

Cuidado nutricional à criança: prática de médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde da Família

Child nutritional care: practice of physicians and nurses at the Family Health Strategy

Atención nutricional infantil: práctica de médicos y enfermeros en la Estrategia Salud de la Familia

Dixis Figueroa Pedraza¹

RESUMO

Objetivou-se avaliar o cuidado nutricional à criança prestado por médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde Família. Pesquisa avaliativa desenvolvida em dois municípios do Estado da Paraíba. Avaliaram-se as práticas de diagnóstico nutricional, promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, e assistência/tratamento/cuidado, segundo questionário respondido pelos profissionais. As ações de vigilância do crescimento desenvolvidas foram analisadas por observação das consultas de puericultura. Apesar do envolvimento dos médicos e enfermeiros em ações importantes do cuidado nutricional, sobressaíram deficiências do médico no diagnóstico nutricional, bem como na promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais. O enfermeiro apresentou menor atuação na assistência/tratamento/cuidado. Na vigilância do crescimento, destacou-se o pouco registro dos dados antropométricos e o aconselhamento nutricional incipiente. Conclui-se que o cuidado nutricional à criança prestado por médicos e enfermeiros apresenta deficiências. O acompanhamento do crescimento da criança e a orientação nutricional enfatizam-se como dificuldades na consulta de puericultura.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, programas e políticas de nutrição e alimentação, desempenho profissional.

¹ Doutor em Nutrição (UFPE). Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba e do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. E-mail: dixisfigueroa@gmail.com

ABSTRACT

The aimed of this article was to evaluate the child nutritional care developed by physicians and nurses at the Family Health Strategy. Avaliative research carried out in two municipalities in the state of Paraíba. Nutritional diagnosis, promotion of nutritional status and prevention of nutritional disorders, and care were evaluated, according to a questionnaire answered by the professionals. The practices in growth monitoring were analyzed by observation of childcare consultations. Despite the involvement of physicians and nurses in important actions of nutritional care, were highlighted deficiencies of the physicians in nutritional diagnosis, as well as in promotion of nutritional status and prevention of nutritional disorders. Nurses presented lower actuation in care. The growth monitoring emphasized the poor record of anthropometric data and incipient nutritional orientation. In conclusion, the nutritional care of children by physicians and nurses presents deficiencies Monitoring of child growth and nutritional orientation are emphasized as difficulties in childcare consultations.

Keywords: primary health care, nutrition programs and policies, work performance.

RESUMEN

El objetivo del presente artículo fue evaluar la atención nutricional al niño ofrecida por médicos y enfermeros en la Estrategia Salud de la Familia. Investigación evaluativa realizada en dos municipios del Estado de Paraíba. Se evaluaron las prácticas de diagnóstico nutricional, promoción del estado nutricional y prevención de trastornos nutricionales, y asistencia/tratamiento/cuidado, de acuerdo con un cuestionario respondido por los profesionales. Las acciones de vigilancia del crecimiento desarrolladas se analizaron mediante la observación de las consultas de puericultura. A pesar de la participación de médicos y enfermeros en importantes acciones de atención nutricional, se destacaron deficiencias del médico en el diagnóstico nutricional, así como en la promoción del estado nutricional y prevención de los trastornos nutricionales. El enfermero tuvo menor participación en la asistencia/tratamiento/atención. En la vigilancia del crecimiento se destacó el poco registro de datos antropométricos y el asesoramiento nutricional incipiente. Se concluye que la atención nutricional a los niños proporcionada por médicos y enfermeros presenta deficiencias. La vigilancia del crecimiento del niño y el asesoramiento nutricional se enfatizan como dificultades en la consulta de puericultura.

Palabras clave: atención primaria de salud, programas y políticas de nutrición y alimentación, desempeño profesional.

INTRODUÇÃO

A grandes transformações sociais experimentadas no Brasil nas últimas décadas enquadraram a população em um processo de transição nutricional marcado por mudanças no seu padrão de consumo alimentar, nutrição e saúde. Nesse quadro, visualiza-se a coexistência da desnutrição em contextos de iniquidade social com a persistência das deficiências de micronutrientes e o aumento da obesidade. Dessa forma, o processo de transição nutricional no Brasil trouxe consigo desafios à agenda de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Atenção Primária à Saúde (APS)^{1,2}. Para tanto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com a finalidade de nortear a organização e a oferta da atenção nutricional, define como prioridades a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), e a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição³.

Contudo, a agenda de alimentação e nutrição na APS é marcada por barreiras que incluem desde a própria insuficiente inserção da área e do nutricionista no âmbito do SUS até dificuldades nos processos de gestão, monitoramento e avaliação^{2,4}. Além disso, destacam-se deficiências relativas à formação inadequada dos profissionais de saúde na área de alimentação e nutrição, e ao predomínio do modelo biomédico, curativo e de alta complexidade que coloca a promoção da saúde, inclusive as práticas de alimentação e nutrição, em uma posição secundária⁴.

Essas circunstâncias representam obstáculos marcantes na saúde infantil, uma vez que as intervenções nutricionais, sobretudo de aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento, têm papel decisivo no crescimento e desenvolvimento da criança^{5,6}. A respeito do acompanhamento do crescimento infantil, cabe destacar que sua relevância para o cuidado à saúde da criança é estabelecida desde a década de 1970. A vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança de forma adequada contribui na promoção da saúde e redução da morbimortalidade, estando integrada como eixo estratégico na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança⁷. Ainda, compõe o rol de indicadores sugeridos para avaliar a qualidade da assistência à criança no contexto da APS⁸.

Médicos e enfermeiros representam categorias profissionais com importante responsabilidade na atenção das demandas de promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, bem como cuidado nutricional e apoio às práticas maternas^{6,9,10}. Adicionalmente, a atuação do nutricionista pode gerar corresponsabilidade pelas ações de alimentação e nutrição, para o qual o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) representa

o principal mecanismo de assistência. No entanto, a inserção do nutricionista na APS ainda é incipiente, o que limita as ações na área de alimentação e nutrição que ficam sob responsabilidade de outros profissionais que apresentam acentuados problemas na qualificação para seu desempenho na área⁴. A necessidade de pesquisas para avaliar as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas na APS justifica-se, pois a produção acadêmica está distante das evidências sobre seu impacto e estratégias para aperfeiçoamento¹¹.

Este estudo objetiva avaliar o cuidado nutricional à criança menor de cinco anos prestado por médicos e enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (ESF).

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo que faz parte de uma pesquisa de avaliação multifacetada e multietápica da implantação das ações de alimentação e nutrição na ESF no Estado da Paraíba. Considerou-se a avaliação de aspectos sobre as condições de estrutura de unidades de saúde e das práticas de médicos e enfermeiros no cuidado nutricional à criança menor de cinco anos.

Contexto

O cenário do estudo compreendeu dois municípios do Estado da Paraíba, escolhidos por suas semelhanças em relação à posição geográfica (localização na região metropolitana da capital estadual, com acesso à rede de serviços nela disponibilizados), indicadores sociais (índice de desenvolvimento humano de nível médio) e cobertura da ESF (100%). Ambos os municípios possuem três NASF e equipes de saúde da família tanto convencionais quanto do Programa Mais Médicos (PMM). Entretanto, em um dos municípios (Município 1) o nutricionista forma parte das 20 equipes de saúde no modelo ampliado, enquanto no outro (Município 2) o profissional está inserido nos NASF atuando no apoio matricial às 28 equipes de saúde.

Participantes

O estudo foi realizado nas unidades de saúde da família em 2018. Em cada município selecionaram-se aleatoriamente 12 equipes de saúde, seis convencionais e a mesma quantidade do PMM. Os participantes deste estudo foram os médicos e enfermeiros que

atuavam nessas instituições, bem como as crianças menores de dois anos por eles atendidos nas consultas de puericultura. A amostra totalizou 44 profissionais (21 médicos e 23 enfermeiros), sendo que, do total de 24 equipes de saúde, três médicos e um enfermeiro não manifestaram interesse em participar. Para o caso da vigilância do crescimento consideraram-se as 116 consultas de puericultura realizadas por esses profissionais.

Fontes de dados

A análise do cuidado nutricional à criança menor de cinco anos baseou-se em características de estrutura das unidades de saúde e das práticas dos médicos e enfermeiros, inclusive as condutas de vigilância do crescimento de crianças menores de dois anos. A estrutura contemplou aspectos sobre recursos humanos e disponibilidade de equipamentos, insumos e documentos técnicos. As práticas dos profissionais foram estabelecidas considerando os níveis de intervenção do cuidado nutricional: diagnóstico nutricional, promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, assistência/tratamento/cuidado¹².

As informações sobre estrutura e práticas de cuidado nutricional foram obtidas por meio de um questionário estruturado com perguntas fechadas aplicado aos profissionais, sendo confirmadas por observação nos casos necessários. Para as condutas de vigilância do crescimento, observaram-se as consultas de puericultura de crianças menores de dois anos em um dia típico de trabalho. Uma dupla de entrevistadores preencheram uma lista de verificação sobre a realização ou não de medição, registro e aconselhamento nutricional relacionados ao peso, comprimento e perímetro cefálico das crianças.

Medidas adotadas para evitar vieses

A equipe de campo do estudo foi formada por profissionais e estudantes da área de saúde, com experiência prévia em trabalho de campo. O controle de qualidade incluiu treinamento e padronização dos entrevistadores, construção de Manual de Instruções, realização de estudo piloto e supervisão da coleta de dados. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada em um banco de dados customizado com verificações de consistência e restrições de intervalo. As inconsistências entre digitadores foram verificadas e retificadas por meio de nova consulta aos respectivos questionários.

Variáveis de estudo

O Quadro 1 sistematiza as variáveis de estudo segundo as dimensões de análise (estrutura, práticas) e fontes de informação.

Métodos estatísticos

Procedeu-se, inicialmente, análise descritiva com medidas de frequência das variáveis. Posteriormente, as proporções encontradas foram comparadas utilizando-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher segundo o município (Município 1, Município 2), tipo de equipe (PMM, convencional) e profissional (médico, enfermeiro). Adotou-se o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com o *software* Stata versão 12.0.

Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o protocolo número 71609317.9.0000.5187. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como condição necessária à participação no estudo.

RESULTADOS

A análise da estrutura das unidades de saúde (Tabela 1) reportou que nenhum dos médicos das equipes de saúde observadas foi citado como profissional envolvido com as principais ações de cuidado nutricional e que menos da metade dos médicos e enfermeiros tinham capacitação em nutrição por meio de pós-graduação ou cursos na área. Quanto à disponibilidade de equipamentos, insumos e documentos técnicos, observou-se menor existência dos manuais do Ministério da Saúde que orientam as ações de VAN, destacadamente o Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. Apenas a disponibilidade de antropômetro mostrou diferença estatística significativa, com melhor situação nas equipes do PMM.

A maior parte dos médicos e enfermeiros relatou realizar a maioria das ações de cuidado nutricional à criança, sendo o preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores do consumo alimentar a prática menos referida. A obtenção de dados do consumo alimentar, a promoção da alimentação adequada e saudável em ações

coletivas, atividades vinculadas à suplementação com ferro e a atenção a crianças com necessidades especiais também mostraram-se deficientes (Tabela 2).

Quando comparadas as práticas segundo a profissão, ainda na Tabela 2, no campo do diagnóstico nutricional, as proporções para a obtenção de dados de estatura e o preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores antropométricos foram superiores entre os enfermeiros. Resultados similares foram constatados para as atividades vinculadas à suplementação com vitamina A e o encaminhamento de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional como possível beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF), nas ações relacionadas à promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais. No nível de intervenção da assistência/tratamento/cuidado, o tratamento das crianças com hipovitaminose A e o tratamento das crianças com erros inatos de metabolismo e de alergias alimentares foram práticas mais referidas entre os médicos.

Conforme mostrado na Tabela 3, a medição do peso, comprimento e perímetro cefálico foi constatada como prática comum dos enfermeiros durante as consultas de puericultura. Entretanto, o registro dos parâmetros antropométricos na CSC e a orientação nutricional foram menos frequentes, com melhor situação para o peso e pior para o perímetro cefálico. Os registros e a orientação nutricional relacionados ao comprimento e perímetro cefálico apresentaram maiores proporções no Município 1. A orientação nutricional baseada no comprimento e no perímetro cefálico da criança foram atividades mais frequentes entre os enfermeiros das equipes do PMM. Não houve diferenças nas práticas segundo a profissão.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo revelam limitações no cuidado nutricional à criança relacionadas a insuficiências no capital humano do ponto de vista de qualificação e da prestação de serviços. Ainda, destacam diferenças na atuação dos médicos, menos envolvidos em ações de diagnóstico nutricional e de promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, quando comparados aos enfermeiros, com pior desempenho nas práticas de assistência/tratamento/cuidado. Na vigilância do crescimento, sobressai o comprometimento dos registros na CSC e do aconselhamento nutricional realizado pelos profissionais. A avaliação da oferta de ações e serviços de saúde na APS é estabelecida pelo Ministério da Saúde do Brasil como prioridade de pesquisa relevante à melhoria nas condições de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, o que denota a importância desses achados¹³.

Apesar da carência de estudos sobre o tema, outras pesquisas, como a presente, também revelaram o enfermeiro como o principal envolvido nas ações de nutrição e na vigilância do crescimento na ESF^{5,14}. Essa constatação pode estar relacionada à percepção dos médicos que centra no enfermeiro ou de outros quadros abaixo deles a responsabilidade pela orientação e cuidado nutricional, atrelado, talvez, às deficiências na formação médica em alimentação e nutrição⁹. O caráter interdisciplinar do trabalho na área nutricional¹⁵, bem como a superposição de atribuições e sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, pode trazer prejuízos à qualidade do cuidado nutricional^{5,10}, mesmo que o enfermeiro represente um profissional idôneo para contribuir na melhoria do estado nutricional¹⁰.

A inexpressiva participação de médicos e enfermeiros em capacitações e cursos de pós-graduação em nutrição é debatida tanto na literatura internacional^{9,16} e nacional^{4,17}, o que obstaculiza cobrir a lacuna criada pela falta de formação adequada na área de nutrição no sistema de educação médica e de enfermagem^{9,18}. Em tais circunstâncias, o profissional pode sentir desconfiança para lidar com os problemas nutricionais e perder importantes oportunidades de fornecer assistência ideal ao paciente que possibilite melhorar as condições nutricionais e de saúde da população^{4,9,19,20}. Nas crianças, estudos de efetividade têm mostrado que o treinamento em nutrição permite melhorar as habilidades de comunicação e aconselhamento nutricional e do manejo da desnutrição²⁰. Apesar de mostrarem interesses e necessidades de capacitação em nutrição como forma de melhorar a atenção prestada, os profissionais relatam falta de tempo e de oportunidades^{9,16-18}. No Brasil, as parcerias e a disponibilidade de recursos são citados como os principais fatores facilitadores para educação permanente em nutrição¹⁸.

Relacionado ainda à estrutura, a carência dos manuais técnicos do Ministério da Saúde para as ações de VAN reforça os resultados de uma revisão da literatura que identificou a indisponibilidade de protocolos como problema mais recorrente nos aspectos estruturais para a vigilância do crescimento na rede básica de saúde²¹. Estudo desenvolvido em Bangladesh mostrou resultados semelhantes, enfatizando a importância da capacitação em nutrição como forma de melhorar a adesão a diretrizes nutricionais²². A existência e uso dessas tecnologias pelos profissionais nas unidades de saúde se faz essencial para a padronização dos procedimentos, o diagnóstico correto do estado nutricional e a sistematização dos cuidados²¹.

Mundialmente, reconhece-se que as ações de alimentação e nutrição são subvalorizadas pelos profissionais de saúde^{9,10,16,19,20}. No Brasil, observações têm reportado resultados nesse mesmo sentido^{5,14,15}. Adicionalmente à falta de treinamento apropriado, o desconhecimento das ações, a sobrecarga de trabalho, a remuneração inadequada, a

desmotivação, a depreciação da prática preventiva, a desarticulação da equipe de saúde com a gestão e a desorganização dos serviços de saúde citam-se como aspectos profissionais relacionados com tal subvalorização^{5,6,10,15,16,19,23,24}. No contexto específico do atual estudo, percebe-se que as ações mais e menos valorizadas incluíram tanto o diagnóstico nutricional e a assistência quanto a promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, o que é sugestivo da presença do modelo biomédico simultaneamente com o baseado na promoção da saúde e na prevenção de agravos, como sugerido anteriormente^{15,24}.

Uma quantia considerável dos profissionais entrevistados neste trabalho respondeu não ter envolvimento com ações relacionadas à VAN/SISVAN, ao PBF, à promoção da alimentação saudável em atividades coletivas e à prevenção e tratamento de deficiências de micronutrientes, o que reforça resultados prévios registrados em outras localidades do Brasil^{5,15,24}, em outros países^{16,22,25}, por meio de avaliações programáticas²⁶⁻³⁰ e segundo revisões sistemáticas da literatura^{21,31}. O atendimento a crianças com necessidades alimentares especiais também representou uma prática incomun entre médicos e enfermeiros deste estudo, o que ainda não tinha sido abordado na literatura¹¹. O negligenciamento de prioridades estabelecidas na agenda programática da atenção básica em alimentação e nutrição pode trazer prejuízos na organização e avaliação do cuidado nutricional, na adesão da população aos serviços e na universalidade, integralidade e resolutividades da atenção à saúde^{3,4,6,12,15,24}.

Até onde é conhecimento dos autores, este é o primeiro trabalho que analisa diferenças entre médicos e enfermeiros nas práticas de alimentação e nutrição, constatando-se maior envolvimento do enfermeiro, principalmente tanto em ações de diagnóstico nutricional quanto da promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais. Esse achado está em consonância com o encontrado na análise da estrutura deste mesmo estudo e com registros anteriores^{5,14}. Enquanto na medicina o cuidado nutricional à criança não é priorizado⁹, no campo da enfermagem há uma preocupação pela busca de fundamentação teórica e prática para desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e de alimentação e nutrição, como a verificação de medidas antropométricas e a educação sobre alimentação saudável³²⁻³⁴. Por sua vez, na formação e prática dos médicos predomina o direcionamento para especializações hospitalares, com ênfase nas tecnologias duras e nos procedimentos, e subvalorização da medicina de família e da APS^{35,36}, o que pode justificar a maior participação desses profissionais na assistência/tratamento/cuidado constatada nesta avaliação.

Nas ações de vigilância do crescimento durante as consultas de puericultura realizadas pelos profissionais, a priorização da obtenção das medidas antropométricas, sem necessariamente o registro na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e sua utilização para

aconselhamento nutricional, converge com os resultados de outros estudos desenvolvidos na Brasil^{5,37}. Além disso, existem evidências claras sobre o subregistro dos parâmetros antropométricos na CSC³¹ e o negligenciamento da vigilância do crescimento na rede básica de saúde do país²¹, bem como indícios a respeito da menor valorização das informações relacionadas ao perímetro cefálico, quando comparadas ao peso e à estatura^{37,38}. Em Bangladesh, a assistência prestada a crianças doentes também mostrou-se deficiente em relação à obtenção de medidas do crescimento, mas sobretudo nas orientações fornecidas às mães²². A importância dos parâmetros antropométricos na avaliação da saúde e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança justifica a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde com fins de mudar essa realidade³⁷. Os desafios profissionais incluem aspectos da formação/capacitação e das práticas como a oferta de condições dignas de trabalho, a diminuição de exigências burocráticas na rotina do serviço que reduzem o tempo para assistência à população e mudanças no modelo de atenção com base na saúde da família que privilegie a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial diante das necessidades de saúde^{5,6,21,31,33,37}.

Neste estudo, a melhor situação do Município 1 no registro na CSC e aconselhamento nutricional relacionados ao comprimento e ao perímetro cefálico pode cogitar-se influenciado pela ação conjunta do nutricionista com os demais profissionais de saúde⁴. Por outro lado, resultados mais favoráveis para o aconselhamento nutricional com base no comprimento e no perímetro cefálico da criança nas equipes do PMM refletem, possivelmente, a contribuição do Programa com a integralidade nas práticas de saúde, com melhorias na promoção da saúde e prevenção de doenças, e na integração das equipes de saúde com o NASF, traduzindo-se em avanços na qualidade dos serviços³⁹.

As informações desse estudo referem-se a profissionais inseridos na realidade unicamente de dois municípios de um único estado brasileiro, com limitações quanto ao poder de generalização dos resultados. Além disso, as práticas, exceto as de vigilância do crescimento observadas nas consultas de puericultura, foram autorreferidas, o que pode ter implícito viés de informação. Entretanto, a literatura escassa relacionada à atuação de médicos e enfermeiros no cuidado nutricional à criança na APS no Brasil torna os achados relevantes e inéditos ao compará-los segundo a profissão.

CONCLUSÃO

Os médicos e enfermeiros de equipes de saúde da ESF desenvolvem ações importantes de cuidado nutricional à criança menor de cinco anos, contudo destacam-se deficiências nos três eixos da atenção, nomeadamente em relação ao diagnóstico e à promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais, no caso dos médicos, e na assistência/tratamento/cuidado, para os enfermeiros. Na vigilância do crescimento nas consultas de puericultura, sobressai o comprometimento dos registros na CSC (longitudinalidade do cuidado) e da orientação nutricional prestada pelos enfermeiros. Ao apontar fragilidades que precisam ser superadas, esses achados podem subsidiar a gestão e serviços relacionados ao cuidado nutricional à criança na ESF.

REFERÊNCIAS

1. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. *Divul Saúde Debate*. 2014;51:72-85.
2. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(6):1829-36;
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012;
4. Rigon AS, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad Saude Publica*. 2016;32(3):e00164514;
5. Einloft ABN, Cotta RMM, Araújo RMA. Promoção da alimentação saudável na infância: fragilidades no contexto da ação básica. *Cienc Saude Colet*. 2018;23(1):61-72;
6. Palombo CNT, Fujimori E, Toriyama ATM, Duarte LS, Borges ALV. Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectivas de profissionais. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1000-8;
7. Brasil. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2015 ago 5;
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012;
9. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Urassa PD, Yasuoka J, Jimba M. Nutrition training improves health workers' nutrition knowledge and competence to manage child undernutrition: a systematic review. *Front Public Health*. 2013;1:37;
10. Hidalgo MCM, López LP. Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición. *Nutr Clin Diet Hosp*. 2017;37(4):189-93;
11. Pereira TN, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. *Gac Sanit*. 2018;32(3):297-303;
12. Brasil. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos);
13. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018;

14. Pedraza DF, Menezes TN, Costa GMC. Ações de alimentação e nutrição na estratégia saúde da família: estrutura e processo de trabalho. *Rev Enferm UERJ*. 2016;24(4):e15848;
15. Pimentel VRM, Sousa MF, Hamann EM, Mendonça AVM. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Cienc Saude Colet*. 2014;19(1):49-57;
16. Neves A. Atitudes e práticas dos médicos de família do ACeS de Matosinhos face à obesidade. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017;33:188-98;
17. Guimarães AB, Tapety FI, Martins MCC, Lago EC, Ramos CV. Nurse training in nutrition attention users in the Family Health Strategy. *Rev Enferm UFPI*. 2015;4(3):59-64;
18. Ricardi LM, Sousa MF. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(1):209-18;
19. Kris-Etherton PM, Akabas SR, Douglas P, Kohlmeier M, Laur C, Lenders CM, et al. Nutrition Competencies in Health Professionals' Education and Training: A New Paradigm. *Adv Nutr*. 2015;6(1):83-7;
20. Sunguya BF, Poudel KC, Mlunde LB, Shakya P, Urassa DP, Jimba M, et al. Effectiveness of nutrition training of health workers toward improving caregivers' feeding practices for children aged six months to two years: a systematic review. *Nutr J*. 2013;12:66;
21. Figueroa Pedraza D. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2016;16(1):7-19;
22. Billah SM, Saha KK, Khan ANS, Chowdhury AH, Garnett SP, Arifeen SE, et al. Quality of nutrition services in primary health care facilities: Implications for integrating nutrition into the health system in Bangladesh. *PLoS One*. 2017;12(5):e0178121;
23. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2017;27(3):793-811;
24. Figueroa Pedraza D, Santos IS. Profile and performance of nutritionists in Primary Health Care. *Rev Nutr*. 2017;30(6):835-45;
25. Bolka H, Abajobir AA. The practice of essential nutrition actions in healthcare deliveries of Shebedino District, South Ethiopia. *Adv Reprod Sci*. 2014;2(1):8-15;
26. Rolim MD, Lima SML, Barros DC, Andrade CLT. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(8):2359-69;
27. Moraes VD, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de

- saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saude Debate*. 2017;41(Spec No 3):129-43;
28. Souza LMS, Santos SMC. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: avaliação da implantação de programas em municípios baianos. *Demetra*. 2017;12(1):137-55;
 29. Brito VRS, Vasconcelos MGL, Diniz AS, França ISX, Pedraza DF, Peixoto JBS, et al. Percepção de profissionais de saúde sobre o programa de combate à deficiência de vitamina A. *Rev Bras Promoc Saude*. 2016;29(1):93-9;
 30. Azeredo CM, Cotta RMM, Silva LS, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR, Lamounier JA. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). *Cienc Saude Colet*. 2013;18(3):827-36;
 31. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34(1):122-31;
 32. Monteiro FPM, Caetano JA, Araújo TL. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. *Rev Enferm Anna Nery*. 2010;14(2):406-11;
 33. Thumé E, Fehn AC, Acioli S, Fassa MEG. Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde – avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018;42(Spec No 1):275-88;
 34. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2721;
 35. Gomes AP, Costa JRB, Junqueira TS, Arcuri MB, Siqueira-Batista R. Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(4):541-9;
 36. Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. *Cad Saude Publica*. 2019;35(1):e00170917;
 37. Figueroa Pedraza D, Santos IS. Assessment of growth monitoring in child care visits at the Family Health Strategy in two municipalities of Paraíba State, Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(4):847-55;
 38. Ferreira MCS, Negri F, Galesi LF, Detregiachi CRP, Oliveira MRM. Monitoramento nutricional em unidades de atenção primária à saúde. *Rev Aliment Nutr*. 2017;8(1):37-45;
 39. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2016;21(9):2729-38;

Quadro 1. Avaliação da estrutura das unidades de saúde e das práticas de médicos e enfermeiros relacionados ao cuidado nutricional do menor de cinco anos no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, 2018.

<p>I- ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE</p> <p>I.1- Recursos humanos (Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas) Profissional que desenvolve as principais ações de cuidado nutricional (nutricionista, médico, enfermeiro, multiprofissional liderado pelo médico, multiprofissional liderado pelo enfermeiro), realização de pós-graduação em nutrição pelo médico e enfermeiro (sim, não), realização de curso na área de nutrição depois de formado pelo médico e enfermeiro (sim, não)</p> <p>I.2- Disponibilidade de equipamentos, insumos e documentos técnicos (Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas, com alternativas de respostas “sim” e “não”, as quais foram confirmadas por observação) Balança para pesar criança menor de dois anos, antropômetro, Caderneta de Saúde da Criança, Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica, Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN</p>
<p>II- PRÁTICAS DE MÉDICOS E ENFERMEIROS</p> <p>II.1- Práticas profissionais de cuidado nutricional do menor de cinco anos (Fonte de informação: questionário estruturado com perguntas fechadas, com alternativas de respostas “sim” e “não”)</p> <p>II.1.1- Diagnóstico nutricional Obtenção de dados de peso, obtenção de dados de estatura, obtenção de dados do consumo alimentar, identificação das práticas de aleitamento materno, identificação de práticas alimentares relacionadas ao desenvolvimento de sobrepeso/obesidade, identificação de sinais de deficiências de micronutrientes, diagnóstico de crianças com desnutrição, diagnóstico de crianças com sobrepeso/obesidade, preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores antropométricos, preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores do consumo alimentar</p> <p>II.1.2- Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais Informação sobre estratégias de promoção da segurança alimentar e nutricional da família, incentivo/apoio e proteção do aleitamento materno e da alimentação complementar, promoção da alimentação adequada e saudável nas consultas da criança, promoção da alimentação adequada e saudável em ações coletivas com famílias de crianças menores de 5 anos no seu núcleo, atividades vinculadas à suplementação com ferro, atividades vinculadas à suplementação com vitamina A, orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de ferro, orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de vitamina A, encaminhamento de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional como possível beneficiário do Programa Bolsa Família, reforço da importância do cumprimento do calendário de consultas como instrumento para a promoção do estado nutricional e vigilância do crescimento da criança</p> <p>II.1.3- Assistência/tratamento/cuidado Encaminhamento das crianças com distúrbios nutricionais para tratamento dietético com o nutricionista, tratamento das crianças com anemia, tratamento das crianças com hipovitaminose A, tratamento de crianças com erros inatos de metabolismo e de alergias alimentares, cuidado nutricional a crianças com necessidades alimentares específicas</p> <p>II.2- Condutas de vigilância do crescimento de crianças menores de dois anos (Fonte de informação: observação das consultas de puericultura e uso de uma lista de verificação, com alternativas de respostas “sim” e “não”)</p> <p>II.2.1- Medição Peso, comprimento, perímetro cefálico</p> <p>II.2.2- Registro na Caderneta de Saúde da Criança Peso, comprimento, perímetro cefálico</p> <p>II.2.3- Aconselhamento nutricional baseado nos parâmetros antropométricos Peso, comprimento, perímetro cefálico</p>

Fonte: Elaboração própria

Tabela 1. Características da estrutura de Unidades Básicas de Saúde da Família relacionada ao cuidado nutricional à criança menor de cinco anos em dois municípios do Estado da Paraíba, 2018.

Tipo de equipe

CARACTERÍSTICAS	Total (N=24)	PMM (N=12)	Convencional (N=12)	p*
	n	n	n	
RECURSOS HUMANOS				
Profissional que desenvolve as principais ações de cuidado nutricional				
				0,710
Nutricionista	5	3	2	
Médico	0	0	0	
Enfermeiro	5	3	2	
Multiprofissional liderado pelo médico	0	0	0	
Multiprofissional liderado pelo enfermeiro	14	6	8	
Médico com pós-graduação em nutrição				
Sim	5	1	4	0,317
Médico com curso na área de nutrição depois de formado				
Sim	4	2	2	1,000
Enfermeiro com pós-graduação em nutrição				
Sim	2	1	1	1,000
Enfermeiro com curso na área de nutrição depois de formado				
Sim	9	3	6	0,400
DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS				
Balança para pesar criança menor de dois anos				
Sim	21	11	10	0,537
Antropômetro				
Sim	19	12	7	0,012
Caderneta de Saúde da Criança				
Sim	21	11	10	0,537
DISPONIBILIDADE DE DOCUMENTOS TÉCNICOS				
Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica				
Sim	2	1	1	1,000
Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN				
Sim	12	4	8	0,220

Fonte: Elaboração própria. PMM: Programa Mais Médicos. * p > 0,05 para as análises segundo o município.

Tabela 2. Cuidado nutricional à criança menor de cinco anos prestado por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, 2018.

Profissional

AÇÕES DESENVOLVIDAS	Total (N=44)	Médico (N=21)	Enfermeiro (N=23)	p*
	n	n	n	
Diagnóstico nutricional				
Obtenção de dados de peso	41	20	21	0,605
Obtenção de dados de estatura	34	12	22	0,005
Obtenção de dados do consumo alimentar	32	15	17	0,578
Identificação das práticas de aleitamento materno	42	19	23	0,130
Identificação de práticas alimentares relacionadas ao desenvolvimento de sobrepeso/obesidade	40	19	21	0,924
Identificação de sinais de deficiências de micronutrientes	34	17	17	0,853
Diagnóstico de crianças com desnutrição	38	18	20	0,905
Diagnóstico de crianças com sobrepeso/obesidade	43	21	22	0,334
Preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores antropométricos	31	11	20	0,044
Preenchimento de formulários do SISVAN Web ou fichas do e-SUS com marcadores alimentares	8	2	6	0,155
Promoção do estado nutricional e prevenção de distúrbios nutricionais				
Informação sobre estratégias de promoção da segurança alimentar e nutricional da família	42	20	22	0,947
Incentivo/apoio e proteção do aleitamento materno e da alimentação complementar	44	21	23	1,000
Promoção da alimentação adequada e saudável nas consultas da criança	43	21	22	0,334
Promoção da alimentação adequada e saudável em ações coletivas das famílias	25	9	16	0,074
Atividades vinculadas à suplementação com ferro	24	12	12	0,741
Atividades vinculadas à suplementação com vitamina A	29	10	19	0,049
Orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de ferro	43	20	23	0,290
Orientação alimentar vinculada à prevenção da deficiência de vitamina A	38	20	18	0,101
Encaminhamento de crianças em risco de insegurança alimentar e nutricional como possível beneficiário do Programa Bolsa Família	32	12	20	0,027
Reforço da importância do cumprimento do calendário de consultas como instrumento para a promoção do estado nutricional e vigilância do crescimento da criança	43	20	23	0,290
Assistência/tratamento/cuidado				
Encaminhamento das crianças com distúrbios nutricionais para tratamento dietético com o nutricionista	43	21	22	0,334
Tratamento das crianças com anemia	40	21	19	0,054
Tratamento das crianças com hipovitaminose A	28	19	9	0,001
Tratamento de crianças com erros inatos de metabolismo e de alergias alimentares	28	17	11	0,023
Cuidado nutricional a crianças com necessidades alimentares específicas	28	14	14	0,690

Fonte: Elaboração própria. * p > 0,05 para as análises segundo o município e tipo de equipe.

Tabela 3. Vigilância do crescimento de crianças menores de dois anos em consultas de puericultura desenvolvida por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em dois municípios do Estado da Paraíba, 2018.

AÇÕES DESENVOLVIDAS	Total (N=116)		Município				p	Tipo de equipe de saúde				p
			1 (N=57)		2 (N=59)			PMM (N=64)		Convencional (N=52)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
MEDIÇÃO												
<i>Peso</i>	116	100	57	100	59	100	1,000	64	100	52	100	1,000
<i>Comprimento</i>	116	100	57	100	59	100	1,000	64	100	52	100	1,000
<i>Perímetro cefálico</i>	111	95,7	56	98,3	55	93,2	0,183	62	96,9	49	95,7	0,486
REGISTRO NA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA												
<i>Peso</i>	92	79,3	47	82,5	45	76,3	0,411	48	75	44	84,6	0,204
<i>Comprimento</i>	74	63,8	52	91,2	22	37,3	0,000	41	64,1	33	63,5	0,947
<i>Perímetro cefálico</i>	70	60,3	51	89,5	19	32,2	0,000	39	60,9	31	59,6	0,885
ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL												
<i>Baseadas no peso</i>	84	72,4	43	75,4	41	69,5	0,474	47	73,4	37	71,1	0,784
<i>Baseadas no comprimento</i>	70	60,3	41	71,9	29	49,2	0,043	45	70,3	25	48,1	0,015
<i>Baseadas no perímetro cefálico</i>	50	43,1	31	54,4	19	32,2	0,014	36	56,3	14	26,9	0,002

Fonte: Elaboração própria. PMM: Programa Mais Médicos. *p > 0,05 para as análises segundo a profissão.