processos de capacitações.

Com relação ao gênero, a prevalência foi do sexo masculino. Em estudo qualitativo, [Santos \(2005\)](#) obteve a mesma predominância de gênero e constatou que, na condição de desempregados, os homens buscaram inserção profissional como agentes comunitários de saúde. Pôde ser observado que os municípios participantes das capacitações tinham oportunidades de trabalho limitadas à população, sendo o funcionalismo público a modalidade de trabalho mais recorrente. Entende-se que a

alternativa de trabalho para homens com baixo grau de escolaridade e que desejam manter uma renda mensal fixa, seja a atuação como agente comunitário de saúde.

Observou-se ainda que a maioria dos agentes acompanhavam até 49 famílias. Os demais se dividiam com grandes quantidades, em uma variação de 50 a mais de 150 famílias. Alguns agentes encontram-se com mais famílias que o recomendado pela Portaria nº 2.027 ([BRASIL, 2011c](#)), do Ministério da Saúde, que determina o acompanhamento de no máximo 150 famílias ou 750 pessoas por ACS. Essa má distribuição pode ser um fator negativo, uma vez que o número excessivo de tarefas a serem realizadas encontra-se além da disponibilidade do ACS, comprometendo a qualidade da atenção ([OLIVEIRA et al., 2010](#)).

Entretanto, o presente estudo não averiguou a quantidade de pessoas das famílias acompanhadas e pode ocorrer que o número total de indivíduos esteja em concordância com os padrões recomendados. Ressalta-se ainda que dois dos três municípios se caracterizam pela presença de povoados situados na zona rural com distâncias elevadas entre eles e distantes da zona urbana, o que demanda mais tempo do ACS para a realização das visitas mensais e acesso ao enfermeiro coordenador da atenção básica.

As crianças menores de 5 anos recebem visitas domiciliares mensalmente, e, durante o acompanhamento, peso e estatura são aferidos. Os dados são registrados em formulários e repassados ao enfermeiro coordenador da atenção básica. Contudo, é questionável a qualidade da aferição pela falta de equipamentos e técnicas antropométricas adequadas. Além disso, as informações coletadas pelos agentes não são lançadas regularmente no SISVAN Web, em razão do déficit de funcionários responsáveis pela digitação dos dados e alimentação do sistema *on-line*. Segundo a Portaria nº 648/GM ([BRASIL, 2006b](#)), considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano e pode sujeitar o município à suspensão do repasse de recursos do Piso da Atenção Básica.

Durante as oficinas, os ACS relataram a insuficiência de equipamentos antropométricos e a má qualidade dos mesmos, fato que dificulta o progresso do conhecimento adquirido nas capacitações para o campo prático do trabalho do agente. Nessas condições de avaliação, equipamentos inadequados ou de baixa qualidade podem prejudicar as medições, causando erros tanto no diagnóstico nutricional individual quanto no populacional ([BRASIL, 2011d](#)), direcionando erroneamente as ações de promoção da saúde.

Com relação às capacitações, observou-se que aproximadamente metade dos agentes nunca recebeu capacitação sobre o SISVAN. Este fator é preocupante, pois de acordo com [Brasil \(2002\)](#), “para ser ACS, o candidato não precisa ter conhecimentos prévios na área da saúde, porque aprovado na seleção, ele receberá treinamento sobre as ações que deverá desenvolver”. Ou seja, sem instrução regular e apropriada sobre o SISVAN e todos os demais procedimentos fundamentais ao seu trabalho, o ACS torna-se incapaz de realizar satisfatoriamente suas competências, uma vez que a qualificação técnica não é exigida em sua contratação. Segundo [Marzari et al. \(2011\)](#) a profissionalização do ACS é importante para as equipes e para a comunidade e deve estar pautada na realidade de cada comunidade e envolver toda a equipe de saúde, a fim de promover a interdisciplinaridade. Contudo, essa formação e educação permanente não podem acontecer de forma isolada e descontextualizada.

Segundo [Espínola e Costa \(2006 apud NUNES, 2002\)](#), para desempenhar adequadamente suas funções, os ACS necessitam de capacitações e treinamentos

adequados, que englobam desde procedimentos técnicos, como aferição de peso e altura, até o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas junto à população.

Sem continuidade permanente as capacitações não desencadeiam resultados práticos no cuidado às famílias e é necessário que ocorram conforme a compreensão da realidade e as necessidades de trabalho dos ACS ([DONADUZZI, 2012](#)). Além disso, melhorar a qualidade das capacitações em antropometria, certamente pode fortalecer o SISVAN, na medida em que as informações coletadas se tornam mais fidedignas e robustas para orientar de forma apropriada as ações em saúde pública ([BAGNI; BARROS, 2012](#)).

Em geral, o responsável pela capacitação dos agentes comunitários de saúde é o enfermeiro, que atua como instrutor/supervisor e que, além de treinar os agentes, também acompanha sua atuação e reorienta as ações, de acordo com as necessidades identificadas ([BRASIL, 2002](#)). O presente estudo demonstrou que há fragilidades nesta dimensão, já que, alguns ACS relataram não ter recebido capacitação até o momento e encontravam-se em pleno exercício de suas atividades.

Em estudo qualitativo, [Baralhas \(2008\)](#), relaciona a ausência do enfermeiro no acompanhamento do ACS devido ao excesso de atividades que lhe são designadas, tornando dificultosa a função de instrutor. Nos municípios avaliados pode-se constatar que, o déficit de recursos humanos das unidades de saúde é um problema persistente e incapacita o enfermeiro de se responsabilizar por todas as suas atribuições.

Na análise de resultados referentes ao conhecimento dos ACS sobre o SISVAN, constatou-se que os valores de p foram significativos ($<0,05$), mostrando que houve melhora no conhecimento dos agentes após as capacitações, com aumento de 6,93% para 20,2% de média de acertos. Os valores considerados não significativos (perguntas F e H) para p ocorreram porque a quantidade de acertos foi satisfatória antes e depois das capacitações, não ocasionando mudanças relevantes na comparação dos resultados. Ressalta-se que a questão sobre as informações necessárias para realizar a avaliação do estado nutricional (G), foi a que obteve resultado menos satisfatório antes e após as capacitações. Este resultado mostra a carência de conhecimentos básicos na área e o despreparo dos ACS para atuarem na profissão, uma vez que para produzir dados fidedignos não é necessário somente a utilização de técnicas e equipamentos adequados, mas também, e principalmente, saber quais informações necessitam ser levantadas.

Apesar do aumento de acertos após as capacitações, pode-se considerar que o nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde, dos três municípios avaliados sobre o SISVAN, necessita ser aprimorado e avaliado constantemente.

CONCLUSÕES

Dentre as limitações principais do trabalho estão a falta de sistematização da coleta de relatos dos ACS e a falta de realização de um estudo piloto que poderia ser útil para testar a adequação das perguntas contidas no questionário, verificar eventuais dúvidas e realizar os ajustes necessários.

Mesmo com as limitações destacadas, verificou-se que apesar do nível insatisfatório de conhecimento inicial dos ACS, a capacitação promovida por meio de três encontros de quatro horas resultou em melhorias significativas no aprendizado sobre SISVAN.

Algumas dificuldades como, a falta de treinamento e acompanhamento por parte do enfermeiro da unidade de saúde, a escassez de equipamentos adequados e em

quantidade suficiente, o baixo grau de instrução dos ACS e a sobrecarga de funções foram percebidos como fatores que interferem direta e indiretamente no desenvolvimento de suas atividades e, conseqüentemente, no seu desempenho.

O ACS é considerado um trabalhador que desempenha atividades de relevância pública. Dessa forma, faz-se necessária a implementação de treinamentos periódicos, que contemplem as normas e técnicas para realização da avaliação antropométrica, bem como orientação sobre a importância e utilização do SISVAN.

Para que o trabalho do ACS seja aperfeiçoado, torna-se indispensável os investimentos por parte dos gestores em equipamentos antropométricos adequados e manutenção regular, além da disposição de recursos humanos devidamente treinados e em número suficiente para a correta tomada e registro das medidas antropométricas, bem como a adequada alimentação do SISVAN Web.

Acredita-se que, através da associação da melhoria nas condições de trabalho com o aperfeiçoamento do conhecimento dos agentes, é que serão produzidos indicadores fidedignos, que sejam relevantes nas ações de saúde da comunidade, a fim de assegurar os objetivos propostos pelo SISVAN.

Estes achados contribuem para reflexões sobre as fragilidades da atuação do ACS na operacionalização do SISVAN demonstra a necessidade de educação permanente e profissionalização dos ACS e aponta alguns dos desafios a serem enfrentados pelos gestores para garantir a vigilância alimentar e nutricional.

SUBMETIDO EM 30 out. 2014
ACEITO EM 4 set. 2015

Referências

[BAGNI, U. V.; BARROS, D. C.](#) Capacitação em antropometria como base para o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 393-402, 2012.

[BARALHAS, M.](#) **O agente comunitário de saúde: representações e dificuldades acerca da prática cotidiana da assistência.** 2008. 152 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2008.

[BRASIL.](#) Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil.** Brasília, DF, 2010.

[BRASIL.](#) Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição da Região Sudeste. **Especificações de equipamentos antropométricos para estabelecimentos de saúde.** Rio de Janeiro, 2011d.

[BRASIL.](#) Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília, DF, 2009.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. **Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde**: um pacto tripartite. Brasília, DF, 2002.

[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, DF, 2011b.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, DF, 2011a.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF, 2008a.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório das capacitações macrorregionais em atitude de vigilância**: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Brasília, DF, 2006a.

[BRASIL](#). Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informação para Saúde – Ripsa. 2. ed. Brasília, DF, 2008b.

[BRASIL](#). **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Brasília, DF, 2006b.

[BRASIL](#). **Portaria nº 2.127, de 25 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável), Brasília, DF, 2011c.

[CAMILO, S. M. B. et al.](#) Vigilância nutricional no Brasil: criação e implementação do SISVAN. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Minas Gerais, v. 14, n. 2, p. 224-228, 2011.

[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**, Rio de Janeiro, v. 83, 2013.

[CASTRO, I. R. R.](#) **Vigilância alimentar e nutricional**: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

[CONFERÊNCIA NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL](#), 3., 2006, Fortaleza. **Relatório final**. Fortaleza: Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional, 2006.

[DONADUZZI, D. S. da S.](#) **A educação para o trabalho na perspectiva do agente comunitário de saúde.** 2012. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

[DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M.](#) Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

[ESPÍNOLA, F. D. S.; COSTA, I. C. C.](#) Agentes comunitários de saúde do PACS e PSF: uma análise de sua vivência profissional. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 18, p. 43-51, jan./abr. 2006.

[FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA.](#) **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional:** orientações para implementação nos municípios. Brasília, DF, 2010.

[MARZARI, C. K. et al.](#) Agente comunitário de saúde: perfil e formação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 873-880, 2011.

[MÜLLER, C. O.; BASSO, G. N.](#) Desafios e contradições da implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). In: SEMINÁRIO DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA – ECOSS, 2010, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2010.

[MUSSE, J. O. et al.](#) Avaliação de competências de agentes comunitários de saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 525-536, 2015.

[OLIVEIRA, A. R. et al.](#) Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9511>>. Acesso em: 24 maio 2015.

[SANTOS, R. L. de A.](#) dos. **Homens como agentes comunitários de saúde:** trabalhando cuidados e vivenciando gênero. 2005. [174] p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

[TOCANTINS.](#) Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. **Caderno de alimentação e nutrição na atenção básica.** 2. ed. Palmas, 2011. v. 6, p. 36.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

- 1) Qual é a sua idade?
- 2) Sexo: () Masculino () Feminino
- 3) Há quantos anos você trabalha como ACS: Quantas famílias você acompanha?
- 4) Quantas crianças menores de 5 anos você acompanha?
- 5) Com qual frequência você pesa as crianças menores de 2 anos que você acompanha? Marque um X.
() mensal () a cada 2 meses () a cada 3 meses () a cada 6 meses
- 6) Você tem à sua disposição balança portátil para medir o peso nas visitas domiciliares?
() Sim () Não
- 7) Você tem à sua disposição estadiômetro portátil para medir a altura nas visitas domiciliares?
() Sim () Não
- 8) Caso sua resposta tenha sido **NÃO** nas questões 7 e 8, escreva na linha abaixo em que local são feitas estas medidas de peso e altura?
.....
.....
- 9) Já participou de alguma capacitação sobre o SISVAN?
() Sim () Não
- 10) Se você respondeu **SIM** na questão 10, escreva na linha abaixo há quantos meses, dias ou anos você fez a capacitação.
.....
.....
- 11) Você sabe qual o significado da sigla SISVAN?
() Não () Sim. Qual?
.....
- 12) Você conhece os 10 passos da alimentação saudável para menores de 2 anos?
() Sim () Não
- 13) Você conhece os 10 passos da alimentação saudável para maiores de 2 anos?
() Sim () Não
- 14) Você conhece os 10 passos da alimentação saudável para gestantes?
() Sim () Não

15) Já recebeu algum treinamento de como medir e pesar crianças?

Sim Não

16) Você sabe diagnosticar desnutrição e obesidade em crianças?

Sim Não

17) Você conhece as curvas de avaliação do crescimento de crianças?

Sim Não

18) Quais grupos da população devem ser cadastrados no SISVAN? Marque apenas 1 opção com um X.

- somente gestantes e lactentes
- gestantes, lactentes e crianças menores de 10 anos
- criança menores de 10 anos e adolescentes
- adultos e idosos
- crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes

19) Quais são as informações necessárias para realizar a avaliação do estado nutricional? Marque apenas 1 opção com um X.

- Dados demográficos, como por exemplo, sexo, data da última menstruação (para gestantes) e data de nascimento.
- Dados antropométricos, como por exemplo, peso, altura e circunferência da cintura (para adultos).
- Dados demográficos e dados antropométricos

20) Marque com X a opção que apresenta a idade ideal para começar a oferecer alimentos sólidos e semi-sólidos para o lactente:

- a partir de 4 meses
- quando a criança demonstrar interesse
- a partir de 6 meses
- a partir de 2 anos

21) Quais são os índices antropométricos adotados para a vigilância nutricional de gestantes?

- peso/idade, estatura/idade, peso/estatura, IMC/idade
- IMC e circunferência de cintura
- somente IMC
- IMC por semana gestacional e ganho de peso gestacional

22) Escreva o que é Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....