

Proposta e aplicabilidade de modelo para avaliação do cuidado nutricional na Estratégia Saúde da Família

Proposal and applicability of a model to evaluate the nutritional care at the Family Health Strategy

Propuesta y aplicabilidad de un modelo de evaluación de la atención nutricional en la Estrategia Salud de la Familia

Dixis Pedraza

Resumo: A pesquisa objetivou propor e verificar a aplicabilidade de um modelo para avaliar o cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos de idade na Estratégia Saúde da Família. O desenvolvimento do modelo baseou-se na análise de implantação de uma intervenção e na proposta avaliativa para serviços de saúde de Donabedian. O modelo desenvolvido foi aplicado em 24 equipes de saúde de dois municípios do Estado da Paraíba. O modelo construído contempla parâmetros de estrutura (recursos humanos e disponibilidade de materiais e insumos) e processo (práticas gerais de profissionais de saúde, na vigilância do crescimento, na prevenção de carências nutricionais específicas, no contexto da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e de gestão/intersectoriais). A aplicação do modelo caracterizou o cuidado nutricional como fragmentado. O modelo elaborado poderá orientar o monitoramento, avaliação, gestão e qualificação do cuidado nutricional na Estratégia Saúde da Família. O grau de implantação das ações foi “intermediário”, com melhor situação no município com equipes de saúde ampliadas com nutricionista.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação.

Abstract: The research aimed to propose and verify the applicability of a model to evaluate the nutritional care for children under five years of age at the Family Health Strategy. The development of the model was based on the analysis of the implementation of an intervention and on the evaluation proposal for health services by Donabedian. The developed model was applied to 24 health teams from two municipalities in the State of Paraíba. The model development contemplates framework (human resources and availability of materials and inputs) and process (general practices of health professionals, in monitoring growth, in the prevention of specific nutritional deficiencies, in the context of the Breastfeeding and Feeding Strategy Brazil and management/intersectoral) parameters. The model application characterized the nutritional attention as fragmented. The model elaborated may guide the monitoring, evaluation, management and qualification of the nutrition care at the Family Health Strategy. The degree of implementation was "intermediate", with better situation in the municipality with health teams expanded with nutritionist.

Keywords: Primary Health Care, Health Services Evaluation, Nutrition Programs and Policies.

Resumen: La investigación tuvo como objetivo proponer y verificar la aplicabilidad de un modelo para evaluar la atención nutricional a menores de cinco años en la Estrategia Salud de la Familia. El desarrollo del modelo se basó en el análisis de la implantación de una intervención y en la propuesta de evaluación de los servicios de salud de Donabedian. El modelo desarrollado se aplicó a 24 equipos de salud en dos municipios del estado de Paraíba. El modelo construido incluye parámetros de estructura (recursos humanos y disponibilidad de materiales e insumos) y proceso (prácticas generales de los profesionales de la salud, en la vigilancia del crecimiento, en la prevención de deficiencias nutricionales específicas, en el contexto de la Estrategia Amamanta y Alimenta Brasil y de gestión/intersectoriales). La aplicación del modelo caracterizó el cuidado nutricional como fragmentado. El modelo desarrollado puede orientar el seguimiento, evaluación, gestión y calificación de la atención nutricional en la Estrategia Salud de la Familia. El grado de implantación de las acciones fue “intermedio”, con mejor situación en el municipio con equipos de salud ampliados con nutricionista.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Evaluación de Servicios de Salud, Programas y Políticas de Nutrición y Alimentación.

Introdução

Desde a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi estabelecida como modelo de reforma dos sistemas de serviços de saúde, baseado em práticas de prevenção, promoção, cura e reabilitação, capazes de superar o modelo hospitalocêntrico centrado na doença. A Conferência definiu, ainda, a APS como o primeiro elemento da atenção à saúde de forma continuada. Na atualidade, a importância atribuída à APS baseia-se na sua capacidade de melhorar as condições de saúde e o desenvolvimento da população^{1,2}. Os sistemas de saúde orientados na APS apresentam menores custos, melhores resultados e maior eficiência, com impactos positivos sobre indicadores de situação de saúde, diminuição dos efeitos das desigualdades socioeconômicas sobre a saúde e menores taxas de morbi-mortalidade infantil³.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi estabelecida como principal alternativa para a reorganização da APS e o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁻⁴. Para isso, a ESF precisa constituir-se de uma combinação de tecnologias e uma correlação de forças favoráveis às mudanças, com práticas caracterizadas pela intersetorialidade, educação permanente, monitoramento, avaliação e estímulo à participação popular⁴. Nesse sentido, posteriormente, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi instituído com o objetivo de apoiar as ações desenvolvidas nas equipes da ESF e ampliar a abrangência das mesmas por meio da atuação de profissionais de diferentes áreas de conhecimento segundo os princípios da territorialização e da regionalização^{5,6}. Nesse cenário, o fortalecimento da APS conta com diversas políticas de saúde, dentre as quais a Política Nacional de Alimentação e Nutrição⁷ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança⁸.

Pesquisas avaliativas da ESF distinguem avanços relacionados ao componente demanda, como na universalização do acesso, cobertura, focalização, acolhimento e vínculo. Entretanto, mostram-se limitações no enfoque às necessidades de saúde e enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, como na territorialização, participação comunitária e intersetorialidade. Destaca-se a manutenção do modelo hegemônico na forma de pensar e de atuar, com consequências negativas na integralidade da atenção que representa, possivelmente, o princípio do SUS mais comprometido⁴. Assim, para que a ESF possa desempenhar sua função de reorientação do sistema de saúde impõem-se enormes desafios

relacionados à infraestrutura, capacidade tecnológica, profissionalização da gestão, trabalho multiprofissional e relações de trabalho².

Essa conjuntura apresenta-se em condições da população brasileira marcada por um processo de transição epidemiológica que se caracteriza pela persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição; problemas de saúde reprodutiva, com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis; e o desafio imposto pelas doenças crônicas e seus fatores de risco^{2,9}. Assim, os serviços de saúde brasileiros estão sendo desafiados a dar respostas contínuas e integradas, distantes das práticas atuais, que respondam às necessidades do país².

A alimentação e nutrição, nesse sentido, constitui requisito básico na promoção e proteção da saúde^{9,10} e a promoção da alimentação saudável ação prioritária nas diretrizes nacionais para a promoção da saúde¹¹. A promoção da alimentação saudável representa, junto às ações no campo da atividade física e do uso de tabaco e álcool, uma das medidas preventivas mais importantes na APS, com benefícios associados à redução dos custos para o tratamento das doenças crônicas no SUS¹².

O desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição, de maneira qualificada e multidisciplinar, é essencial para o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde no contexto da APS¹³. Entretanto, a maioria dos profissionais de saúde caracteriza-se por falta de capacitação para atuar na área, delegando essas ações a um segundo plano, as quais ficam principalmente sob responsabilidade de médicos e enfermeiros¹⁴⁻¹⁶.

A despeito dessa conjuntura, a inserção do nutricionista na APS ainda é incipiente^{17,18}. A importância desse profissional para a ESF vem sendo argumentada considerando sua capacidade de lidar com os problemas de alimentação e nutrição a nível local com funções específicas na gestão de políticas e na promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde^{14,19,20}. Sugere-se, também, que o nutricionista seja essencial para a integralidade da atenção, visão que é compartilhada, inclusive, por outros profissionais como médicos e enfermeiros^{11,14,15,19}. Além de ser o único profissional com formação adequada para atuar na área de alimentação e nutrição, o nutricionista tem papel essencial na promoção de práticas alimentares saudáveis e da segurança alimentar e nutricional, efetivando a promoção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças^{11,14,19}. Nessa conjuntura, o NASF, sobretudo

com a participação desse profissional, constitui oportunidade impar para o fortalecimento e qualificação das ações de alimentação e nutrição na APS²¹.

Destarte, é preciso apropriar-se das discussões que perpassam a avaliação de intervenções e programas de alimentação e nutrição na APS, de forma a refletir sobre a produção do conhecimento e os desafios neste campo. Assim, o artigo propõe um modelo para avaliar o cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos de idade na ESF e verifica sua aplicabilidade em dois municípios da Paraíba.

Métodos

Desenvolvimento do modelo

Como fase prévia ao desenvolvimento do modelo, foi conduzida em 2017 uma revisão da literatura brasileira sobre a avaliação das ações de alimentação e nutrição direcionadas a crianças menores de cinco anos na APS/ESF. A estratégia de busca foi delineada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde e da *SciELO*. No processo de busca utilizou-se o operador *booleano and*, na associação dos seguintes descritores: *Health Services Research; Health Evaluation; Program Evaluation* e *Health Research Evaluation* com *Nutrition Programs and Policies; Nutrition Programs, Nutrition Policy* e *Nutritional Surveillance*. Essa revisão resultou em uma lista de indicadores utilizados em dez estudos, que foram considerados para a elaboração do modelo. Posteriormente, foram elencados os itens a serem observados na avaliação (medidas), visando a mensurar os resultados e contemplar as justificativas teóricas de cada indicador.

Para elaborar o modelo do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na ESF, considerou-se como referencial teórico-metodológico a análise de implantação de uma intervenção²² e a proposta avaliativa para serviços de saúde de Donabedian²³. Nesse contexto, fatores da estrutura e do processo foram definidos como mediadores do grau de implantação da intervenção. A estrutura refere-se aos recursos físicos, organizacionais e técnicos, e o processo aos procedimentos relacionados à prestação de serviços ao consumidor que dependem das condições estruturais²³. A seleção dos parâmetros de estrutura e processo baseou-se nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, em consonância com recomendações para a integralidade e efetividade das intervenções de nutrição na APS^{13,24-33}.

Aplicabilidade do modelo

O modelo desenvolvido foi aplicado em equipes da ESF de dois municípios do Estado da Paraíba, compostos um por 20 equipes e o outro por 28, com arranjos tanto do tipo convencional quanto do Programa Mais Médicos (PMM). Os dois municípios diferem enquanto à forma de atuação do nutricionista nas equipes de saúde, sendo um por meio dos NASF (Município 1) e o outro constituindo equipes ampliadas (Município 2). A aplicabilidade do modelo foi testada em 12 equipes de cada município, seis do PMM e seis convencionais. As equipes de saúde foram selecionadas aleatoriamente dentre aquelas vinculadas ao mesmo NASF.

A coleta de dados foi realizada, após teste piloto, por uma equipe de entrevistadores formada por alunos da área de saúde de universidade pública, sob a supervisão de um profissional experiente, entre 16-08-2017 e 29-12-2017. Os entrevistadores foram devidamente treinados para a padronização dos procedimentos, incluindo o preenchimento de um questionário que foi aplicado aos profissionais de saúde, a observação de consultas de puericultura e a análise do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), em conformidade com a proposta de avaliação desenhada. Na perspectiva de conter diferentes planos de explicação para o grau de implantação das ações de alimentação e nutrição, incluíram-se informações de três níveis de análise imbricados (equipes de saúde, profissionais e população). Nesta etapa, analisou-se a facilidade ou a dificuldade na obtenção dos dados. Considerou-se “dificuldade” quando as informações de interesse apresentaram problemas na coleta devido a desconhecimento, ausência ou não fornecimento dos dados. A identificação de deficiências possibilita a adequação do modelo para futuras aplicações.

O modelo avaliativo foi testado por meio de um sistema de escores no qual as subdimensões e dimensões derivaram da soma das pontuações dos seus componentes. O grau de implantação foi determinado pela soma dos escores da estrutura e do processo dividido dois (número total de dimensões, cada uma com o mesmo peso) (Quadro 1). Todos os escores foram categorizados em três níveis considerando seu valor em relação ao máximo de pontos possíveis: “incipiente” (0,0 a 33,3%), “intermediário” (33,4 a 66,7%) e “avançado” (66,8 a 100,0%). O cenário “incipiente” foi entendido como proposta de “atenção simplificada”, o cenário intermediário como “atenção fragmentada” e o cenário avançado como “atenção abrangente”. O grau de implantação das ações de alimentação e nutrição foi comparado

segundo o município e o tipo de equipe de saúde. Diferenças nos escores de implantação foram verificadas por meio do teste t de student.

O projeto de pesquisa foi elaborado e aprovado em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde por Comitê de Ética em Pesquisa credenciado (CAAE: 71609317.9.0000.5187). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Desenvolvimento do modelo

A partir dos parâmetros das dimensões de estrutura e processo considerados necessários à implementação das ações de alimentação e nutrição^{13,24-33}, construiu-se um modelo lógico-operacional para a avaliação de serviços aplicada à atenção nutricional às crianças menores de cinco anos (Figura 1). O modelo resultou em três subdimensões para a estrutura e seis para o processo. Na estrutura incluem-se a capacitação e o conhecimento dos profissionais para o desenvolvimento das ações, a disponibilidade de equipamentos antropométricos e de suplementos, e a disponibilidade de documentos técnicos. A dimensão de processo considera as práticas de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS); a implantação da vigilância do crescimento, das ações de prevenção de carências nutricionais específicas e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; e o desenvolvimento de ações de gestão e intersetoriais. No Quadro 1 é possível visualizar as dimensões, subdimensões e indicadores do modelo avaliativo com vistas a definir o grau de implantação do cuidado nutricional.

A subdimensão *Qualificação dos Recursos Humanos para as Ações de Alimentação e Nutrição* refere-se à qualificação dos profissionais para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição e à coordenação das mesmas. Inclui características sobre os recursos humanos em termos de formação, capacitação e conhecimentos na área de nutrição. Engloba tanto conhecimentos gerais de nutrição quanto específicos relacionados à vigilância do crescimento. Para avaliar os conhecimentos no contexto da vigilância do crescimento propõe-se verificar a adequação no uso e interpretação das curvas de crescimento de crianças menores de cinco anos por meio de *case scenarios* (Quadro 1). Alguns dos casos recomendados foram extraídos ou adaptados do manual de capacitação da Organização Mundial da Saúde para a interpretação de indicadores de crescimento³⁴.

A subdimensão *Disponibilidade de Equipamentos e Suplementos* compreende a existência na equipe de saúde de equipamentos antropométricos, sulfato ferroso e suplemento de vitamina A. A subdimensão *Disponibilidade de Documentos Técnicos* respalda a importância dos materiais educativos do Ministério da Saúde relacionados à nutrição em saúde coletiva. Sugere-se que a disponibilidade de materiais seja verificada mediante observação direta.

A subdimensão *Desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição por Médicos e Enfermeiros* inclui as práticas desses profissionais, as quais foram estabelecidas considerando os níveis de intervenção do cuidado nutricional: diagnóstico, promoção e prevenção, e assistência/tratamento/cuidado¹³. As variáveis (ações) na subdimensão *Desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição por Agentes Comunitários de Saúde* centram atenção na coleta de dados antropométricos e do consumo alimentar, na suplementação com micronutrientes e na orientação aos usuários sobre alimentação e nutrição, conforme recomendações para a atuação desse profissional²⁶.

A subdimensão *Implantação da Vigilância do Crescimento* propõe o uso de informações relacionadas às práticas nas consultas de puericultura e ao preenchimento da CSC. A adequação do processo de trabalho nas consultas de puericultura deve ser julgada obedecendo a critérios normativos do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, preconizados pelo Ministério da Saúde, considerando, minimamente, a mensuração do peso, estatura e perímetro cefálico; o registro do peso, estatura e perímetro cefálico nos gráficos de acompanhamento do crescimento contidos nas CSC; e as orientações às mães sobre o peso, crescimento e perímetro cefálico da criança^{25,27}. Além disso, recomenda-se estimar o tempo da consulta, dado sua importância no cuidado. Propõe-se que o tempo seja considerado adequado quando ≥ 10 minutos³⁵. O preenchimento dos gráficos de perímetro cefálico x idade, peso x idade, altura x idade (se de posse da segunda e terceira versões do instrumento) e Índice de Massa Corporal x idade (se de posse da terceira versão do instrumento) das CSC deve ser considerado adequado quando as quantidades de registros estiverem consoantes com o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde segundo a idade da criança no momento do inquérito. São preconizadas 12 consultas para a assistência à criança menor de cinco anos, com 1º registro: aos 15 dias, 2º registro: 16 dias |- 1 mês, 3º registro: 1 |- 2 meses, 4º registro: 2 |- 4 meses, 5º registro: 4 |- 6 meses, 6º registro: 6 |- 9 meses, 7º registro: 9 |- 12 meses, 8º registro: 12 |- 18 meses, 9º registro: 18 |- 24 meses, 10º registro: 2 |- 3 anos, 11º registro: 3 |- 4 anos, 12º registro: 4 |- 5 anos²⁸.

A subdimensão *Implantação das Ações de Prevenção de Carências Nutricionais Específicas* inclui as ações do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó. Propõe-se que a implantação dos mesmos esteja baseada na sua adequação às respectivas recomendações. Para o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, as CSC devem ter quantidades de registros de suplementação com vitamina A nos quadros de anotações da suplementação preventiva de ferro e vitamina A e/ou nos quadros de anotações das vacinas em conformidade com a idade da criança segundo o preconizado pelo Programa (do 6º mês aos 4 anos e 11 meses as crianças devem ser suplementadas nove vezes com intervalo mínimo de seis meses entre duas administrações, com 1º registro: 6 |- 12 meses, 2º registro: 12 |- 18 meses, 3º registro: 18 |- 24 meses, 4º registro: 24 |- 30 meses, 5º registro: 30 |- 36 meses, 6º registro: 36 |- 42 meses, 7º registro: 42 |- 48 meses, 8º registro: 48 |- 54 meses, 9º registro: 54 |- 59 meses)³¹. Mesmo com a inexistência de parâmetros quantitativos específicos para o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o indicador deve ser avaliado com base em regulamentações afins. Nas crianças entre 6 e 24 meses, CSC cujos quadros de anotações da suplementação preventiva com ferro e vitamina A tenham um registro de frasco de xarope de sulfato ferroso a cada três meses (1º frasco: 6 |- 9 meses, 2º frasco: 9 |- 12 meses, 3º frasco: 12 |- 15 meses, 4º frasco: 15 |- 18 meses, 5º frasco: 18 |- 21 meses, 6º frasco: 21 |- 24 meses) pode ser considerado para indicar adequação. Para avaliar a implantação da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó sugere-se verificar as anotações de sachê em pó NutriSUS na Ficha de Controle de Distribuição dos Sachês. Conforme documentos técnicos da Estratégia, a adequação corresponde a crianças entre 9 e 51 meses que tenham registro mínimo de 36 sachês (esses limites de idade consideram o período de um ciclo da suplementação de 12 semanas em crianças com idade entre 6 e 48 meses)³².

A subdimensão *Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* trata a implementação pela equipe de saúde das ações preconizadas nessa Estratégia. Dessa forma, foca a formação de tutores, a realização de oficinas de trabalho, a elaboração de plano de ação para fortalecimento das ações previstas na Estratégia e a certificação da unidade/equipe de saúde³³.

A subdimensão *Gestão e Intersetorialidade* reforça a importância dos processos de gestão e das ações intersetoriais. Na proposta, a gestão é respaldada pelo envolvimento de algum

membro da equipe de saúde com atividades relacionadas ao gerenciamento das ações de alimentação e nutrição. A intersetorialidade foi elencada nas perspectivas educativas e da vigilância alimentar e nutricional no contexto de programas estratégicos (Programa Bolsa Família e Programa Saúde na Escola).

Aplicabilidade do modelo

Com raras exceções todas as variáveis do modelo mostraram-se de fácil obtenção e entendimento. Houve dificuldades na obtenção do dado sobre a implantação da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó. O formato e conteúdo da Ficha de Controle de Distribuição dos Sachês nem sempre possibilitaram a obtenção da informação desejada. Houve dificuldade relacionada à compreensão do nome da criança e incompletude dos registros de sachês, segundo as fichas controle. Em alguns casos também não foi possível ter acesso à ficha, ressaltando-se, por parte dos profissionais, irregularidade no fornecimento dos sachês e/ou desconhecimento ao respeito das responsabilidades dos diferentes setores (saúde e educação). Apesar dessas dificuldades, esse indicador deve ser mantido no modelo, tendo em vista a importância dessa ação. Para os resultados do presente estudo a pontuação desse indicador foi computada à implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

A Tabela 1 mostra os resultados do grau de implantação segundo o modelo avaliativo nos municípios de estudo. Observa-se que ambos os municípios apresentaram classificação “incipiente” no preenchimento das curvas de crescimento da CSC e na implantação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Além disso, situação similar foi apontada no Município 1 para a disponibilidade de documentos técnicos da área de nutrição, a implantação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Enquanto a classificação da dimensão estrutura no Município 1 foi “intermediário”, no outro município foi “avançado”, com diferença estatística nos escores. O processo de trabalho em ambos os municípios foi classificado como “intermediário”, entretanto com maior escore no Município 2, o qual teve melhor avaliação na implantação da vigilância de crescimento, das ações de prevenção de carências nutricionais específicas e na gestão/intersetorialidade. Em relação ao tipo de equipe de saúde, observa-se que nenhum dos parâmetros considerados apresentou diferença ao se comparar as médias dos escores das equipes do PMM e convencionais, sendo classificados como “incipiente” o preenchimento das curvas de crescimento da CSC nos dois tipos de equipe e a disponibilidade de documentos

técnicos da área de nutrição nas equipes do PMM. A classificação do grau de implantação foi “intermediário” em ambos os municípios, com maior escore no Município 2; segundo o tipo de equipe, a classificação foi a mesma, entretanto sem diferença estatística significativa.

Discussão

Na avaliação de programas, o processo de construção do modelo lógico consta como a melhor técnica de delinear uma pergunta avaliativa e avaliar como um programa funciona, delimitando os fatores contextuais que podem influenciar no alcance dos resultados. A apresentação do modelo lógico otimiza tempo e recursos, possibilitando identificar com clareza a contribuição da intervenção e de outros componentes para o alcance dos resultados. Nesse sentido, uma intervenção pode ser concebida como um sistema de ação que inclui uma estrutura com atores que executam as ações para alcançar objetivos definidos³⁶. Com essa perspectiva, acredita-se que a discussão sobre o modelo lógico das ações de alimentação e nutrição possa contribuir para a compreensão das premissas teóricas do cuidado nutricional de crianças menores de cinco anos e na tomada de decisão antes mesmo que a avaliação propriamente dita seja feita. Poderá, assim, ter utilidade não somente para pesquisadores, como também para gestores, profissionais de saúde e as instâncias de controle social. Por meio do modelo lógico foram identificados os principais componentes da estrutura e do processo de trabalho na área de nutrição com o objetivo de reduzir os distúrbios nutricionais em crianças menores de cinco anos.

Cabe destacar que o modelo lógico mostrou-se de fácil aplicação, destacando-se as maiores dificuldades na obtenção das informações relacionadas à Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó. Nesse sentido, como alternativa, a implantação da Estratégia poderia ser avaliada *in loco* por meio da observação da disponibilidade do sachê em pó NutriSUS e das condutas de administração, considerando a normatização correspondente³². Em relação à obtenção das informações, a dependência do engajamento dos participantes e a diversidade de procedimentos propostos merecem atenção do ponto de vista da qualidade do material gerado, sobressaindo a necessidade de considerar a possibilidade de repostas nem sempre precisas dos profissionais. Estudos têm apontado que os profissionais de saúde tendem a realizar uma avaliação mais positiva de suas ações do que os usuários^{37,38}. Por fim, há que enfatizar a importância da validação do modelo³⁹.

A aplicação do modelo lógico resultou em deficiências na implantação das ações de alimentação e nutrição, inclusive de programas específicos. Outros estudos realizados no Brasil de cunho quantitativo, como o presente, também têm relatado importantes deficiências na estrutura e no desenvolvimento das ações de nutrição pelos profissionais de saúde da ESF^{16,40,41}. Além disso, pesquisas avaliativas de intervenções têm mostrado insuficiências de implantação⁴²⁻⁴⁸ e revisões sistemáticas da literatura conseguiram mostrar a precariedade em temas específicos como a vigilância do crescimento⁴⁹, o preenchimento das curvas de crescimento da CSC⁵⁰ e a promoção do aleitamento materno⁵¹. Por sua vez, investigações qualitativas têm destacado como barreiras para o trabalho na área de nutrição na APS aspectos como condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis da população, estrutura física inadequada, problemas de organização nos serviços de saúde, sobrecarga de trabalho e grande demanda de atividades burocráticas, predomínio do modelo biomédico com relações assimétricas e subvalorização do cuidado preventivo, e inadequação dos profissionais de saúde em termos de capacitação na área de nutrição e/ou ausência de nutricionista^{40,52-54}. Circunstâncias como essas parecem ser realidade também em outros países⁵⁵⁻⁵⁷, entretanto com indícios dos benefícios de profissionais treinados nas práticas de cuidado^{55,57} e na satisfação do usuário⁵⁵. O treinamento dos profissionais de saúde na área de nutrição tem se mostrado efetivo tanto no desempenho profissional no cuidado nutricional quanto na melhoria da alimentação e do estado nutricional da criança^{58,59}.

Enquanto nesse estudo não houve diferenças entre equipes do PMM e convencionais na estrutura, no processo e no grau de implantação das ações de alimentação e nutrição, as análises segundo o município indicaram melhor situação quando o nutricionista forma parte das equipes de saúde de forma ampliada. Apesar de não ser possível precisar que o melhor desempenho do Município 2 seja devido à inserção do nutricionista na equipe de saúde, recomendando-se o planejamento de pesquisas posteriores nesse sentido, é prudente cogitar uma influência positiva relacionada às funções desse profissional na gestão e no cuidado nutricional, articulando uma ação conjunta com os demais profissionais e gerando corresponsabilização pelo trabalho dos temas de nutrição no âmbito do SUS²⁰. Resultados semelhantes foram encontrados com base na análise dos dados nacionais do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que mostrou melhor situação na estrutura e no processo de trabalho quando há apoio de nutricionista⁶⁰. Nesse estudo, os benefícios da inserção do nutricionista nas equipes de saúde podem decorrer, ainda, da quantidade de pessoas assistidas, dos vínculos estabelecidos com a comunidade, das

atribuições e da interação com os outros membros da equipe, que podem ser diferentes para o profissional que atua no NASF.

Os resultados da aplicação do modelo devem ser interpretados com cautela considerando a amostra de conveniência de dois municípios de um mesmo Estado da Federação e a possibilidade de viés principalmente nos aspectos avaliados a partir da percepção do profissional. De todo modo, há que destacar a importância dos achados a partir do recorte dos dois casos observados, uma vez que estudos de implantação das ações de alimentação e nutrição na APS no Brasil são escassos, sobretudo estabelecendo diferenças segundo realidades na composição das equipes de saúde. O grau de implantação “intermediário” em ambos os municípios revela um quadro preocupante que pode trazer prejuízos no estado nutricional e de saúde das crianças brasileiras e merece atenção do ponto de vista de capacitação, valorização, incentivo financeiro e estabelecimento de metas na área de alimentação e nutrição.

Conclusão

O modelo de avaliação elaborado utiliza com base as normativas das ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Essa primeira aplicação do instrumento demonstrou viabilidade na utilização dos indicadores propostos para contemplar as ações. Como dado de difícil obtenção destacou-se o uso das informações da Ficha de Controle de Distribuição dos Sachês da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em Pó, o que atenta para lacunas na gestão da Estratégia. Os resultados observados sugerem que todos os indicadores permaneçam no modelo, com possíveis ajustes decorrentes de aplicações sucessivas e validação em diferentes contextos. O modelo elaborado poderá orientar o monitoramento, avaliação, gestão e qualificação das ações e programas de nutrição na ESF. O grau de implantação do cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos foi “intermediário”, com melhor situação no município com equipes de saúde ampliadas com nutricionista.

Referências

1. Sumar N, Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *J Manag Prim Health Care*. 2014;5(2):202-12.
2. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(Esp.):158-64.
3. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de Atenção Primária. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):30-6.
4. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2013;18(1):221-32.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 24 jan.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 28 dez.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* Ago 2016.
9. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011; 24(6):809-24.

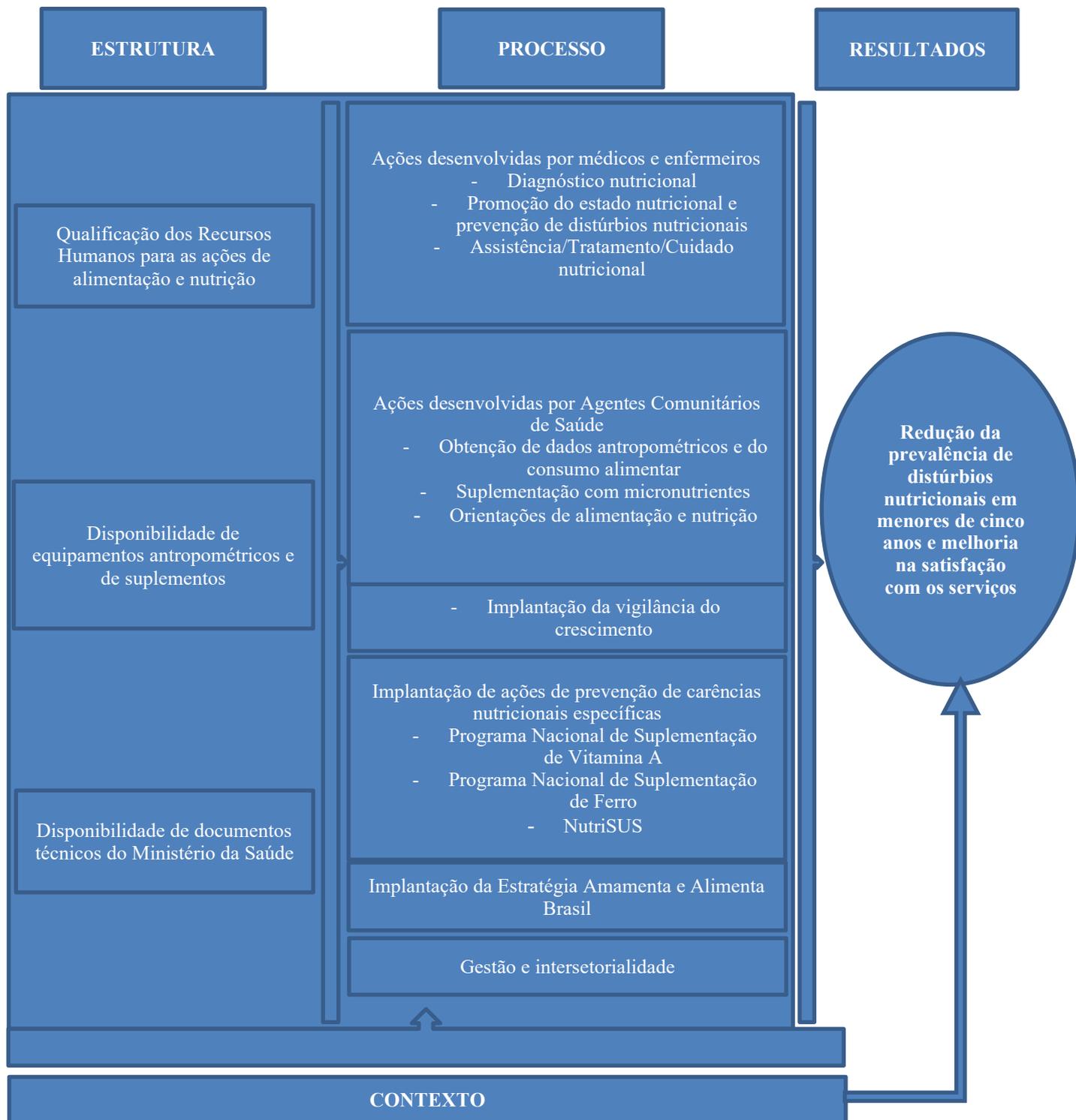
10. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em Saúde. *Divulgação Saúde Debate*. 2014;51:72-85.
11. Recine E, Vasconcellos AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(1):73-9.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14. Junqueira TS, Cotta RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(5):1459-74.
15. Camossa ACA, Telarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Rev Nutr*. 2012;25(1):89-106.
16. Pimentel VRM, Sousa MF, Hamann EM, et al. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(1):49-57.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão da Atenção Básica: Características das Unidades Básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Retratos da Atenção Básica-2012, n. 2).
18. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão da Atenção Básica: Ações da Gestão para Qualificação das Equipes. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Retratos da Atenção Básica-2012, n. 2).
19. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, et al. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2011;16(Supl. 1):797-804.
20. Rigon AS, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):e00164514.
21. Vasconcelos IAL, Sousa MF, Santos LMP. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. *Rev Nutr*. 2015;28(4):431-50.
22. Champagne F, Broussele A, Hartz Z, et al. A análise de implantação. In: Broussele A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.p.217-38.
23. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica n. 27).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
26. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
28. 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; 2015.
29. 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; 2015.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
32. Brasil. Ministério da Saúde. NutriSUS-Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
34. Organización Mundial de la Salud. Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS: Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra: OMS; 2008.
35. Halfon N, Stevens GD, Larson L, et al. Duration of a Well-Child Visit: Association With Content, Family-Centeredness, and Satisfaction. *Pediatrics*. 2011;128(4):657-64.
36. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, et al. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.p.61-74.
37. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5):979-87.

38. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde Debate*. 2015;39(105):387-99.
39. van der Knaap P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. *Evaluation*. 2004;10:16-34.
40. Einloft ABN, Cotta RMM, Araújo RMA. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da ação básica. *Cien Saude Colet*. 2018;23(1):61-72.
41. Figueroa Pedraza D, Santos IS. Assessment of growth monitoring in child care visits at the Family Health Strategy in two municipalities of Paraíba State, Brazil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(4):847-55.
42. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22: E190028.
43. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00161516.
44. Ferreira CS, Cherchiglia ML, Cesar CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2013;13(2):167-77.
45. Venâncio SI, Giugliani ERJ, Silva OLO, et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(3):e00010315.
46. Moraes VD, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde Debate*. 2017;41(N.Esp.3):129-43.
47. Brito VRS, Vasconcelos MGL, Diniz AS, et al. Percepção de profissionais de saúde sobre o programa de combate à deficiência de vitamina A. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016;29(1):93-9.
48. Azeredo CM, Cotta RMM, Silva LS, et al. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). *Cien Saude Colet*. 2013;18(3):827-36.
49. Figueroa Pedraza D. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):7-19.
50. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil-revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(1):122-31.
51. Almeida JM, Luz SAB, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(3):355-62.

52. Palombo CNT, Fujimori E, Toriyama ATM, et al. Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1000-8.
53. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis.* 2017;27(3):793- 811.
54. Oliveira KS, Silva DO, Souza WV. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cad Saúde Colet.* 2014;22(3):260-5.
55. Billah SM, Saha KK, Khan ANS, et al. Quality of nutrition services in primary health care facilities: Implications for integrating nutrition into the health system in Bangladesh. *PLoS ONE.* 2017;12(5):e0178121.
56. Ghodsi D, Omidvar N, Rashidian A, et al. Key Informants' Perceptions on the Implementation of a National Program for Improving Nutritional Status of Children in Iran. *Food Nut Bull.* 2016;38(1):78-91.
57. Bolka H, Abajobir AA. The practice of essential nutrition actions in healthcare deliveries of Shebedino District, South Ethiopia. *Adv Reprod Sciences.* 2014;2(1):8-15.
58. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, et al. Nutrition training improves health workers' nutrition knowledge and competence to manage child undernutrition: a systematic review. *Frontiers in Public Health.* 2013;1:37.
59. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, et al. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: a systematic review. *Nutr J.* 2013;12:66.
60. Machado PMO. Atenção Nutricional no âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise de implantação em municípios brasileiros. [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018.

Figura 1. Modelo lógico-operacional do cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos na Estratégia Saúde da Família, construído com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde.



Fonte: Elaboração própria

Quadro 1. Dimensões, subdimensões e indicadores do modelo avaliativo para definir o grau de implantação do cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos na Estratégia Saúde da Família, com respectivas pontuações (entre parêntesis).

GRAU DE IMPLANTAÇÃO [10,0: (1 + 2)/2]
1.- DIMENSÃO “ESTRUTURA” (10,0: 1.1 + 1.2 + 1.3)
1.1.- Qualificação dos Recursos Humanos para as Ações de Alimentação e Nutrição (4,0: 1.1.1 + 1.1.2 + 1.1.3):
1.1.1.- Recursos humanos para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição (2,0: cada item = 0,5):
Desenvolvimento/coordenação das principais atividades de alimentação e nutrição (por nutricionista, médico, enfermeiro ou em trabalho multiprofissional = 0,5; por outro profissional = 0,25), médico e enfermeiro com pós-graduação ou residência em nutrição/nutrologia/pediatria (todos dois = 0,5; apenas um = 0,25), médico e enfermeiro com treinamento na Política Nacional de Alimentação e Nutrição ou na organização das ações de alimentação e nutrição na ABS/ESF (todos dois = 0,5; apenas um = 0,25), agentes comunitários de saúde com algum tipo de capacitação ou treinamento em nutrição (50% ou mais dos agentes = 0,5).
1.1.2.- Conhecimentos gerais sobre alimentação e nutrição (1,0: cada item = 0,05; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Identificação dos alimentos como fonte de energia e nutrientes, diferença entre alimentos e nutrientes, funções básicas da energia e dos nutrientes, necessidades de vitaminas e sais minerais versus necessidades de macronutrientes, importância do ferro, identificação dos nutrientes, importância dos alimentos ricos em proteínas, valor nutricional das frutas e dos vegetais, identificação de alimentos fontes de proteínas e ferro, relação entre peso corporal e a saúde da criança, recomendações relacionadas ao tempo sobre amamentação exclusiva e complementada, importância do leite materno para a criança, importância da amamentação para a mãe, indicações sobre a suplementação com vitamina A, indicações sobre a suplementação com ferro, indicações sobre a suplementação com múltiplos micronutrientes por meio do sachê NutriSUS, justificativas relacionadas à importância do incentivo à amamentação na primeira hora de vida da criança, importância da ingestão de suco natural de frutas cítricas durante as refeições, recomendações relacionadas ao consumo de frutas/verduras/legumes para crianças maiores de seis meses não amamentadas, definição de aleitamento materno exclusivo.
1.1.3.- Conhecimentos relacionados ao uso e interpretação das curvas de crescimento de crianças menores de cinco anos por meio de <i>case scenarios</i> (1,0: cada item = 0,05; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Caso 1: marcação do perímetro cefálico no gráfico, marcação do peso no gráfico, marcação do comprimento no gráfico, marcação do IMC no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de perímetro cefálico no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de peso no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de comprimento no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de IMC no gráfico; Caso 2: marcação do peso no gráfico, marcação do comprimento no gráfico, marcação do IMC no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de peso no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de estatura no gráfico, interpretação do crescimento baseado em um ponto de IMC no gráfico; Caso 3: interpretação de ganho normal de peso; Caso 4: interpretação de crescimento linear descendente; Caso 5: interpretação de perda de peso; Caso 6: interpretação de estancamento do peso; Caso 7: interpretação de tendência de sobrepeso; Caso 8: interpretação de crescimento linear normal.
1.2.- Disponibilidade de Equipamentos e Suplementos (3,0: cada item = 0,5):
Antropômetro, estadiômetro, balança infantil, balança antropométrica, sulfato ferroso, suplemento de vitamina A.
1.3.- Disponibilidade de Documentos Técnicos (3,0: cada item = 0,2):
Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica, Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica, Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação, Guia alimentar para a população brasileira, Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica, Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica, Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar, Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas, Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde, NutriSUS – Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó: manual operacional OU NutriSUS: caderno de orientações: estratégia de fortificação da alimentação infantil com

micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó.
2.- DIMENSÃO “PROCESSO” (10,0: 2.1 + 2.2 + 2.3 + 2.4 + 2.5 + 2.6)
2.1.- Desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição por Médicos e Enfermeiros (3,0: 2.1.1 + 2.1.2 + 2.1.3):
2.1.1.- Diagnóstico nutricional de crianças menores de cinco anos (1,0: cada item = 0,1; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Obtenção de dados de peso, obtenção de dados de altura, obtenção de dados do consumo alimentar, identificação das práticas de aleitamento materno, identificação de práticas alimentares relacionadas ao desenvolvimento de sobrepeso/obesidade, identificação de sinais de deficiências de micronutrientes, identificação de crianças com desnutrição, identificação de crianças com sobrepeso/obesidade, preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores antropométricos, preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores do consumo alimentar.
2.1.2.- Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais de crianças menores de cinco anos (1,0: cada item = 0,1; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Informação sobre estratégias de promoção da segurança alimentar e nutricional da família, incentivo/apoio e proteção do aleitamento materno e da alimentação complementar, promoção da alimentação adequada e saudável nas consultas da criança, promoção da alimentação adequada e saudável em ações coletivas com famílias de crianças menores de 5 anos no seu núcleo, atividades relacionadas à suplementação com ferro/micronutrientes, atividades relacionadas à suplementação com vitamina A, orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de ferro, orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de vitamina A, cuidado nutricional a crianças com necessidades alimentares específicas (erros inatos do metabolismo, doença celíaca, HIV/aids, intolerâncias alimentares, alergias alimentares, transtornos alimentares, prematuridade, nefropatias), reforço da importância do cumprimento do calendário de consultas como instrumento para a promoção do estado nutricional e vigilância do crescimento da criança.
2.1.3.- Assistência/tratamento/cuidado de crianças menores de cinco anos (1,0: cada item = 0,2; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Encaminhamento das crianças com distúrbios nutricionais para tratamento dietético com o nutricionista, encaminhamento de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional como possível beneficiário do Programa Bolsa Família, tratamento das crianças com anemia, tratamento das crianças com hipovitaminose A, tratamento de crianças com erros inatos de metabolismo e de alergias alimentares.
2.2.- Desenvolvimento das Ações de Alimentação e Nutrição por Agentes Comunitários de Saúde (1,0: cada item = 0,1; pontuação de cada variável = soma das pontuações dos profissionais da equipe entrevistados/total de profissionais entrevistados):
Obtenção de medidas de peso, obtenção de medidas de altura, obtenção de dados de consumo alimentar, suplementação com ferro, suplementação com vitamina A, orientações sobre alimentação saudável, incentivo/apoio e proteção do aleitamento materno e da alimentação complementar, orientação alimentar vinculada à suplementação com ferro, orientação alimentar vinculada à suplementação com vitamina A, orientações sobre alimentação e nutrição direcionadas a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
2.3.- Implantação da Vigilância do Crescimento (2,0: 2.3.1 + 2.3.2):
2.3.1.- Vigilância do crescimento das crianças menores de cinco anos nas consultas de puericultura (considerando o profissional encarregado pela consulta) (1,0: cada item = 0,1; pontuação de cada variável = soma das pontuações de cada criança analisada da área de abrangência da equipe/total de crianças analisadas da área de abrangência da equipe):
Mensuração do peso, mensuração da estatura, mensuração do perímetro cefálico, registro do peso no gráfico da CSC, registro da estatura no gráfico da CSC, registro do perímetro cefálico no gráfico da CSC, orientações às mães sobre o peso da criança, orientações às mães sobre o crescimento da criança, orientações às mães sobre o perímetro cefálico da criança, tempo da consulta ≥ 10 minutos.
2.3.2.- Preenchimento das curvas de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança das crianças menores de cinco anos (1,0: cada item = 0,25; pontuação de cada variável = soma das pontuações de cada criança analisada da área de abrangência da equipe/total de crianças analisadas da área de abrangência da equipe):
Preenchimento do gráfico de perímetro cefálico para a idade, preenchimento do gráfico de peso para a idade, preenchimento do gráfico de altura para a idade, preenchimento do gráfico de Índice de Massa Corporal para a idade.
2.4.- Implantação das Ações de Prevenção de Carências Nutricionais Específicas (2,0: 2.4.1 + 2.4.2):
2.4.1.- Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (1,0: pontuação = soma das pontuações de cada criança analisada da área de abrangência da equipe/total de crianças analisadas da área de abrangência da equipe):

Registro da suplementação com vitamina A na Caderneta de Saúde da Criança.
2.4.2.- Programa Nacional de Suplementação de Ferro (1,0: pontuação = soma das pontuações de cada criança analisada da área de abrangência da equipe/total de crianças analisadas da área de abrangência da equipe):
Registro da entrega de xarope de sulfato ferroso na Caderneta de Saúde da Criança (um registro a cada três meses = 1,0; um registro a cada seis meses = 0,5).
2.5.- Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (1,0: cada item = 0,25):
Formação de tutores, realização de oficinas de trabalho, elaboração de plano de ação para fortalecimento das ações previstas na Estratégia, certificação da unidade de saúde.
2.6.- Gestão e Intersetorialidade (1,0: cada item = 0,1):
Planejamento para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição (planejamento), diagnóstico de alimentação e nutrição da população de abrangência com a identificação de áreas vulneráveis e grupos de risco (diagnóstico), preenchimento do Mapa de Acompanhamento do Bolsa Família (gestão do Programa Bolsa Família), preenchimento do Mapa Diário de Administração de Vitamina A (gestão da suplementação com vitamina A), avaliação antropométrica e acompanhamento do estado nutricional das crianças nas creches e/ou escolas (intersectorialidade da vigilância alimentar e nutricional com o Programa Saúde na Escola), identificação e tratamento diferenciado das crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família na avaliação antropométrica e acompanhamento do estado nutricional (intersectorialidade da vigilância alimentar e nutricional com o Programa Bolsa Família), orientações de alimentação e nutrição a crianças nas creches e/ou escolas (intersectorialidade da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil com o Programa Saúde na Escola), promoção da alimentação saudável em ações coletivas direcionadas a crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (intersectorialidade da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil com o Programa Bolsa Família), interpretação de relatórios gerados a partir do SISVAN Web ou do e-SUS para tomar decisões relacionadas às ações de alimentação e nutrição (tomada de decisões), participação em reuniões com a coordenação municipal para discutir questões relacionadas à gestão e implementação das ações de alimentação e nutrição nos níveis comunitário e municipal (coordenação).

Fonte: Elaboração própria

Tabela 1. Escores médios relacionados à estrutura das unidades de saúde e ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, segundo o município e o tipo de equipe de saúde, classificatórios do grau de implantação do cuidado nutricional para crianças menores de cinco anos de idade na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, 2017.

Dimensão/Subdimensão/ Variável (Pontuação máxima)	Escore médios e classificação*		p	Escore médios e classificação*		p
	Município 1	Município 2		Equipes do PMM	Equipes convencionais	
ESTRUTURA						
Recursos humanos para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição (2,0)	0,85 ± 0,12 Intermediário	1,08 ± 0,13 Intermediário	0,110	0,85 ± 0,11 Intermediário	1,08 ± 0,13 Intermediário	0,110

Conhecimentos de médicos e enfermeiros para atuar na área de nutrição (2,0)	1,67 ± 0,04 Avançado	1,68 ± 0,04 Avançado	0,464	1,68 ± 0,03 Avançado	1,67 ± 0,04 Avançado	0,440
-Conhecimentos gerais (1,0)	0,79 ± 0,01 Avançado	0,83 ± 0,01 Avançado	0,070	0,80 ± 0,02 Avançado	0,81 ± 0,01 Avançado	0,362
-Conhecimentos relacionados às curvas de crescimento (1,0)	0,88 ± 0,03 Avançado	0,85 ± 0,02 Avançado	0,358	0,88 ± 0,02 Avançado	0,86 ± 0,04 Avançado	0,353
Qualificação dos recursos humanos para as ações de alimentação e nutrição (Subdimensão 1) (4,0)	2,52 ± 0,50 Intermediário	2,76 ± 0,53 Avançado	0,140	2,53 ± 0,47 Intermediário	2,75 ± 0,56 Avançado	0,155
Disponibilidade de equipamentos antropométricos e de suplementos (Subdimensão 2) (3,0)	2,12 ± 0,18 Avançado	2,83 ± 0,07 Avançado	0,0009	2,62 ± 0,10 Avançado	2,35 ± 0,21 Avançado	0,120
Disponibilidade de documentos técnicos da área de nutrição (Subdimensão 3) (3,0)	0,73 ± 0,16 Incipiente	1,24 ± 0,21 Intermediário	0,032	0,84 ± 0,35 Incipiente	1,11 ± 0,37 Intermediário	0,162
Estrutura (Dimensão 1) (10,0)	5,37 ± 0,32 Intermediário	6,83 ± 0,26 Avançado	0,001	5,99 ± 0,32 Intermediário	6,21 ± 0,26 Intermediário	0,342
PROCESSO						
Atuação de médicos e enfermeiros no cuidado nutricional (Subdimensão 1) (3,0)	2,36 ± 0,06 Avançado	2,37 ± 0,05 Avançado	0,481	2,35 ± 0,07 Avançado	2,37 ± 0,05 Avançado	0,407
-Diagnóstico nutricional (1,0)	0,81 ± 0,03 Avançado	0,75 ± 0,03 Avançado	0,529	0,80 ± 0,02 Avançado	0,75 ± 0,03 Avançado	0,141
-Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais (1,0)	0,81 ± 0,02 Avançado	0,80 ± 0,03 Avançado	0,612	0,80 ± 0,03 Avançado	0,82 ± 0,02 Avançado	0,302
- Assistência/tratamento/cuidado (1,0)	0,74 ± 0,03 Avançado	0,82 ± 0,02 Avançado	0,037	0,75 ± 0,04 Avançado	0,80 ± 0,02 Avançado	0,148
Atuação do Agente Comunitário de Saúde nas ações de alimentação e nutrição (Subdimensão 2) (1,0)	0,84 ± 0,02 Avançado	0,72 ± 0,04 Avançado	0,498	0,75 ± 0,04 Avançado	0,81 ± 0,03 Avançado	0,171
-Diagnóstico nutricional (0,3)	0,27 ± 0,01 Avançado	0,16 ± 0,02 Intermediário	0,599	0,20 ± 0,02 Intermediário	0,24 ± 0,01 Avançado	0,083
-Suplementação com micronutrientes (0,2)	0,13 ± 0,01 Intermediário	0,10 ± 0,01 Intermediário	0,681	0,11 ± 0,01 Intermediário	0,12 ± 0,02 Intermediário	0,391
-Promoção da alimentação saudável (0,5)	0,44 ± 0,02 Avançado	0,46 ± 0,01 Avançado	0,326	0,44 ± 0,02 Avançado	0,45 ± 0,02 Avançado	0,455
Implantação da vigilância do crescimento: atuação do profissional que realiza a consulta de puericultura (1,0)	0,64 ± 0,05 Intermediário	0,76 ± 0,04 Avançado	0,045	0,72 ± 0,04 Avançado	0,66 ± 0,05 Intermediário	0,221
-Tomada de medidas antropométricas (0,3)	0,28 ± 0,01 Avançado	0,30 ± 0,01 Avançado	0,045	0,28 ± 0,01 Avançado	0,29 ± 0,01 Avançado	0,341
-Registro de medidas antropométricas (0,3)	0,16 ± 0,02 Intermediário	0,24 ± 0,01 Avançado	0,0012	0,18 ± 0,02 Intermediário	0,19 ± 0,02 Intermediário	0,372
-Orientações sobre o estado nutricional (0,3)	0,16 ± 0,02 Intermediário	0,17 ± 0,02 Intermediário	0,387	0,19 ± 0,02 Intermediário	0,14 ± 0,03 Intermediário	0,071
-Tempo da consulta (0,1)	0,04 ± 0,01 Intermediário	0,05 ± 0,01 Intermediário	0,673	0,07 ± 0,01 Intermediário	0,04 ± 0,01 Intermediário	0,139
Implantação da vigilância do crescimento: preenchimento das curvas de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança (1,0)	0,06 ± 0,01 Incipiente	0,21 ± 0,03 Incipiente	0,0004	0,16 ± 0,04 Incipiente	0,13 ± 0,03 Incipiente	0,323

Implantação da vigilância do crescimento (Subdimensão 3) (2,0)	0,70 ± 0,05 Intermediário	0,97 ± 0,05 Intermediário	0,001	0,88 ± 0,05 Intermediário	0,79 ± 0,05 Intermediário	0,202
Implantação das ações de prevenção de carências nutricionais específicas (Subdimensão 4) (2,0)	0,50 ± 0,09 Incipiente	0,92 ± 0,06 Intermediário	0,0003	0,71 ± 0,09 Intermediário	0,71 ± 0,09 Intermediário	0,500
-Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (1,0)	0,37 ± 0,06 Intermediário	0,50 ± 0,02 Intermediário	0,034	0,46 ± 0,04 Intermediário	0,42 ± 0,06 Intermediário	0,279
-Programa Nacional de Suplementação de Ferro (1,0)	0,13 ± 0,07 Incipiente	0,42 ± 0,06 Intermediário	0,001	0,25 ± 0,07 Incipiente	0,29 ± 0,07 Incipiente	0,349
Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Subdimensão 5) (1,0)	0,27 ± 0,09 Incipiente	0,48 ± 0,12 Intermediário	0,098	0,39 ± 0,13 Intermediário	0,35 ± 0,09 Intermediário	0,400
Ações de gestão e intersetorialidade desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde (Subdimensão 6) (1,0)	0,66 ± 0,04 Intermediário	0,82 ± 0,03 Avançado	0,009	0,72 ± 0,03 Avançado	0,76 ± 0,06 Avançado	0,279
-Gestão (0,6)	0,35 ± 0,03 Intermediário	0,48 ± 0,03 Avançado	0,015	0,40 ± 0,04 Avançado	0,44 ± 0,04 Avançado	0,246
-Intersetorialidade (0,4)	0,31 ± 0,02 Avançado	0,34 ± 0,02 Avançado	0,187	0,32 ± 0,02 Avançado	0,32 ± 0,03 Avançado	0,500
Processo de Trabalho (Dimensão 2) (10,0)	4,88 ± 0,10 Intermediário	5,88 ± 0,17 Intermediário	0,0000	5,35 ± 0,22 Intermediário	5,40 ± 0,19 Intermediário	0,381
Implantação das ações de alimentação e nutrição (10,0)	5,13 ± 0,18 Intermediário	6,36 ± 0,19 Intermediário	0,0001	5,67 ± 0,26 Intermediário	5,80 ± 0,27 Intermediário	0,346

Fonte: Elaboração própria. PMM: Programa Mais Médicos. * Incipiente: 0,0 a 33,3% da pontuação máxima; intermediário: 33,4 a 66,7% da pontuação máxima; avançado: 66,8 a 100,0% da pontuação máxima.