



Modelo de avaliação do cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família*

Modelo de medición del cuidado nutricional al niño en la Estrategia Salud de la Familia

Model for measuring child nutrition care in the Family Health Strategy

Recepção: 12 de Novembro de 2021. **Aprovação:** 21
de Outubro de 2022. **Publicação:** 31 de março de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.macn>

Dixis Figueroa Pedraza^a
Universidade Estadual da Paraíba, Brasil
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5394-828X>

^a Autora de correspondência. Rua das Baraúnas, 351, Campus Universitário, Bodocongó, 58109-753, Campina Grande, Paraíba, Brasil.
Correio eletrônico: dixisfigueroa@gmail.com

Resumo

Objetivos: propor e verificar a aplicabilidade de um modelo para avaliar o cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na Estratégia Saúde da Família. Metodologia: trata-se de uma pesquisa metodológica. O estudo contemplou a construção de um modelo lógico-operacional e a verificação da sua aplicabilidade. O desenvolvimento do modelo baseou-se na análise de implantação e na proposta avaliativa para serviços de saúde de Donabedian. A aplicabilidade verificou-se em 24 equipes de saúde de dois municípios do estado da Paraíba (Brasil), com a inclusão de informações de três níveis de análise imbricados (equipes de saúde, profissionais e população). Os resultados foram comparados segundo o município e o tipo de equipe de saúde por meio do teste t de Student. Resultados: 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 caracterizou o cuidado nutricional como fragmentado, observando-se deficiências no preenchimento das curvas de crescimento da caderneta de saúde da criança e no Programa Nacional de Suplementação de Ferro em ambos os municípios, e melhor desempenho no município com equipes ampliadas com nutricionista. Conclusões: o modelo poderá orientar o monitoramento, avaliação, gestão e qualificação do cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família. O grau de implantação das ações de alimentação e nutrição foi “intermediário”, com melhor situação para equipes ampliadas com nutricionista.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, avaliação de serviços de saúde, programas e políticas de nutrição e alimentação, nutrição da criança, gestão em saúde.

Resumen

Objetivos: plantear y averiguar la aplicabilidad de un modelo para medir el cuidado nutricional al niño menor de cinco años en la Estrategia Salud de la Familia (Brasil). Metodología: se trata de una investigación metodológica. El estudio contempló la construcción de un modelo lógico-operacional y la averiguación de su aplicabilidad. El desarrollo del modelo se basó en el análisis de implantación y en la propuesta evaluativa para servicios de salud de Donabedian. La aplicabilidad se verificó en 24 equipos de salud de dos municipios del departamento de Paraíba (Brasil), con la inclusión de tres niveles de análisis imbricados (equipos de salud, profesionales y población). Los resultados se compararon según el municipio y el tipo de equipo de salud por medio del teste t de Student. Resultados: el modelo construido contempla parámetros de estructura (recursos humanos y disponibilidad de materiales e insumos) y proceso (prácticas generales de profesionales de salud, vigilancia del crecimiento, prevención de carencias nutricionales específicas, contexto de la Estrategia Lacta y Alimenta Brasil y de gestión/intersectoriales). La aplicación caracterizó el cuidado nutricional como fragmentado, observándose falencias en la cumplimentación de las curvas de crecimiento del carné de salud del niño y en el Programa Nacional de Suplementación de Hierro en ambos municipios, y mejor desempeño en el municipio con equipos ampliados con nutricionista. Conclusiones: el modelo podrá orientar el monitoreo, evaluación, gestión y medición del cuidado nutricional al niño en la Estrategia Salud de la Familia. El grado de implantación de las acciones de alimentación y nutrición fue “intermedio”, con mejor situación para equipos ampliados con nutricionista.

Palabras clave: atención primaria a la salud, evaluación de servicios de salud, programas y políticas de nutrición y alimentación del niño, gestión en salud.

Abstract

Objectives: to propose and verify the applicability of a model to measure the nutritional care of children under five years of age in the Family Health Strategy (Brazil). Methodology: this is a methodological research. The study contemplated the construction of a logical-operational model and the ascertainment of its applicability. The development of the model was based on the implementation analysis and on Donabedian's evaluative proposal for health services. The applicability was verified in 24 health teams in two municipalities in the department of Paraíba (Brazil), with the inclusion of three intertwined levels of analysis (health teams, professionals and population). The results were compared according to the municipality and type of health team by means of Student's t-test. Results: the model constructed contemplates parameters of structure (human resources and availability of materials and supplies) and process (general practices of health professionals, growth monitoring, prevention of specific nutritional deficiencies, context of the Lacta and Alimenta Brasil Strategy and management/intersectoral). The application characterized nutritional care as fragmented, noting deficiencies in the compliance with the growth curves of the child health card and in the National Iron Supplementation Program in both municipalities, and better performance in the



Modelo de avaliação do cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família

municipality with expanded teams with a nutritionist. Conclusions: the model will be able to guide the monitoring, evaluation, management and measurement of nutritional care for children in the Family Health Strategy. The degree of implementation of food and nutrition actions was “intermediate”, with a better situation for extended teams with a nutritionist.

Keywords: primary health care, health services evaluation, child nutrition and feeding programs and policies, health management.

Introdução

Desde a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde em Alma-Ata em 1978, 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, o qual é centrado na doença. Nesse evento, definiu-se, 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 melhores resultados, com impactos positivos nos indicadores e nas desigualdades socioeconômicas na saúde, o que reforça a importância de investir na atenção primária (3).

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 [1-3]). A ESF representa o mecanismo principal para o avanço da APS no Brasil e é reconhecida globalmente como exemplo de sucesso (3). Distingue-se por avanços relacionados ao componente “demanda”, como na universalização do acesso, da cobertura, da focalização, do acolhimento e do vínculo. Entretanto, enfrenta desafios no enfoque de necessidades e determinantes sociais da saúde, como na territorialização, na participação comunitária, na intersetorialidade e na integralidade do cuidado (4).

Essa conjuntura apresenta-se em condições da população brasileira marcada por um processo de transição nutricional caracterizado por mudanças nos padrões de consumo alimentar e aumento expressivo e progressivo do sobrepeso/obesidade, bem como de doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à alimentação e ao excesso de peso (5). Assim, os serviços de saúde brasileiros estão sendo desafiados não apenas a dar respostas contínuas e integradas, distantes das práticas atuais, que respondam às necessidades do país (2), mas também ao fortalecimento da agenda de alimentação e nutrição no SUS (5). Nesse sentido, aponta-se a necessidade de respostas para além do setor saúde que incorporem a compreensão dos determinantes sociais da saúde e a dimensão da sustentabilidade, dialogando com a agenda 2030 do desenvolvimento sustentável e com a educação alimentar e nutricional enquanto estratégia prioritária das políticas públicas de saúde e de segurança alimentar e nutricional (5).

Entretanto, destaca-se que profissionais de saúde e gestores da APS precisam de qualificação para a oferta das ações de alimentação e nutrição, inclusive para a abordagem dos distúrbios associados, como a obesidade (6-8). Apesar dessa conjuntura, a inserção do nutricionista na APS ainda é incipiente, ficando o cuidado nutricional sob a responsabilidade, principalmente, de médicos e enfermeiros (6, 9). Essas circunstâncias limitam as ações na área de alimentação e nutrição no sistema de saúde, colaborando no represamento das demandas existentes. Por sua vez, essas ações podem fortalecer os atributos da APS e o nutricionista pode



gerar corresponsabilização necessária pelo trabalho dessa temática, o que contribuiria para a resolutividade dos problemas de saúde (6, 8).

A apresentação de uma intervenção na forma de um modelo ressalta-se por facilitar sua compreensão em termos de implementação, indicadores, aspectos do monitoramento e avaliação, e seu impacto (10). Diante desse contexto, questionou-se sobre quais as estratégias de avaliação de intervenções e programas de alimentação e nutrição para a criança menor de cinco anos na APS têm sido desenvolvidas, de forma a refletir a produção do conhecimento e os desafios nesse campo. O artigo propõe um modelo para avaliar o cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na ESF e verifica sua aplicabilidade em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil.

Métodos

Aspectos éticos

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 (certificado de apresentação de apreciação ética 71609317.9.0000.5187). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa metodológica. O estudo contemplou a construção de um modelo lógico-operacional e a verificação da sua aplicabilidade.

Desenvolvimento do modelo

Para a elaboração do modelo, primeiramente foram revisados os documentos oficiais do Ministério da Saúde que orientam o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição na APS no Brasil (11-20). Posteriormente, foi conduzida, na fase da coleta de dados, uma revisão da literatura brasileira sobre a avaliação das ações de alimentação e nutrição direcionadas a crianças menores de cinco anos na APS-ESF com foco em artigos publicados entre 2010 e 2016. 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*”; “*outcome and process assessment*” (*health care*); “*process assessment*” (*health care*); “*quality of health care*”; “*child care*”; “*work performance*”; “*professional training*” e “*health knowledge, attitudes, practice*” com “*nutrition policy*”, “*nutrition programs*” e “*nutritional surveillance*”. Nesta etapa, incluíram-se 13 artigos após analisar se as publicações respondiam à pergunta orientadora do estudo (critério de inclusão).

A análise de implantação de uma intervenção (21) e a proposta avaliativa para serviços de saúde de Donabedian (22) foram utilizadas como referencial teórico-metodológico para elaborar o modelo. Nesse contexto, considerou-se a necessidade de incluir o papel desempenhado por um conjunto de variáveis na produção de efeitos, de forma a discriminar a contribuição dos componentes verdadeiramente implantados (21). Com base na proposta de avaliação em saúde, foram definidos como dimensões mediadoras da implantação a estrutura e o processo, os quais integram os fatores que contribuem para os resultados esperados. 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 estruturais (22).

A partir dos documentos técnicos do Ministério da Saúde e dos artigos resultantes da revisão da literatura, foram elencados possíveis indicadores. Os dados foram comparados e confrontados, estabelecendo-se justificativas teóricas de cada indicador em consonância com a integralidade do cuidado na APS (3). Ainda, julgou-se a essencialidade de cada indicador com base na sua relevância para a melhoria do estado nutricional das crianças menores de cinco anos na perspectiva do cuidado (23). Esse julgamento foi guiado pela premissa de se obter um modelo sintético que permitisse diferentes planos de explicação para a implantação das ações de alimentação e nutrição. Nesse sentido, optou-se por incluir informações de três níveis de análise imbricados: equipes de saúde, profissionais e população.

O modelo lógico-operacional do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na ESF proposto resultou em três subdimensões para a estrutura e seis para o processo. A estrutura compreende a capacitação e 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 (Figura 1).

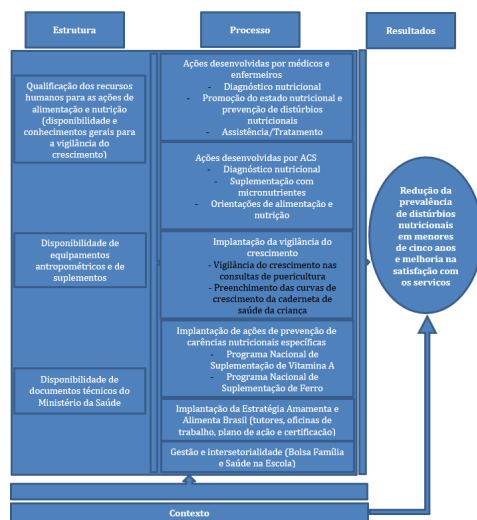


Figura 1 Modelo lógico-operacional do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na Estratégia Saúde da Família

Fonte: elaboração própria.

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 delas. Inclui características sobre os recursos humanos em termos de disponibilidade e conhecimentos na área de nutrição. Engloba tanto conhecimentos gerais de nutrição quanto específicos relacionados à vigilância do crescimento. 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.

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/cuidado (12). As variáveis (ações) na subdimensão “Desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição por ACS” centram atenção no diagnóstico nutricional (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 profissional (13).

A subdimensão “Implantação da vigilância do crescimento” propõe o uso de informações relacionadas às práticas nas consultas de puericultura e ao preenchimento da caderneta de saúde da criança. A definição dos parâmetros baseou-se nos critérios normativos do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis preconizados pelo Ministério da Saúde. Assim, compreende a mensuração, o registro nos gráficos de acompanhamento do crescimento contidos

na caderneta de saúde da criança e a orientação materna, relacionados ao peso, estatura e perímetro cefálico da criança (14-16). Adicionalmente, ressalta a importância do tempo de consulta, com base na sua influência para a qualidade do atendimento (24).

A subdimensão “Implantação das ações de prevenção de carências nutricionais específicas” inclui as ações do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (18) e do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (19).

A subdimensão “Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” trata sobre a execução pela equipe de saúde das ações preconizadas na Estratégia. Dessa forma, foca a formação de tutores, a realização de oficinas de trabalho, a elaboração de planos de ação para o fortalecimento das ações previstas nela e a certificação da unidade de saúde (20).

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

O modelo lógico-operacional do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na ESF construído foi testado por meio de um estudo de caso no ambiente/realidade para o qual foi proposto (equipes de Saúde da Família), desenvolvido no primeiro semestre de 2018. As características do estudo são descritas nos itens a seguir.

Local do estudo

A aplicação do modelo desenvolvido teve por cenário equipes de saúde da ESF de dois municípios do estado da Paraíba. Esse é um estado da região Nordeste do Brasil. Em 2018, o estado atingiu o índice de desenvolvimento humano de 0,701, considerado alto. O estado tinha, em 2020, população estimada de 4.039.277 habitantes e densidade demográfica de 70,77 hab/km². A atual configuração da regionalização da saúde na Paraíba organiza o estado em 16 regiões de saúde distribuídas em três macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios, nos quais funcionam 1.444 equipes da ESF, que cobrem 94,99% da população.

O estudo foi desenvolvido nas duas cidades mais populosas da Paraíba. Um deles é composto de 20 equipes da ESF (município 1) e o outro de 28 (município 2), cujos arranjos incluíam tanto equipes do tipo convencional quanto do Programa Mais Médicos (PMM). Os dois municípios



diferem quanto à forma de atuação do nutricionista nas equipes de saúde, sendo um por meio de núcleos de apoio (município 1) e o outro por meio da constituição de equipes ampliadas (município 2). O PMM representou uma ação do governo brasileiro para diminuir a má distribuição de médicos no Brasil (3).

Participantes do estudo

Em cada município, a aplicabilidade do modelo foi testada em 12 equipes de saúde (seis do PMM e seis convencionais), sorteadas aleatoriamente. Participaram do estudo médicos e enfermeiros que atuavam nessas instituições, bem como crianças menores de dois anos por eles atendidos nas consultas de puericultura. A amostra totalizou 44 profissionais (21 médicos e 23 enfermeiros), sendo que, do total de 24 equipes de saúde, três médicos e um enfermeiro não manifestaram interesse em participar. Esses profissionais realizaram 116 consultas de puericultura em menores de dois anos no dia da coleta de dados. Ainda, em ambos os municípios, foram incluídos aleatoriamente 1/3 dos ACS em atividade nas equipes sorteadas, totalizando 83 profissionais.

Coleta e análise dos dados

Incluíram-se informações das equipes de saúde, dos profissionais e da população alistados à estrutura e ao processo do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na ESF, em conformidade com o modelo lógico-operacional elaborado (Figura 1).

Os profissionais de saúde responderam a um questionário estruturado com perguntas fechadas sobre a estrutura das equipes de saúde, sua atuação no cuidado nutricional à criança e as ações da equipe de saúde no contexto da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, e da gestão e intersetorialidade. Alguns aspectos foram confirmados por observação quando necessário, a exemplo da disponibilidade de materiais. Os itens analisados foram considerados adequados quando respondidos positivamente.

Procedimentos específicos adotaram-se para a obtenção dos dados sobre o conhecimento dos médicos e dos enfermeiros para atuar na área de nutrição, para a vigilância do crescimento nas consultas de puericultura, para o preenchimento dos gráficos de crescimento da caderneta de saúde da criança e para a implantação das ações de prevenção de carências nutricionais específicas.

O conhecimento dos médicos e dos enfermeiros sobre nutrição foi abordado por meio de um questionário de 20 perguntas com alternativas de respostas “verdadeiro” ou “falso” e oito *case scenarios* (casos hipotéticos), representando gráficos de crescimento de crianças menores de cinco anos. As perguntas referiam-se a conhecimentos gerais sobre alimentação e nutrição, com ênfase na infância, enquanto os *case scenarios* tinham por propósito avaliar o registro e interpretação de dados antropométricos nas curvas de crescimento. Respostas corretas indicaram adequação. Maiores detalhes estão disponíveis em outro artigo com resultados da pesquisa (25).

Para a análise do processo de vigilância do crescimento, observaram-se as consultas de puericultura das crianças menores de dois anos consultadas pelos médicos e pelos enfermeiros no dia de coleta de dados, em um dia típico de trabalho. Uma dupla de entrevistadores preencheu uma lista de verificação sobre a realização ou não de medição, registro e orientação nutricional relacionados ao perímetro cefálico, peso e comprimento das crianças. Além disso, também foram registrados os horários de início e fim das consultas. Considerou-se adequado quando os profissionais realizavam ações de observação. O tempo da consulta foi estimado ideal quando maior ou igual a 10 minutos (24).

O preenchimento da caderneta de saúde da criança das mesmas crianças que realizaram a puericultura foi verificado à saída da consulta. Os pesquisadores anotavam a quantidade de registros nos gráficos de perímetro cefálico para a idade, peso para a idade, índice de massa corporal para a idade e comprimento para a idade, bem como de suplementos nos quadros de anotações da suplementação preventiva de ferro e vitamina A e/ou das vacinas. O preenchimento dos gráficos de crescimento julgou-se adequado se as quantidades de registros estavam consoantes com o mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde (aos 15 dias, 16 dias |- 1 mês, 1 |- 2 meses, 2 |- 4 meses, 4 |- 6 meses, 6 |- 9 meses, 9 |- 12 meses, 12 |- 18 meses, 18 |- 24 meses [16]), segundo a idade da criança no momento do inquérito. Nas crianças entre 6 e 24 meses, esse mesmo critério foi aplicado para a implantação do Programa Nacional de Suplementação com Ferro; enquanto, com relação ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, considerou-se adequado o intervalo mínimo de seis meses entre duas anotações (6 |- 12 meses, 12 |- 18 meses, 18 |- 24 meses [18]).

Na Tabela 1, é possível visualizar a matriz avaliativa construída a partir do modelo lógico-operacional para determinar o grau de implantação do cuidado nutricional à criança. Além disso, sistematiza os parâmetros segundo as dimensões de análise — estrutura e processo —, suas pontuações máximas (adequação), designadas entre parêntesis, e fontes de informação. Na matriz, os dados constituem um sistema de escores, no qual as subdimensões e as dimensões derivaram da soma das pontuações dos seus componentes. Assim, o grau de implantação resulta da soma dos escores da estrutura e do processo dividido por dois (duas dimensões com o mesmo peso).



Tabela 1 Matriz avaliativa para definir o grau de implantação do cuidado nutricional à criança menor 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)
1.1.1. Disponibilidade de recursos humanos para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição (2,0) Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas
1.1.2. Conhecimento de médicos e enfermeiros para atuar na área de nutrição (2,0) - Conhecimentos gerais sobre alimentação e nutrição (1,0) - 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) Fonte de informação: questionário sobre conhecimentos gerais de alimentação e nutrição e para a vigilância do crescimento
1.2. Disponibilidade de equipamentos antropométricos e de suplementos (3,0) Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas e observação
1.3. Disponibilidade de documentos técnicos do Ministério da Saúde (3,0) Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas e observação
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) Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas
2.1.1. Diagnóstico nutricional (1,0)
2.1.2. Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais (1,0)
2.1.3. Assistência/tratamento (1,0)
2.2. Desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição por ACS (1,0) Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas
2.2.1. Diagnóstico nutricional (0,3)
2.2.2. Suplementação com micronutrientes (0,2)
2.2.3. Promoção da alimentação saudável (0,5)
2.3. Implantação da vigilância do crescimento (2,0: 2.3.1 + 2.3.2)
2.3.1. Vigilância do crescimento nas consultas de puericultura (1,0) - Obtenção de medidas antropométricas (0,3) - Registro de medidas antropométricas (0,3) - Orientações sobre o estado nutricional (0,3) - Tempo da consulta (0,1) Fonte de informação: observação das consultas de puericultura e uso de uma lista de verificação
2.3.2. Preenchimento das curvas de crescimento da caderneta de saúde da criança (1,0) Fonte de informação: verificação do preenchimento dos gráficos de crescimento da caderneta de saúde da criança
2.4. Implantação das ações de prevenção de carências nutricionais específicas (2,0: 2.4.1 + 2.4.2) Fonte de informação: verificação do preenchimento dos quadros de anotações de suplementação e vacinação da caderneta de saúde da criança
2.4.1. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (1,0)
2.4.2. Programa Nacional de Suplementação de Ferro (1,0)
2.5. Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (tutores, oficinas de trabalho, planos de ação e certificação) (1,0) Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas
2.6. Gestão e intersetorialidade (1,0: 2.6.1 + 2.6.2) Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas
2.6.1. Gestão das ações de alimentação e nutrição (0,6)
2.6.2. Intersetorialidade com os programas Bolsa Família e Saúde na Escola (0,4)

1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6: subdimensões.

Fonte: elaboração própria.

Os dados obtidos da aplicação da matriz avaliativa foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada em um banco de dados customizado com verificações de consistência

e restrições de intervalo. As inconsistências entre digitadores foram verificadas e retificadas por meio de nova consulta aos respectivos questionários. Os resultados dos escores foram comparados segundo o município e o tipo de equipe de saúde por meio do teste t de Student. A normalidade dos dados foi aferida através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Adotou-se o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com o software Stata versão 12.0.

Para a classificação, os escores foram categorizados em três níveis de acordo com o máximo de pontos possíveis: “incipiente” (de 0% a 33,3%), “intermediário” (de 33,4% a 66,7%) e “avançado” (de 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”.

Medidas adotadas para evitar vieses

A equipe de campo do estudo foi formada por profissionais e estudantes da área de saúde, com experiência prévia em trabalho de campo. O controle de qualidade incluiu treinamento e padronização dos entrevistadores, construção de um manual de instruções, realização de estudo-piloto e supervisão da coleta de dados.

O estudo-piloto aconteceu em um município que não fazia parte da pesquisa com características semelhantes àqueles que participaram dela. Nele foram reproduzidos todos os procedimentos e métodos descritos anteriormente na coleta e análise dos dados. Seus resultados foram utilizados para refinar o modelo lógico-operacional e a matriz avaliativa, cujas propostas definitivas aplicaram-se no atual estudo.

Resultados

A Tabela 2 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 caderneta de saúde da criança 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, para a implantação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Enquanto a classificação da estrutura no município 1 foi “intermediário”, no município 2, foi “avançado”, com diferença estatística nos escores. Apesar de que em ambos os municípios o processo de trabalho tenha tido classificação como “intermediário”, o município 2 obteve maior escore, com melhor desempenho na implantação da vigilância de crescimento, das ações de prevenção de carências nutricionais específicas e da gestão/intersetorialidade.



Quando comparadas as médias dos escores das equipes do PMM e convencionais, nenhum parâmetro apresentou diferença estatística, sendo classificado como “incipiente” o preenchimento das curvas de crescimento da caderneta de saúde da criança em ambos os 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 (Tabela 2).

Tabela 2 Implantação do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na Estratégia Saúde da Família, segundo o município e o tipo de equipe de saúde, em dois municípios do estado da Paraíba, 2018.

Variáveis	Escores médios (média±desvio-padrão) e classificação*		p	Escores médios (média±desvio-padrão) e classificação*		p
	Município 1	Município 2		Equipes do PMM	Equipes convencionais	
1. Estrutura	5,37 ± 0,32 Intermediário	6,83 ± 0,26 Avançado	0,001	5,99 ± 0,32 Intermediário	6,21 ± 0,26 Intermediário	0,342
1.1. Subdimensão 1 — Qualificação dos recursos humanos para as ações de alimentação e nutrição	2,52 ± 0,50 Intermediário	2,76 ± 0,53 Avançado	0,140	2,53 ± 0,47 Intermediário	2,75 ± 0,56 Avançado	0,155
1.1.1. Disponibilidade de recursos humanos para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição	0,85 ± 0,12 Intermediário	1,08 ± 0,13 Intermediário	0,110	0,85 ± 0,11 Intermediário	1,08 ± 0,13 Intermediário	0,110
1.1.2. Conhecimentos de médicos e enfermeiros para atuar na área de nutrição	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	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 ao uso e interpretação das curvas de crescimento	0,88 ± 0,03 Avançado	0,85 ± 0,02 Avançado	0,358	0,88 ± 0,02 Avançado	0,86 ± 0,04 Avançado	0,353
1.2. Subdimensão 2 — Disponibilidade de equipamentos antropométricos e de suplementos	2,12 ± 0,18 Avançado	2,83 ± 0,07 Avançado	0,0009	2,62 ± 0,10 Avançado	2,35 ± 0,21 Avançado	0,120
1.3. Subdimensão 3 — Disponibilidade de documentos técnicos do Ministério da Saúde	0,73 ± 0,16 Incipiente	1,24 ± 0,21 Intermediário	0,032	0,84 ± 0,35 Incipiente	1,11 ± 0,37 Intermediário	0,162
2. Processo	4,88 ± 0,10 Intermediário	5,88 ± 0,17 Intermediário	0,0000	5,35 ± 0,22 Intermediário	5,40 ± 0,19 Intermediário	0,381
2.1. Subdimensão 1 — Desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição por médicos e enfermeiros	2,36 ± 0,06 Avançado	2,37 ± 0,05 Avançado	0,481	2,35 ± 0,07 Avançado	2,37 ± 0,05 Avançado	0,407
2.1.1. Diagnóstico nutricional	0,81 ± 0,03 Avançado	0,75 ± 0,03 Avançado	0,529	0,80 ± 0,02 Avançado	0,75 ± 0,03 Avançado	0,141
2.1.2. Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais	0,81 ± 0,02 Avançado	0,80 ± 0,03 Avançado	0,612	0,80 ± 0,03 Avançado	0,82 ± 0,02 Avançado	0,302
2.1.3. Assistência/tratamento/cuidado	0,74 ± 0,03 Avançado	0,82 ± 0,02 Avançado	0,037	0,75 ± 0,04 Avançado	0,80 ± 0,02 Avançado	0,148
2.2. Subdimensão 2 — Desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição por Agentes Comunitários de Saúde	0,84 ± 0,02 Avançado	0,72 ± 0,04 Avançado	0,498	0,75 ± 0,04 Avançado	0,81 ± 0,03 Avançado	0,171
2.2.1. Diagnóstico nutricional	0,27 ± 0,01 Avançado	0,16 ± 0,02 Intermediário	0,599	0,20 ± 0,02 Intermediário	0,24 ± 0,01 Avançado	0,083
2.2.2. Suplementação com micronutrientes	0,13 ± 0,01 Intermediário	0,10 ± 0,01 Intermediário	0,681	0,11 ± 0,01 Intermediário	0,12 ± 0,02 Intermediário	0,391
2.2.3. Promoção da alimentação saudável	0,44 ± 0,02 Avançado	0,46 ± 0,01 Avançado	0,326	0,44 ± 0,02 Avançado	0,45 ± 0,02 Avançado	0,455
2.3. Subdimensão 3 — Implantação da vigilância do crescimento	0,70 ± 0,05 Intermediário	0,97 ± 0,05 Intermediário	0,001	0,88 ± 0,05 Intermediário	0,79 ± 0,05 Intermediário	0,202
2.3.1. Vigilância do crescimento nas consultas de puericultura	0,64 ± 0,05 Intermediário	0,76 ± 0,04 Avançado	0,045	0,72 ± 0,04 Avançado	0,66 ± 0,05 Intermediário	0,221
- Obtenção de medidas antropométricas	0,28 ± 0,01 Avançado	0,30 ± 0,01 Avançado	0,045	0,28 ± 0,01 Avançado	0,29 ± 0,01 Avançado	0,341

Tabela 2 continuação

- Registro de medidas antropométricas	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	0,16 ± 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	0,04 ± 0,01 Intermediário	0,05 ± 0,01 Intermediário	0,673	0,07 ± 0,01 Intermediário	0,04 ± 0,01 Intermediário	0,139
2.3.2. Preenchimento das curvas de crescimento da caderneta de saúde da criança	0,06 ± 0,01 Incipiente	0,21 ± 0,03 Incipiente	0,0004	0,16 ± 0,04 Incipiente	0,13 ± 0,03 Incipiente	0,323
2.4. Subdimensão 4 — Implantação das ações de prevenção de carências nutricionais específicas	0,50 ± 0,09 Incipiente	0,92 ± 0,06 Intermediário	0,0003	0,71 ± 0,09 Intermediário	0,71 ± 0,09 Intermediário	0,500
2.4.1. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	0,37 ± 0,06 Intermediário	0,50 ± 0,02 Intermediário	0,034	0,46 ± 0,04 Intermediário	0,42 ± 0,06 Intermediário	0,279
2.4.2. Programa Nacional de Suplementação de Ferro	0,13 ± 0,07 Incipiente	0,42 ± 0,06 Intermediário	0,001	0,25 ± 0,07 Incipiente	0,29 ± 0,07 Incipiente	0,349
2.5. Subdimensão 5 — Implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil	0,27 ± 0,09 Incipiente	0,48 ± 0,12 Intermediário	0,098	0,39 ± 0,13 Intermediário	0,35 ± 0,09 Intermediário	0,400
2.6. Subdimensão 6 — Gestão e intersetorialidade	0,66 ± 0,04 Intermediário	0,82 ± 0,03 Avançado	0,009	0,72 ± 0,03 Avançado	0,76 ± 0,06 Avançado	0,279
2.6.1. Gestão das ações de alimentação e nutrição	0,35 ± 0,03 Intermediário	0,48 ± 0,03 Avançado	0,015	0,40 ± 0,04 Avançado	0,44 ± 0,04 Avançado	0,246
2.6.2. Intersetorialidade com os programas Bolsa Família e Saúde na Escola	0,31 ± 0,02 Avançado	0,34 ± 0,02 Avançado	0,187	0,32 ± 0,02 Avançado	0,32 ± 0,03 Avançado	0,500
Implantação das ações de alimentação e nutrição	5,13 ± 0,18 Intermediário	6,36 ± 0,19 Intermediário	0,0001	5,67 ± 0,26 Intermediário	5,80 ± 0,27 Intermediário	0,346

* Incipiente: de 0% a 33,3% da pontuação máxima; intermediário: de 33,4% a 66,7% da pontuação máxima; avançado: de 66,8% a 100% da pontuação máxima.

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Na avaliação de programas, o processo de construção do modelo lógico consta como a melhor técnica para delinear uma pergunta avaliativa e avaliar como 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 para o alcance dos resultados. Nesse contexto, uma intervenção pode ser concebida como um sistema que inclui uma estrutura com atores que executam ações para alcançar objetivos definidos (26).

Com essa perspectiva, acredita-se que a discussão sobre o modelo lógico do cuidado nutricional à criança proposto possa contribuir para a compreensão das suas premissas teóricas e para a tomada de decisão, mesmo antes 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 componentes fundamentais da estrutura e do processo de trabalho passíveis de reduzir os distúrbios nutricionais em crianças menores de cinco anos.

No Brasil, ações de alimentação e nutrição como a vigilância alimentar e nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, inclusive do aleitamento materno, e a atenção nutricional com foco na múltipla carga de má nutrição (desnutrição, deficiências de micronutrientes e obesidade) representam iniciativas intersetoriais que apresentam o lócus da APS como campo prioritário de atuação, sob responsabilidade das equipes de saúde (7, 8). Contudo, a universalização dessas ações constitui um importante desafio a ser superado, para o qual as bases científicas são fundamentais (8). Ressalta-se, nesse sentido, que a literatura ainda é incipiente, sendo necessário gerar evidências sobre a implementação, avaliação e proposição de intervenções inovadoras que possam orientar a gestão pública, inclusive no grupo infantil (27, 28). Modelos lógicos representam ferramentas valiosas para esses fins (28). Um modelo explicativo apresentado na *Série Lancet* de 2013 mostra a importância dos serviços básicos de saúde para a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, em especial nos primeiros mil dias de vida (23). Essa conjuntura reforça a importância da cobertura universal de ações em nutrição nos sistemas de saúde como um dos pilares dos compromissos do Brasil para o alcance das metas da Década de Ação em Nutrição (29).

A aplicação neste estudo do modelo de avaliação do cuidado nutricional à criança resultou em deficiências de estrutura e processo de trabalho, inclusive na implantação de programas específicos e no acompanhamento do crescimento. Outros estudos de cunho quantitativo, como o presente, também relataram barreiras estruturais e processuais na área de alimentação e nutrição na ESF (30-33), bem como insuficiências na implantação de intervenções (34-39). Adicionalmente, revisões sistemáticas da literatura têm levantado a precariedade em campos específicos como a vigilância do crescimento (40), o preenchimento das curvas de crescimento da caderneta de saúde da criança (41) e a promoção do aleitamento materno (42). Outra revisão mais recente sobre a implementação e/ou avaliação das ações de alimentação e nutrição de cuidado à saúde da criança menor de cinco anos no âmbito da APS reforça esses achados, destacando problemas de estrutura, na capacitação dos profissionais de saúde e na implantação das ações (28). Circunstâncias como essas também representam a realidade de outros países (43-45).

Essa conjuntura pode derivar de uma diversidade de fatores que dificultam o desenvolvimento das ações da área de nutrição na APS, 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, falta de capacitação dos profissionais de saúde e ausência de nutricionista (46-48). O negligenciamento das ações de alimentação e nutrição deve preocupar, pois pode prejudicar o diagnóstico, a vigilância e a assistência nutricional, com possíveis consequências no quadro epidemiológico e no estado nutricional da população. Assim, a organização da atenção nutricional e a qualificação profissional são essenciais para a consolidação da área de nutrição na APS (28, 33, 43, 47). O treinamento dos profissionais de saúde na área de nutrição traz benefícios nas práticas de cuidado, no desempenho profissional e na satisfação do usuário (28,43, 45).

Enquanto neste 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 apontaram melhor situação se o nutricionista fizesse parte da equipe de saúde. Não é possível precisar se o melhor desempenho está relacionado à inclusão desse profissional em equipes de saúde ampliadas. Contudo, a relação reverte-se de significado na medida em que o nutricionista propicia uma ação conjunta com os demais profissionais e gera corresponsabilidade pelo trabalho na área de nutrição (6). Ainda, os benefícios da inserção do nutricionista nas equipes de saúde podem decorrer da quantidade de pessoas assistidas, dos vínculos estabelecidos com a comunidade e com outros membros da equipe, e da sua valorização por outros profissionais, configurando aspectos que podem ser diferentes quando o nutricionista atua no apoio a várias equipes de saúde. Outros pesquisadores mostraram de forma coerente melhor situação na estrutura e no processo de trabalho quando há apoio de nutricionista, por meio de dados nacionais (32) e estaduais (33). A relevância desse achado também deve ser pensada à luz da notoriedade do apoio assistencial às equipes de saúde, como cuidado compartilhado e matriciamento, como uma das ações necessárias para fortalecer a atenção primária do SUS, conforme recomendações recentes de um grupo de profissionais reconhecidos pela sua experiência na APS (49).

Apesar da importância do modelo para avaliar o cuidado nutricional à criança menor de cinco anos na ESF desenvolvido neste estudo, faz-se necessário ressaltar a fragilidade relativa à não validação dos instrumentos propostos, recomendando-se sua realização. Os achados da matriz avaliativa devem ser interpretados com cautela, considerando a amostra de conveniência de dois municípios de um mesmo estado da federação e a possibilidade de viés condicionada às informações obtidas segundo a percepção dos profissionais (tendem a realizar avaliação mais positiva). De todo modo, há que destacar a importância do estudo, pois análises de implantação das ações de alimentação e nutrição na APS no Brasil são escassas, sobretudo com análise de possíveis diferenças de acordo com características contextuais, a exemplo das tratadas neste estudo com relação à equipe de saúde. O grau de implantação “intermediário” em ambos os municípios revela um quadro preocupante com possíveis desfechos negativos no estado nutricional e de saúde das crianças brasileiras e, portanto, merece atenção em termos de capacitação, valorização, incentivo financeiro e estabelecimento de metas na área de alimentação e nutrição.

Conclusões

O modelo de avaliação do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos proposto baseia-se em parâmetros de estrutura e processo em consonância com as recomendações da atenção nutricional na APS. A aplicação da matriz avaliativa demonstrou viabilidade na utilização dos indicadores propostos para contemplar as ações de alimentação e nutrição. 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 do cuidado nutricional à

criança na ESF. O grau de implantação das ações de alimentação e nutrição foi “intermediário”, com melhor situação no município com equipes de saúde ampliadas com nutricionista.

Colaboradores

Figuroa Pedraza participou da elaboração do protocolo de estudo, da concepção do artigo, da revisão bibliográfica, da análise e interpretação dos dados, da redação e revisão final do artigo. Não há conflito de interesses.

Conflictos de interés

Não há conflito de interesses.

Financiación

O projeto foi contemplado com recursos financeiros do Programa de Incentivo à Pós-Graduação e Pesquisa – PROPESQ, da Universidade Estadual de Paraíba, por meio da chamada 01/2017 (processo nº 4.06.02.00-1-366/2017-1).

Aclaraciones

Artigo produto do projeto intitulado “NutriESF: Avaliação multifacetada da implantação das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil” que objetivou avaliar a implantação das ações de alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família, financiado pelo Programa de Incentivo à Pós-Graduação e Pesquisa – PROPESQ, da Universidade Estadual de Paraíba, por meio da chamada 01/2017, vigência 2018/2021, processo nº 4.06.02.00-1-366/2017-1), assinado em 21/03/2018, com a Universidade Estadual da Paraíba como instituição envolvida.

Consideraciones éticas

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

Agradecimentos

À Universidade Estadual da Paraíba pelo financiamento do estudo.

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. <https://doi.org/10.14295/jmphec.v5i2.217>



2. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(esp.):158-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
3. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde Debate.* 2018;42(1):18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
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. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>
5. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet.* 2018;23(6):1829-36. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>
6. 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 Saude Publica.* 2016;32(3):e00164514. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164514>
7. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
8. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, Pires ACL, Moratori MF, Ramos MKP et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2021;37(supl 1):e00152620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152620>
9. Pimentel VRM, Sousa MF, Hamann EM, Mendonça AVM. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Cienc Saude Colet.* 2014;19(1):49-57. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1901>
10. Vitorino SAS, Cruz MM, Barros DC. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica.* 2017;33(12):e00014217. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014217>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. 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).
13. 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).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n.º 33).
15. 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).
16. 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.
 17. 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.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 20. 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.
 21. Champagne F, Brousseau A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise da implantação. In: Brousseau A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 217-38.
 22. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.
 23. The Lancet. Maternal and Child Nutrition. Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series [7 abril 2018]. Lancet [internet]. Disponível em: <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/nutrition-eng.pdf>
 24. Halfon N, Stevens GD, Larson L, Olson LM. Duration of a Well-Child Visit: Association with content, family-centeredness, and satisfaction. Pediatrics. 2011;128(4):657-64. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0586>
 25. Figueroa Pedraza D, Santos E, Oliveira M. Capacitação de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família para execução das ações de alimentação e nutrição. Rev Gerenc Polit Salud. 2020; 19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cpse>
 26. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.
 27. Pereira TN, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. Gac Sanit. 2018;32:297-303. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.08.004>
 28. Figueroa Pedraza D. Ações de alimentação e nutrição de cuidado à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Cad Saúde Colet. 2023; no prelo.
 29. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Compromissos do Brasil para a Década de Ação das Nações Unidas para a Nutrição (2016-2025). Brasília: Caisan; 2015.

30. Einloft ABN, Cotta RMM, Araújo RMA. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da ação básica. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(1):61-72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.23522017>
31. 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 Saude*. 2017;26(4):847-55. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000400015>
32. Machado PMO, Lacerda JT, Colussi CF, Calvo MCM. Estrutura e processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde no Brasil, 2014. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(2):e2020635. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200015>
33. Figueroa Pedraza D. Estratégia Saúde da Família: contribuições das equipes de saúde no cuidado nutricional da criança. *Cienc Saude Colet*. 2021;26(5):1767-80. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04622021>
34. 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. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190028>
35. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cad Saude Publica*. 2017;33:e00161516. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161516>
36. Venâncio SI, Giugliani ERJ, Silva OLO, Stefanello J, Benicio MH, Reis MCG et al. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):e00010315. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010315>
37. Moraes VD, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde Debate*. 2017;41(esp.3):129-43. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S310>
38. Brito VRS, Vasconcelos MGL, Diniz AS, França ISX, Pedraza DF, Peixoto JBS 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. <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p93>
39. Azeredo CM, Cotta RMM, Silva LS, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR, Lamounier JA. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). *Cienc Saude Colet*. 2013;18(3):827-36. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300028>
40. 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. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100002>
41. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. 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. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002>

42. 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. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>
43. Billah SM, Saha KK, Khan ANS, Chowdhury AH, Garnett SP, Arifeen S 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178121>
44. Ghodsi D, Omidvar N, Rashidian A, Ragfar H, Eini-Zinab H, Ebrahimi M. 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. <https://doi.org/10.1177/0379572116682>
45. 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. <https://dx.doi.org/10.4236/arsci.2014.21002>
46. Palombo CNT, Fujimori E, Toriyama ATM, Duarte LM, Borges ALV. Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectiva de profissionais. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1000-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0527>
47. 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. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300021>
48. 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. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400030007>
49. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>

Notas

- * Artigo de pesquisa

