

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**AMANDA CAROLINE DA SILVA FARIA**

**VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DE GOIÁS**

**GOIÂNIA**  
**2016**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E  
DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

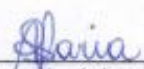
Nome completo do autor: Amanda Caroline da Silva Faria

Título do trabalho: Vigilância Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família de um município de grande porte de Goiás

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) autor (a) <sup>2</sup>

Data: 15/03/2017

**AMANDA CAROLINE DA SILVA FARIA**

**VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DE GOIÁS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva sob concessão de bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás.

**Área de Concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de Pesquisa:** Promoção e Educação em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nusa de Almeida Silveira

**Coorientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karine Anusca Martins

GOIÂNIA

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Faria, Amanda Caroline da Silva

Vigilância Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família de um município de grande porte de Goiás [manuscrito] / Amanda Caroline da Silva Faria. - 2016.

109 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Nusa de Almeida Silveira; co-orientadora Dra. Karine Anusca Martins.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Vigilância Alimentar e Nutricional. 2. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Atenção Básica à Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Silveira, Dra. Nusa de Almeida, orient. II. Título.

CDU 614



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
COLETIVA**

Aos 21 de dezembro de 2016, às 14h, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia e Saúde Pública/UFG, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Nusa de Almeida Silveira (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Marília Mendonça Guimarães (Membro Externo) e Dra. Nilza Alves Marques Almeida (Membro Interno). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: "Vigilância Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família de um Município de Grande Porte de Goiás", em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Amanda Caroline da Silva Faria**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Nusa de Almeida Silveira, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou a candidata sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta da mestranda. Terminada a exposição da mestranda e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou a candidata Aprovada (**Aprovada ou Reprovada**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 16:15 h horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Nusa de Almeida Silveira  
Presidente e Orientadora / UFG

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Marília Mendonça Guimarães  
Membro Externo

\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Nilza Alves Marques Almeida  
Membro Interno

## **DEDICATÓRIA**

À minha mãe, Dilma, por todo esforço, exemplo, oração e amor.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, porque d'Ele, por Ele e para Ele são todas as coisas.

Aos meus pais, pela vida, pelos ensinamentos, apoio, torcida e amor incondicional.

À minha irmã, meu cunhado e meus sobrinhos, que sempre estiveram ao meu lado, me dando força e amor, de pais e filhos.

À professora Nusa pela paciência, orientação, confiança, atenção. Pela compreensão e apoio em momentos muito difíceis não só acadêmicos, mas também pessoais. Um exemplo de ética e dedicação.

À professora Karine, que eu já admirava desde a graduação e que com presteza aceitou o convite para coorientação. Obrigada pela contribuição em minha formação acadêmica, profissional e pessoal.

À Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia pela autorização e colaboração na execução do trabalho.

Às colegas de trabalho pelo apoio, pelas palavras de incentivo e gestos de carinho.

Aos profissionais de saúde pela participação, sem os quais não seria possível realizar o estudo.

Aos alunos de graduação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás que, voluntariamente, auxiliaram na pesquisa, Carla Novaes Dourado, Gabriel Alves Fernandes de Souza, Grazielle Sarmiento Durante, Isadora Lopes Marquet e Lorena Vitória Castro de Araújo Souza pelo apoio na coleta de dados.

Ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, pela oportunidade de realizar esse sonho. Aos docentes e à secretaria, pelo empenho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás – FAPEG, pela bolsa concedida.

Aos amigos do mestrado que ficarão eternamente gravados na minha história. Juntos passamos por tantos momentos de discussão, inquietude, angústia, crescimento e, também, pelos momentos agradáveis de confraternização.

FARIA, ACS. **Vigilância Alimentar e Nutricional na Estratégia Saúde da Família de um município de grande porte de Goiás.** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional. Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2016.

## RESUMO

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição possui nove diretrizes indicadoras das linhas de ações e propósitos que subsidiam o planejamento, execução e monitoramento das ações nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. A terceira se refere à Vigilância Alimentar e Nutricional, que objetiva dentre outros, conhecer, por meio dos sistemas de informação, a situação de saúde e nutrição da população para definição de prioridades, políticas e ações públicas, reorganização da assistência nos serviços, potencializando a possibilidade de tomadas de decisão e intervenções eficazes e de qualidade. O objetivo do presente trabalho foi avaliar as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional executadas na Estratégia Saúde da Família do município de Aparecida de Goiânia/GO. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, cuja coleta de dados foi realizada com 201 profissionais de saúde que fazem parte da Estratégia Saúde da Família no município, utilizando-se de um questionário individual autoaplicável que levantou dados sobre o perfil profissiográfico dos profissionais e ações de Vigilância Alimentar e Nutricional executadas e um *check-list*, respondido por apenas um profissional de cada Unidade Básica de Saúde para dados relativos aos equipamentos. Os profissionais participantes são na maioria do sexo feminino, com idade média de  $38 \pm 8,41$  anos, composta por agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Em relação às ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, metade dos profissionais já ouviu falar sobre o tema e conseguem reconhecer as atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde. Das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvidas percebeu-se que a frequência com que as ações são executadas e a participação variam conforme categoria profissional. Entre as dificuldades levantadas as principais foram a falta de capacitação; a ausência de interesse, conhecimento ou questões socioeconômicas da população e a escassez do profissional nutricionista na equipe ou em atendimento ambulatorial. Dos grupos de indivíduos ou fases dos ciclos da vida que participam das ações os que mais se destacaram foram gestantes, cuidadores de crianças menores de dois anos e hipertensos e/ou diabéticos. Da disponibilidade e condições de uso dos equipamentos antropométricos, mais da metade dos profissionais consideraram ser suficiente e em boas condições. Ao caracterizar o perfil nutricional da população acompanhada no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional percebeu-se que o número de registros inseridos no sistema é reduzido, o que não permite o conhecimento da realidade. Além das evidências relatadas os resultados servirão de subsídio para elaboração de planejamentos mais eficazes e investimento em processos de monitoramentos sistemáticos e, dessa forma, melhorar a prática profissional, garantindo um serviço de qualidade para a saúde e nutrição da população.

**Palavras-chave:** Vigilância Alimentar e Nutricional; Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação; Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica à Saúde; Sistema Único de Saúde

FARIA, ACS. **Food and Nutrition Surveillance in the Family Health Strategy of a large county of Goiás**. [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's, Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2016.

## **ABSTRACT**

The national policy of nourishment and nutrition has nine guidelines showing its lines of actions and purposes that serves for framework to plan, execute, and monitor actions made upon health services in the Unified Health System. The third refers to Nourishment and Nutritional Care that has for its main purpose to understand, through informational systems, health and nutritional information of the population in order to contribute in finding the priorities, politics and public actions, rearranging service's assistance, boosting the possibility of decision making and quality effective interventions. The idea of the performance of Nourishment and Nutritional Care on Family Health Strategy in Aparecida de Goiânia county (GO). It's about a large-scale, transversal, indentifying work which had its data gathered from 201 health professionals that are part of FHS on the county, through individual, self-enforcing query it raised data showing a professional profile of the workers the accomplishing Nutritional and Nourishment Care consciousness and a check-list answered by one professional of each Base Health Unit for equipment related info. When analyzed the professionals profile it was noticed the majority was female, with the average age of 38 to 41 years old, including community health representatives, nursing technicians, nurses and doctors. In association of Nourishment and Nutritional Care's actions half of the professionals have heard about the subject and are capable of recognizing the developed motions on health unit. Out of Nourishment and Nutritional Care developed frequency it's been realized the frequency and influence those actions are carried out vary according to professional category. Between arrised difficulties the main were: lack of training, lack of interest, understanding or socioeconomic questions from the population, and the need of a professional nutritionist on the team or on the ambulatory care. In a group of individuals that participated in this process, the focus was pregnant women, care takers of children age below 2, hypertensive and diabetics. As in anthropometric equipment, more than a half of the professionals found into be enough and in good conditions. When defying population's nutritional profile accompanied by Nourishment and Nutritional Care it has come to surface the entry numbers on the system is small, making it unable to understand and grasp the reality. The results will serve as support for elaborations of effective planning and investment on systematic monitoring process and this, helping improve professional practice on Base Health Unit, ensuring a quality service to health and nutrition to population.

**Key-words:** Nutritional Surveillance, Nutrition Programs and Policies, Family Health Strategy and Primary Health Care; Unified Health System

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Fatos históricos precedentes à Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....	32
<b>Figura 2.</b> Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.....	33
<b>Figura 3.</b> Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, Goiás.....	47
<b>Figura 4.</b> Definição de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.....	55
<b>Figura 5.</b> Abordagens metodológicas utilizadas em Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo relato de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.....	56
<b>Figura 6.</b> Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na execução das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.....	65
<b>Figura 7.</b> Sugestões para melhor execução das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo profissionais pesquisados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.....	66
<b>Figura 8.</b> Número de atendimentos realizados na Atenção Básica, segundo DATASUS, e registros no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), por fases dos ciclos da vida. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2011 a 2014.....	71
<b>Figura 9.</b> Evolução do perfil nutricional, por ciclos da vida, segundo Índice de Massa Corporal (IMC) ou IMC/Idade. Aparecia de Goiânia, Goiás, 2011 a 2014.....	73

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Responsabilidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família na área da saúde.....	40
<b>Quadro 2.</b> Modalidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	44

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização do perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.....	53
<b>Tabela 2.</b> Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvidas por categoria profissional da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.....	58
<b>Tabela 3.</b> Grupo de indivíduos e fases dos ciclos da vida que participam das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional e seu interesse, segundo relato dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.....	67
<b>Tabela 4.</b> Equipamentos antropométricos das Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ATAN	Área Técnica de Alimentação e Nutrição
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CEP/UFG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CRN	Conselho Regional de Nutricionistas
CVN	Coordenação de Vigilância Nutricional
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
ENPACS	Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável
EPS	Educação Permanente em Saúde
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS/AB	e-SUS Atenção Básica
FAN	Fundo de Alimentação e Nutrição
FAO	Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto de Alimentação e Nutrição
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

	Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PNSVA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação e Previdência Social
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SINEG	Sindicato dos Nutricionistas no Estado de Goiás
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.Objetivo Geral .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.Objetivos Específicos.....</b>	<b>29</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Alimentação e Nutrição como Política Pública .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Vigilância Alimentar e Nutricional .....</b>	<b>33</b>
3.2.1 Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade... ..	36
3.2.2 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.....	37
3.2.3 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A... ..	38
3.2.4 Programa Nacional de Suplementação de Ferro... ..	39
3.2.5 Acompanhamento das Condições do Programa Bolsa Família... ..	39
3.2.6 Programa Saúde na Escola... ..	41
<b>3.3 A Atuação do Nutricionista na Atenção Básica .....</b>	<b>42</b>
<b>3.4 Vigilância Alimentar e Nutricional no Contexto Local .....</b>	<b>45</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1 Delineamento .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2 Local da Pesquisa.....</b>	<b>48</b>
<b>4.3 População e Amostra .....</b>	<b>48</b>
<b>4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....</b>	<b>49</b>
<b>4.5 Coleta de Dados.....</b>	<b>49</b>
<b>4.6 Variáveis do Estudo.....</b>	<b>50</b>
4.6.1 Questionário.....	51

4.6.2 Check-list.....	51
<b>4.7 Análise Estatística .....</b>	<b>52</b>
<b>4.8 Aspectos Éticos .....</b>	<b>52</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
5.1 Perfil Profissiográfico.....	53
5.2 Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional .....	57
5.3 Grupos de Indivíduos e Fases dos Ciclos da Vida .....	67
5.4 Equipamentos Antropométricos .....	68
5.5 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional .....	70
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
Anexo A - Autorização da Secretaria Municipal de Senador Canedo/GO.....	87
Anexo B - Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia/GO.....	88
Anexo C - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	89
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>93</b>
Apêndice A - Manual do Aplicador.....	93
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
Apêndice C - Questionário.....	103
Apêndice D - Check-list.....	109

## APRESENTAÇÃO

Sou nutricionista graduada em 2010 pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. No mesmo ano, iniciei a atividade profissional na maternidade municipal de Aparecida de Goiânia, em Goiás, Maternidade Marlene Teixeira, onde pude conhecer uma pequena fração do funcionamento do Sistema Único de Saúde.

No ano seguinte fui convidada a exercer a função de Coordenação de Vigilância Nutricional designada pelo Secretário Municipal de Saúde do município por meio da Portaria nº 75, de 1 de dezembro de 2011. Esse cargo é previsto pelo Ministério da Saúde por meio de portarias publicadas anualmente que preveem o repasse de recurso financeiro, o Fundo de Alimentação e Nutrição, para implementação das ações de alimentação e nutrição.

Como coordenadora sou responsável por planejar, executar, monitorar e avaliar as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na rede pública de saúde do município, bem como implantar e implementar programas e sistemas criados pelo Ministério da Saúde nessa área. Nesta função percebi minha realização profissional, ao mesmo tempo em que a saúde coletiva me fascinou e me fez desejar estudar e me especializar na área para prestar um serviço melhor. No ano de 2014 concluí o Curso de Especialização em Gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, oferecido pela Fiocruz, política essa que direciona as ações referentes à minha prática profissional.

Nessa perspectiva, o ingresso no programa de pós-graduação *stricto sensu* foi na tentativa de aproximar a prática profissional aos conhecimentos científicos em saúde coletiva. Desta forma, o desenvolvimento da pesquisa relatada nesta dissertação possibilitou conhecer melhor a execução das ações por mim planejadas, as dificuldades e sugestões identificadas, que terão como devolutiva ao serviço planos de gestão e programações mais específicas e eficazes a fim de oferecer um serviço mais eficiente e eficaz para a população usuária da rede pública de saúde do município.

## 1 INTRODUÇÃO

A tendência secular do estado nutricional da população brasileira refere-se às mudanças do perfil alimentar e nutricional que ocorreram ao longo do tempo, em que se observa a tendência de declínio da desnutrição e aumento da obesidade graduais em crianças e adultos de ambos os sexos. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em 2008 e 2009 indica que a desnutrição, nos primeiros anos de vida, concentra-se nas famílias com os mais baixos rendimentos e, o excesso de peso e a obesidade foram encontrados com grande frequência, a partir de cinco anos de idade, em todos os grupos de renda e em todas as regiões brasileiras (IBGE, 2010). Estes dados foram confirmados pela pesquisa sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado em 2014, que mostrou o excesso de peso em 52,5% e a obesidade em 17,9% dos adultos (BRASIL, 2015a).

Com o objetivo de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira foi aprovada, em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com nova versão revisada e atualizada, publicada por meio da Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011a). A PNAN apresenta nove diretrizes as quais indicam suas linhas de ações e propósitos que servem de arcabouço para planejar, executar e monitorar ações realizadas nos serviços de saúde. Sua terceira diretriz se refere à ampliação e aperfeiçoamento das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e sua incorporação na rotina de atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as fases do ciclo de vida (BRASIL, 2012a; BURLANDY; MAGALHÃES, 2013).

Conhecer e compreender a diversidade que caracteriza a situação nutricional de uma população contribui para a definição de prioridades, de políticas públicas e a reorganização da assistência nos serviços. Desta forma, potencializa a tomada de decisão e o desenvolvimento de intervenções eficazes e de qualidade. A melhor forma de conhecer essa diversidade é realizar o monitoramento a partir das informações fornecidas pelos sistemas de informação (BARROS et al., 2013), cumprindo o propósito da VAN.

No município de Aparecida de Goiânia, Goiás, a implementação das diretrizes da PNAN fica a cargo da Coordenação de Vigilância Nutricional (CVN), função exercida pela pesquisadora responsável por este estudo. Dentre as ações desenvolvidas por esta coordenação está o fortalecimento da VAN, incluindo atividades de rotina, coletas e análises de informações para descrever as condições alimentares e nutricionais da população, e a partir do sistema de informação, fundamentar as decisões no sentido de planejar, monitorar e gerenciar programas relacionados à melhoria dos padrões nutricionais e de consumo alimentar da população usuária do SUS no município.

Este estudo foi motivado pelo desejo de avaliar o serviço prestado à população no que se refere à alimentação e nutrição a partir do problema levantado, que diz respeito à falta de profissionais nutricionistas na Atenção Básica (AB) em um município com mais de quinhentos mil habitantes, visto que atualmente são somente dois profissionais que dão apoio à Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Com esse panorama, percebeu-se a necessidade de avaliar a implementação da VAN na AB do município. Frequentemente, a implantação e execução de políticas e programas de saúde é realizada por profissionais com formações diferentes (médicos, enfermeiros, entre outros), com experiências sociais e profissionais distintas. Esse modelo exerce influência nas formas de representação e incorporação dos objetivos, com consequência sobre o grau e a forma da operacionalização dos programas da AB (VIEIRA DA SILVA, 2014).

Por isso, além de essencial para o bom planejamento das atividades, a avaliação também serve como direcionamento para os programas garantindo a eficiência com que se desenvolvem e possibilitando modificação e adequação (RAMOS, 1974). No campo da alimentação e nutrição, a avaliação é igualmente importante dada a sua complexidade, multidimensionalidade e interdisciplinaridade (BOSI; UCHIMURA, 2011).

Estabelecem-se então os seguintes questionamentos: quais ações de VAN são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de ESF; quais são os profissionais de saúde e como eles se envolvem nesse processo; quem é o público alvo das ações; qual o estado de conservação dos equipamentos; quais as

dificuldades encontradas na execução das ações e; com esses dados torna-se possível nortear a elaboração de planos, ações e estratégias para que o serviço seja ofertado com qualidade para a população atendida na rede pública de saúde no âmbito municipal. É importante ressaltar que essa avaliação ainda não foi realizada anteriormente no município e não foram encontrados estudos na literatura nem nos documentos do serviço que tivessem o mesmo intuito.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar as ações da terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – Vigilância Alimentar e Nutricional – executadas na Estratégia Saúde da Família do município de Aparecida de Goiânia, Goiás.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil profissiográfico dos servidores da Estratégia Saúde da Família do município;
- Identificar as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde do município estudado e sua frequência, por categoria profissional;
- Avaliar a participação de cada categoria profissional por ação de Vigilância Alimentar e Nutricional executada;
- Identificar os grupos de indivíduos e fases dos ciclos de vida que participam das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional e seu interesse na temática;
- Verificar quais os equipamentos antropométricos e suas condições de uso, para avaliação do estado nutricional da população assistida na Estratégia Saúde da Família, segundo relato do enfermeiro responsável pela Unidade Básica de Saúde;
- Caracterizar o perfil nutricional por fases dos ciclos da vida da população acompanhada no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, no período de 2011 a 2014.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Alimentação e Nutrição como Política Pública

As políticas de alimentação e nutrição são ações desenvolvidas pelo Estado, juntamente com a sociedade. No Brasil, estas políticas têm o objetivo de garantir o direito universal à alimentação adequada e saudável, como referenciado na Emenda Constitucional nº 64 de 2010, inserida no artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988; 2010a; BURLANDY; MAGALHÃES, 2013).

No período de 1960-1980 houve no Brasil uma acelerada transição demográfica, epidemiológica e, por consequência, nutricional. A transição nutricional pode ser entendida como um fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição de problemas nutricionais de uma dada população em um determinado tempo. No caso brasileiro houve uma redução contínua dos casos de desnutrição e um crescente aumento na prevalência de excesso de peso, contribuindo para o aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUES-MELÉNDEZ, 2003; COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

Essa evidência foi reforçada pelos inquéritos, Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) realizado entre 1974-1975, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) em 1989 e as POF's em 2002-2003 e 2008-2009 (INAN, 1990; IBGE, 1978; 2010). Esses estudos avaliaram o perfil nutricional de crianças de 5 a 9 anos de idade e de adultos (acima de 20 anos de idade) dos dois sexos. Além de conhecer a evolução do perfil nutricional da população, os estudos são um importante instrumento para monitoramento das políticas públicas e para identificação da necessidade de novas intervenções não somente no campo da saúde e nutrição (CONDE; MONTEIRO, 2015).

Os movimentos sociais que deram início a essas políticas surgiram a partir da década de 1930 com a pesquisa realizada por Josué de Castro sobre “as condições de vida e alimentação das classes operárias”. Na década de 1940, foi criado o Serviço de Alimentação e Previdência Social (SAPS) e a alimentação deixa a condição de

apenas mais um campo de saber e passa a ser uma política pública (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Em 1972, foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) como autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que tinha como finalidade a elaboração dos Programas Nacionais de Alimentação e Nutrição – PRONAN I e II, que precederam a política de alimentação e nutrição (ARRUDA; ARRUDA, 2007). A forma de execução desses programas variava consideravelmente, abrangendo a distribuição de alimentos em espécie para diferentes populações de risco, as estratégias de abastecimento e comercialização de alimentos a baixo custo e o atendimento de trabalhadores. Incentivos fiscais eram concedidos aos empregadores que fornecessem alimentação a preços subsidiados (BARROS; TARTAGLIA, 2003).

Na década de 1980, no campo da Saúde Coletiva, instalou-se o movimento político da Reforma Sanitária, que buscou a remodelação do sistema de atenção à saúde enquanto direito de cidadania. Em 1990, foi aprovada a Lei nº 8080, que instituiu o SUS, incluindo entre suas atribuições, segundo o art. 16, “formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição” (BURLANDY; BODSTEIN, 1998; BRASIL, 1990a).

O INAN foi extinto em 1997 para a criação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), renomeada de Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) vinculada ao Departamento de Atenção Básica (DAB) (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Atualmente, a referência em alimentação e nutrição no Ministério da Saúde é denominada Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), que tem como principal missão implementar ações de acordo com as diretrizes da PNAN com vistas a garantia de condições de saúde adequadas à população brasileira, pela proposição de estratégias que garantam o cumprimento das metas relativas à prevenção de carências nutricionais; garantia de equipamentos antropométricos para as UBS; apoio a estudos e pesquisas que tragam subsídios para a análise do estado nutricional e do consumo alimentar da população brasileira, além da criação e atualização da PNAN e implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (ALVES; JAIME, 2014).

A PNAN foi aprovada pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, tendo como propósito “a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais” (BRASIL, 1999).

A Figura 1 ilustra os principais fatos históricos que culminaram na criação da PNAN.



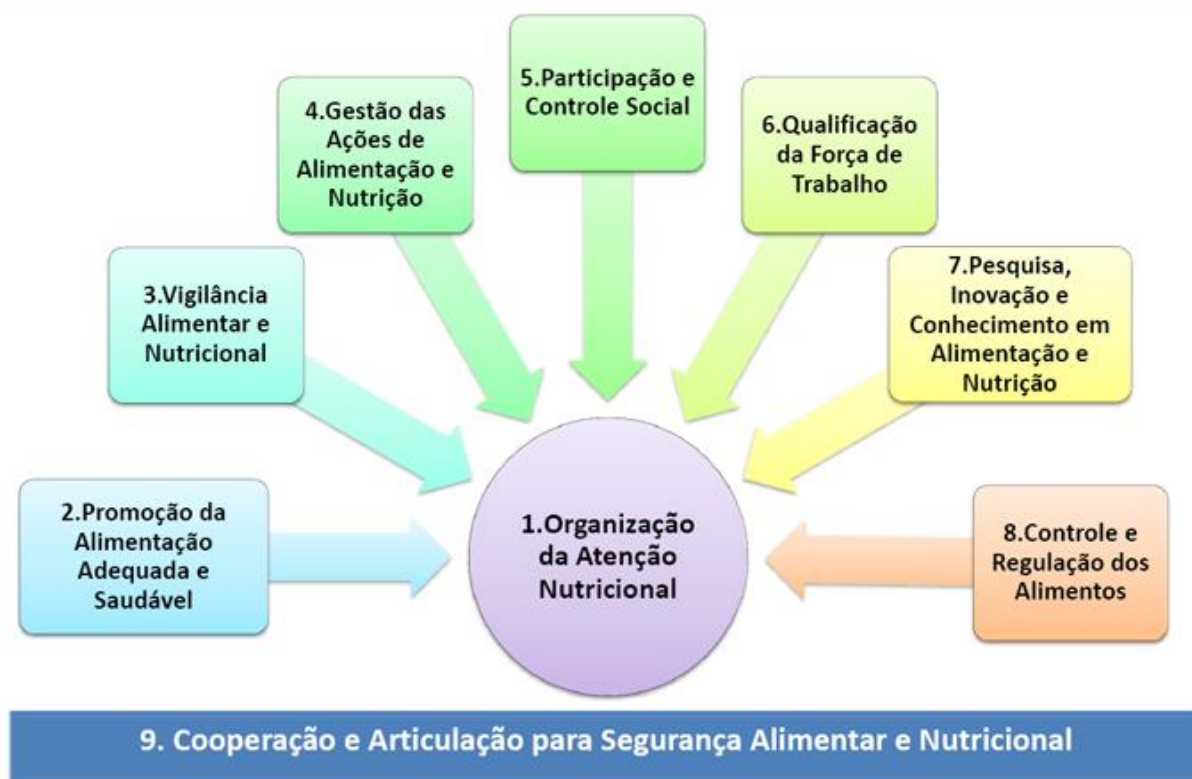
**Figura1.** Fatos históricos precedentes à Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

No ano de 2010 aconteceu o “Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos”, com o objetivo de avaliar a trajetória da PNAN. Como resultados foram aprovadas propostas de aperfeiçoamento da política nas três esferas de governo. A alimentação e nutrição tornou-se agenda prioritária da saúde, tanto na gestão como no controle social do SUS (BRASIL, 2010b). Dez anos após sua criação a PNAN foi revisada e publicada por meio da Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, ampliando seu propósito para a:

melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012a, p. 21).

A PNAN tem nove diretrizes que indicam suas linhas de ações e propósitos, e servem de arcabouço para o planejamento, execução e monitoramento de ações realizadas nos serviços de saúde, sendo elas: (1) Organização da Atenção Nutricional; (2) Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; (3) Vigilância Alimentar e Nutricional; (4) Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; (5) Participação e Controle Social; (6) Qualificação da Força de Trabalho; (7) Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; (8) Controle e Regulação dos

Alimentos; e (9) Cooperação e Articulação para Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2012a), conforme Figura 2.



**Figura 2.** Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Fonte: [http://dab.saude.gov.br/imgs/portaldab/geral/diretrizes\\_pnan.png](http://dab.saude.gov.br/imgs/portaldab/geral/diretrizes_pnan.png), acesso em: 08/04/2016.

A terceira diretriz é essencial para a atenção nutricional no SUS, direcionando a organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa organização deverá ser iniciada pelo reconhecimento da situação alimentar e nutricional da população adstrita aos serviços e às equipes de AB (BRASIL, 2015b).

### 3.2 Vigilância Alimentar e Nutricional

A VAN “consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes” e seu objetivo é subsidiar o planejamento da atenção nutricional e as ações relacionadas à

promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável nas esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2012a).

A VAN deve ressaltar o compromisso com ações básicas de saúde, como: aspectos referentes ao pré-natal e planejamento familiar; controle do crescimento e desenvolvimento; prevenção e tratamento das diarreias e de doenças respiratórias agudas; vacinações de rotina; promoção do aleitamento materno e orientações educativas (BATISTA FILHO; RISSIN, 1993). Adicionalmente, a VAN deve identificar e descrever riscos, problemas, prioridades, potencialidades e possibilidades de atuação e reconhecimento da situação de saúde; alimentação e nutrição das famílias; realizar a suplementação de micronutrientes para grupos mais vulneráveis; destacar o papel da educação alimentar e nutricional no serviço de saúde, considerando as diferentes fases do curso da vida e as condições de saúde, a partir das diretrizes alimentares oficiais definidas nos guias alimentares (BRASIL, 2012a; COUTINHO et al., 2009).

A vigilância nutricional foi preconizada em 1968 durante a 21ª Assembleia Mundial de Saúde, evento sobre “vigilância global das doenças transmissíveis”, atendendo às propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO). Foi sugerido que as ações da Vigilância Epidemiológica deveriam ser também aplicáveis a outros problemas de saúde pública, incluindo aqueles relacionados à alimentação e à nutrição (COUTINHO et al., 2009).

No Brasil, os primeiros marcos legais que apoiaram a VAN nos serviços de saúde foram a Lei nº 8.080/90, que incluiu a VAN como atribuição do SUS e a Portaria nº 1.156/90, que instituiu o SISVAN no Ministério da Saúde (BRASIL, 1990a; 1990b; 2015b). O SISVAN é um sistema de informação com a finalidade de subsidiar decisões nas áreas de alimentação e nutrição, e promoção da saúde em qualquer esfera de governo e contempla a população assistida pelo SUS, em qualquer fase da vida (BRASIL, 2004a). Seu primeiro diagnóstico nacional foi realizado em 2001, acusando algumas limitações. Em 2004 foi implantada uma versão digital prévia e em 2008 um novo sistema operacional foi desenvolvido com acesso *on-line*, através do qual é possível realizar o monitoramento do estado nutricional e alimentar da população em geral e de grupos específicos (VASCONCELLOS, 2011).

A PNAN estabelece que o SISVAN deva apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico dos agravos alimentares e nutricionais, no levantamento de marcadores de consumo alimentar a fim de identificar fatores de risco ou proteção e incorporar o acompanhamento nutricional e de saúde das populações assistidas por programas de transferência de renda. Para análise mais ampla o sistema pode ser conjugado com outras informações como mortalidade, natalidade, entre outras (BRASIL, 2012a).

A geração de informações sobre o estado nutricional e as práticas alimentares inicia-se com a coleta de dados nos serviços de saúde e recomenda-se que sejam realizadas as avaliações antropométricas e de consumo alimentar de indivíduos em todas as fases do curso da vida: crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (BRASIL, 2015b). Para que a coleta de dados antropométricos ocorra de maneira adequada foram publicados os *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional* e a *Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde* (BRASIL, 2008a; 2011b). Para a avaliação de marcadores de consumo alimentar, há formulários que têm por objetivo simplificar a coleta de dados e a análise das informações obtidas no momento do atendimento individual, cujas orientações estão contidas nas *Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica* (BRASIL, 2015c).

No ano de 2013, o Ministério da Saúde, por meio do DAB instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por meio da Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, cuja operacionalização é feita por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS/AB). O e-SUS/AB que surgiu da necessidade de utilização de um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação para a AB, de forma que a digitação dos dados referentes à alimentação e nutrição, a partir de 2014, passou não ser mais realizada por meio do SISVAN, mas pelo SISAB (BRASIL, 2013a). Em consonância com essa necessidade, em 2016, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) com o propósito de promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação para melhorar os processos de trabalho em saúde que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade

mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços de saúde, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2016a).

De acordo com o *Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica*, a VAN prevê a coleta de dados que subsidiem a geração de informações sobre o estado nutricional e as práticas alimentares da população, podendo ser realizada por meio de diferentes estratégias, visto que as equipes de AB precisam equacionar a oferta de serviços, por demanda espontânea ou programada em diferentes espaços: na própria UBS, no domicílio, em escolas e creches, entre outros (BRASIL, 2015b).

Essas estratégias são fundamentadas nas Conferências Internacionais sobre Nutrição promovidas pela FAO e OMS, realizadas em 1992 e 2014, nas quais foram discutidos os problemas nutricionais e definidos planos de ação que servem como guia para elaboração de políticas e programas nutricionais (FAO, 1992; 2014).

As estratégias de VAN incluem a organização da Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade; o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF); ações do Programa Saúde na Escola (PSE); ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); as consultas de pré-natal e puericultura e; ainda, nas ações de suplementação de micronutrientes - Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) (BRASIL, 2015b).

### 3.2.1 Linha de Cuidado às Pessoas com Sobrepeso e Obesidade

A atenção à saúde das pessoas com DCNT tem demandado ao SUS a organização de oferta de cuidados para promoção da saúde e prevenção de complicações. Nesse sentido, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, onde algumas doenças foram priorizadas para a organização de linhas de cuidado, como as doenças cardiovasculares e a obesidade (BRASIL, 2015b).

A Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária. As diretrizes englobam desde ações de diagnóstico da população assistida no SUS, por meio da classificação do estado nutricional, até a garantia de financiamento e formação de profissionais de saúde (BRASIL, 2013b).

Para apoiar estados e municípios na construção da linha de cuidado o Ministério da Saúde elaborou um Manual Instrutivo cujo conteúdo aborda propostas de elaboração e um passo a passo, com os principais aspectos a serem considerados (BRASIL, 2016b).

A VAN possibilita a organização da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, por meio da identificação das pessoas e dos grupos populacionais com sobrepeso e obesidade ou maior risco para desenvolver esta condição, por meio da estratificação de risco por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que deverá ser analisado com outros aspectos, como a presença ou ausência de comorbidades (hipertensão, diabetes, dislipidemia), para que os profissionais de saúde possam então definir as ações e as estratégias de cuidado que deverão ser ofertadas, seja no âmbito individual ou coletivo (BRASIL, 2015b).

### 3.2.2 Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A EAAB é o resultado da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), lançadas em 2008 e 2009, respectivamente. A EAAB foi instituída pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, com o objetivo de qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde nessas temáticas como atividade de rotina das UBS (BRASIL, 2013c).

As ações que visam garantir o alcance dos objetivos e a efetividade da EAAB incluem a formação de facilitadores, que são profissionais responsáveis por conduzir as atividades e dar apoio técnico na formação de tutores; formação de tutores, profissionais responsáveis por disseminar a estratégia e realizar oficinas de trabalho

nas UBS; realização de oficinas de trabalho nas UBS, que discutem a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no contexto local; realização do acompanhamento e monitoramento nas UBS para garantir o desenvolvimento e execução de um plano de ação (BRASIL, 2015d).

Daí utilizar a EAAB como estratégia de VAN para analisar a situação da alimentação complementar de crianças entre seis e vinte e 24 meses e, desta forma desenvolver práticas alimentares saudáveis que interferem positivamente no seu estado nutricional, favorecendo o seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento (MARINHO et al., 2016).

### 3.2.3 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

Considerando que a deficiência de vitamina A é um problema de saúde pública, com prevalência variando entre 14,6% e 33% em menores de cinco anos de idade, o Ministério da Saúde instituiu o PNSVA por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, com o objetivo de prevenir e/ou controlar essa deficiência nutricional mediante a suplementação de megadoses de vitamina A, em crianças de seis a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato, pertencentes à Região Nordeste, ao Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e ao Vale do Ribeira em São Paulo (BRASIL, 2005a).

Em 2012 o Ministério da Saúde expandiu o programa para as demais regiões do país, porém, somente para crianças, cuja suplementação deve seguir o calendário de administração preconizado pelo manual de condutas do programa, sendo responsabilidade do nível local o provimento das ações básicas de saúde e das atividades educativas em alimentação e nutrição, o estímulo para que os responsáveis levem seus filhos aos serviços de saúde para dar seguimento às administrações das megadoses de vitamina A, o monitoramento das famílias por meio do SISVAN, o controle do estoque e da distribuição dos suplementos (BRASIL, 2005a; 2013d).

### 3.2.4 Programa Nacional de Suplementação de Ferro

O PNSF, instituído pela Portaria nº 730 de 13 de maio de 2005, é uma das iniciativas da PNAN para o combate da deficiência de ferro no Brasil e tem como objetivo a prevenção e controle da anemia por meio da administração profilática de suplementos de ferro às crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes (incluindo também o ácido fólico) e mulheres até 3º mês pós-parto e/ou pós-aborto (BRASIL, 2005b).

Em 2013 o programa foi reformulado sendo descentralizada a aquisição dos suplementos através do recurso do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, de acordo com a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Além disso, o sistema de gestão do PNSF foi encerrado para a inserção de dados, sendo orientada aos municípios a implantação do e-SUS/AB para monitoramento do programa (BRASIL, 2005b; 2013e). Outra alteração ocorrida no programa foi na administração do suplemento preconizada pelo manual de condutas (BRASIL, 2013f).

Vale ressaltar que os registros nas cadernetas de saúde são imprescindíveis no acompanhamento dessas ações, necessários para a identificação do fornecimento e garantia da efetivação do programa de suplementação de ferro nas crianças no primeiro ano de vida (VIEIRA et al., 2016) como também, para a realização do monitoramento do crescimento e desenvolvimento dessa criança.

### 3.2.5 Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família

Criado por meio da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, o PBF é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que reúne as ações do Governo Federal como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, entre outros, com vista à melhoria das condições de vida das famílias em situação de pobreza em todo o país (BRASIL, 2004b).

O PBF possui três eixos principais: a transferência de renda, que promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades, que reforçam o acesso a direitos sociais

básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e as ações complementares, que objetivam o desenvolvimento de capacidades das famílias e a superação de sua situação de vulnerabilidade socioeconômica (BRASIL, 2015e).

As condicionalidades não têm caráter punitivo, mas, sim uma forma de discriminação positiva, visando à equidade na garantia do acesso aos direitos sociais básicos para os beneficiários, de forma que estes possam exercer a sua cidadania (MOURAO; FERREIRA; JESUS, 2012; TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012).

Na área da saúde, a Portaria nº 2.509, de 18 de novembro de 2004, estabelece as atribuições e normas para oferta e monitoramento das ações que incluem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a assistência ao pré-natal e puerpério, vacinação, assim como a VAN de crianças menores de sete anos de idade (BRASIL, 2004c). As responsabilidades das famílias estão detalhadas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Responsabilidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família na área da saúde.

Gestantes e Nutrizes	Inscriver-se no pré-natal e comparecer às consultas, portando o cartão da gestante, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde;
	Participar das atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável.
Responsáveis por crianças menores de sete anos de idade	Levar a criança à unidade de saúde ou local de campanha de vacinação, mantendo o calendário de imunização atualizado, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde;
	Levar a criança à unidade de saúde, portando o cartão de saúde da criança, para realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento e de outras ações, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde, 2010c.

De acordo com o *Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde*, a equipe de saúde deve identificar se uma família tem garantidas todas as condições de acesso aos alimentos básicos, de modo permanente e sem comprometer outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, em consonância com os princípios de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Para

isso, é importante que a equipe conheça a situação de saúde e da alimentação e nutrição na comunidade e nas famílias em que atua e auxilie na busca de possibilidades de melhorá-la, principalmente naquelas famílias mais fragilizadas e vulneráveis (BRASIL, 2010c).

### 3.2.6 Programa Saúde na Escola

O PSE foi instituído por meio do Decreto Presidencial nº 6.285, de 5 de dezembro de 2007 com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes de rede pública por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Segundo o *Caderno de Atenção Básica – Saúde na Escola*, o PSE conta com o apoio das equipes da ESF para constituir, juntamente com a Educação Básica, uma integração e articulação permanentes entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar. Ações de saúde previstas devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras: (I) Avaliação clínica; (II) Avaliação nutricional; (III) Promoção da alimentação saudável; (IV) Avaliação oftalmológica; (V) Avaliação da saúde e higiene bucal; (VI) Avaliação auditiva; (VII) Avaliação psicossocial; (VIII) Atualização e controle do calendário vacinal; (IX) Redução da morbimortalidade por acidentes e violências; (X) Prevenção e redução do consumo do álcool; (XI) Prevenção do uso de drogas; (XII) Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; (XIII) Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; (XIV) Educação permanente em saúde; (XV) Atividade física e saúde; (XVI) Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; (XVII) Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2009a).

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes da ESF. Desta forma, diversificar os locais de atendimento à saúde e colocar em prática ações educativas, que vão além das meras palestras

tradicionais, ampliam as possibilidades de melhoria da assistência prestada (BRASIL, 2011c; SANTIAGO et al., 2012).

Com todas essas estratégias a VAN é estratégica para a AB, por possibilitar mapear e acompanhar a situação alimentar e nutricional da população, com vistas a planejar e realizar ações oportunas, além de contribuir para a avaliação do impacto dessas ações na saúde da população acompanhada (JAIME et al., 2011; SILVA; BAIÃO; SANTOS, 2013).

### **3.3 A Atuação do Nutricionista na Atenção Básica**

A Atenção Primária à Saúde (APS), nas proposições de Alma-Ata, é entendida como função central do sistema nacional de saúde, pois inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação, correspondendo a uma concepção de modelo assistencial de atenção integral, por estar mais próxima das pessoas, famílias e comunidades (OMS, 2004; GIOVANELLA, 2008; AQUINO et al., 2014).

No Brasil somente na década de 1990 houve, de forma efetiva, a criação e expansão de serviços voltados para os cuidados primários, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado o antecessor do Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado ESF (AQUINO et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2006 e revisada em 2011, por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro, considera equivalentes os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” e a caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até o tratamento e reabilitação. Sua expansão e consolidação apoiam-se na ESF e seu modelo de atenção mostra-se acessível à população adscrita, buscando ampliar a resolutividade e apresentar uma relação custo-benefício favorável (BRASIL, 2012b).

Em expansão por todo o território nacional, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica. Estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do

estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A equipe de Saúde da Família é composta por equipes multiprofissionais que devem conter, no mínimo, médico, enfermeiro (ambos generalistas ou especialistas em Saúde da Família), auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar o cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal, responsáveis por, no máximo, 4.000 habitantes. Seu processo de trabalho envolve a definição do território de atuação, programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população, abrangendo todas as fases dos ciclos de vida com suas especificações e prioridades. Por isso, é considerada a coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS e, desta forma, a porta preferencial de entrada dos usuários no SUS (BRASIL, 2012b).

É importante destacar que as ações de VAN são de responsabilidade de todos os profissionais inseridos na AB, e cabe ao nutricionista potencializá-la, contribuindo com o processo de educação permanente dos demais profissionais. Entre suas atribuições estão o apoio à implementação do fluxo de coleta de dados e a consolidação e análise das informações pelas equipes (SILVA; BAIÃO; SANTOS, 2013).

Na AB o nutricionista está inserido, principalmente, no NASF. Criado por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, seu objetivo é ampliar a abrangência e o espaço das ações, bem como sua resolutividade, por meio de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, apoiando as equipes da ESF (BRASIL, 2008b).

Atualmente o NASF é regulamentado pela Portaria nº 2.488/2011, que ampliou a atuação da equipe para o atendimento da AB para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e do Programa Academia da Saúde. Entretanto, o NASF não é um serviço com unidades físicas independentes ou especiais, e não tem livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Além disso, é dividido por modalidades (BRASIL, 2012b), apresentadas no Quadro 2.

**Quadro 2.** Modalidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

<b>Modalidades</b>	<b>Nº de equipes vinculados</b>	<b>Somatória das cargas horárias</b>
NASF 1	5 a 9 ESF ou equipes de AB	Mínimo 200 horas/semana, cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF 2	3 a 4 ESF ou equipes de AB	Mínimo 120 horas/semana, cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF 3	1 a 2 ESF ou equipes de AB	Mínimo 80 horas/semana, cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012b.

A composição de cada NASF é definida pelo gestor municipal, seguindo critérios de prioridade identificados a partir de dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. Poderão compor os NASF os seguintes profissionais: médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2012b).

O Apoio Matricial orienta o trabalho do NASF pela integração com as equipes de saúde da família envolvidas na atenção aos problemas comuns do território. A integração ocorre a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes diante das demandas; por meio do compartilhamento de problemas, troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções. Assim o NASF atua como uma retaguarda especializada para a ESF (BRASIL, 2014a).

A *Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde* (BRASIL, 2009b) estabelece que o nutricionista deva assumir o papel de

profissional-referência para o desenvolvimento das ações, tendo a responsabilidade de orientar a abordagem mais adequada. A inserção de profissionais nutricionistas nos NASF tem um importante papel, pois, qualifica a atividade da equipe desde o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional do território até o atendimento individualizado dos casos que assim necessitem, entre os usuários da AB (JAIME et al., 2011).

Especificamente em relação à atuação do nutricionista no NASF suas principais ações são (BRASIL, 2008b):

- Promoção de práticas alimentares saudáveis, em âmbito individual e coletivo, em todas as fases do ciclo de vida;
- Contribuição na construção de estratégias para responder às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais, desnutrição e obesidade;
- Desenvolvimento de projetos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não transmissíveis;
- Realização do diagnóstico alimentar e nutricional da população, com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, bem como identificação de hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde;
- Promoção da segurança alimentar e nutricional fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional.

Além dessas ações é importante que o NASF se insira no desenvolvimento de estratégias de alimentação e nutrição utilizando a VAN para conferir racionalidade às decisões, a promoção de práticas alimentares saudáveis, às capacitações das ESF para ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais; e a elaboração das rotinas de atenção nutricional (BRASIL, 2008a).

### **3.4 Vigilância Alimentar e Nutricional no Contexto Local**

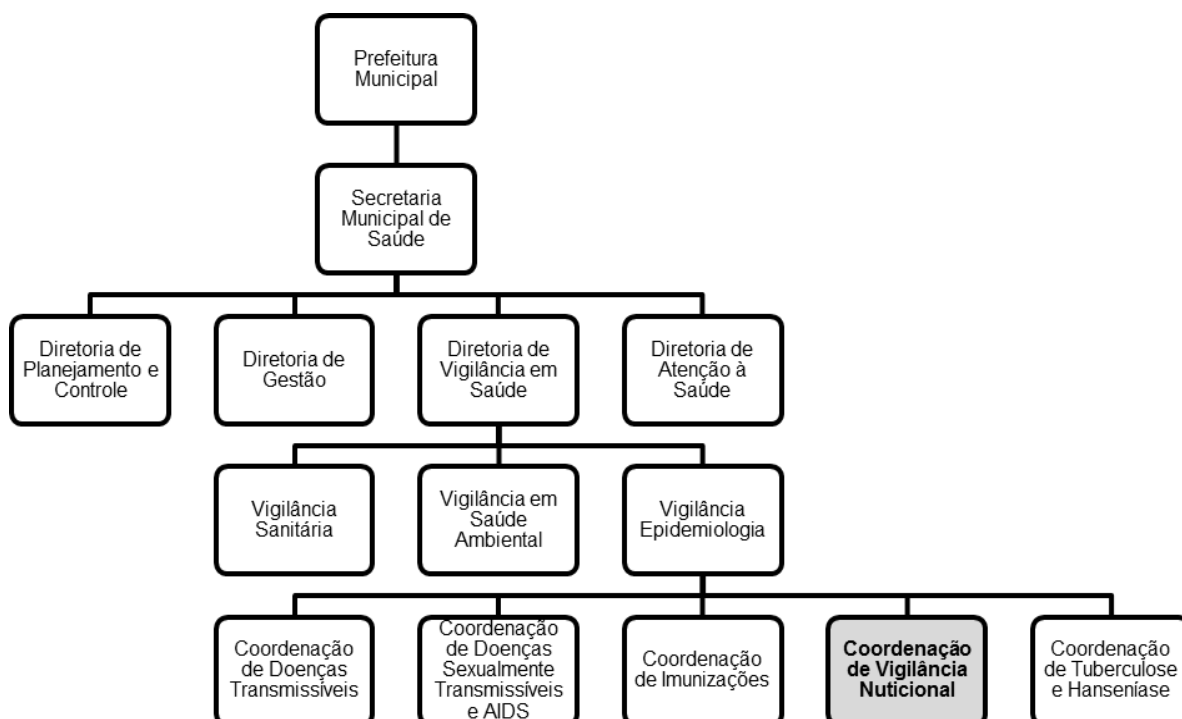
Cabe aos estados e municípios, em sua esfera de atuação, a responsabilidade de coordenar e executar projetos e programas referentes à PNAN, adequar os planos

locais, assim como implementar ações e diretrizes, tendo como referência um gestor que cumpra as seguintes atribuições: prestar cooperação técnica para implantar ações da PNAN; participar da aquisição de suplementos nutricionais; promover a consolidação da VAN, estabelecendo a análise dos dados como prática contínua e regular; realizar a vigilância relativa à avaliação de casos, acompanhamento e manejo de doenças nutricionais (VASCONCELLOS, 2011).

No município de Aparecida de Goiânia, essas atribuições ficam sob responsabilidade da CVN, cargo ocupado pela pesquisadora responsável pelo presente estudo. As ações implementadas pela CVN são custeadas pelo Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), recurso financeiro com repasse anual, por meio de portarias aos municípios brasileiros com mais de 150 mil habitantes.

O município de Aparecida de Goiânia está localizado na Região Centro-Sul do Estado de Goiás, com área territorial de 278,539 km<sup>2</sup>, população de 455.657 habitantes em 2010 e estimativa de 532.135 em 2016 (IBGE, 2016). No que diz respeito à área da saúde, atualmente, o município possui com dois Centros de Apoio Integral à Saúde (CAIS), dois Centros de Saúde, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Centro Clínico de Especialidades, uma maternidade municipal e 63 equipes da ESF distribuídas em 35 UBS, o que configura cobertura de 46% da AB. O baixo percentual de cobertura da ESF nas grandes cidades pode ser justificado por: presença de uma rede básica preexistente que funcionava em clínicas básicas; cobertura de plano privados; portas de entrada múltiplas (ambulatório de especialidades, urgência, e outros); e/ou cultura de medicina especializada (CAMPOS et al., 2013).

A CVN está inserida na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), conforme estrutura organizacional apresentada na Figura 3.



**Figura 3.** Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, Goiás.

Como apoio às equipes de ESF foram implantadas até o momento quatro equipes de NASF I no município, com profissionais de categorias distintas como, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, entre outros. Contudo, somente duas equipes possuem o profissional nutricionista em sua composição, o que representa apoio a 28% das equipes de ESF.

Diante do exposto, o desenvolvimento das ações de VAN na AB torna-se uma ferramenta importante e necessária para contribuir de forma mais efetiva para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Para tanto, este estudo tem a finalidade de conhecer como essas ações são desenvolvidas nas UBS do município; identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais que as executam na ESF; analisar reflexivamente os resultados obtidos sob o olhar de gestão; e contribuir para uma reflexão sobre a necessidade de ajustes que objetivem a expansão e qualificação das ações de VAN na AB.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo, transversal e descritivo.

### **4.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada na SMS do município de Aparecida de Goiânia, que dispõe de 63 equipes da ESF, divididas em 35 UBS, como porta de entrada da rede de AB.

### **4.3 População e Amostra**

A coleta de dados foi realizada nos meses de junho e julho do ano de 2016 com os profissionais de saúde que fazem parte da ESF no município de Aparecida de Goiânia, em Goiás.

Neste período estavam lotados 476 profissionais de saúde na ESF, sendo 59 médicos, 62 enfermeiros, 56 técnicos de enfermagem e 299 ACS, distribuídos em 63 equipes. Participaram da pesquisa 244 profissionais, contudo, após a conferência final dos instrumentos de coleta foram considerados 201 profissionais participantes, o que representa 42,2% do total dos trabalhadores da ESF do município. A diferença entre eles foi retirada, pois os instrumentos foram respondidos de forma incompleta.

O tamanho da amostra foi definido por conveniência, com o intuito de alcançar o maior número possível de profissionais participantes, em todas as equipes da ESF.

Durante a coleta de dados nas UBS responderam ao questionário um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal que dão apoio à ESF, entretanto, não são lotados no local.

#### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

O estudo teve como critérios de inclusão: (1) ser profissional de saúde e estar lotado na ESF e (2) trabalhar direta ou indiretamente com ações de VAN. Os critérios de exclusão foram: (1) estar de férias ou afastado da função por qualquer motivo; (2) não estar na UBS no momento da coleta de dados; (3) qualquer outro motivo que impossibilitou responder aos instrumentos de coleta de dados.

#### **4.5 Coleta de dados**

A primeira etapa da pesquisa foi a realização de um piloto que teve por objetivo testar os instrumentos de coleta, e melhorar sua qualidade, adequando-os ao público alvo da pesquisa. O piloto ocorreu no município de Senador Canedo, também em Goiás, com autorização do secretário municipal de saúde (Anexo A). Optou-se por realizar nesse município por ter uma organização da rede de saúde semelhante à de Aparecida de Goiânia.

No piloto foram realizadas duas visitas com os profissionais de saúde da ESF. Eles responderam aos instrumentos de coleta duas vezes com intervalo de uma semana da primeira aplicação para a segunda. Na primeira aplicação dez profissionais responderam e na segunda foram nove, pois um estava em licença por atestado médico. Após a realização do piloto, foram realizadas as modificações necessárias nos instrumentos de coleta para o início da pesquisa.

A coleta de dados em Aparecida de Goiânia foi realizada nos meses de junho e julho do ano de 2016, com anuência da secretária municipal de saúde, juntamente com as coordenações responsáveis pelo departamento (Anexo B).

Cinco auxiliares de pesquisa voluntários participaram da coleta de dados juntamente com a pesquisadora responsável. Esses foram capacitados e tinham como apoio o Manual do Aplicador (Apêndice A).

A coleta foi realizada nas UBS em uma única visita e com agendamento prévio para que as atividades de rotina não fossem alteradas e o serviço prejudicado. No local, os profissionais foram reunidos de acordo com a disponibilidade, informados sobre a

pesquisa e aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Nesse estudo foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, um questionário autoaplicável individual (Apêndice C), respondido pelos profissionais de saúde e um *check-list* para levantamento dos equipamentos utilizados na avaliação antropométrica (Apêndice D), respondido por um profissional enfermeiro da UBS.

O questionário foi composto por informações referentes ao perfil profissiográfico do profissional de saúde e as ações de VAN que este executa em seu local de trabalho, em questões fechadas e abertas. Nesse caso as respostas foram agrupadas em categorias e, assim, um mesmo profissional poderia dar mais de uma resposta à pergunta. As questões fechadas relacionadas às ações executadas e o público-alvo também poderiam ter como resposta mais de um item.

O perfil profissiográfico foi escolhido por ser aplicável para reconhecer o desempenho profissional, levantar qualificações necessárias para realizar funções, verificar se o campo de atuação é compatível com seus objetivos, como promoção da saúde e prevenção de doenças, entre outros (ALVES; SOUZA; MARGON, 2009).

Para a avaliação dos equipamentos antropométricos foi utilizado o *check-list*, contendo informações como tipo de equipamento e manutenção dos mesmos, conforme *Manual Orientador para Aquisição de Equipamentos Antropométricos* (BRASIL, 2012c), que descreve os equipamentos que podem ser utilizados nos serviços de saúde. O *check-list* previu, também, se o local possuía formulários de Marcadores de Consumo Alimentar para inserção de dados no sistema de informação.

Outros dados utilizados tratavam do perfil nutricional da população assistida, os quais foram retiradas do SISVAN através de relatórios públicos consolidados disponíveis na rede de internet.

#### **4.6 Variáveis do Estudo**

Todos os dados foram obtidos por meio do relato dos profissionais, já que os instrumentos de coleta de dados eram autoaplicáveis. Esse tipo de preenchimento

foi escolhido por se tratar de ações executadas na rotina do trabalho. Assim, eles se sentiriam menos pressionados e constrangidos.

#### 4.6.1 Questionário

- Variáveis do perfil profissiográfico: foram obtidos dados em relação ao gênero (feminino e masculino), idade (em anos), estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo), cargo ocupado (ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico), tempo de trabalho nesse cargo, carga horária semanal, vínculo empregatício com a SMS e se possuíam outro tipo de remuneração. Também foi obtido o ano que o profissional concluiu sua formação, calculado a partir do ano informado e em que tipo de instituição de ensino.
- Variáveis em relação ao tema de VAN: foram questionados se conheciam o tema, sendo esta questão aberta de forma que suas respostas foram categorizadas; se sentiam aptos a executar as ações de VAN e se haviam recebido algum tipo de capacitação, há quanto tempo e por qual instituição.
- Variáveis quanto às ações de VAN executadas: as questões foram elaboradas por grupos de ações, e foi possível marcar mais de uma opção indicada.
- Outras variáveis: por fim, foram obtidas informações sobre as dificuldades encontradas na execução das ações e sugestões, onde, também, foram abertas e suas respostas categorizadas.

#### 4.6.2 *Check-list*

- Variáveis quanto aos equipamentos antropométricos: foi possível obter quais equipamentos as UBS possuíam, bem como se o profissional respondente o considerava suficiente e em boas condições de uso. Quanto à manutenção o profissional indicava há quanto tempo foi realizada.
- Variáveis quanto aos formulários de Marcadores de Consumo Alimentar: foi questionado se a UBS possuía o formulário e se o mesmo era preenchido.

#### **4.7 Análise Estatística**

Para a tabulação dos dados foi utilizado o programa Microsoft® Excel 2007. Para análise estatística das variáveis referentes ao perfil profissiográfico foi utilizado o *software* Epi Info® for Windows®, versão 7 e para análise das demais variáveis o SPSS® for Windows®, versão 16.0.

Para avaliar a influência da variável “categoria profissional” em relação às demais foi utilizado o teste Qui Quadrado. Foi utilizado como nível de significância o valor 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **4.8 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG), com parecer nº 1.290.558/2015 (Anexo C), conforme a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012d).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil Profissiográfico

O perfil dos profissionais pesquisados no que se refere ao gênero, tempo de serviço no cargo, vínculo empregatício e carga horária, por categoria profissional, é apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização do perfil dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, por categoria profissional. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

	Categoria Profissional											
	Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Médico		Agente Comunitário de Saúde		Cirurgião dentista		Auxiliar de saúde bucal	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cargo</b>	24	11,9	37	18,4	11	5,5	127	63,2	1	0,5	1	0,5
<b>Gênero</b>												
Feminino	20	83,3	35	94,6	7	63,6	118	92,9	1	100,0	1	100,0
Masculino	4	16,7	2	5,4	4	36,7	9	7,1	0	0,0	0	0,0
<b>Tempo de serviço no cargo<sup>a</sup></b>												
< 1 ano	5	21,8	21	58,3	7	70,0	2	1,6	1	100,0	0	0,0
1 – 5 anos	12	52,2	13	36,1	3	30,0	35	28,0	0	0,0	1	100,0
6 – 10 anos	3	13,0	1	2,8	0	0,0	36	28,8	0	0,0	0	0,0
>10 anos	3	13,0	1	2,8	0	0,0	52	41,6	0	0,0	0	0,0
<b>Vínculo empregatício</b>												
Efetivo	14	58,3	37	100,0	1	9,1	105	83,3	1	100,0	1	100,0
Comissionado/ Credenciado	10	41,7	0	0,0	2	18,2	20	15,9	0	0,0	0	0,0
Outro <sup>b</sup>	0	0,0	0	0,0	8	72,7	1	0,8	0	0,0	0	0,0
<b>Carga Horária</b>												
40 horas semanais	24	100,0	37	100,0	5	45,5	127	100,0	0	0,0	0	0,0
30 horas semanais	0	0,0	0	0,0	4	36,4	0	0,0	0	0,0	1	100,0
20 horas semanais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
<20 horas semanais	0	0,0	0	0,0	2	18,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0

<sup>a</sup> Cinco profissionais não responderam. <sup>b</sup> vínculo a partir do *Programa Mais Médicos*.

Na amostra estudada a grande maioria dos participantes era do sexo feminino, correspondendo a 90,5% (n=182), idade média de 38,42 ± 8,41 anos, com idade mínima de 23 e máxima de 65 anos, assemelhando-se aos dados encontrados em

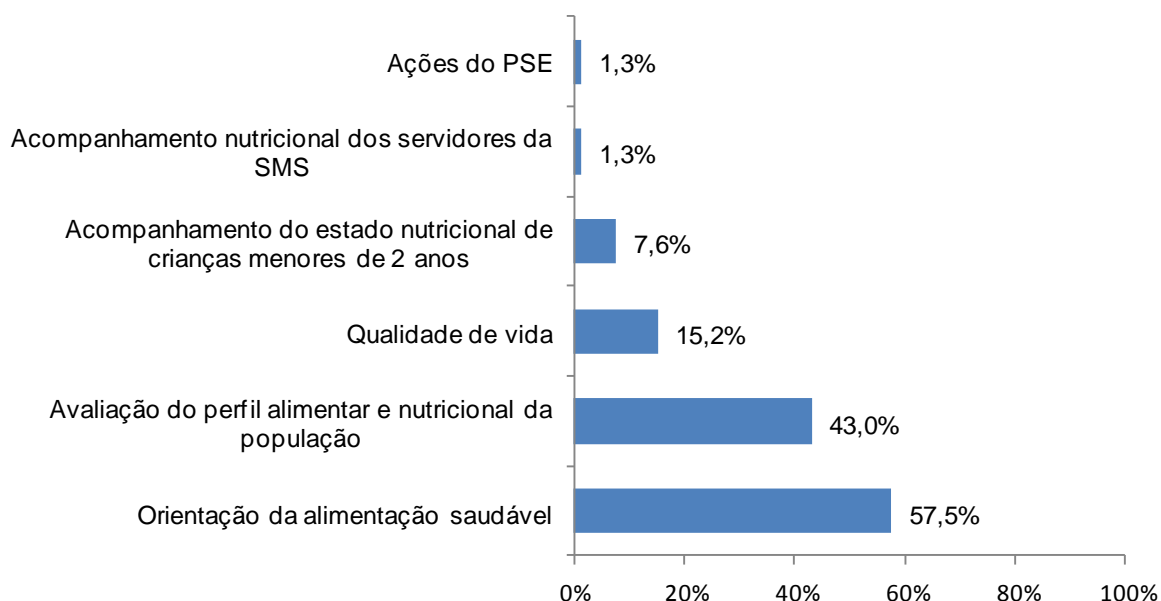
estudos que tiveram a finalidade de conhecer como as ações de alimentação e nutrição são desenvolvidas, bem como compreender as concepções sobre esse tema entre profissionais de saúde da AB (PIMENTEL et al., 2014; SILVA; RECINE; QUEIROZ, 2002).

Dos profissionais que responderam ao questionário mais da metade (63,2%) eram ACS, fato explicado pela conformação das equipes, nas quais o número desse profissional deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de saúde da família. Essa proporção não deve ultrapassar o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2012b). Em Aparecida de Goiânia essa proporção não é alcançada, pois algumas equipes possuem apenas um ou nem possuem esse profissional em sua composição.

Em todas as categorias profissionais a maioria estava na função há menos de cinco anos, com exceção dos ACS, os quais 70,4% (n= 88) exerciam essa função há mais de seis anos. A maioria dos profissionais, com destaque a 100% (n=37) dos enfermeiros, possuía vínculo empregatício efetivo, justificado pela realização de concursos públicos no município, sendo o último no ano de 2012, porém 72,7% (n=8) possuíam outro tipo de vínculo, sendo todos médicos contratados pelo programa do Governo Federal “Mais Médicos”.

Quanto à carga horária de trabalho, 100% (n=24) dos técnicos de enfermagem, dos enfermeiros (n=37) e dos ACS (n=127) cumpriam 40 horas semanais como preconiza a PNAB a todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos médicos (BRASIL, 2012b), dado confirmado neste estudo, já que 54,5% (n=6) dos médicos cumpriam carga horária menor que 40 horas semanais. Contudo, 12,4% (n=25) dos profissionais possuíam outra atividade profissional remunerada, destes, 68% (n=17) em outros estabelecimentos de saúde, 16% (n=4) em comércio, 12% (n=3) em docência e 4% (n=1) como cuidador.

Em relação às ações de VAN, 53,3% (n=106) dos profissionais relataram já ter ouvido falar sobre o tema e a definição dada por eles está apresentada na Figura 4.



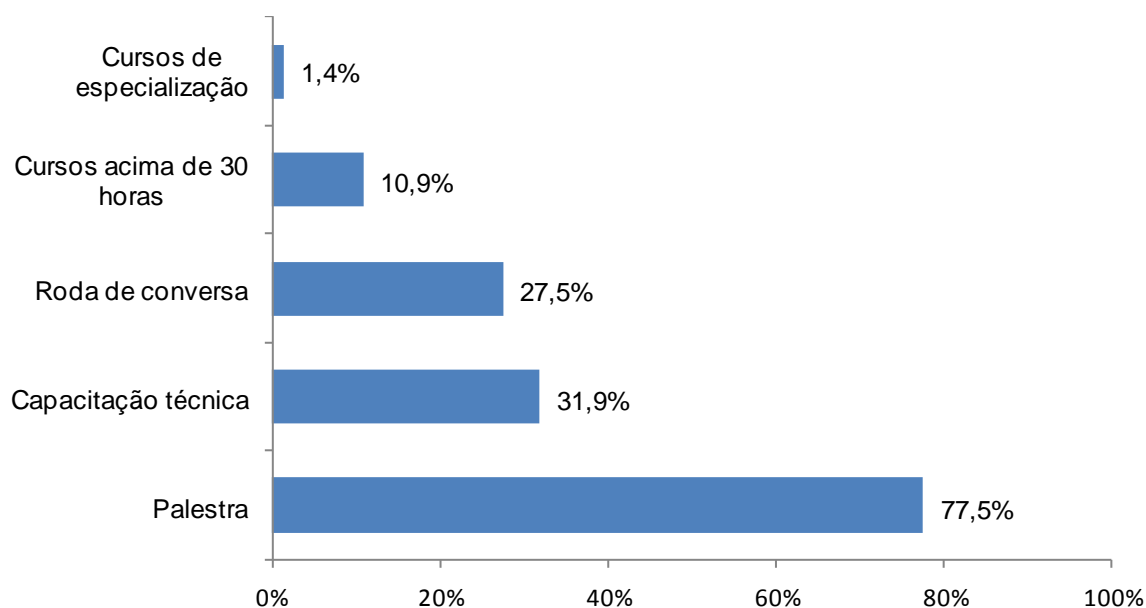
**Figura 4.** Definição de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

Apesar da definição mais comum entre os profissionais ter sido a “orientação de alimentação saudável”, por categoria profissional a resposta a essa pergunta foi “avaliação do perfil alimentar e nutricional da população” para enfermeiros e ACS ( $p < 0,001$ ) e “acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de dois anos” para médicos ( $p < 0,05$ ).

Para levantar dados referentes às ações de VAN realizadas nas UBS, os profissionais de saúde participantes podiam responder de acordo com sua percepção a partir dos objetivos preconizados para a VAN, que devem ser avaliar e monitorar o estado nutricional dos diferentes grupos; as morbidades associadas aos principais desvios nutricionais; as carências nutricionais específicas, como aquelas relacionadas à vitamina A e ao ferro; a prática de aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares; a qualidade da alimentação (COUTINHO et al., 2009). Por essa percepção, 92% ( $n=184$ ) reconheceram como ações de VAN a suplementação de vitamina A; 83,8% ( $n=166$ ) o incentivo ao aleitamento materno; 76,9% ( $n=153$ ) o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF; 57,5% ( $n=115$ ) a suplementação de ferro; 55% ( $n=110$ ) o incentivo à alimentação complementar saudável; 50,5% ( $n=101$ ) as ações do PSE; 39% ( $n=78$ ) a educação alimentar e nutricional; 36% ( $n=72$ ) a avaliação do estado nutricional da população e

35,5% (n=71) o preenchimento dos formulários de consumo alimentar do sistema de informação.

Palestra foi a forma mais comum entre os 67,7% (n=136) dos profissionais que afirmaram ter recebido algum tipo de capacitação. As diferentes abordagens metodológicas utilizadas com os profissionais de saúde participantes estão mostradas na Figura 5.



**Figura 5.** Abordagens metodológicas utilizadas em Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo relato de profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família, Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

Entre os profissionais de saúde que receberam capacitação, 64,5% (n=71) foi há menos de um ano, 28,2% (n=31) entre um e cinco anos e 7,2% (n=8) há mais de cinco anos, dados esses que podem ser resultantes da recente contratação da maioria deles. A PNAN traz em sua sexta diretriz a Qualificação da Força de Trabalho, inclusive voltada à atenção e VAN, como processo imprescindível para o enfrentamento dos agravos e problemas decorrentes do cenário alimentar e nutricional atual brasileiro (BRASIL, 2012a).

As capacitações foram realizadas, principalmente, pela SMS ou Secretaria de Estado da Saúde (SES), conforme relato dos profissionais, o que é considerado como fator facilitador das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), já que a realização desta no nível local reflete as necessidades reais dos profissionais e da comunidade, com apoio técnico (RICARDI; SOUSA, 2015).

Ainda que 67,7% dos profissionais tenham recebido algum tipo de capacitação, 56,7% (n=110) deles se sentiam aptos a executar as ações VAN, quer porque se julguem capacitados 86,7% (n=85), quer porque se preocupem ou tenham mais proximidade com a população 13,2% (n=13).

Dos 43,3% (n=84) que se sentiam aptos, 84,5% (n=71) relataram que o principal motivo era a falta de capacitação. Recentemente em um estudo sobre EPS em alimentação e nutrição na ESF, os autores perceberam que embora os municípios e os coordenadores das ações de alimentação e nutrição estivessem envolvidos com iniciativas de capacitações, as demandas assistenciais exigiam maior participação dos profissionais nas UBS, o que os deixava frágeis e suas demandas passavam a ser propícias ao “fazer rotinizado” (RICARDI; SOUSA, 2015).

## **5.2 Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional**

A Tabela 2 apresenta as ações de VAN desenvolvidas nas UBS, por categoria profissional.

**Tabela 2.** Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvidas por categoria profissional da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional	Categoria Profissional							
	Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Médico		Agente Comunitário de Saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Avaliação do estado nutricional</b>								
Avaliação antropométrica	21*	87,5	35**	94,6	8	72,7	56**	44,1
Preenchimento da caderneta de saúde	14	58,3	32**	86,5	9	81,8	56**	44,1
Preenchimento do formulário de consumo alimentar	4	16,7	27**	73,0	1	9,1	23**	18,1
Promoção da saúde	7*	29,2	29**	78,4	6	54,5	61	48,0
Orientação nutricional	8*	33,3	27*	73,0	10*	90,9	70	55,1
Encaminhamento em caso de desvio nutricional	4*	16,7	23*	62,2	10*	90,9	48	37,8
<b>Educação Alimentar e Nutricional</b>								
Aleitamento materno	17**	70,8	37**	100,0	11	100,0	117	92,1
Alimentação complementar saudável	9	37,5	27*	73,0	10*	90,9	48**	37,8
Diabetes	16*	66,7	33	89,2	11	100,0	106	83,5
Hipertensão	16*	66,7	33	89,2	10	90,9	105	82,7
Alimentação saudável	11*	45,8	32*	86,5	11*	100,0	82	64,6
<b>Incentivo ao Aleitamento Materno</b>								
Orientação quanto à importância	19**	79,2	35	94,6	11	100,0	123	96,9
Orientações sobre técnicas de amamentação	10*	41,7	32*	86,5	11*	100,0	89	70,1
Ações educativas	7	29,2	26**	70,3	6	54,5	39*	30,7
Consultas específicas	2	8,3	18**	48,6	2	18,2	16*	12,6
Incentivo à doação de leite materno	6	25,0	5	13,5	0	0,0	29	22,8
Oficina de trabalho da EAAB	1	4,2	9*	100,0	0	0,0	9	7,1
<b>Alimentação Complementar Saudável</b>								
Oficina de trabalho da EAAB	2	8,3	12**	32,4	0	0,0	11*	8,8
Orientação quanto à importância	13	54,2	30*	81,1	6	54,5	82	65,6
Ações educativas	8	33,3	24*	64,9	7	63,6	53	42,4
Consultas específicas	1	4,2	18**	48,6	5*	45,5	10**	8,0
<b>Programa Nacional de Suplementação de Ferro</b>								
Divulgação do programa	5*	21,7	11	29,7	4	36,4	65*	51,2
Suplementação na rotina	7	30,4	20*	54,1	9*	81,8	31**	24,4
Registro na caderneta de saúde	3	13,0	11	29,7	5*	45,5	22	17,3
Busca ativa	0	0,0	4*	10,8	1	9,1	41**	32,5
Preenchimento de consolidado	0	0,0	4	10,8	0	0,0	11	8,7

**Tabela 2 (cont.).** Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvidas por categoria profissional da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

	Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Médico		Agente Comunitário de Saúde	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A</b>								
Divulgação do programa	11	45,8	17	45,9	6	54,5	84*	66,1
Suplementação na rotina	18*	75,0	34**	91,9	5	45,5	43**	33,9
Suplementação em campanha	14*	58,3	20*	54,1	3	27,3	41*	32,3
Registro na caderneta de saúde	19*	79,2	34**	91,9	2*	18,2	59**	46,5
Busca ativa	1**	4,2	11	29,7	1*	9,1	69**	54,3
Preenchimento de consolidado	7	29,2	27**	73,0	0	0,0	21**	16,5
<b>Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família</b>								
Aferição de peso e altura de menores de 7 anos	19	82,6	35*	94,6	3**	27,3	88	69,3
Análise do estado nutricional	6	25,0	23**	62,2	2	18,2	26*	20,5
Atualização do calendário vacinal	17	70,8	29*	78,4	2	18,2	61*	48,0
Peso e altura de mulheres acima de 7 anos	10**	41,7	10	27,0	1	9,1	12**	9,4
Acompanhamento do pré-natal	6*	25,0	28*	75,7	5	45,5	72	56,7
Promoção da saúde	5*	20,8	23*	62,2	5	45,5	60	47,2
Orientação nutricional	5	20,8	19*	51,4	2	18,2	44	34,6
<b>Programa Saúde na Escola</b>								
Avaliação antropométrica	8	33,3	19	51,4	4	36,4	56	44,4
Preenchimento do formulário de consumo alimentar	1	4,2	7	18,9	0	0,0	19	15,1
Promoção da saúde	4	16,7	17*	45,9	2	18,2	35	27,8
Orientação nutricional	2	8,3	15*	40,5	2	18,2	27	21,4
Encaminhamento em caso de desvio nutricional	1*	4,2	14*	37,8	2	18,2	28	22,2

Teste: Qui-quadrado. \*indica diferença significativa ( $p < 0,05$ ) nas categorias profissionais por ação de VAN desenvolvida. \*\*indica diferença altamente significativa ( $p < 0,001$ ) nas categorias profissionais por ação de VAN desenvolvida

As atividades de Avaliação do Estado Nutricional mais frequentes desenvolvidas por todos os profissionais participantes foram a avaliação antropométrica, o preenchimento da caderneta de saúde e as orientações nutricionais. Quando a participação dos profissionais é avaliada separadamente observou-se que o enfermeiro participa de todas as ações descritas; o técnico de enfermagem apresentou maior participação na avaliação antropométrica, porém, apresentou baixa participação nas ações de promoção da saúde, que é parte de suas

atribuições funcionais. As atividades de orientação nutricional e encaminhamento em caso de desvio nutricional não são de sua competência. O médico apresentou maior participação nas atividades de orientação nutricional e encaminhamento em caso de desvio nutricional. Algumas discrepâncias foram observadas em relação às atribuições do ACS, conforme visto na Tabela 2, onde o profissional realiza as ações de avaliação antropométrica e preenchimento da caderneta de saúde. Porém, apenas 18,1% (n=23) fazem o preenchimento do formulário de marcadores de consumo alimentar, atividade prevista nas suas atribuições. No entanto, a orientação nutricional, que não é de sua competência, foi realizada por 55,1% (n=70) dos ACS (Tabela 2).

Esses dados reforçam o papel do enfermeiro como coordenador das ações desenvolvidas na ESF, bem como as atribuições do médico no que se refere às orientações e encaminhamentos conforme descrito na PNAB (BRASIL, 2012b). Os dados relacionados ao preenchimento dos formulários de marcadores de consumo alimentar mostram que é necessário investir na sensibilização dos profissionais, já que esse instrumento pode ser preenchido por todos da equipe (BRASIL, 2015c) com o intuito de permitir a observação de comportamentos positivos e/ou negativos da alimentação (BRASIL, 2015b). Também assegura o adequado monitoramento do estado nutricional das crianças com a finalidade de atender às necessidades dos grupos vulneráveis precocemente, bem como direcionar as políticas públicas (PEDRAZA, 2016).

As ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) desenvolvidas com mais frequência pelos profissionais foram o aleitamento materno, diabetes e hipertensão. Ao avaliar a participação por categoria profissional no desenvolvimento dessas atividades observou-se que o médico, juntamente com o enfermeiro, apresentou maior participação em todos os temas citados; o técnico de enfermagem apresentou maior participação nos temas de aleitamento materno, diabetes, hipertensão. Esse dado reflete a participação efetiva do profissional nos grupos direcionados à organização da Linha de Cuidado, tanto da hipertensão arterial, quanto do diabetes. Ambas tem a finalidade de fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com estas doenças (BRASIL, 2013g; 2013h).

Por outro lado, estes profissionais apresentaram menor participação nos temas referentes à alimentação complementar saudável. O ACS mostrou maior

participação em todos os temas, tendo maior destaque o aleitamento materno e menor na alimentação complementar saudável.

O *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas* (BRASIL, 2012e) estabelece que a EAN pode ser desenvolvida na área da saúde em todos os pontos da RAS, inclusive na ESF. Por ser um campo intersetorial e multidisciplinar, outros profissionais, que não nutricionistas, podem se envolver nas ações. A EAN é uma estratégia para auxiliar na prevenção de agravos, sendo o meio indicado para aumentar o conhecimento da população. Os resultados apresentados em um estudo realizado com idosos evidenciou que a EAN pautada na problematização pode ser considerada como uma das alternativas possíveis para a construção do conhecimento de forma mais efetiva, com vistas ao favorecimento do convívio social e de um melhor controle das doenças crônicas não transmissíveis (JAIME et al., 2011; CRISCUOLO; MONTEIRO; TELAROLLI JUNIOR, 2012).

Um estudo realizado em Diadema, São Paulo, com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de EAN sobre o estado nutricional observou que atividades de educação nutricional desenvolvidas na UBS parece ter colaborado com a boa evolução do estado nutricional de seus participantes, propiciando redução de medidas antropométricas e ampliando conhecimentos sobre alimentação saudável (GOMES et al.; 2013). Essa evidência reforça a importância das ações educativas em grupo na atenção em saúde. Pensar em intervenção grupal é pensar em prática social, em participação coletiva e em construção compartilhada que exigem do profissional preparo e habilidade para o planejamento, assim como o desenvolvimento e a avaliação da intervenção educativa em nutrição, que podem ser respaldadas pelo uso do marco de referência (CERVATO-MANCUSO; VINCHA; SANTIAGO, 2016).

As atividades de incentivo ao aleitamento materno mais realizadas pelos profissionais foram a orientação quanto à importância do tema, orientações sobre as técnicas de amamentação e a realização de ações educativas.

Ao avaliar a participação dos profissionais por categoria observou-se que o médico, o ACS e o enfermeiro tiveram maior participação nas orientações quanto à importância do tema e sobre técnicas de amamentação. Esses mesmos profissionais apresentaram menor participação nas consultas específicas, incentivo à doação de

leite materno e realização de oficinas de trabalho da EAAB. O técnico de enfermagem somente apresentou maior participação no que diz respeito à orientação quanto à importância do tema. O médico mostrou maior participação nas atividades relacionadas às orientações quanto à importância do tema e técnicas de amamentação, mostrando menor participação nas demais.

Os resultados encontrados levam à reflexão sobre a efetividade das ações que envolvem o aleitamento materno, bem como a competência de cada profissional da equipe. Um estudo que realizou uma revisão de literatura para avaliar a prática de profissionais de saúde relacionada ao tema concluiu que eles precisam ser melhor capacitados para trabalhar com a promoção do aleitamento materno, seja por meio de instituições de ensino ou por gestores da saúde (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015). Vale ressaltar que a implementação da EAAB no município pesquisado encontra-se em desenvolvimento, já que em abril de 2016 foram formados 31 tutores incumbidos de realizar oficinas de trabalho nas UBS como forma de multiplicação do conteúdo com o restante da equipe, conforme preconizado pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013a).

As ações de Alimentação Complementar Saudável mais desenvolvidas foram a orientação quanto à importância do tema, a realização de ações educativas e consultas específicas. O enfermeiro, o médico e o ACS apresentaram maior participação na orientação quanto à importância do tema e em ações educativas e menor participação na realização de oficinas de trabalho da EAAB e consultas específicas; o técnico de enfermagem apresentou menor participação em todas as ações descritas.

Esses dados reforçam a implementação das ações de alimentação complementar saudável, através da EAAB. No momento da coleta de dados ainda não havia mostrado impacto na realização das ações, provavelmente, devido ao curto período de tempo (aproximadamente dois meses) entre a capacitação dos profissionais no tema e a coleta de dados deste estudo. Um estudo realizado em Macaé/RJ com o objetivo de analisar a situação da alimentação complementar saudável observou que esforços têm sido investidos por parte da gestão para incentivar o consumo de alimentos adequados no primeiro ano de vida, principalmente, o do leite materno. Todavia, devem ser ampliadas as ações voltadas para a introdução adequada e oportuna da alimentação complementar visando minimizar o consumo de alimentos

contraindicados para esta fase bem como reforçar a orientação para a população quanto aos alimentos indicados aos lactentes entre seis meses e dois anos de idade, com a implementação da EAAB (MARINHO et al., 2016).

As ações de VAN relacionadas ao PNSVA mais desenvolvidas foram a suplementação na rotina, o registro na caderneta de saúde e a divulgação do programa. O técnico de enfermagem apresentou maior participação na atividade de suplementação na rotina e em campanhas e no registro na caderneta de saúde. O enfermeiro apresentou maior participação em todas as ações, com exceção da divulgação do programa e da busca ativa e; o médico apresentou maior participação somente na divulgação do programa. O ACS mostrou maior participação no que se refere à divulgação do programa e busca ativa. Nas demais atividades, o ACS é convidado a participar, sendo opcional, especialmente em campanha.

Os resultados encontrados mostram a participação dos profissionais nas diferentes ações relativas à execução do programa, porém faz-se necessária a intensificação de ações educativas como a divulgação o que corrobora com um estudo realizado que teve como objetivo analisar o funcionamento do PNVA. O intuito é orientar e sensibilizar os responsáveis quanto à importância desta vitamina, de sua suplementação e da ingestão de alimentos fonte deste nutriente para a saúde da criança (ALMEIDA et al., 2010).

As ações do PNSF mais desenvolvidas foram a suplementação na rotina, a divulgação do programa e o registro na caderneta de saúde. O técnico de enfermagem e o enfermeiro apresentaram menor participação em todas as atividades. O médico apresentou participação mais da suplementação na rotina e do registro na caderneta de saúde. O ACS apresentou participação maior somente na divulgação do programa. Esse resultado é justificado pela mudança na conduta preconizada pelo Ministério da Saúde em 2013, onde o tipo e dosagem de suplemento foram modificados (BRASIL, 2013f), motivo pelo qual o município tem tido dificuldade para aquisição, já que a dosagem preconizada não tem sido encontrada comercialmente.

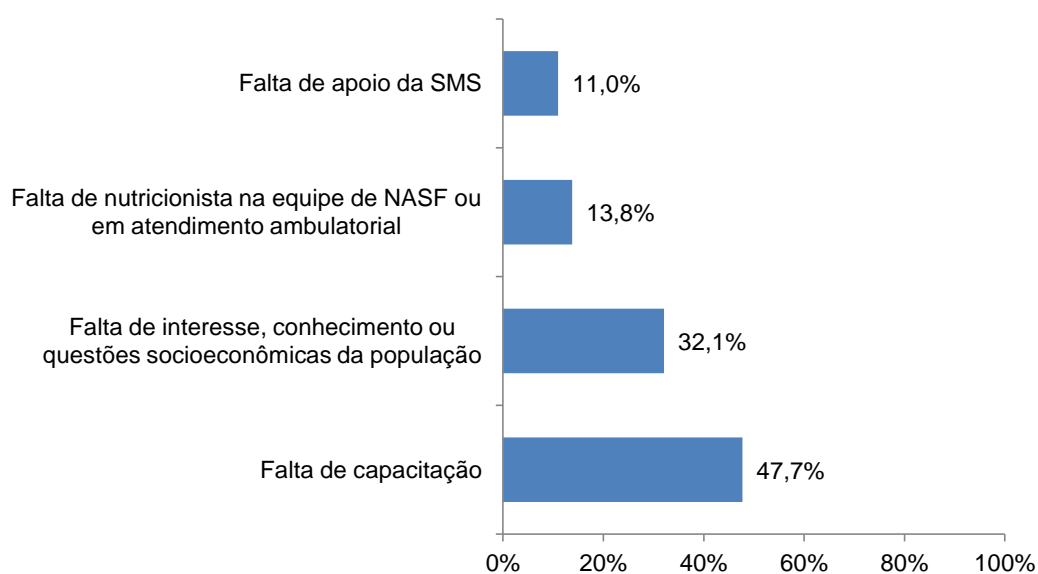
As ações do PBF mais desenvolvidas foram a avaliação antropométrica de crianças menores de sete anos, a atualização do calendário vacinal e o acompanhamento do pré-natal. O técnico de enfermagem apresentou participação maior na aferição de

peso e altura de crianças menores de sete anos e atualização do calendário vacinal, o que se justifica já que esse profissional é responsável pela triagem das crianças e pela sala de vacina das UBS; o enfermeiro apresentou maior participação em todas as atividades, exceto aferição de peso e altura de mulheres acima de sete anos, grupo não considerado como de acompanhamento obrigatório pelo programa. O médico apresentou menor participação em todas as ações desenvolvidas. O ACS participou mais da atividade de aferição de peso e altura de crianças menores de sete anos e acompanhamento do pré-natal. Ambas as informações podem ser questionadas já que para a avaliação antropométrica de crianças, o número de balanças portáteis é insuficiente como mostra o item 5.4 deste estudo, o que não viabilizaria a execução dessa atividade. O acompanhamento do pré-natal não pode ser realizado por este profissional, sendo competência apenas do enfermeiro e do médico.

É importante ressaltar que o acompanhamento familiar e a intensificação de ações de programas como o PBF pode contribuir efetivamente para o bem estar nutricional dos beneficiários, principalmente se feitos com outros tipos de intervenções, como ações de promoção de alimentação saudável (TEIXEIRA, 2014; COTTA; MACHADO, 2013). O pertencimento das famílias ao PBF e o consequente acompanhamento sistemático em AB, diminuem o risco de desnutrição e excesso de peso das crianças de zero a cinco anos. Quanto maior for o tempo de permanência no programa e mais regular for o acompanhamento em saúde, maior será a probabilidade de que as crianças apresentem evolução nutricional favorável e dentro dos padrões adequados de antropometria (BRASIL, 2014b).

As ações do PSE mais desenvolvidas na UBS foram a avaliação antropométrica e promoção da saúde. Os dados apontam que todas as categorias profissionais apresentaram baixa participação em todas as ações descritas. Esse resultado mostra a necessidade de fortalecimento do programa. Um estudo concluiu que capacitações são necessárias para aproximação dos profissionais envolvidos no PSE, a fim de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do programa (FERREIRA et al., 2014).

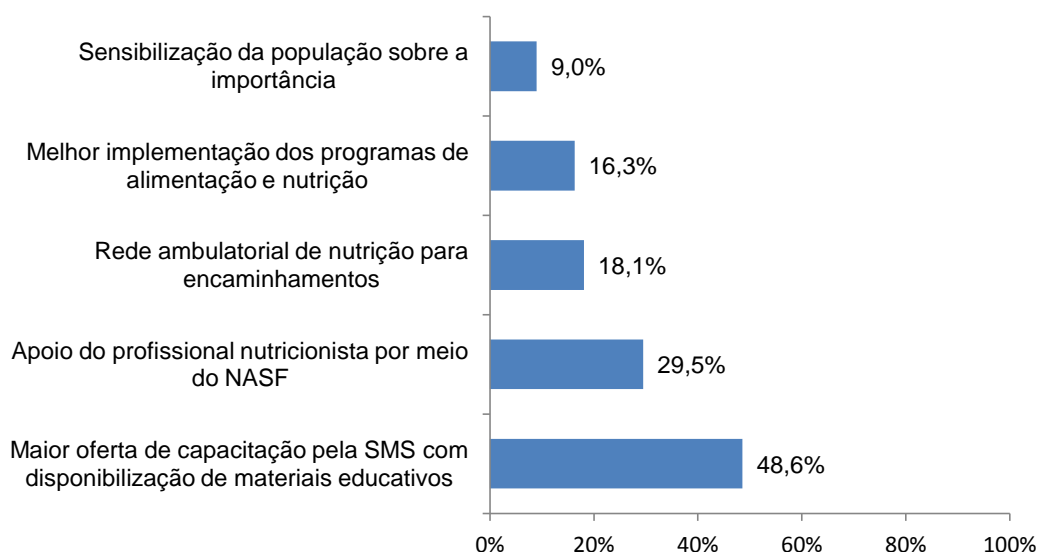
As dificuldades encontradas na execução das ações de VAN foram relatadas por 65,3% (n=124) dos profissionais. A Figura 6 mostra quais foram essas dificuldades.



**Figura 6.** Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na execução das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

A falta de capacitação foi a dificuldade relatada por quase metade dos profissionais. A falta do nutricionista foi referida por 13,8% deles, o que corrobora com o estudo realizado por Pimentel (2011) dificuldades como falta de conhecimento técnico e do auxílio de um nutricionista que foi de 14%.

Os recursos mais citados pelos profissionais com vistas à melhoria da execução das ações foram a maior oferta de capacitações pela SMS com disponibilização de materiais educativos e o apoio de nutricionista por meio do NASF, como mostra a Figura 7.



**Figura 7.** Sugestões para melhor execução das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo profissionais pesquisados. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

No estudo realizado por Pimentel (2011) 21,2% dos profissionais citaram como forma de melhorar a execução das ações de alimentação e nutrição a inclusão do nutricionista. Na realidade local a inclusão desse profissional pode contribuir com o apoio às equipes, bem como na qualificação da força de trabalho já que ele é considerado um profissional-referência das ações (BRASIL, 2009b).

A ausência do nutricionista, tanto na equipe do NASF quanto em ambulatório, foi relacionada às dificuldades (Figura 6) e às sugestões referidas (Figura 7) pelos profissionais. Essa é uma realidade previamente detectada no município, inclusive com elaboração de documentos via CVN para contratação de novos profissionais com o apoio de entidades de classe, Conselho Regional de Nutricionistas (CRN) e Sindicato dos Nutricionistas no Estado de Goiás (SINEG), tendo em vista a realização de concurso público sem convocação.

Pensar na inserção do nutricionista na AB é investir em mudanças de realidades. A adoção de ações de alimentação e nutrição num esforço convergente e complementar às demais ações já implementadas pelos diversos programas públicos de saúde ofertados, particularmente na ESF, torna importante a Organização da Atenção Nutricional (BRASIL, 2009b; 2012a), de acordo com o preconizado na primeira diretriz da PNAN.

### 5.3 Grupos de Indivíduos e Fases dos Ciclos da Vida

A percepção dos profissionais quanto aos grupos de indivíduos e diferentes fases dos ciclos da vida na participação das ações de VAN apontou interesse por 71,1% (n=138) deles. Na Tabela 3 estão apresentados os grupos de indivíduos ou fases dos ciclos da vida que participam das ações de VAN e quais desses demonstram interesse pelas ações, segundo a percepção dos profissionais.

**Tabela 3.** Grupo de indivíduos e fases dos ciclos da vida que participam das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional e seu interesse, segundo relato dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

Grupo de indivíduos ou fases dos ciclos da vida	Participação nas ações de VAN		Interesse nas ações de VAN	
	n	%	n	%
Gestantes	181	91,0	135	68,5
Nutrizes	108	54,3	46	23,4
Cuidadores/Crianças menores de 2 anos	169	84,9	32	16,3
Crianças de 2 a 10 anos	99	49,7	33	16,8
Adolescentes	58	29,1	20	10,2
Adultos	61	30,7	47	23,9
Idosos	109	55,1	63	32,0
Hipertensos/diabéticos	160	80,4	151	76,6
Vulnerabilidade social <sup>a</sup>	41	20,6	14	7,1

<sup>a</sup> Beneficiários de programas de transferência de renda

Os grupos que mais participam das ações, segundo o que relataram os profissionais, são as gestantes, cuidadores/crianças menores de dois anos, hipertensos/diabéticos e nutrizes, sendo os hipertensos/diabéticos e as gestantes aqueles citados como grupos de maior interesse nessas ações. Esses dados são justificados pelas Políticas de Atenção Integral à Saúde voltadas a esses grupos com linhas de cuidado que direcionam as ações no serviço de saúde.

Em contrapartida, os adolescentes e pessoas em vulnerabilidade social são citados como os de menor interesse. Essas últimas são beneficiárias do PBF e, por isso, deveriam cumprir as condicionalidades previstas no setor saúde. Essas condicionalidades são compromissos assumidos pelo poder público e pelas famílias beneficiárias. É necessário que crianças menores de sete anos estejam com o calendário vacinal em dia; tenham o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e que as gestantes façam as consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c). É importante salientar que as ações de

educação e campanhas de conscientização realizadas, especialmente entre os beneficiários do PBF acompanhados na saúde, servem de incentivo para que os indivíduos preservem hábitos alimentares saudáveis, o que pode prevenir casos de desvios nutricionais nessa população (BRASIL, 2014b).

O acesso ao serviço de saúde é fundamental que o adolescente busque o serviço e compreenda que o profissional da saúde é um mediador importante no cuidado à sua saúde. A maneira com que este adolescente é recebido no serviço pode cativá-lo ou simplesmente afastá-lo imediatamente da busca pelo atendimento (SANTOS; RESSEL, 2013). Os adolescentes, ainda não veem, na prática, a ESF como algo que irá contribuir para a promoção de sua saúde, refletindo-se numa participação não efetiva (VIEIRA et al., 2014). É necessário reforçar a importância da intensificação das ações inerentes ao PSE, ações essas que neste estudo apontou para pouca participação dos profissionais.

Nesse sentido, desde 2010 foram estabelecidas as *Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção e Recuperação da Saúde*, com o objetivo de sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do SUS para integrar nas ações, programas e políticas estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde desse grupo (BRASIL, 2010d).

De acordo com o relato dos profissionais, a população mostra interesse questionando sobre alimentação saudável, estando presente nas atividades realizadas na UBS e procurando por atendimento com profissional nutricionista.

#### **5.4 Equipamentos Antropométricos**

Na Tabela 4 estão demonstrados os equipamentos antropométricos que as UBS possuem para a consolidação das ações de VAN.

**Tabela 4.** Equipamentos antropométricos disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2016.

Equipamento	n	%
Balança pediátrica digital	32	91,4
Fita antropométrica	31	88,6
Antropômetro horizontal	28	80,0
Antropômetro vertical fixo	23	65,7
Balança plataforma mecânica	19	54,3
Balança plataforma digital	11	31,4
Balança portátil	5	14,3
Balança pediátrica mecânica	3	8,6
Adipômetro	0	0,0

Entre os enfermeiros que responderam ao *check-list* sobre as condições de uso desses equipamentos, observou-se que 57,1% (n=20) os consideram em boas condições de uso, contudo, 25,7% (n=9) deles não possuíam informação sobre a regularidade da manutenção dos equipamentos, 14,0% (n=14) dos equipamentos nunca tiveram manutenção, 14,3% (n=5) passaram por manutenção há um ano, 5,7% (n=2) há dois anos e 8,6% (n=3) das UBS dispunham de equipamentos novos, já que foram inauguradas recentemente. Esse levantamento evidenciou o número de equipamentos nas UBS participantes, bem como a falta de alguns como é o caso da balança com capacidade acima de 150 kg, o que pode dificultar a detecção de casos de obesidade mórbida (Tabela 4).

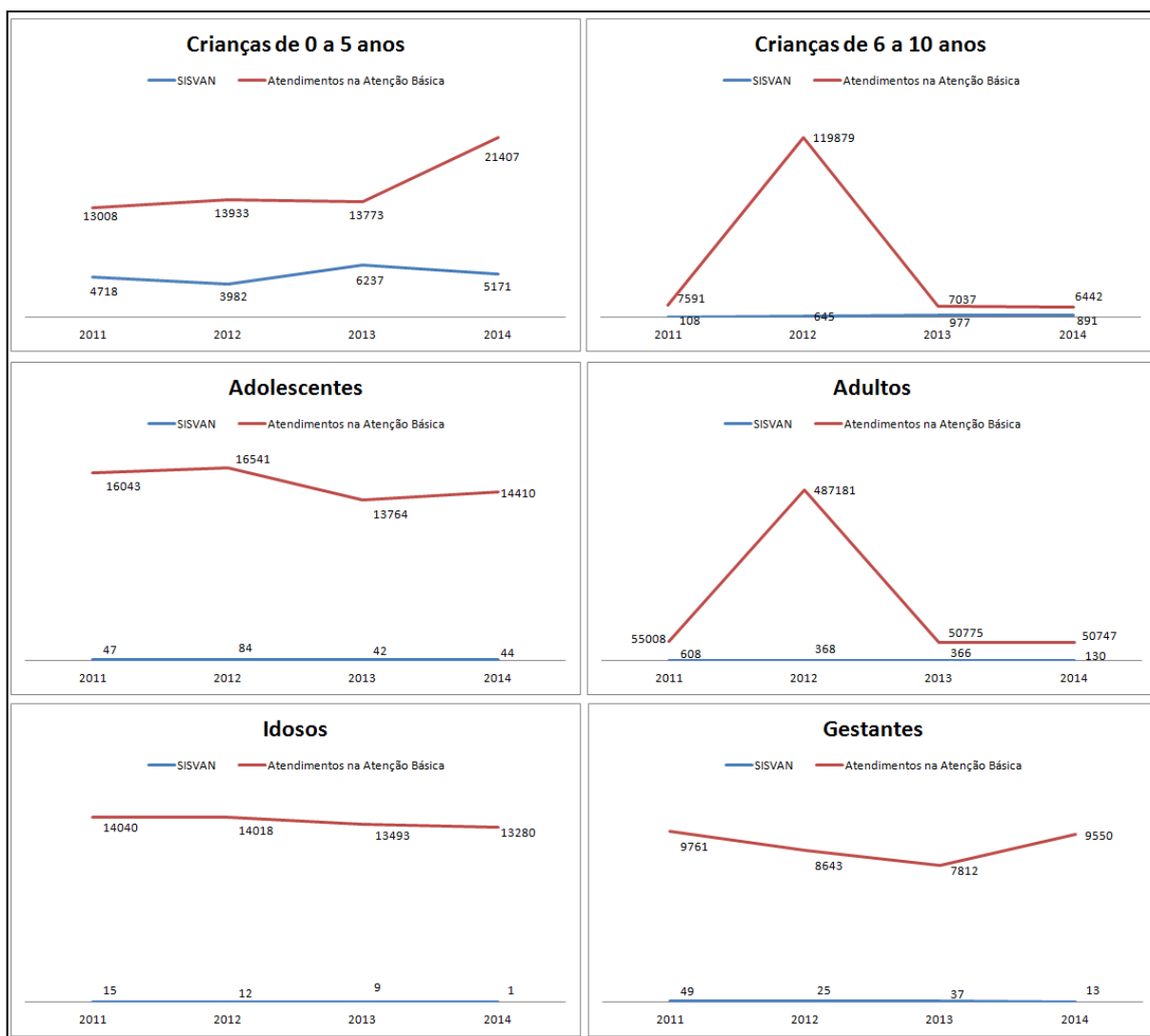
A aquisição e manutenção de equipamentos antropométricos são fundamentais para a VAN, pois uma balança descalibrada ou um antropômetro impreciso desqualificam o método antropométrico e, em se tratando de populações específicas, como crianças, por exemplo, podem subestimar ou superestimar uma situação de risco/agravo nutricional (BRASIL, 2012c). Atualmente, 50 equipes da ESF fizeram adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e tem o repasse mensal de incentivo financeiro, que pode ser utilizado para esse fim. Isso que influencia no resultado deste estudo, já que se espera que as UBS possuam equipamentos suficientes para a realização de VAN. No entanto, observou-se que 20% (n=20) das UBS não possuíam antropômetro horizontal, utilizado para aferição da estatura de crianças.

Dos formulários de Marcadores de Consumo Alimentar, 91,4% (n=32) das UBS tem disponível e 65,7% (n=23) realizavam o seu preenchimento, o que é considerado positivo, já que sua utilização foi intensificada em 2016 com a migração desses

registros para o e-SUS/AB. O preenchimento desse formulário é de suma importância, pois, conhecer o padrão de consumo alimentar, tanto individual quanto coletivo, é essencial para orientar as ações de atenção integral à saúde e, principalmente, para promover a melhoria do perfil alimentar e nutricional da população (BRASIL, 2015c).

### **5.5 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**

A principal ferramenta utilizada para implementação da VAN é o SISVAN, pois os dados podem subsidiar o planejamento das ações. Na Figura 8 é apresentado o número de atendimentos realizados na AB, segundo DATASUS, e o número registros no SISVAN, por fases dos ciclos da vida, no período de 2011, ano marcado pela reformulação da PNAN, até 2014 quando houve a substituição do SISVAN pelo e-SUS/AB.



**Figura 8.** Número de atendimentos realizados na Atenção Básica, segundo DATASUS e registros no SISVAN, por fases dos ciclos da vida. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2011 a 2014.

Como demonstrado na Figura 8 o maior número de registros no SISVAN em todos os anos foi de crianças menores de cinco anos, o que está de acordo com a característica desse público assegurado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, instituída por meio da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que tem como um dos eixos estratégicos a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral. Esse acompanhamento consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do desenvolvimento na primeira infância, pela AB, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2015f).

Os grupos com número menor de registros foram os adolescentes, este já esperado pela dificuldade de trazê-los à unidade de saúde; idosos; e gestantes, caso inesperado, já que passam pelas consultas de pré-natal preconizadas.

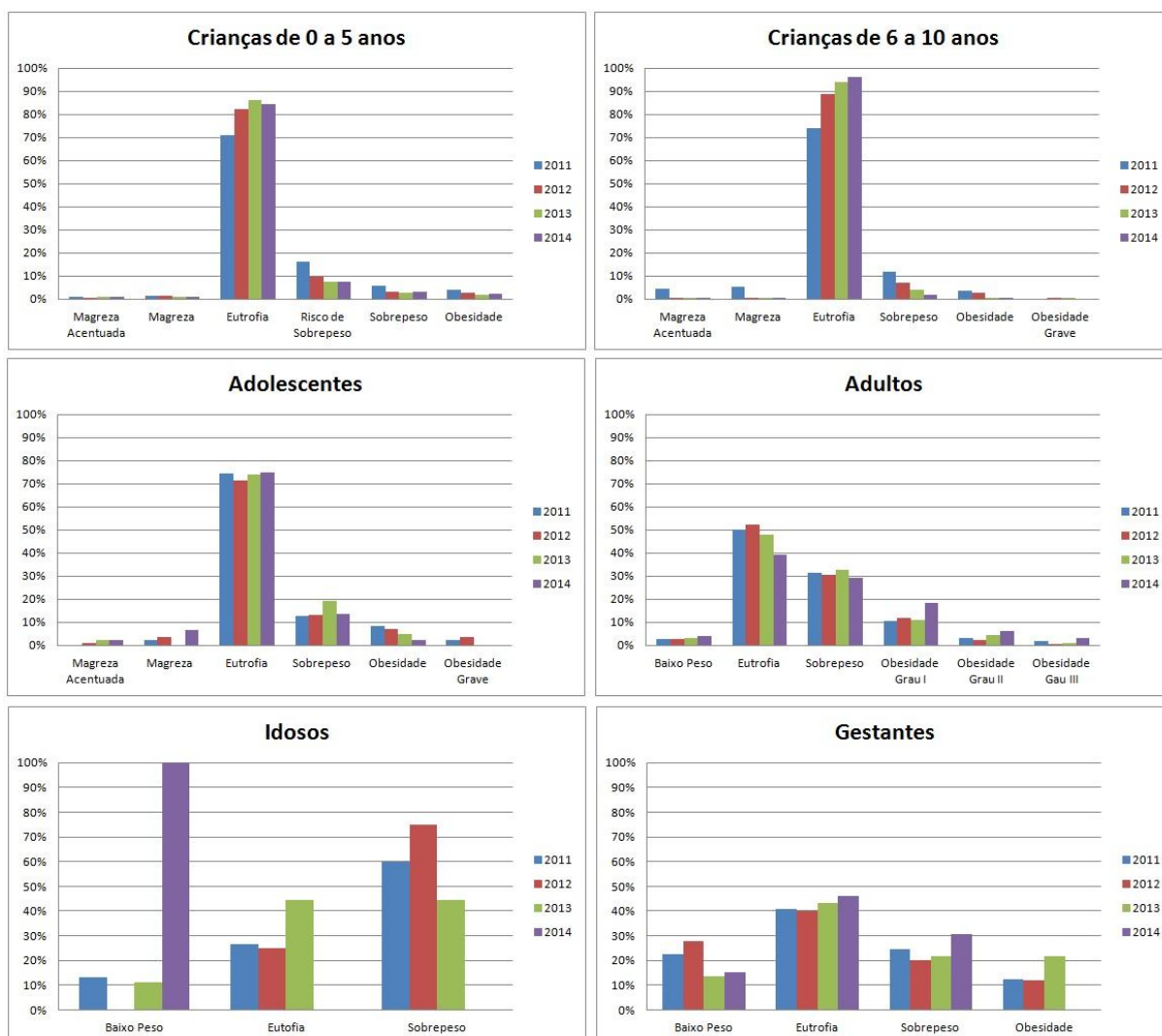
Observa-se também, que em todos os anos e em todas as fases dos ciclos da vida o número de registros no SISVAN foi muito inferior ao número de atendimentos realizados nas UBS. Em um estudo realizado em São Paulo, com o objetivo de estimar a cobertura populacional do SISVAN nos diferentes estágios da vida e avaliar seu funcionamento no estado de São Paulo, os autores observaram que apesar dos esforços e das estratégias adotadas pelo governo com vistas à ampliação e a qualificação da VAN, o monitoramento nutricional no estado deixa muito a desejar pela subutilização do sistema e que os esforços do governo deveriam ser direcionados para a conscientização dos gestores e profissionais de saúde sobre a importância do registro dos dados de monitoramento nutricional para subsidiar decisões para o planejamento de políticas, gerenciamento e avaliação de programas de saúde e nutrição (ENES; LOIOLA; OLIVEIRA, 2014).

Outro estudo realizado no Rio Grande do Sul teve por objetivo descrever o percentual de utilização e a cobertura do SISVAN em 2010 mostrou baixos percentuais de utilização e cobertura do sistema, evidenciando que a cultura de monitorar o estado nutricional da população resiste em inserir-se na pauta de ações das equipes de saúde da AB. Assim, a VAN é mais consentida do que estimulada (JUNG; BAIROS; NEUTZLING, 2014), condição que corrobora aos achados do presente estudo.

É importante ressaltar que o número de registros no SISVAN não condiz com a realidade de atendimentos realizados na UBS. Dessa forma os dados não podem retratar a real situação nutricional da população, o que pode ser justificado pela dificuldade de sensibilização dos profissionais em preencher os formulários, já que as unidades de saúde do município não são informatizadas e, há um grande número de consolidados e fichas a serem preenchidos.

O preenchimento dos dados no sistema não é visto como uma atividade propulsora da vigilância nutricional e nem geradora de dados fundamentais, contudo, a implementação do e-SUS/AB é uma estratégia de integração dos diversos sistemas, inclusive o SISVAN, no âmbito da AB (ROLIM et al., 2015).

Na Figura 9 está apresentada a evolução do perfil nutricional da população de Aparecida de Goiânia registrada no SISVAN, com dados coletados no período de 2011 a 2014.



**Figura 9.** Evolução do perfil nutricional, por fases dos ciclos da vida, segundo IMC ou IMC/Idade. Aparecida de Goiânia, Goiás, 2011 a 2014.

Em crianças, tanto menores de cinco anos quanto de seis a dez anos de idade, pode-se perceber um declínio nos desvios nutricionais e aumento da eutrofia dos casos registrados. Nos adolescentes nota-se uma variação do estado nutricional, porém com aumento da eutrofia em 2013 e 2014; da magreza, também em 2014; e diminuição de sobrepeso, obesidade e obesidade grave.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2015 mostra que a prevalência do excesso de peso para o grupo de escolares brasileiros com idades de 13 a 15 anos no ano de 2015 foi de 25,1%, mostrando um aumento a partir do

levantamento realizado pela mesma pesquisa em 2009, na qual o excesso de peso foi estimado em 23,2% (BRASIL, 2016c), o que confirma a situação dos adolescentes atendidos no município que em 2013 tiveram quase 20% de excesso de peso.

Nos adultos, percebe-se que há diminuição da eutrofia, com aumento dos casos de sobrepeso e obesidade, condições em que a prevalência de excesso de peso ultrapassa os 50%, indo de encontro aos resultados do VIGITEL, realizado em 2014, que mostra o excesso de peso em 52,5% da população nessa faixa etária (BRASIL, 2015a).

Em idosos, houve aumento de sobrepeso em 2013, porém em 2014 este indicador teve um declínio com aumento do baixo peso. No grupo das gestantes, a figura mostra uma diminuição em casos de baixo peso e, em contrapartida, o aumento de sobrepeso e obesidade.

Entretanto, esses dados são dependentes da alimentação via SISVAN, e como já havia indícios de modificação do sistema nos anos de 2013 e 2014 para o e-SUS/AB, houve diminuição no registro dos dados. Os registros no e-SUS/AB foram iniciados no ano de 2015, como estratégia do DAB do Ministério da Saúde, para reestruturar as informações da AB em nível nacional, com a proposta mais geral de reestruturação dos sistemas de informação em saúde somada à iniciativa de criação da PNISS. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (BRASIL, 2016d), porém a extração de dados ainda não é acessível no nível de gestão municipal.

Este estudo possui limitações no que se refere à dificuldade de encontrar artigos científicos da mesma linha temática e objetivos semelhantes para que haja comparação. Para avaliação do SISVAN viu-se que o preenchimento é inadequado, o que não traz a perspectiva da realidade do perfil nutricional da população e a avaliação por meio de questionários autoaplicáveis podem apresentar viés de respostas desejáveis. Contudo, o mesmo se torna de grande relevância por ser inédito no município e por auxiliar na avaliação da execução das ações de VAN e, dessa forma, subsidiar mudanças com vistas a melhorar a oferta de serviços na rede de saúde.

## 6 CONCLUSÃO

Ao caracterizar o perfil profissiográfico dos profissionais pesquisados observou-se que a maioria é do sexo feminino, com idade média de 38 anos, composta por ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, com carga horária de 40 horas semanais e metade destes estão na função há menos de cinco anos.

Em relação às ações de VAN, metade dos profissionais já ouviu falar sobre o tema e conseguem reconhecer as atividades desenvolvidas na UBS. Mais da metade receberam algum tipo de capacitação sobre o tema, sendo realizadas principalmente pela SMS e SES, porém nem todos se sentem aptos a executar as ações de VAN demandadas.

Das ações de VAN desenvolvidas na UBS percebeu-se que a frequência e a participação na execução das ações variam conforme categoria profissional, sendo o enfermeiro o profissional com maior participação na maior parte das temáticas. Destaca-se, também, o desenvolvimento das ações referentes ao PSE, onde se observou que nenhum dos profissionais pesquisados relataram participar das ações como seria esperado.

Dentre as dificuldades levantadas pelos profissionais as principais queixas foram a falta de capacitação, a falta de interesse, conhecimento ou questões socioeconômicas da população, e a falta do nutricionista na equipe do NASF ou em atendimento ambulatorial.

Dos grupos de indivíduos ou fases dos ciclos da vida que participam das ações de VAN na UBS os que mais se destacaram foram gestantes, cuidadores/crianças menores de dois anos, hipertensos e/ou diabéticos e nutrizes, porém os que mais demonstram interesse são hipertensos e/ou diabéticos e as gestantes.

Da disponibilidade e condições de uso dos equipamentos antropométricos contidos nas UBS, mais da metade consideraram ser suficiente e em boas condições.

Ao caracterizar o perfil nutricional da população acompanhada no SISVAN percebeu-se que o número de registros inseridos no sistema foi reduzido, o que não proporciona a observação da realidade, dificuldade esta que se espera melhorar com a implementação do e-SUS/AB, sistema que visa facilitar a inserção de dados

pela redução de consolidados e formulários a serem preenchidos pelos profissionais de saúde e pelo objetivo de informatizar as UBS em todo território nacional.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados obtidos nesse estudo, foi possível avaliar o processo de implementação das ações de VAN na ESF do município de Aparecida de Goiânia, de forma a conhecer o perfil dos profissionais que as executam, as condições dos equipamentos antropométricos necessários para a execução de atividades de VAN nas UBS, assim como, as dificuldades encontradas.

Para a superação das dificuldades os profissionais foram convidados a fazer sugestões para que as ações de VAN sejam melhor executadas. As sugestões apresentadas vão desde um melhor apoio da gestão quanto à disponibilidade de materiais educativos até a oferta de EPS no tema, não só para enfermeiros, mas para toda a equipe da ESF e dos NASF que trabalham diariamente com essas ações. Outra sugestão aponta para a necessidade da inserção de mais profissionais nutricionistas, especialmente na composição das equipes do NASF e em atendimento ambulatorial, serviço esse ainda não ofertado na rede municipal de saúde.

Esses resultados servirão de subsídio para o planejamento de processos de monitoramento e avaliações sistemáticos. A partir daí será possível revisar propostas colocadas no Plano Anual de Saúde, elaborar programações da CVN mais eficazes não só para implementação da VAN, mas de todas as diretrizes da PNAN. Importante ressaltar essas ações são integradas e propõem a Organização da Atenção Nutricional, não sendo possível dissociá-las.

Na Organização da Atenção Nutricional será possível prever a elaboração de projetos que visem atender às necessidades levantadas pelos profissionais pesquisados, como uma rede ambulatorial, com serviço de referência em nutrição, que irá contribuir para a construção da Linha de Prevenção e Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do município, que será iniciada em janeiro de 2017.

É importante reassaltar que faz necessário o apoio da SMS para que essas necessidades sejam atendidas e, dessa forma, sejam adequadas a prática profissional, a garantia de acesso a um serviço de qualidade que possa efetivamente prever a melhoria das condições de saúde e nutrição da população.

No que se refere ao apoio da SES e do Ministério da Saúde ao município de Aparecida de Goiânia, por meio da CGAN, tem dado ao município, destaca-se que é

necessário que os materiais oficiais publicados sejam acessíveis aos profissionais de saúde da AB, não só de forma virtual.

Por fim, esse estudo levantou perspectivas quanto ao serviço e a contribuição científica na área da Saúde Coletiva, abrindo possibilidades para que novas pesquisas sejam realizadas.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. R.; CARVALHO, A. T.; NILSON, E. A. F. et al. Avaliação participativa do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em um município da Região Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p.949-960, 2010.
- ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 33, n. 3. P. 355-362, 2015.
- ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, 2014.
- ALVES, A. F.; SOUZA, N. M. N.; MARGON, S. M. C. D. Perfil profissiográfico dos enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga, v. 2, v. 2, p. 284-295, 2009.
- AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; NUNES, C. A. et al. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 353-371.
- ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 7, n. 3, p. 319-326, 2007.
- BARROS, D. C.; ENGDROM, E.; BAGNI, U. V. et al. Determinantes de saúde e nutrição da população brasileira. In: **Alimentação e Nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 103-137.
- BARROS, M. S. C.; TARTAGLIA, J. C. A Política de Alimentação e Nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. **Alimentação e Nutrição**. Araraquara, v.14, n.1, p. 109-121, 2003.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. S181-S191, 2003.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Vigilância Alimentar e Nutricional: Antecedentes, Objetivos e Modalidades - A VAN no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 99-105, 1993.
- BOSI, M. L. M.; UVHIMURA, K. Y. Avaliação de Políticas e Programas em Alimentação e Nutrição. In: **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 411-422.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a, 56p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Organização Regional da Linha de Cuidado o Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b, 12p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016c, 132p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em: 03 nov 2016d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a, 152p.

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, 2015b. 56 p.

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, 2015c. 33p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: Manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. 153p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. **Manual de Gestão do Programa Bolsa Família**. Brasília: MDS, 2015e. 136p.

BRASIL. **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). Brasília: Diário Oficial da União, 2015f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 114p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Saúde. **Avaliação da Evolução Temporal do Estado Nutricional das crianças de 0 a 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), acompanhadas nas condicionalidades de saúde**. Brasília: MDS, 2014b. 19p.

BRASIL. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Brasília: Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília: Diário Oficial da União, 2013b.

BRASIL. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília: Diário Oficial da União, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 35p.

BRASIL. **Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas Gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f, 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013g. 162p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013h. 130p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2012a, 83 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b, 110 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual orientador para aquisição de equipamentos antropométricos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 18p.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília: MDS, 2012e. 68p.

BRASIL. **Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011**. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 71p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo: Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 27p.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010**. Altera o artigo 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação e nutrição como direito social. Brasília: Diário Oficial da União, 2010a.

BRASIL. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Relatório Final: Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2010b, 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2010c, 69p.

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010d, 132 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a, 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz das Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 78 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008a, 61p.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Diário Oficial da União, 2008b.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005.** Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2005a.

BRASIL. **Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005.** Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 120 p.

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2004b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004.** Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Brasília: Diário Oficial da União, 2004c.

BRASIL. **Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999.** Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Diário Oficial da União, 1999.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990.** Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Diário Oficial da União, 1988.

BURLANDY, L.; BODSTEIN, R. C. A. Política e saúde coletiva: reflexão sobre a produção científica (1976-1992). **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 543-554, 1998.

BURLANDY, L.; MAGALHÃES, R. Políticas públicas em alimentação e nutrição no Brasil. In: **Alimentação e Nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 165-230.

CAMPOS, C. E. A.; OLIVEIRA, K.; SANTOS, M. M. A. S.; BAIÃO, M. R. O Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Alimentação e Nutrição: contexto político, determinantes e informação em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 41-101.

CERVATO-MANCUSO, A. M.; VINCHA, K. R. R.; SANTIAGO, D. A. Educação Alimentar e Nutricional como prática de intervenção: reflexão e possibilidades de fortalecimento. **Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 26, n.1, p.225-249, 2016.

CONDE, W. L.; MONTEIRO, C. A. Desnutrição e obesidade após a infância: tendências opostas (1974-2009). In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: De Geisel a Dilma.** São Paulo: Hucitec, 2015. p. 154-187.

COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública.** Washington, v. 33, n. 1, p. 54-60, 2013.

COUTINHO, J. G.; CARDOSO, A. J. C.; TORAL, N. et al. A organização da Vigilância Alimentar e Nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** São Paulo, v. 12, n. 4, p. 688-99, 2009.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. S332-S340, 2008.

CRISCUOLO, C.; MONTEIRO, M. I.; TELAROLLI JUNIOR, R. Contribuições da educação alimentar e nutricional junto a um grupo de idosos. **Alimentação e Nutrição.** Araraquara, v. 23, n. 3, p. 399-405, 2012.

ENES, C. C.; LOIOLA, H.; OLIVEIRA, M. R. M. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1543-1551, 2014.

FAO – Food and Agriculture Organization. **Declaración Mundial sobre Nutrición - 1992.** Disponível em <http://www.fao.org/docrep/v7700t/v7700t04.htm>. Acesso em: 1 mar 2017.

- FAO – Food and Agriculture Organization. **Declaración Mundial sobre Nutrición - 2014**. Disponível em <http://www.fao.org/3/a-ml542s.pdf>. Acesso em: 1 mar 2017.
- FERREIRA, I. R. C.; MOYSES, S. J.; FRANÇA, B. H. S. et al. Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, v. 19 n. 56, p. 61-76, 2014.
- GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. S7-S27, 2008.
- GOMES, A. N. M.; DIAS, C. P.; GUERRA, R. O.; SALVO, V. L. M. A. Impacto de estratégias de educação Nutricional sobre variáveis antropométricas e conhecimento alimentar. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 462-469, 2013.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520140&search=goias|aparecida-de-goiania>. Acesso em: 11 set 2016.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 150 p.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estudo Nacional da Despesa Familiar: Dados preliminares**. Rio de Janeiro: IBGE, 1978. 105p.
- INAN - Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Resultados preliminares**. INAN: Brasília, 1990. 35p.
- JAIME, P. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. M. C.; BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.
- JUNG, N. M.; BAIROS, F. S.; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1379-1388, 2014.
- KAC, G.; VELÁSQUES-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. S4-S5, 2003.
- MARINHO, L. F.; CAPELLI, J. C. S.; ROCHA, C. M. M.; et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 977-986, 2016.
- MOURÃO, L.; FERREIRA, M. C.; JESUS, A. M. Evaluation of the Brazilian Family Grant Program: A Quasi-Experimental Study in the State of Rio de Janeiro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 25, n. 4, p. 719-729, 2012.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. A. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 66, p. 158-64, 2013.
- OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- PEDRAZA, D. F. Crescimento linear das crianças brasileiras: reflexões no contexto da equidade social. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 29, n. 2, p. 287-296, 2016.

PIMENTEL, V. R. M. **Caracterização das ações de Alimentação e Nutrição desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, em cinco municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes**. 2011. 199f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

PIMENTEL, V. R. M.; SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M.; MENDONÇA, A. V. M. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 49-57, 2014.

RAMOS, R. O problema da avaliação em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 8, p. 305-14, 1974.

RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 209-218, 2015.

ROLIM, M. D. LIMA, S. M. L.; BARROS, D. C. et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, 2015.

SANTIAGO, L. M.; RODRIGUES, M. T. P.; OLIVEIRA JUNIOR, A. D.; MOREIRA, T. M. M. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, 2012.

SANTOS, C. C.; RESSEL, L. B. O adolescente no serviço de saúde. **Adolescência & Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 53-55, 2013.

SILVA, D. O.; RECINE, E. G. I. G.; QUEIROZ, E. F. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1367-1377, 2002.

SILVA, J. P.; BAIÃO, M. R.; SANTOS, M. S. Ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica. In: **Alimentação e Nutrição: fundamentos para a prática em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 58-105.

TEIXEIRA, R. O. **Para Além Das Condicionalidades: Desafios Para O Programa Bolsa Família No Município De Esteio/Rs**. 2014. 144f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social – Porto Alegre, 2014.

TREVISANI, J. J. D.; BURLANDY, L.; JAIME, P. C. Fluxos Decisórios na Formulação das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.2, p.492-509, 2012.

VASCONCELLOS, A. B. P. A. **As ações da política Nacional de Alimentação e Nutrição na rede de Atenção Básica: uma análise dos anos 2008 e 2009**. 2011. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, 110 p.

VIEIRA, D. S.; SANTOS, N. C. C. B.; COSTA, D. K. G.; et al. Registro de ações para prevenção de morbidade infantil na caderneta de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2305-2313, 2016.

VIEIRA, R. P.; GOMES, S. H. P.; MACHADO, M. F. A. S.; et al. Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico- Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 309-16, 2014.

## ANEXOS

### Anexo A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Senador Canedo/GO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA



Aparecida de Goiânia, 01 de março de 2016.

Ao Senhor,  
Secretário Municipal de Saúde de Senador Canedo  
SANDRO ANDRIOTTI

*autorizado*  
*Levy*  
*17/03/16*

Prezado Secretário,

Sou aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, nível Mestrado, da Universidade Federal de Goiás. Como produto estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “Avaliação da Implementação da terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - Vigilância Alimentar e Nutricional - na Secretaria de Saúde de um município de grande porte”, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição pelo parecer nº 1.290.558, que será realizada em Aparecida de Goiânia, local onde exerço a função de Coordenadora de Vigilância Nutricional.

Tendo em vista a necessidade de testar o instrumento de coleta de dados venho, respeitosamente, pedir-lhe a autorização para fazê-lo em uma Unidade Básica de Saúde no município de Senador Canedo, já que é um local onde possuo vínculo com alguns profissionais, podendo citar a capacitação para implantação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, realizada por mim no ano de 2014.

Este momento para teste não prejudicará o andamento do trabalho dos profissionais, e será sem nenhum custo para esta secretaria. Sendo autorizado, serão programados a data e horário para o preenchimento do questionário, já apresentado à Coordenação de Vigilância Alimentar e Nutricional deste município juntamente com sua chefia imediata.

Certa de contar com a vossa colaboração, desde já agradeço e me coloco à disposição.

Atenciosamente,

*Amanda*  
**AMANDA CAROLINE DA SILVA FARIA**  
Nutricionista  
Mestranda em Saúde Coletiva  
Coordenadora de Vigilância Nutricional – Aparecida de Goiânia  
(62) 8160-9400

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Av. Universitária, 1593, Setor Universitário – Secretaria do 4º andar – Centro de Aulas D - CEP: 74605-010,  
Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3209-6479  
E-mail: mestradoprofessionalsc.ufg@gmail.com

## Anexo B – Termo de Anuência – Secretaria Municipal de Aparecida de Goiânia/GO



### PREFEITURA MUNICIPAL DE APARECIDA DE GOIÂNIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA

#### TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, em consonância com a Coordenação de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Diretoria de Atenção à Saúde, autoriza a execução do projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação da Implementação da terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - Vigilância Alimentar e Nutricional - na Secretaria de Saúde de um município de grande porte**”, coordenada pela pesquisadora responsável e servidora Amanda Caroline da Silva Faria.

Autoriza, também, os profissionais de saúde com atuação na ESF a serem submetidos ao preenchimento dos instrumentos necessários para coleta de dados (questionário e *check-list*), com o objetivo de avaliar a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional nas unidades de saúde do município. Para tal, será marcada uma reunião com os profissionais a fim de informá-los sobre a pesquisa e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, estes responderão aos instrumentos supracitados em seu local de trabalho de forma que não atrapalhe o andamento do serviço, respeitando, sempre, aos aspectos éticos exigidos pela Resolução n. 466/2012. Ao final da pesquisa, os resultados serão divulgados a esta secretaria, bem como as áreas envolvidas e veiculados em publicações de caráter acadêmico-científicas para contribuição na eficácia das ações desenvolvidas na área de Vigilância Alimentar e Nutricional e no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no município.

Portanto, esta instituição declara ciência de sua coparticipação no projeto de pesquisa, requerendo o compromisso da pesquisadora responsável.

Aparecida de Goiânia, 02 de julho de 2015.

*Érika Lopes Rocha*

**ÉRIKA LOPES ROCHA**

Coordenadora de Estratégia Saúde da Família

*Maria Cláudia Honorato*

**MARIA CLÁUDIA HONORATO**

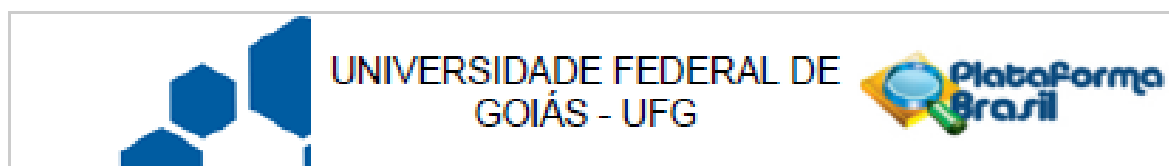
Diretora de Atenção à Saúde

*Vânia Cristina R. Oliveira*

**VÂNIA CRISTINA R. OLIVEIRA**

Secretária Municipal de Saúde

## Anexo C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Implementação da terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - Vigilância Alimentar e Nutricional - na Secretaria de Saúde de um município de grande porte

**Pesquisador:** Amanda Caroline da Silva Faria

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 49159415.0.0000.5083

**Instituição Proponente:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.290.558

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás. O estudo tem desenho transversal e será realizado na Coordenação de Vigilância Alimentar e Nutricional, da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, no estado de Goiás. Os participantes do estudo serão os profissionais de saúde no município que executam as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional nas equipes de Estratégia Saúde da Família. A amostra será constituída de 111 participantes.

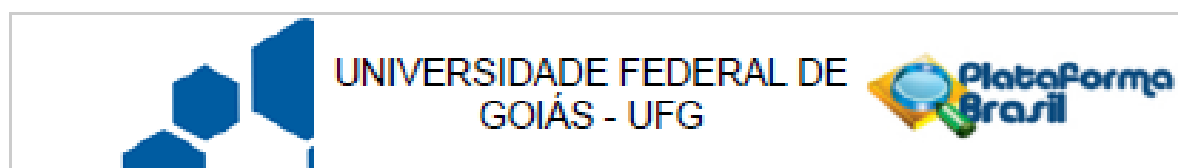
Nesse estudo será utilizado questionário autoaplicável com informações referentes ao perfil profissiográfico do servidor de saúde das unidades de saúde e para a avaliação de equipamentos será utilizado check-list contendo informações como tipo e quantidade de formulários. Para levantamento do percentual de acompanhamentos e perfil nutricional e alimentar serão utilizados dados do DATASUS e relatórios consolidados do SISVAN (dados secundários).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo Primário:**

Avaliar a implementação da terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – Vigilância Alimentar e Nutricional – na Secretaria de Saúde do município de Aparecida de Goiânia/GO.

**Endereço:** Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
**Bairro:** Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970  
**UF:** GO **Município:** GOIÂNIA  
**Telefone:** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.ppl.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.290.558

#### Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil profissiográfico dos servidores de saúde que trabalham com Vigilância Alimentar e Nutricional no município;
- Identificar quais as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional são desenvolvidas;
- Verificar os métodos e técnicas utilizados para avaliação do estado nutricional e levantamento dos hábitos alimentares da população assistida, nas unidades de saúde do município;
- Identificar quais são os grupos de indivíduos e ciclos de vida acompanhados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e seu perfil nutricional;
- Avaliar os fatores associados à alimentação a partir das informações registradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

A realização da pesquisa oferece riscos e constrangimentos mínimos aos participantes, os quais, se ocorrerem, serão devidos apenas às respostas ao questionário, no que se refere à sua prática profissional. Esses riscos serão minimizados por meio do esclarecimento da necessidade de avaliação dessas informações para melhoria do processo de trabalho, além da garantia do sigilo e anonimato.

##### Benefícios:

Os benefícios da pesquisa serão decorrentes da divulgação dos resultados como forma de ampliar as possibilidades de atuação profissional na área de VAN, com vistas a facilitar o desenvolvimento das ações de rotina.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação teórica e relevância científica e social. A metodologia foi claramente descrita.

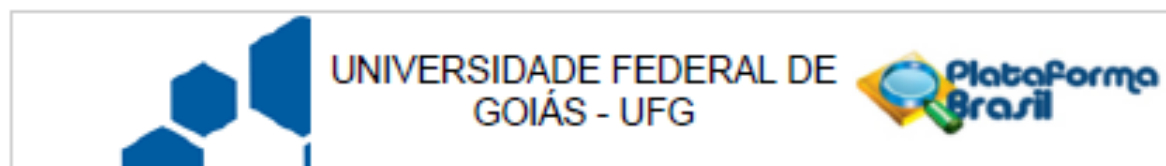
O cronograma está adequado, com previsão de início de coleta de dados para dezembro de 2015. Foram apresentadas as considerações éticas, orçamento e instrumentos para levantamento de dados.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: Certidão de Ata, Termo de Anuência, Folha de Rosto, Termo de Compromisso, Check List e questionário.

O TCLE foi apresentado e as recomendações de incluir informações sobre local, momento da participação e direito a indenização foram atendidas. Portanto, o TCLE está adequado.

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
 Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970  
 UF: GO Município: GOIÂNIA  
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prolufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.290.558

#### Recomendações:

##### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta-se adequado assim como todos os Termos de apresentação obrigatória.

Recomenda-se que a pesquisa seja aprovada.

##### Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS nº. 468/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

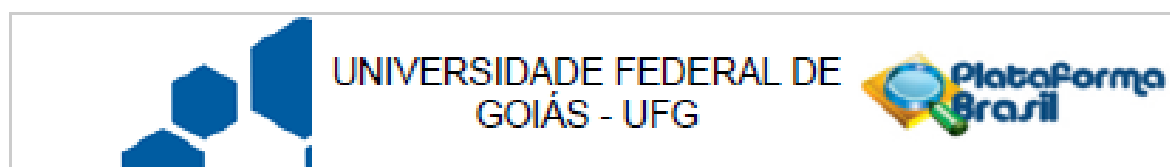
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 519595.pdf	30/09/2015 10:02:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/09/2015 10:01:22	Amanda Caroline da Silva Faria	Aceito
Outros	CHECK_LIST.pdf	10/09/2015 10:49:13	Amanda Caroline da Silva Faria	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.pdf	10/09/2015 10:48:11	Amanda Caroline da Silva Faria	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/09/2015 10:45:41	Amanda Caroline da Silva Faria	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	10/09/2015 10:40:11	Amanda Caroline da Silva Faria	Aceito
Outros	TERMO DE ANUÊNCIA.pdf	20/07/2015 10:59:06		Aceito
Outros	CERTIDÃO DE ATA.pdf	20/07/2015 10:54:50		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO.pdf	20/07/2015 10:46:00		Aceito

#### Situação do Parecer:

Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
 Bairro: Campus Samambala CEP: 74.001-970  
 UF: GO Município: GOIANIA  
 Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prplufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.290.558

Não

GOIANIA, 21 de Outubro de 2015

---

Assinado por:  
João Batista de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131  
Bairro: Campus Samambaia CEP: 74.001-970  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3521-1215 Fax: (62)3521-1163 E-mail: cep.prplufg@gmail.com

## APÊNDICES

### Apêndice A – Manual do Aplicador

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

MANUAL DO APLICADOR

---

---

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA TERCEIRA DIRETRIZ DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – NA SECRETARIA DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE

---

---

**Pesquisadora Responsável:**

Amanda Caroline da Silva Faria

**Orientação:**

Profa. Dra. Nusa de Almeida Silveira

Profa. Dra. Karine Anusca Martins

Goiânia

2016

## **1 INTRODUÇÃO**

A pesquisa intitulada “Avaliação da implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional na Secretaria de Saúde de um município de grande porte” tem por objetivo avaliar a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na Atenção Básica do município de Aparecida de Goiânia/GO. Para tanto, serão coletados dados de perfil profissiográfico dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Este manual faz parte da metodologia da pesquisa e destina-se à orientação da pesquisadora responsável e dos auxiliares de pesquisa quanto à coleta dos dados, os quais serão treinados de acordo com as instruções aqui constantes. Os auxiliares de pesquisa se reportarão à pesquisadora responsável ou à orientadora ou coorientadora para resolução de quaisquer dúvidas ou intercorrências surgidas durante a realização da coleta dos dados.

## **2 APLICADOR (A)**

Os (as) aplicadores (as) dos instrumentos de coleta de dados serão a pesquisadora responsável e os auxiliares de pesquisa. A postura do aplicador (a) deve pautar-se na honestidade, sinceridade, simpatia, acessibilidade, discrição, atenção, precisão, perspicácia, clareza, espírito de equipe, pontualidade, compromisso e apresentar aparência pessoal compatível com a realização das atividades (não utilizar roupas curtas, decotes, adornos, utilizar cabelos presos e sapatos confortáveis).

As atribuições do (a) aplicador (a) são:

- 1- Conhecer com detalhes os objetivos da pesquisa e seus instrumentos para informar bem e com segurança aos participantes, sempre que necessário;
- 2- Participar das reuniões e treinamentos sempre que solicitado;
- 3- Ter sempre à mão este manual;

- 4- Basear-se sempre no treinamento realizado e sempre verificar o manual ou reportar-se aos responsáveis pela pesquisa em caso de dúvidas ou intercorrências. Seguir sempre o roteiro estabelecido;
- 5- Assegurar-se de que está de posse de todo o material necessário para a realização da coleta dos dados (prancheta, canetas, questionários, etc.);
- 6- Realizar a aplicação somente com aqueles sujeitos que consentirem verbalmente e assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE);
- 7- Demonstrar clareza e segurança;
- 8- Evitar manifestações de opiniões próprias por meio de risos ou comentários desnecessários que possam interferir nas respostas dos participantes da pesquisa;
- 9- Caso o (a) participante se recuse a responder a alguma pergunta, tentar incentivá-lo (a), esclarecendo a importância de suas respostas completas para a pesquisa;
- 10- Caso o (a) participante, por qualquer razão, solicitar a interrupção do preenchimento estimular a continuidade e finalização do questionário ou agendar uma data e horário para continuar;
- 11- Preencher todos os questionários durante a aplicação. Lembrar sempre que as falhas durante o processo de coleta de dados podem invalidá-los, prejudicando os resultados da pesquisa;
- 12- Não omitir dados da pesquisa, criar respostas ou induzir o (a) participante a qualquer resposta;
- 13- Esclarecer as dúvidas no momento em que as mesmas surgirem, consultando este manual e caso este não tenha esclarecido reportar-se à pesquisadora responsável ou às orientadoras;
- 14- Revisar cada questionário após o preenchimento para certificar-se de que todas as questões foram preenchidas antes de finalizar e liberar o

- participante. Registrar as observações necessárias no próprio questionário e no relatório da unidade de saúde;
- 15- Após a conferência do questionário, agradecer ao participante e colocar-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida;
  - 16- Caso o (a) participante faça alguma pergunta que não é pertinente à pesquisa solicite que entre em contato com a pesquisadora responsável (Amanda) pelo telefone (62) 8160-9400;
  - 17- Interromper, com delicadeza, caso o (a) participante desvie do assunto da pesquisa durante tempo prolongado, utilizando o seguinte texto: “Senhor(a)\_\_\_\_\_, este assunto é pertinente, mas precisamos retornar ao preenchimento. Caso sinta necessidade, sugiro que entre em contato com a pesquisadora responsável (Amanda) pelo telefone (62) 8160-9400, que estará à disposição para esclarecer eventuais dúvidas”;
  - 18- Anotar as respostas de todas as perguntas no campo de codificação localizado no lado direito do questionário;
  - 19- Colocar os questionários nas pastas determinadas ao término do período de entrevistas e não levar os questionários para qualquer lugar que não seja o determinado pela pesquisadora responsável;
  - 20- Guardar sigilo de todas as informações coletadas, não as divulgando a ninguém;
  - 21-Seguir com responsabilidade e pontualidade os horários de sua escala.

A realização da pesquisa deve ser algo agradável, tanto para o (a) aplicador (a) quanto para o (a) participante. Assim, ambos devem estar bem acomodado (a), sentados (as) em cadeira confortável, com as costas encostadas no apoio da cadeira. O (a) aplicador (a) deve, a cada hora, levantar, fazer alguns exercícios com as pernas e braços, melhorando a circulação sanguínea. Deve também ingerir água e ir ao banheiro quando sentir necessidade e deve estabelecer um horário para um lanche (15 a 20 minutos).

### 3. COLETA DE DADOS – ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

#### 3.1 Questionário

O questionário é autoaplicável e deverá ser respondido pelos profissionais de saúde na unidade de saúde em que trabalha. Uma lista com os nomes dos profissionais, separada por unidade de saúde, estará disponível para a realização da coleta de dados (Apêndice A).

**Antes da realização da aplicação do questionário proceder à seguinte checagem:**

- 1 – Confirmar o agendamento na unidade de saúde;
- 2 – Verificar se as cópias dos questionários, *check-list* e TCLE estão completas, em número suficiente e não apresentam defeitos que podem ter ocorrido durante o processo de reprodução;
- 3 – Verificar se há caneta em perfeitas condições de uso;
- 4 – Separar a planilha de dados dos profissionais (Apêndice A);
- 5 – Desligar o celular ou colocar no modo silencioso (não deixar no modo de vibração) e guardá-lo;
- 7 – Ter à mão água potável disponível para ingestão durante a realização das entrevistas.

**Chegando à unidade de saúde:**

PASSO 1:

- 1 – Procurar pelo gestor (a) da unidade, se apresentando da seguinte forma:

*Bom dia / Boa tarde. O (a) senhor (a) é responsável pela unidade de saúde \_\_\_\_? Meu nome é (dizer o nome do pesquisador (a)/auxiliar da pesquisa), sou pesquisador (a)/auxiliar da pesquisa da Universidade Federal de Goiás e estou aqui para realizar a pesquisa agendada, sobre a Vigilância Alimentar e Nutricional. O (a) senhor (a) pode disponibilizar um local onde podemos realizar a aplicação do questionário?*

Se sim: Obrigada, então vamos iniciar.

Se não, qual é o melhor horário para eu voltar?

2 – Reunir os profissionais de saúde em um local onde possam responder ao questionário com calma, em grupos de, no máximo, 10 pessoas por vez;

3 – Explicar a eles sobre a pesquisa, iniciando pelo seguinte texto:

*Bom dia / Boa tarde. Meu nome é (dizer o nome do pesquisador (a)/auxiliar da pesquisa), sou pesquisador (a) /auxiliar da pesquisa da Universidade Federal de Goiás e estou aqui para realizar a pesquisa agendada, sobre a Vigilância Alimentar e Nutricional.*

*O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa a fim de contribuir com melhoria do atendimento na área de alimentação e nutrição. O (a) senhor (a) não será identificado. Pode responder agora?*

Se sim: Obrigada, então vamos iniciar.

Se não, podemos remarcar um outro horário?

4 – Realizar a leitura do TCLE (Apêndice B);

5 – Distribuir o TCLE para assinatura e recolhê-lo de cada um depois de feito isso. Confira se a assinatura foi feita no local indicado.

PASSO 2:

1 - Distribuir os questionários (Apêndice C), explicando que ele não deve ser identificado;

2 - Explicar que os participantes não devem comunicar entre si e, em caso de dúvidas, se reportarem ao pesquisador/auxiliar da pesquisa do local;

3 - As questões 1 a 13 dizem respeito a informações pessoais de identificação, formação e trabalho do profissional;

4 - As questões 14 em diante dizem respeito a informações sobre a execução do trabalho em relação ao próprio profissional. (Exemplo: Ele executa essas ações? Como executa?).

8 – Ao término do preenchimento, cada profissional deverá devolver o questionário.

O (a) aplicador (a) deverá conferir se todas as questões foram respondidas e

*Obrigada pela disponibilidade e contribuição na pesquisa. Assim que terminarmos, os resultados serão divulgados através da Secretaria Municipal de Saúde. Tenha um excelente dia!*

agradecer pela participação, com as seguintes palavras:

### **3.2 *Check-list***

O *check-list* (Apêndice D) deverá ser respondido por apenas um profissional da unidade de saúde (enfermeiro (a) ou gestor (a)), antes do início da aplicação do questionário, totalizando APENAS um por unidade de saúde.

A identificação deverá ser por unidade de saúde (exemplo: equipe 100).

## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a) em uma pesquisa. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final do documento que está em duas vias, e assine em todas as outras páginas, assim como a pesquisadora responsável também o fará. Uma delas é para você e a outra para a pesquisadora. Caso tenha alguma dúvida, em relação ao estudo, ou não quiser fazer parte do mesmo, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável realizando uma ligação a cobrar: **Amanda Caroline da Silva Faria** (62) 8160-9400 (Tim) ou no endereço: Rua Vitória, quadra 40, lote 13, Jardim Belo Horizonte, na Vigilância Epidemiológica, horário de funcionamento: 2ª a 6ª feiras das 08:00 às 17:30. Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante nessa pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa nos telefones: (62) 3269-8338/8426.

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

A Universidade Federal de Goiás, através do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, tendo como pesquisadora responsável Amanda Caroline da Silva Faria está desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Avaliação da implementação da terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - Vigilância Alimentar e Nutricional - na Secretaria de Saúde de um município de grande porte**, que tem como objetivo avaliar a implementação da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia.

A sua participação no estudo é livre, caso participe é importante saber que:

1. Você responderá a um questionário autoaplicável, com informações sobre como acontecem as ações de vigilância alimentar e nutricional, na unidade de saúde em que trabalha. Este instrumento será respondido em seu local de trabalho, no

momento em que o atendimento aos usuários não for prejudicado, sendo recomendado, o agendamento prévio. Para o preenchimento do instrumento sera gasto, aproximadamente, 15 minutos.

2. A possibilidade de risco ou desconforto com a pesquisa é mínima, tendo em vista que, não se trata de métodos invasivos e seu questionário não será identificado.

3. Sua participação é voluntária, tendo total liberdade de aceitar ou não a participar da pesquisa, bem como desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu trabalho. Não haverá nenhum custo a você e não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação.

4. Você tem o direito a pleitear indenização caso sinta que sua participação na pesquisa tenha lhe causado danos imediatos ou futuros.

5. Será garantido total sigilo sobre os dados coletados e serão usados apenas para esta pesquisa. Será garantida sua privacidade e os dados serão divulgados de forma coletiva.

6. Sua participação pode contribuir para melhorar a prática profissional na rotina relacionada à vigilância alimentar e nutricional nas unidades de saúde, por consequência melhorar o atendimento e acompanhamento dos usuários da rede de saúde.

**CONSENTIMENTO:** Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste termo de consentimento. A investigadora do estudo respondeu a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo.

Este termo de consentimento será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, RG/CPF nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, fui informado (a) sobre a pesquisa **“Avaliação da implementação da terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição - Vigilância Alimentar e Nutricional - na Secretaria de Saúde de um município de grande porte”** sob responsabilidade da pesquisadora

responsável Amanda Caroline da Silva Faria, e devidamente esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes da participação. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Testemunhas (não ligadas à pesquisadora):

1) Nome: \_\_\_\_\_ 2) Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Aparecida de Goiânia – GO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_\_\_.



15	<p><b>Se sim, como você definiria Vigilância Alimentar e Nutricional?</b></p> <hr/> <hr/>
16	<p><b>No seu local de trabalho qual (is) dessas atividades de Vigilância Alimentar e Nutricional são executadas?</b></p> <p>(1) Avaliação do Estado Nutricional da população  (2) Preenchimento dos formulários de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN ou e-SUS  (3) Educação Alimentar e Nutricional  (4) Incentivo ao Aleitamento Materno  (5) Incentivo a Alimentação Complementar saudável (orientação de introdução de alimentos a crianças sem aleitamento materno exclusivo)  (6) Suplementação de vitamina A  (7) Suplementação de ferro  (8) Acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família  (9) Programa Saúde na Escola  (10) Outros: _____  (11) Nenhuma das alternativas</p>
17	<p><b>Se nenhuma das ações acima são executadas, por quê isso acontece?</b></p> <p>(1) Falta de recursos humanos  (2) Falta de equipamentos  (3) Falta de domínio em relação ao tema  (4) Outro: _____  (99) Não se aplica (São realizadas as ações)</p>
18	<p><b>No seu local de trabalho qual (is) profissional (is) executa (m) ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?</b></p> <p>(1) Técnico em enfermagem  (2) Enfermeiro (a)  (3) Médico (a)  (4) Agente Comunitário de Saúde  (5) Nutricionista  (6) Cirurgião (ã) dentista  (7) Auxiliar de saúde bucal  (8) Fisioterapeuta  (9) Educador (a) físico (a)  (10) Fonoaudiólogo (a)  (11) Terapeuta ocupacional  (12) Psicólogo (a)  (13) Nenhum  (14) Outro: _____</p>
19	<p><b>Em qual (is) grupo (s) e/ou ciclo (s) da vida as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional são realizadas?</b></p> <p>(1) Gestantes  (2) Nutrizes  (3) Crianças menores de 2 anos de idade  (4) Crianças de 2 a 10 anos de idade  (5) Adolescentes  (6) Adultos  (7) Idosos  (8) Hipertensos/Diabéticos  (9) Vulnerabilidade social*  (10) Outros: _____</p> <p>*Beneficiários do Programa Bolsa Família ou outros programas sociais</p>
20	<p><b>Você já recebeu algum tipo de capacitação sobre os temas relacionados à Vigilância Alimentar e Nutricional citados na Questão 16?</b></p> <p>(1) Sim (2) Não (pular para a questão 24)</p>
21	<p><b>Se sim, de que forma?</b></p> <p>(1) Palestra  (2) Roda de conversa  (3) Capacitação técnica (de 4 a 8 h)  (4) Curso de longa duração (acima de 30 h)  (5) Especialização  (6) Outro: _____  (99) Ignorado</p>

22	<b>Se sim, há quanto tempo você recebeu capacitação?</b> _____
23	<b>Se sim, qual instituição realizou a capacitação?</b> (1) No seu local de trabalho (2) Secretaria Municipal de Saúde (3) Secretaria Estadual de Saúde (4) Ministério da Saúde (5) Instituição de ensino pública (6) Instituição de ensino privada/particular (7) Outros: _____ (99) Ignorado
24	<b>Em relação à avaliação do Estado Nutricional da população qual (is) ação (ões) você desenvolve?</b> (1) Avaliação antropométrica (peso e altura) (2) Preenchimento das cadernetas (criança, gestante, idoso) (3) Preenchimento dos formulários de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN ou e-SUS (4) Promoção da Saúde (5) Orientação nutricional (6) Encaminhamento em caso de desvio nutricional (baixo peso, sobrepeso, obesidade) (7) Outras ações: _____ (8) Nenhuma das alternativas
25	<b>Com que frequência as ações descritas na questão anterior são desenvolvidas?</b> (1) Diária (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) Bimestral (6) Semestral (7) Anual (8) Não realiza
26	<b>Em relação às ações de Educação Alimentar e Nutricional qual (is) tema (s) você costuma abordar?</b> (1) Aleitamento Materno (2) Alimentação Complementar Saudável (3) Diabetes (4) Hipertensão (5) Alimentação Saudável (6) Outros: _____ (7) Nenhuma das alternativas
27	<b>Com que frequência os temas descritos na questão anterior são abordados?</b> (1) Diária (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) Bimestral (6) Semestral (7) Anual (8) Não realiza
28	<b>Em relação às ações de incentivo ao Aleitamento Materno o que você desenvolve?</b> (1) Orientações quanto à importância do Aleitamento Materno (2) Orientações sobre as técnicas corretas de amamentação (3) Ações educativas (4) Consultas específicas (5) Doação de Leite Materno (6) Oficina de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (7) Outras ações: _____ (8) Nenhuma das alternativas
29	<b>Com que frequência as ações descritas na questão anterior são desenvolvidas?</b> (1) Diária (2) Semanal (3) Quinzenal (4) Mensal (5) Bimestral (6) Semestral (7) Anual (8) Não realiza

30	<p><b>Em relação à Alimentação Complementar Saudável, qual (is) ação (ões) você desenvolve?</b></p> <p>(1) Oficina de trabalho da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil  (2) Orientação quanto à importância da introdução de alimentos saudáveis para crianças sem aleitamento materno exclusivo  (3) Ações educativas  (4) Consultas específicas  (5) Outras ações: _____  (6) Nenhuma das alternativas</p>
31	<p><b>Com que frequência as ações descritas na questão anterior são desenvolvidas?</b></p> <p>(1) Diária (5) Bimestral  (2) Semanal (6) Semestral  (3) Quinzenal (7) Anual  (4) Mensal (8) Não realiza</p>
32	<p><b>Em relação ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), qual (is) ação (ões) você desenvolve?</b></p> <p>(1) Divulgação do programa  (2) Suplementação na rotina da unidade de saúde  (3) Suplementação em campanhas  (4) Registro na Caderneta da criança  (5) Busca ativa  (6) Preenchimento dos consolidados  (7) Outras ações: _____  (8) Nenhuma das alternativas</p>
33	<p><b>Com que frequência as ações descritas na questão anterior são desenvolvidas?</b></p> <p>(1) Diária (5) Bimestral  (2) Semanal (6) Semestral  (3) Quinzenal (7) Anual  (4) Mensal (8) Não realiza</p>
34	<p><b>Em relação ao Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), qual (is) ação (ões) você desenvolve?</b></p> <p>(1) Divulgação do programa  (2) Suplementação na rotina da unidade de saúde  (3) Registro na Caderneta de saúde  (4) Busca ativa  (5) Preenchimento dos consolidados  (6) Outras ações: _____  (7) Nenhuma das alternativas</p>
35	<p><b>Com que frequência as ações descritas na questão anterior são desenvolvidas?</b></p> <p>(1) Diária (5) Bimestral  (2) Semanal (6) Semestral  (3) Quinzenal (7) Anual  (4) Mensal (8) Não realiza</p>
36	<p><b>Em relação ao acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, qual (is) ação (ões) você desenvolve?</b></p> <p>(1) Peso e altura de crianças menores de 7 anos  (2) Análise do Estado Nutricional  (3) Atualização do calendário vacinal  (4) Peso e altura de mulheres de 14 a 44 anos  (5) Acompanhamento do pré-natal  (6) Promoção da saúde</p>

	(7) Orientação nutricional (8) Outras ações: _____ (9) Nenhuma das alternativas
<b>37</b>	<b>Com que frequência as ações descritas na questão anterior são desenvolvidas?</b> (1) Diária (5) Bimestral (2) Semanal (6) Semestral (3) Quinzenal (7) Anual (4) Mensal (8) Não realiza
<b>38</b>	<b>Em relação ao Programa Saúde na Escola, qual (is) ação (ões) você desenvolve?</b> (1) Avaliação antropométrica dos alunos (peso e altura) (2) Preenchimento dos formulários de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN ou e-SUS (3) Promoção da Saúde (4) Orientação nutricional (5) Encaminhamento em caso de desvio nutricional (baixo peso, sobrepeso, obesidade) (6) Outras ações: _____ (7) Nenhuma das alternativas
<b>39</b>	<b>Com que frequência as ações descritas na questão anterior são desenvolvidas?</b> (1) Diária (5) Bimestral (2) Semanal (6) Semestral (3) Quinzenal (7) Anual (4) Mensal (8) Não realiza
<b>40</b>	<b>O local que você trabalha possui vínculo com alguma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?</b>  (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica
<b>41</b>	<b>Se sim, no NASF, possui nutricionista?</b> (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica
<b>42</b>	<b>Você percebe interesse da população pelas ações de Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvidas?</b> (1) Sim (2) Não (pular para a questão 44) (3) Em partes
<b>43</b>	<b>Se sim, de que forma/como a população mostra interesse?</b> (pular para a questão 45) _____
<b>44</b>	<b>Se não, por que você acha que não há interesse por parte da população?</b> _____
<b>45</b>	<b>Da população atendida qual (is) grupo (s) mostra (m) mais interesse nas ações de Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvidas?</b> (1) Gestantes (6) Adultos (2) Nutrizes (7) Idosos (3) Cuidadores de crianças (8) Hipertensos/Diabéticos (4) Crianças (9) Vulnerabilidade social* (5) Adolescentes (10) Outros: _____ *Beneficiários do Programa Bolsa Família ou outros programas sociais
<b>46</b>	<b>Você se sente apto a executar ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?</b> (1) Sim (2) Não (pular para a questão 48)
<b>47</b>	<b>Se sim, por quê?</b> (Pular para a questão 49) _____
<b>48</b>	<b>Se não, por quê?</b> _____
<b>49</b>	<b>Você identifica alguma(s) dificuldade(s) ao executar ações de Vigilância Alimentar e Nutricional?</b>

	(1) Sim      (2) Não (pular para a questão 51)
<b>50</b>	<b>Se sim, por quê?</b> _____
<b>51</b>	<b>Se pudesse sugerir algo para melhorar a execução das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na unidade de saúde, o que seria?</b> _____ _____ _____

## Apêndice D – Check-list

<b>Número da UBS:</b>	
<b>Data do preenchimento:</b> ___/___/_____	
<b>Entrevistador:</b> (1) Amanda	
<b>1</b>	<b>Quais os equipamentos antropométricos a unidade de saúde dispõe?</b> (1) Antropômetro horizontal (mede estatura de bebês) (2) Antropômetro vertical fixo (mede altura a partir de 1 metro) (3) Balança pediátrica digital (4) Balança pediátrica mecânica (5) Balança plataforma digital (6) Balança plataforma mecânica (7) Balança portátil (8) Fita antropométrica (9) Adipômetro (10) Outro: _____
<b>2</b>	<b>Os equipamentos antropométricos são suficientes?</b> (1) Sim      (2) Não      (3) Em partes
<b>3</b>	<b>Os equipamentos antropométricos estão em boas condições de uso?</b> (1) Sim      (2) Não      (3) Em partes
<b>4</b>	<b>Há quanto tempo os equipamentos passaram por manutenção?</b> _____
<b>5</b>	<b>A unidade de saúde possui formulários impressos para registro dos dados antropométricos e de consumo alimentar da população atendida (SISVAN/e-SUS)?</b> (1) Sim      (2) Não
<b>6</b>	<b>Se não, há quanto tempo está em falta?</b> _____
<b>7</b>	<b>A unidade de saúde preenche os formulários para registro dos dados antropométricos e de consumo alimentar da população atendida (SISVAN/e-SUS)?</b> (1) Sim      (2) Não      (3) Às vezes
<b>8</b>	<b>Se não, por qual motivo?</b> _____