

Universidade Estadual Paulista

“Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

**Avaliação das ações de alimentação e nutrição
na atenção primária a saúde no estado de São
Paulo**

Mayara Martins Evangelista

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Alimentos e Nutrição da Faculdade
de Ciências Farmacêuticas da
Universidade Estadual Paulista –
UNESP, Campus de Araraquara,
para obtenção do título de Mestre em
Alimentos e Nutrição.

Área de concentração: Ciências
Nutricionais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita
Marques de Oliveira.

Araraquara

2016

Avaliação das ações de alimentação e nutrição na atenção primária a saúde no estado de São Paulo

Mayara Martins Evangelista

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Alimentos e Nutrição da Faculdade
de Ciências Farmacêuticas da
Universidade Estadual Paulista –
UNESP, Campus de Araraquara,
para obtenção do título de Mestre em
Alimentos e Nutrição.

Área de concentração: Ciências
Nutricionais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rita
Marques de Oliveira

ARARAQUARA-SP

2016

Ficha Catalográfica

Elaborada Pelo Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
UNESP – Campus de Araraquara

E92a

Evangelista, Mayara Martins

Avaliação das ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no estado de São Paulo / Mayara Martins Evangelista – Araraquara, 2016
80 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição

Orientador: Maria Rita Marques de Oliveira

1. Atenção primária à saúde. 2. Ações de alimentação e nutrição. 3. Promoção da saúde. 4. Segurança alimentar e nutricional. 5. Vigilância alimentar e nutricional. I. Oliveira, Maria Rita Marques de, orient. II. Título.

CAPES: 50700006

Dedicatória

À **Deus**, por me iluminar e por permitir que eu pudesse vivenciar essa **experiência** magnífica.

Aos meus queridos pais **José Milton e Lucília Celi** e ao meu *esposo* **Bruno Augusto**, que sempre estiveram ao meu lado, acreditando no meu potencial e me apoiando.

Agradecimentos

A Faculdade de Ciências Farmacêuticas Pós-Graduação em Alimentos e Nutrição – UNESP, Araraquara/SP.

À minha orientadora **Maria Rita Marques de Oliveira**, pelo entusiasmo e pela orientação durante a execução deste estudo. Uma pessoa que transforma a maneira de ver o mundo, de uma sabedoria formidável e exemplar como ser humano.

Aos membros da Banca Examinadora, por sua disposição e paciência em analisar esse estudo.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a atenção nutricional no serviço primário à saúde do Estado de São Paulo e os fatores que influenciam a sua disponibilidade, frequência, número de participantes e envolvimento dos diferentes profissionais na oferta dos serviços. **Métodos:** Em 2011/2012 foram coletados dados de 65 municípios do Estado de São Paulo, incluindo 1873 profissionais de equipe de saúde, que responderam um questionário sobre a caracterização dos profissionais, disponibilidade, frequência e recursos para a realização de atividades de alimentação e nutrição. Nesse estudo foram analisadas a associação entre escolaridade do profissional, tempo de escolaridade, titulação, atualização em alimentação e nutrição, orientação recebida de profissional habilitado, disponibilidade de tempo para a realização das atividades, disponibilidade de material informativo para a realização da atividade, estrutura física da unidade de saúde para realização das atividades, total de membros da equipe de saúde, parceiros para a realização das atividades e utilização dos manuais do Ministério da Saúde com as variáveis desfecho: disponibilidade de atividades de alimentação e nutrição, número de participantes das atividades de alimentação e nutrição, frequência de atendimentos nas atividades de alimentação e nutrição e a participação do profissional no cuidado com os grupos nas atividades de alimentação e nutrição para gestantes, pais, crianças, adolescentes, adultos, idosos, família e outros grupos (hipertensos e diabéticos). A associação entre variáveis exposição e desfechos foi testada utilizando análise de regressão log linear de Poisson para estimar a razão de prevalência. **Resultados:** Entre os profissionais entrevistados, 44% eram graduados e apenas 2% formados em Nutrição. Os profissionais da equipe referiram participar das atividades de alimentação e nutrição em maior número para as gestantes (15,5%) e menor para família (4%). O fato de a equipe não receber orientação de um profissional habilitado influenciou negativamente na disponibilidade de ter ao menos três atividades de alimentação e nutrição para os grupos das gestantes, crianças, adolescentes, adultos e família e também foi associado a uma probabilidade 63% e 71% menor de ter pelo menos 50 participantes/mês participando das atividades de alimentação e nutrição para os adultos e idosos, respectivamente. Quando a unidade de saúde não contava com a presença do profissional graduado em nutrição na equipe, foi associado a uma probabilidade 45% menor para os adultos e 86% menor para os adolescentes, de ter presente nas atividades de alimentação e nutrição ao menos 50 participantes por mês. A unidade de saúde que não apresentou estrutura física, como salas de espera, sala específica ou pátio no exterior da unidade para realizar atividades de alimentação e nutrição foi 88% menos favorável de ter atividades acontecendo ao menos mensalmente para os pais. Contar com a presença do profissional da equipe com formação mínima de ensino médio completo aumentou em aproximadamente duas vezes as chances de ter a presença de um mesmo profissional participando de três ou mais atividades para as gestantes, crianças e idosos. **Conclusão:** Houve baixa prevalência das ações de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde no Estado de

São Paulo, as quais mostraram-se influenciadas pela formação da equipe, presença do nutricionista e infraestrutura disponível para o estudo.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Ações de alimentação e nutrição; Promoção da saúde; Segurança Alimentar e Nutricional; Vigilância Alimentar e Nutricional.

Evaluation of food and nutrition activities in primary healthcare in the State of São Paulo

ABSTRACT

Objective: To assess the nutrition attention and factors that influence the availability, frequency, number of participants, and participation of professionals from different areas on the primary health attention services offered in the Sao Paulo State. **Methods:** In 2011 and 2012 the data was collected in 65 municipalities at the Sao Paulo State in Brazil, including 1873 professionals working in the health attention teams, who responded to a questionnaire designed to assess health professionals, availability, frequency, and resources designated to the development of food and nutrition activities. With this study we assessed the association between the health professional education, duration of the education, schooling, specialization, orientation provided by licensed professional, availability of time, informative supplies, physical infrastructure, number of members of the health professional team, partners, and the guidelines, for the development of the activities as exposures, with the availability of activities, frequency of health care, number of participants in each activity, and the attendance of the health professional team at the food and nutrition activities were analyzed as outcomes. All the analyses were stratified by the group to whom the activities were supposed to focus, as follows: pregnant, parents, adolescents, children, adults, elderly, families, and other groups such as diabetic or hypertensive persons. The prevalence ratio was and the 95% confidence interval were assessed using the Poisson regression model embedded in the generalized linear regression model. **Results:** Among the health professionals included in this study, 44% were graduated, but only 2% were graduated in Nutrition. The health professional team components reported to attend to more food and nutrition activities for the group of pregnant (15,5%) and less for families (4%). When the health professional team was not trained by a licensed professional, it was less likely to offer food and nutrition activities in three or more days of the week for pregnant, children, adolescents, adults and families and it was 63% and 71% less likely to include 50 or more participants per month in the activities for groups of adults and elderlies, respectively. When there was not health professional graduated in nutrition in the health team, it was 45% less likely to have an attendance of 50 or more adults and 86% for adolescents. The absence of infrastructure of the health unit, such as waiting room, offices, or courtyard, it was 88% less likely to develop monthly activities for parents. Additionally, when the health professional team had attended to high school level or more, it was as twice as likely to have the same health professional attending to three or more activities for pregnant, children, and adults. **Conclusion:** We found a low prevalence of food and nutrition activities in the primary health attention in the Sao Paulo State. Such activities were influenced by the level of education of the health professional team, the presence of the nutritionist, and the infrastructure.

Keywords: Primary health care; food and nutrition activities; Health promotion; Food and Nutrition safety; Food and Nutrition Surveillance.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
REFERÊNCIAS	17
Capítulo 1.	22
Educação, informação e estrutura de apoio como fatores determinantes da oferta de atividades de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde.	23
RESUMO	24
INTRODUÇÃO	28
METODOLOGIA	30
Local e população do estudo	30
Questionário para coleta dos dados	31
Etapas do estudo	32
Análise de dados	32
RESULTADOS	33
DISCUSSÃO	37
CONCLUSÃO	41
AGRADECIMENTOS:	42
REFERÊNCIAS	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
ANEXOS	60
ANEXO 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	60
ANEXO 2. Questionário de avaliação da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.	66
ANEXO 2.1 Gestante	73
ANEXO 2.2 Pais, Responsáveis e Nutrizes.	74
ANEXO 2.3 Crianças	75
ANEXO 2.4 Adolescentes	76
ANEXO 2.5 Adultos	77
ANEXO 2.6 Idosos	78
ANEXO 2.7 Famílias	79
ANEXO 2.8 Outro Grupo	80

1. INTRODUÇÃO

Um marco na saúde pública aconteceu em setembro de 1978, quando representantes de 134 países se reuniram para primeira conferência internacional sobre atenção primária à saúde, a reunião em Alma Ata, Cazaquistão, foi convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das nações unidas para a infância (UNICEF); a declaração abraçava a meta Saúde para todos no ano 2000 e determinava que a atenção primária à saúde era o meio para se alcançá-la. Durante a reunião foi discutido as inaceitáveis desigualdades, iniquidades e grandes diferenças que existiam entre os países e grupos de população, e especialmente a dificuldade de acesso aos serviços de saúde ⁽¹⁾.

A atenção primária à saúde é definida internacionalmente como estratégia de organização do sistema de saúde voltada para responder as necessidades de saúde da população de forma regionalizada, contínua e sistematizada, integrando ações preventivas e curativas ⁽²⁾.

No Brasil, na década de 90 com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, passou-se a adotar a designação Atenção Básica a Saúde (ABS) definida como ações individuais e coletivas situadas em nível primário, direcionadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação ⁽³⁾.

A promoção da saúde é definida como processo de capacitação da comunidade para atuar no avanço da qualidade de vida. Para que esse avanço aconteça a saúde é considerada essencial, pois é um direito inegável ao cidadão,

garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ⁽⁴⁾.

A atenção básica deve ser considerada porta de entrada e contato preferencial dos usuários para garantir à saúde ⁽⁵⁻⁶⁾. Desta forma, o pessoal capacitado, localização, infraestrutura e acesso aos equipamentos de saúde tornam-se indiscutível para o melhor resultado aos serviços de saúde.

Para isso, a população tem o direito e dever de participar do planejamento de seus cuidados de saúde de maneira individual e coletiva ⁽¹⁾, pois esses cuidados podem ser facilitadores da promoção da saúde e apresentam importância crescente das condições crônicas no quadro epidemiológico ⁽⁷⁻⁸⁾.

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais fontes da carga de doença no Brasil e representa uma crise global em quase todos os países e também em todos os grupos (renda, homens, mulheres e crianças) ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Diante desse desafio de ampliar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, têm sido implementadas políticas importantes; a sexagésima quinta Assembleia Mundial da Saúde de Maio de 2013, aprovou o Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, este plano tem como meta reduzir a mortalidade prematura (definida como a probabilidade de morrer entre 30 e 70 anos) que atinge 59% dos indivíduos; minimizar a exposição a fatores de risco, aumentar a exposição a fatores de proteção e reduzir os gastos financeiros dessas doenças adotando abordagens multissetoriais que promovam o bem-estar e a qualidade de vida ⁽¹¹⁻¹⁰⁻¹²⁻¹³⁾.

Uma das quatro linhas estratégicas do plano de ação é melhorar a cobertura, o acesso equitativo e a qualidade da atenção para principalmente quatro doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias

crônicas), enfatizando a atenção primária à saúde, que inclui prevenção e o reforço do autocuidado ⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Para garantir a integralidade do cuidado, as redes de atenção à saúde estão sendo implementadas. Essas redes são estratégias para organizar ações e serviços de saúde e fundamenta-se como nível primário de atenção, tem como objetivo buscar melhor eficácia na produção da saúde, na gestão do sistema de saúde, e contribui também para o avanço do processo de efetivação do Sistema único de Saúde ⁽¹⁵⁾.

Visualizando este quadro geral observa-se que as emergentes e crescentes demandas de atenção à saúde derivam, principalmente, dos agravos que acompanham as doenças e estão comumente associadas a uma alimentação inadequada e modos de vidas não saudáveis ⁽¹⁶⁾.

As ações de alimentação e nutrição, foram contempladas em 1990 a partir da publicação da lei orgânica do sistema único de saúde, esse episódio possibilitou a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. No conjunto de políticas públicas a PNAN visa melhorias do quadro epidemiológico atual, pois tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional (VAN), a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionadas à alimentação e nutrição ⁽¹⁸⁾.

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) como estratégia de monitoramento de indicadores ligados à alimentação e à nutrição da população têm estado em pauta internacionalmente desde a década de 70 do século passado ⁽¹⁹⁾, foi oficialmente instituída no Brasil em 1990 como Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), ocorrendo no contexto do movimento de reforma sanitária brasileira, que teve como principal resultado a organização do Sistema Único de Saúde (SUS),

fundado sob os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação popular.

A implantação e regulamentação do SUS e a subsequente formulação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil provocou mudanças no modelo assistencial e nas práticas de vigilância, aproximando as ações de saúde e nutrição das comunidades ⁽²⁰⁻²¹⁻²²⁾.

O programa saúde da família como era conhecido em 1994, recebeu contribuições do Programa de agentes comunitários de saúde e em 2003 foi intitulado como Estratégia Saúde da Família ⁽²³⁻²⁴⁾. A ESF é vista como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, operacionalizado mediante implantação de equipes multiprofissionais que atuam em ações de promoção da saúde nas unidades básicas de saúde ⁽²⁵⁾.

Esse modelo destaca o protagonismo da comunidade e a busca pelo reconhecimento das potencialidades das pessoas. Particularmente na área da nutrição, usuários das unidades básicas, enquanto sujeitos ativos no seu próprio desenvolvimento poderão obter mais elementos para o enfrentamento da insegurança alimentar, quando apoiados pelas equipes de saúde ⁽²⁶⁾.

No contexto das políticas públicas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) muito se espera das equipes de saúde fixadas nos territórios pela estratégia de saúde da família. Espera-se que essas mesmas assumam papel de mobilizadores de transformação dos hábitos alimentares das comunidades com vistas à melhoria no consumo de alimentos pela população. No entanto, essa não é uma tarefa familiar às equipes de saúde, foi o que indicou os estudos anteriores ao desenvolvimento da pesquisa que deu origem a este estudo, desenvolvidos em Piracicaba e Araraquara ⁽²⁷⁻²⁸⁾.

No Brasil uma das medidas do Ministério da Saúde para garantir a SAN foi a instituição da Portaria 2.715 (17/11/11) que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. A portaria foi organizada em 9 diretrizes, que objetivam construir um sistema para promover a Alimentação Adequada e Saudável a fim de: proporcionar a realização de práticas alimentares adequadas aos aspectos biológicos e socioculturais; fornecer dados como gênero, idade, etnia e de populações específicas para monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos; obter fluxos de gestão para formular, implementar e monitorar as ações de alimentação e nutrição; obter a participação popular para contribuir com o funcionamento do SUS através da prática do controle social nas esferas do governo; qualificar os profissionais em harmonia com as necessidades de saúde; ofertar o alimento garantindo qualidade para a população; desenvolver e apoiar à pesquisa no campo da alimentação e nutrição; fortalecer as ações de alimentação e nutrição na rede de atenção à saúde. Portanto, o sistema de SAN deve funcionar de forma integrada respeitando a autonomia de cada uma destas instâncias ⁽¹⁸⁾.

Outro programa que tem como intuito incentivar a promoção da alimentação saudável e também o aleitamento materno para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde é a estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, com objetivo de qualificar o processo de estudo dos profissionais da atenção básica para estimular essas ações ⁽²⁹⁾.

Para formulação da estratégia a base legal adotada são políticas e programas já existentes como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) , a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Política Nacional de Aleitamento Materno (PNAM) ⁽²⁵⁻³⁰⁻¹⁸⁻²⁹⁾.

Para efetivar a estratégia, os estados e municípios deverão se organizar para formar os profissionais da atenção básica por meio de ações de formação de tutores e oficinas de estudo na Unidade Básica de Saúde. A oficina de formação de tutores visa qualificar os profissionais para serem responsáveis em realizar oficinas de estudo nas unidades básicas de saúde; a oficina de estudo na UBS visa discutir com os profissionais o aleitamento materno e alimentação complementar saudável e ainda planejar ações para incentivar a alimentação saudável na infância ⁽²⁹⁾.

As ações de atenção primária que focam principalmente nos cuidados perinatais, entre os quais a alimentação, tem se mostrado efetivas na proteção da saúde infantil. No estudo realizado por Macinko et. al., ⁽³¹⁾ foi encontrada redução de 4.6% na mortalidade infantil associada ao aumento de 10% na cobertura do Programa de Saúde da Família, atualmente conhecido como estratégia saúde da família.

Quando os cuidados a saúde não acontecem o quadro é negativo, observa-se que uma em cada cinco crianças com idade inferior a cinco anos estão abaixo do peso e os fatores relacionados com a nutrição contribuem com aproximadamente 45% das mortes nessas crianças ⁽³²⁾.

Para obter resultados positivos nas ações de alimentação e nutrição a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é considerado pilar estratégico, pois envolve coletividades e indivíduos ao longo de todo o curso da vida e se destaca a necessidade de existir o diálogo entre profissionais da saúde e a população ⁽³³⁾.

A prática do nutricionista assume o desafio de promover uma educação nutricional, esse profissional tem estabelecido em sua formação acadêmica, contemplar as necessidades sociais da saúde e atua na execução de políticas e programas de educação, além disso, está instrumentalizado para realizar uma análise mais aprofundada acerca dos problemas alimentares ⁽³⁴⁻³⁵⁾. O nutricionista com a

formação que possui pode atuar contribuindo para redução das iniquidades em saúde e garantir melhor qualidade de vida ⁽³⁶⁾.

Por esse motivo, destacamos que a qualificação do processo de estudo realizada por meio da educação em saúde pode ser utilizada para alavancar o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição e ainda ser utilizada como estratégia de baixo custo, capaz de alcançar resultados positivos na prevenção e no tratamento de doenças. Além de competências da equipe para tratar sobre esses conteúdos, é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, propiciando a ampliação das possibilidades de atuação do nutricionista.

Portanto, o objetivo deste estudo é caracterizar a oferta de serviços nas unidades de saúde em termos de abrangência populacional e diversidade de atividades e ainda verificar por quais fatores são influenciados.

REFERÊNCIAS

- 1- Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS; 1978.
- 2- Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 23-8.
- 3- Gil CRR. Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1171-81.
- 4- World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO; 1986.
- 5- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 6- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(3):783-94.
- 7- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- 8- Demarzo MMP. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e atenção primária à saúde. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
- 9- Sacco RL, Smith SC, Holmes D, Shurin S, Brawley O, Gaziano TA, et al. Accelerating progress on non-communicable diseases. Lancet. 2013;382(9895):4-5.

- 10- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- 11- World Health Organization. Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Washington: WHO; 2013.
- 12- Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet*. 2014;384(9941):427-37.
- 13- Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):47-65.
- 14- World Health Organization. European food and nutrition action plan 2015-2020. Copenhagen: WHO; 2014.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2010 dez. 31; Seção 1, p. 89.
- 16- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 17- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (1990 set. 20).

- 18- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 19- Organização Pan-Americana de Saúde. Vigilância Alimentar y nutricional em las Americas. Washington: OPAS; 1989.
- 20- Domese SMA. Indicadores nutricionais e políticas públicas. Estud Av. 2003;17(48):131-5.
- 21- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003;3(1):113-25.
- 22- Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr. 2002;15(3):255-66.
- 23- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 24- Pimentel VRM, Cardoso GT. Estratégia saúde da família: uma análise das ações de alimentação e nutrição sob a ótica da política nacional de atenção básica e da política nacional da promoção da saúde. Tempus Actas Saúde Coletiva. 2009;3(2):55-63.
- 25- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 26- Fernandes C. Paidéia, o premiado projeto de saúde pública. Campinas: Secretária Municipal de Campinas; 2004.

- 27- Camargo AA, Oliveira MRM, Renosto RV, Vieira CM. Promoção e avaliação da atitude de vigilância nutricional na atenção básica à saúde de municípios das bacias Piracicaba-Capivari. *Segur Aliment Nutricional*. 2010;17(2):26-39.
- 28- Pereira RCG. Saberes e práticas educativas em alimentação e nutrição no cotidiano de trabalhadores da estratégia saúde da família [tese]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista; 2011.
- 29- Brasil. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial da União*. 2013 set. 6; 150(173). p. 64.
- 30- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 31- Macinko J, Guanais FC Fátima M, Souza M. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9.
- 32- World Health Organization [homepage na Internet]. [acesso em 2016 Jan 26]. Children: reducing mortality; [aproximadamente 6 telas]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>.
- 33- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília; 2012.
- 34- Nascimento DDF, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):92-6.

- 35- Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. *Rev Nutr.* 2011;24(6):809-24.
- 36- Ferreira VA, Magalhães R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(7):1674-81.
- 37- Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM de. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014;19(5):1543–1551.
- 38- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.68p.
- 39- Vieira CM, Santiago LS, Tavare PCW, Brandt A, Negri F, Oliveira MRM de. Aplicação da técnica de grupo focal em pesquisa da Rede-SANS sobre as ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. *Cadernos Saúde Coletiva.* 2013;21(4):407–413.

Capítulo 1.

Educação, informação e estrutura de apoio como fatores determinantes da oferta de atividades de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde

Educação, informação e estrutura de apoio como fatores determinantes da oferta de atividades de alimentação e nutrição na atenção básica à saúde

Mayara Martins Evangelista¹
Sinara Laurini Rossato^{2, 3}
Flávia Negri⁴
Rita de Cássia Bertolo Martins⁵
Roselene Valota Renosto⁶
Maria Rita Marques de Oliveira⁷

¹ Departamento de Alimentos e Nutrição. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara – Universidade Estadual Paulista (UNESP).

² Department of Nutrition at Harvard T.H. Chan School of Public Health.

³ Departamento de Enfermagem. Faculdade Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (UNESP)

⁴ Secretaria Municipal de Esportes e Lazer de São Bernardo do Campo. Mestra em Ciências (FSP/USP)

⁵ Curso de Nutrição- Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

⁶ Instituto de Biociências de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Autor Correspondente:

Maria Rita Marques de Oliveira
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Instituto de Biociências - Botucatu-SP.

Departamento de Educação s/n

Distrito de Rubião Jr

18618-970 - Botucatu, SP - Brasil - Caixa-postal: 510

Telefone: (14) 38800165

Fax: (14) 38800162

E-mail: mrmolive@ibb.unesp.br

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de avaliar as atividades e os fatores que influenciam no desenvolvimento das atividades de alimentação e nutrição pelos profissionais da atenção no serviço primário à saúde. Foi realizado um estudo transversal em 2011 e 2012, com 65 municípios, selecionados utilizando amostragem aleatória, cobrindo 10% do total de municípios do Estado de São Paulo. Foram entrevistados 1873 profissionais, que responderam à um questionário sobre avaliação da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Utilizando modelo de regressão de Poisson para estimativa da razão de prevalência (RP) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), testou-se a associação entre as variáveis independentes (escolaridade do profissional, tempo de escolaridade, titulação, atualização em alimentação e nutrição, orientação recebida de profissional habilitado, disponibilidade de tempo, disponibilidade de material informativo e estrutura física da unidade de saúde e entidades parceiras para realização das atividades, total de membros da equipe de saúde, para a realização das atividades e utilização dos manuais do Ministério da Saúde) com a atividades de alimentação e nutrição avaliadas através da disponibilidade, número de participantes, frequência de atendimentos e a participação do profissional no cuidado com os grupos, todos. As análises foram estratificadas por grupos de gestantes, pais, crianças, adolescentes, adultos, idosos, família e outros grupos, tais como hipertensos e diabéticos. Entre os profissionais incluídos no estudo, 2% eram formados em Nutrição e um quinto deles tinha algum tipo de atualização sobre alimentação e nutrição nos últimos dois anos. Menor proporção dos profissionais da atenção básica estavam envolvidos em atividades relacionadas à alimentação e nutrição disponíveis para os grupos específicos, apenas 4% participam das atividades com a família. A equipe que não recebeu orientação de um profissional habilitado teve uma probabilidade de 31% a 56% menor em desenvolver ao menos três atividades de alimentação e nutrição disponíveis para as gestantes e famílias, respectivamente. Observou-se que quando o

profissional da equipe tinha completado apenas o ensino fundamental, a probabilidade de ter a presença de pelo menos 50 participantes por mês no grupo dos adolescentes foi 78% menor do que quando o profissional tinha ensino médio, graduação ou pós-graduação completos. Não ter estrutura física, como sala de espera, salas individuais ou pátio externo para realizar as atividades de alimentação e nutrição foi associado a uma probabilidade 88% menor da oferta de atividades de alimentação e nutrição, ao menos mensalmente no grupo dos pais. Concluiu-se que, a atuação de profissionais da atenção primária a saúde com mais alto o nível educacional e a infraestrutura da Unidade Básica de Saúde favoreceram o desenvolvimento de maior número de atividades relacionadas a alimentação e nutrição à população.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Promoção da saúde, Equipes de assistência ao paciente, Vigilância Nutricional, Educação em saúde.

Education, information and support structure as determinants of the supply of food and nutrition activities in primary healthcare

ABSTRACT

To assess the nutrition attention and factors that influence the availability, frequency, number of participants, and participation of professionals from different areas on the primary health attention services offered in the Sao Paulo State. Methods: In 2011 and 2012 the data was collected in 65 municipalities at the Sao Paulo State in Brazil, including 1873 professionals working in the health attention teams, who responded to a questionnaire designed to assess health professionals, availability, frequency, and resources designated to the development of food and nutrition activities. With this study we assessed the association between the health professional education, duration of the education, schooling, specialization, orientation provided by licensed professional, availability of time, informative advertisements, infrastructure, number of members of the health professional team, partnership with other institutions, and the guidelines provided by the federal or state government department of health, for the development of the activities as exposures, with the availability of activities, frequency of health care, number of participants in each activity, and the attendance of the health professional team at the food and nutrition activities were analyzed as outcomes. All the analyses were stratified by the group to whom the activities were supposed to focus, as follows: pregnant, parents, adolescents, children, adults, elderly, families, and other groups such as diabetic or hypertensive persons. The prevalence ratio was and the 95% confidence interval were assessed using the Poisson regression model embedded in the generalized linear regression model. Results: Among the health professionals included in this study, 44% were graduated, but only 2% were graduated in Nutrition. The health professional team components reported to attend to more food and nutrition activities for the group of pregnant (15,5%) and less for

families (4%). When the health professional team was not trained by a licensed professional, it was less likely to offer food and nutrition activities in three or more days of the week for pregnant, children, adolescents, adults and families and it was 63% and 71% less likely to include 50 or more participants per month in the activities for groups of adults and elderlies, respectively. When there was not health professional graduated in nutrition in the health team, it was 45% less likely to have an attendance of 50 or more adults and 86% for adolescents. The absence of infrastructure of the health unit, such as waiting room, offices, or courtyard, it was 88% less likely to develop monthly activities for parents. Additionally, when the health professional team had attended to high school level or more, it was as twice as likely to have the same health professional attending to three or more activities for pregnant, children, and adults. Conclusion: We found a low prevalence of food and nutrition activities in the primary health attention in the Sao Paulo State. Such activities were influenced by the level of education of the health professional team, the presence of the nutritionist, and the infrastructure.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Promoção da saúde, Equipes de assistência ao paciente, Vigilância Nutricional, Educação em saúde.

Keywords: Primary health care, health promotion, Teams of patient care, Nutrition Surveillance, Health education.

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E ESTRUTURA DE APOIO COMO FATORES DETERMINANTES DA OFERTA DE ATIVIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde e a promoção da boa nutrição foram incluídos como componentes fundamentais da Atenção Primária à Saúde na Conferência Internacional sobre Cuidado Primário à Saúde, em Alma Ata – Cazaquistão, 1977 ⁽¹⁾. De lá para cá, vem se desencadeando um lento, mas persistente, processo de institucionalização das ações de alimentação nos sistemas de saúde. Da mesma forma, a Carta de Alma-Ata representou um marco histórico para o desencadeamento dos processos de reforma na saúde com os quais diferentes países vêm lutando para a efetiva implantação ⁽²⁾. O desafio tem sido garantir a disponibilidade e o acesso a serviços de qualidade, compreendido como aqueles que dispõem de pessoal suficiente e capacitado, efetivo sistema de gestão, instalações e equipamentos adequados, assim como, que atendam as expectativas dos trabalhadores e membros da comunidade, num processo que privilegia a intersetorialidade e a participação social, ampliando o conceito de saúde ao levar em conta os seus determinantes sociais ^(3,4,5). São desafios não só econômicos, mas principalmente políticos e culturais, visto que pressupõem inovação de práticas.

Na carta de Alma Ata, a promoção da boa nutrição representava, bem mais, um olhar atento para a desnutrição que para as doenças crônicas dos dias de hoje. Na atualidade, os cenários para atenção à saúde envolvem o papel da mulher na sociedade, o envelhecimento populacional, a interação do ser humano com os ecossistemas, entre outros temas que têm tornado cada vez mais complexo e valorizado o papel da atenção primária, ao mesmo tempo em que remetem para a importância da alimentação e nutrição como área de conhecimento a ser incorporada nos conteúdos de domínio das equipes de saúde.

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária resultou na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, que tornou o acesso universal à saúde um direito constitucional e estabeleceu os princípios desse sistema ⁽⁶⁾. A partir daí as ações empreendidas pelo SUS vêm buscando garantir o acesso universal aos seus serviços, de maneira hierárquica, integral, descentralizada e com garantia da participação social ⁽⁷⁾. O sistema enfatiza a atenção primária como primeira forma de atendimento à população, de maneira longitudinal e no território que ela vive ⁽⁸⁾. Entre as ações, como via possível de fortalecimento e valorização da alimentação e nutrição, foi implantada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); que tem como objetivo melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional (VAN), a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. A Coordenação Geral da PNAN (CGAN) é responsável pela efetivação dessa política que, pode ser considerado, tem a educação alimentar e nutricional (EAN) como pilar estratégico. A EAN aqui é entendida como sistema de diálogo entre profissionais da saúde e a população, envolvendo coletividades e indivíduos ao longo de todo o curso da vida ^(9, 10).

Para avançar nesse sistema de diálogo, a equipe de saúde deve estar integrada na atenção primária considerando a diversidade populacional, assumindo papel de mobilizador da transformação dos hábitos alimentares das comunidades. O Nutricionista, como profissional com formação especializada na área, é a quem se delega a responsabilidade pelas estratégias de EAN e outras ações que contribuam com a segurança alimentar e nutricional individual e coletiva no contexto da atenção primária à saúde ^(11,12,13). Essas ações de alimentação e nutrição envolvem, além de competências da equipe para tratar sobre os conteúdos, tempo e infraestrutura para a realização das atividades, o que pode ser dinamizado a partir de parcerias com outros equipamentos sociais e até mesmo com instituições de ensino e pesquisa ⁽¹⁴⁾. Assim, o conhecimento do perfil das equipes de saúde, da cobertura e dos cenários de suas práticas em

alimentação e nutrição são elementos estratégicos para o fortalecimento e a institucionalização dessas ações no nível dos municípios e seus territórios; onde concretamente as ações de promoção, prevenção e cuidado à saúde se dão como componentes das linhas, em diferentes redes de cuidado à saúde, das quais a atenção primária deve formar a base e determinar o estudo dos outros níveis de cuidado do SUS. Este estudo teve por objetivo avaliar as atividades e os fatores que influenciam no desenvolvimento de atividades de alimentação e nutrição em profissionais da atenção no serviço primário à saúde dessas mesmas, levando em conta a disponibilidade, frequência, número de participantes e envolvimento dos diferentes profissionais nesses serviços.

METODOLOGIA

Este foi um estudo transversal realizado em 2011 e 2012, utilizando uma parcela dos dados obtidos para o estudo Rede de Defesa e Promoção da Alimentação Saudável, Adequada e Solidária (REDE-SANS). A Rede-SANS é uma rede social que tem o objetivo de promover a articulação entre o setor acadêmico, movimentos populares e o poder público, em defesa do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e à Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sob o protocolo: CEP 3728-2010.

Local e população do estudo

Foi realizada amostragem representativa aleatória de 65 municípios divididos em seis regiões, cobrindo 10% dos municípios do estado de São Paulo, estratificada por região e número de unidades de saúde por município. Para delimitação geográfica das regiões foram adotados os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para o sorteio de setores censitários⁽¹⁵⁾. Foram visitadas 220 unidades básicas de saúde (UBS), cobrindo 30% do total do Estado.

Nos municípios de grande porte (mais de 500 mil habitantes) e médio porte (100 a 500 mil habitantes) foram calculadas amostras de 10% das unidades de saúde, mas não menos que 10 e 5 unidades para os municípios de grande e médio porte, respectivamente. Nos pequenos municípios foram incluídas todas as unidades, não ultrapassando 3 UBS por município. Foram entrevistados até 10 profissionais por equipe de saúde, exceto o gestor da unidade, uma vez que este foi submetido a outra etapa do estudo, respondendo a um questionário específico. Nas equipes com mais de 10 membros foi realizado um sorteio aleatório para garantir a representatividade de todas as áreas de atuação.

Questionário para coleta dos dados

O questionário utilizado neste estudo foi elaborado em três fases. A primeira fase foi a de elaboração, realizada em 2007 através de uma colaboração entre gestores e profissionais da saúde ⁽¹⁶⁾. A segunda fase, realizada em 2009 ⁽¹⁷⁾, consistiu da revisão do questionário pela equipe de pesquisa com a participação de equipes de saúde para aplicação nas regiões de Araraquara, Marília, Ribeirão Preto e Botucatu. Na terceira fase realizada em 2011, houve a reformulação dos questionários para testar a diagramação e compreensão das questões pelos profissionais da atenção primária a saúde. Esta fase consistiu de um estudo piloto realizado em unidades básicas de saúde de dois municípios não incluídos na pesquisa principal, submetido à avaliação de dois pesquisadores *ad hoc*. O questionário destinado aos membros da equipe de saúde foi composto por questões relativas ao profissional da saúde, ao registro antropométrico, às atividades de alimentação e nutrição desenvolvidas na unidade, ao abastecimento alimentar local, ao referencial teórico e disponibilidade de manuais para consulta na unidade ⁽¹⁸⁾.

Etapas do estudo

Os dados foram coletados por 44 estudantes de graduação em nutrição recrutados em 20 instituições de ensino superior do Estado de São Paulo. Os estudantes foram treinados por uma única nutricionista, quanto à maneira de aplicar os questionários, com apoio de um manual dos procedimentos da pesquisa ⁽¹⁹⁾.

O estudo de campo foi dividido em quatro etapas. Na primeira etapa (1º semestre 2011) ocorreu o sorteio dos 65 municípios para compor a amostra da pesquisa (10%). Na segunda etapa (1º semestre 2011) foi feito o convite a cada um dos 65 municípios, por meio de ofício, para fazer parte da amostra. Na terceira etapa (1º e 2º semestres de 2011) foi realizada a seleção e treinamento dos bolsistas, para finalmente na quarta etapa (2º semestre 2011 e 1º semestre de 2012) ser realizada a coleta de dados (Figura 1).

Análise de dados

A análise foi realizada utilizando a modelo de regressão linear generalizada, utilizando o modelo de regressão de Poisson. Incorporamos como variável de exposição a escolaridade do profissional (medida em ensino fundamental incompleto, ensino fundamental, ensino médio, ensino médio incompleto, ensino médio técnico, superior incompleto, superior, pós-graduação incompleta e pós-graduação) tempo de escolaridade (medida em anos), titulação, atualização em alimentação e nutrição, orientação recebida de profissional habilitado, disponibilidade de tempo para a realização das atividades, disponibilidade de material informativo para a realização da atividade, estrutura física da unidade de saúde para realização das atividades, total de membros da equipe de saúde, parceiros para a realização das atividades e utilização dos manuais do Ministério da Saúde. Foram incluídos como desfecho as variáveis disponibilidade de atividades de alimentação e nutrição, número de participantes das atividades de alimentação e nutrição, frequência de atendimentos nas atividades de alimentação e nutrição e a participação

do profissional no cuidado com os grupos nas atividades de alimentação e nutrição para gestantes, pais, crianças, adolescentes, adultos, idosos, família e outros grupos. As respostas com três ou mais alternativas foram classificadas na escala Likert e dicotomizadas a partir da mediana e os aspectos considerados positivos foram: 1) disponibilizar três ou mais atividades para os grupos, como reuniões para debate e troca de experiência, grupo de caminhada, consulta com nutricionista e outra atividade; 2) atender cinquenta ou mais participantes por mês nas palestras, oficinas de culinária, reuniões para debate e troca de experiência, grupos de caminhada e consulta com nutricionista; 3) atendimento com frequência ao menos mensal nas atividades educativas em grupo, antropometria (pesar e medir a estatura), consulta com nutricionista ou estagiário de nutrição e atividades físicas; 4) o fato do profissional referir participar de três ou mais atividades. Entre elas, atividades educativas em grupo, antropometria (pesar e medir a estatura), orientações básicas de nutrição e atividades físicas. Para ajustar os fatores de confusão foi utilizado o modelo caixa-preta.

Aplicou-se um método de parâmetro de estimação híbrido com uma matriz de covariância de estimador robusto e foi utilizado o parâmetro de escala Qui-quadrado de Pearson e o escore de Fisher para interação máxima igual a 1. Os resultados foram apresentados como razão de probabilidade (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC95%), considerando significativo valor-p menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

Foram investigados 1873 membros das equipes de atenção à saúde, 43,5% (n=814) tinham ao menos o curso de graduação completo, entre os quais mais que a metade apresentava algum tipo de pós-graduação n=442 (23,5%) e apenas n=34 (2,0%) eram formados em Nutrição, compondo as equipes de 15% das 220 unidades de saúde. Um quinto dos

entrevistados n=431 (23,0%) relatou ter realizado algum tipo de atualização no campo da alimentação e nutrição nos últimos dois anos.

Poucos profissionais relataram participar de atividades relacionadas à alimentação e nutrição nas unidades de saúde (Tabela 1 e Figura 2). Os profissionais que participavam das atividades de alimentação e nutrição para os grupos específicos atuavam, na maioria das vezes em unidades de saúde da família (Tabela 1). Dos grupos populacionais, a família foi menos citada e as gestantes as mais referidas (Figura 2). A partir do confronto da proporção de profissionais que relataram participar das atividades e da proporção de unidades que as ofereciam, percebe-se que a minoria dos componentes da equipe relatou estar envolvida nessas atividades (Figura 2).

Na avaliação das variáveis que influenciaram a disponibilidade de três ou mais atividades para cada um dos grupos específicos da população, o fato de os profissionais de saúde não receberem orientação de profissional habilitado foi associado a uma probabilidade menor de disponibilizar atividades para o grupo das gestantes (RP=0,31; IC95% 0,53 – 0,89), crianças (RP=0,47; IC95% 0,36 – 0,79), adolescentes (RP 0,29; IC95% 0,51 – 0,98), adultos (RP=0,36; IC95% 0,45 – 0,91) e famílias (RP=0,56; IC95% 0,26 – 0,76) (Tabela 2). A ausência do profissional da equipe de saúde com formação mínima de ensino médio foi associada a uma probabilidade 42% menor de disponibilizar três ou mais atividades de alimentação e nutrição para as famílias (Tabela 2). A ausência de material informativo na unidade de saúde para a equipe foi associada a uma probabilidade em 32% menor de ter três ou mais atividades de alimentação e nutrição para os pais (Tabela 2). Também observou-se que a unidade de saúde que não tinha pelo menos duas parcerias tais como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Universidades, Escolas técnicas, Centro comunitário e Igrejas teve uma probabilidade 28% e 41% menor de

disponibilizarem atividades de alimentação e nutrição para os adolescentes e para os idosos, respectivamente (Tabela 2).

Na Tabela 3, demonstrou-se que não ter nutricionista na equipe foi associado a uma probabilidade 86% menor de ter 50 ou mais participantes por mês nas atividades de alimentação e nutrição para os adolescentes. A equipe que não recebeu orientação de profissional habilitado foi 63% menos provável de ter a presença 50 participantes ou mais por mês no grupo dos adultos e 71% de idosos (Tabela 3). Encontrou-se uma probabilidade 78% menor de ter 50 ou mais participantes por mês no grupo dos adolescentes quando o profissional da equipe de saúde apresentava formação inferior ao ensino médio (Tabela 3). Ainda na Tabela 3, observou-se que a probabilidade foi aproximadamente sete vezes maior de ter a presença 50 participantes ou mais por mês quando o profissional da equipe de saúde concluiu a graduação após o ano de 2001, caracterizando formação recente, e a probabilidade aumentou em nove vezes nos grupos dos adolescentes quando o profissional da equipe de saúde realizou curso de pós-graduação. Entretanto, é importante considerar que em análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado.

Analisando as variáveis que influenciaram a frequência com que as atividades como palestras, consulta com nutricionista, reuniões para debate e troca de experiência eram oferecidas aos grupos específicos da população observou-se que a ausência de um profissional nutricionista na equipe de saúde foi associada a uma probabilidade entre 30% e 79% menor de as atividades acontecerem uma vez ou mais por mês para adultos e família (Tabela 4). Quando o profissional da equipe de saúde não recebeu orientação de profissional habilitado, houve menor probabilidade de as atividades de alimentação e nutrição acontecerem mensalmente foi (24%), adultos (31%), outros grupos tais como diabéticos e hipertensos (49%), pais (65%) e crianças (74%) menor. As atividades de alimentação e nutrição acontecerem uma vez ou mais

por mês quando o profissional da equipe de saúde realizou curso de pós-graduação, com um aumento de aproximadamente duas vezes no grupo dos pais; o fato do profissional da saúde dispor de tempo para realizar as atividades de alimentação e nutrição aumentou em duas vezes a probabilidade de ter atividades como palestras, consulta com nutricionista, grupos de caminhada e reuniões para debate e troca de experiência acontecendo uma vez ou mais por mês nos outros grupos, tais como hipertensos e diabéticos. A participação de três membros ou mais da equipe de saúde nas atividades de alimentação e nutrição favoreceu aumento de cinco vezes de ter as atividades acontecendo mensalmente no grupo das crianças. Demonstrou-se ainda que unidade de saúde com menos de duas parcerias, entre elas o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Universidades, Escolas técnicas, Centro comunitário e a ausência de infraestrutura física para realizar as atividades foi associada a reduzida probabilidade de realização de atividades mensais com as famílias (68%) e os pais (88%), respectivamente (Tabela 4).

Observou-se que a falta do profissional nutricionista na equipe foi de 26% a 78% menos provável de ter a participação do profissional de saúde em três ou mais atividades de alimentação e nutrição para os grupos dos adultos e famílias (Tabela 5). A equipe de saúde que não recebeu orientação de profissional habilitado foi associada a uma probabilidade 30% menor de ter a participação de um mesmo profissional de saúde em três ou mais atividades de alimentação e nutrição para o grupo dos adultos. Quando o profissional de saúde apresentou formação mínima de ensino médio elevou-se em aproximadamente duas vezes a probabilidade de ter a participação de um mesmo profissional em três ou mais atividades de alimentação e nutrição no grupo das gestantes e crianças, observamos também o profissional de saúde que realizou curso de pós-graduação foi associado a uma probabilidade em torno de duas vezes maior de ter um mesmo profissional participando de três ou mais atividades de alimentação e

nutrição no grupo dos pais. E ainda, observou-se que o profissional de saúde que relatou dispor de tempo para realizar as atividades de alimentação e nutrição foi duas vezes mais provável de encontrar um mesmo profissional de saúde participando de três ou mais atividades como, atividades educativas em grupo, pesar e medir a estatura, consulta com nutricionista e atividades físicas nos grupos das famílias (Tabela 5).

DISCUSSÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde tem fornecido as diretrizes para as ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, as quais podem ser identificadas em estratégias e programas específicos, assim como inseridas em estratégias mais abrangentes ⁽²⁰⁾. Os municípios, regidos pelo pacto federativo, têm autonomia para a implantação dessas ações, sendo que a adesão municipal a algumas dessas ações tem resultado em complementação financeira ⁽²¹⁾. Por outro lado, como vimos neste estudo, ações de alimentação e nutrição não têm atingindo a população o quanto se espera. Foi comprovado que tanto a qualificação da equipe, quanto a disponibilidade de tempo e infraestrutura interferiram na oferta dessas atividades.

Entre os grupos populacionais atendidos prevaleceram as gestantes, os adultos e idosos. Isso se explica por um lado, pelo fato de a Estratégia Amamenta Brasil e a Rede Cegonha, se encontrarem em fase adiantada de implantação no país e, também, pelo fato de que, historicamente, tem sido a atenção primária quem tem se ocupado da assistência materno-infantil. De outro lado, um número maior de atendimentos a idosos e adultos reflete as demandas para o cuidado com as doenças crônicas.

A preocupação com o aumento das demandas para cuidados voltados às doenças crônicas encontra-se no plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. O plano tem como prioridade reduzir a taxa

de mortalidade prematura causada por uma carga de DCNT relacionadas com a alimentação, obesidade e todas as outras formas de má nutrição ainda prevalentes. O objetivo é prevenir e controlar as DCNT e seus fatores de risco e ainda, fortalecer os serviços de saúde por meio de políticas efetivas, integradas e sustentáveis no contexto da saúde ⁽²²⁾. E ainda tem como princípio, desenvolver competências de pessoas e comunidades para aumentar a autonomia no cuidado por meio de ambientes que favoreçam a saúde. Esse é um princípio fundamental para a Educação Alimentar e Nutricional (EAN).

Esta pesquisa evidenciou a importância da composição e formação da equipe de saúde nesse processo, sendo que o profissional nutricionista aqui se faz necessário. Constatou-se que as equipes de saúde pesquisadas apresentaram elevado grau de formação acadêmica, constituindo-se equilibradamente por trabalhadores com formação superior e nível médio e com elevada prevalência de pós-graduação. No entanto, chama a atenção uma baixa frequência do profissional nutricionista nas unidades de saúde, assim como foi baixo o número de trabalhadores que relataram ter realizado algum curso relativo à alimentação e nutrição.

A formação em saúde tem sido alvo de várias iniciativas do Governo Federal ⁽²³⁾. No entanto, é necessário que as instituições se articulem para possibilitar a construção de processos de educação permanente, oferecendo recursos humanos habilitados e comprometidos com a qualidade do estudo, e assim aproximar a formação dos profissionais de saúde ainda mais das necessidades dos usuários ^(24, 25, 26). Na área da alimentação e nutrição, a Coordenação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (CGAN) tem estabelecido as diretrizes para a EAN que devem estar inserida nas linhas e redes de cuidado à saúde. No entanto, os desafios para universalizar essa estratégia são grandes, não só à atenção básica, mas a outros pontos como atenção especializada ambulatorial e hospitalar, que também devem estar sensíveis à identificação e captação dos usuários para orientar nas escolhas alimentares, contribuindo com

ações que favoreçam a construção de ambientes mais saudáveis e o acesso a alimentos saudáveis, valorizando a culinária tradicional ⁽²⁷⁾.

Os profissionais da saúde devem desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde de forma individual e coletiva, devendo ser capazes de analisar e buscar soluções para os problemas da sociedade ⁽²⁸⁾. Em nosso estudo, foi possível verificar que vários profissionais fazem parte da equipe de atenção primária, entre eles o enfermeiro, agente de saúde, nutricionista, dentista e assistente social, mas aquele que aparece com maior frequência é o médico.

Os médicos são defensores da saúde com responsabilidade individual e coletiva e podem utilizar o seu conhecimento para avançar na questão da saúde e do bem-estar da população ^(29, 30). No entanto, o cuidado de saúde primário é complexo, devido aos vários determinantes da saúde e ao foco na promoção da saúde e prevenção da doença. Fato este, que impede com que o médico seja capaz de realizar sozinho todas as tarefas para o paciente. Portanto, muitas vezes são necessárias outras habilidades especializadas e que podem ser fornecidas adequadamente por outros profissionais da saúde, como os nutricionistas, por exemplo ^(31,32). Entretanto, esse profissional faz parte de um número reduzido de equipes na atenção primária como observado neste e em outros estudos ^(33, 34, 35).

Neste estudo a presença do nutricionista na equipe funcionou como garantia da existência das atividades de alimentação e nutrição para gestantes, e influenciou positivamente a frequência nas atividades de alimentação e nutrição para idosos.

Esta pesquisa revelou que ter recebido orientação de profissional habilitado se relacionou com a disponibilidade, frequência, número de participantes e participação do profissional no cuidado nas atividades de alimentação e nutrição. E ainda, conseguiu evidenciar resultados dos processos de educação permanente, que reforçam a importância do Nutricionista

nos NASF's. Um passo além seria avaliar o impacto dessa ação sobre os indicadores de saúde e autonomia para o cuidado na comunidade ^(36, 37, 38).

Verificamos ainda, que além da educação, a infraestrutura necessária para garantir a oferta de serviço também foi um ponto de destaque neste estudo. Quando as unidades de saúde apresentavam sala de espera, sala específica, quintal ou pátio no exterior da unidade de saúde para realizar as atividades educativas de alimentação e nutrição, houve influência na frequência de atividades. A disponibilidade de infraestrutura adequada influencia o resultado do cuidado e a satisfação dos usuários e profissionais, podendo comprometer a motivação para o estudo ⁽³⁹⁾. No Brasil, sugere-se que a estrutura física necessária para execução das atividades seja determinada levando em consideração o número de equipes saúde da família implantadas e a quantidade da população abrangida ⁽⁴⁰⁾. O Ministério da Saúde tem um programa específico para melhoria da infraestrutura da Atenção Primária, conhecido como Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (PMAQ-AB); pelo qual acompanha e avalia os profissionais que fazem parte da equipe de saúde e, quanto melhor a avaliação melhor o investimento financeiro repassado para o município, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos cidadãos ⁽⁴¹⁾. Outro programa implantado pelo Ministério da Saúde para estruturar e fortalecer a Atenção Básica é o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), que se propõe a construir, reformar e ampliar as unidades, promovendo condições adequadas para o estudo ⁽⁴²⁾.

A preocupação com a infraestrutura tem aumentado consideravelmente ^(43,44) e a busca de recursos para que a atenção primária avance também ^(45, 46). No entanto, vemos que o conjunto de dados deste estudo mostra de um lado, o potencial da atenção básica à saúde no Estado de São Paulo para desenvolver essas ações e, de outro, o quanto se tem ainda para avançar nesta temática. O Estado de São Paulo é um dos 27 estados federais do Brasil, e conta

atualmente com 44.613.705 habitantes, distribuídos em 645 municípios⁽⁴⁷⁾. É um dos Estados mais desenvolvidos economicamente.

No Brasil, a população tem diversos programas disponíveis voltados para questão alimentar e nutricional, e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) é um deles. A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é marcada pela garantia das ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e medidas educativas. No entanto, por razões políticas, econômicas e até culturais, ainda temos muitas falhas na garantia da SAN^(48,49).

E destacamos ainda, que o processo de formação que deve ser instaurado nos serviços de atenção primária precisa ser contextualizado na realidade e institucionalizado na política de saúde como uma ação transversal de Segurança Alimentar e Nutricional, só assim será possível uma efetiva implantação das atividades de alimentação e nutrição nas unidades de saúde, conduzidas por profissionais comprometidos.

Este estudo avaliou componentes importantes da atenção primária na área da alimentação e nutrição e constatou que o acesso a esse cuidado é ainda muito limitado, e que mais limitado ainda é o acesso a serviços variados e contínuos.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa mostra que a oferta de atividades de alimentação e nutrição é muito baixa na atenção básica à saúde no Estado de São Paulo, e que além disso, o apoio educativo, principalmente especializado na área e a infraestrutura para o desenvolvimento das atividades fazem significativa diferença na oferta dessas atividades à população.

AGRADECIMENTOS: Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação/ Financiadora de Estudos e Projetos.

REFERÊNCIAS

1. Declaration of Alma-Ata international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. *Development*. 2004 Jun;47(2):159–161.
2. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
3. Carneiro ACLL, Souza V de, Godinho LK, Faria ICM de, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012 Feb;31(2):115–120.
4. Dias MS de A, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: Tudo ou quase nada a ver? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 Nov;19(11):4371–4382.
5. Yip WC-M, Hsiao WC, Chen W, Hu S, Ma J, Maynard A. Early appraisal of china's huge and complex health-care reforms. *The Lancet*. 2012 Mar;379(9818):833–842.
6. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2014 Mar;21(1):15–35.
7. Barbosa EC. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. 2013 Dec 1;02(02):85–102.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. PNAN. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.68p.
11. Borelli M, Domene SMÁ, Mais LA, Pavan J, Taddei JA de AC. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: Uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015 Sep;20(9):2765–2778.
12. Neis M, Stollmaier A, da Silveira JLGC, Bertin RL. A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. *Revista de Ciências Humanas*. 2013 Mar 7;46(2).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde / Ministério da Saúde,

- Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Pedrosa I de CF, Corrêa ÁCDP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: Percepções de enfermeiros. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2011 Oct 27;10(1).
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Atlas do censo demográfico 2010: IBGE, 2013. Acompanha 1 CD-ROM [citado 2015 nov]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=264529>.
 16. Enes CC, Loiola H, Oliveira MRM de. Cobertura populacional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. FapUNIFESP (SciELO); 2014;19(5):1543–51
 17. Ferreira MCS, Detregiachi CRP, Oliveira MRM de. Qualidade das medidas de peso produzidas em unidades de atenção básica à saúde da região de Botucatu-SP, Brasil. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr*; 2011;36(3): 27-36.
 18. Rede de Defesa e Promoção da alimentação saudável, adequada e solidária [citado 2016 jan]. Disponível em: http://www.redesans.com.br/redesans/wpcontent/uploads/2012/10/Questionario_EQUIPE_DE_SAUDE.pdf).
 19. Negri F, Ferreira MCS, Martins R de CB, Oliveira MRM de. Calibração de antropometristas para pesquisa em vigilância alimentar e nutricional. *Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição*. Editora Cubo Multimídia; 2015;40(2):111–9.
 20. Portal do departamento de atenção básica [homepage na Internet]. Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável [acesso em 27 jun 2016]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/>
 21. Campos GW, Barros RBB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):745-9.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.
 23. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.
 24. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2004 Aug;8(15):375–380.

25. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: Significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*. 2011 Dec;20(4):884–899.
26. Cotta RMM, Gomes AP, Maia T de M, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: Repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007 Dec;31(3):278–286.
27. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios -- Brasília, DF: CAISAN, 2014. 39 p.;
28. Taddei JA de AC. *Nutrição em saúde pública*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Rubio; 2011.
29. Duhaney T, Campbell N, Niebylski ML, Kaczorowski J, Tsuyuki RT, Willis K, et al. Death by diet: The role of food pricing interventions as a public policy response and health advocacy opportunity. *Canadian Journal of Cardiology*. Elsevier BV; Feb 2014;31(2):112–6.
30. Kris-Etherton PM, Pratt CA, Saltzman E, Van Horn L. Introduction to nutrition education in training medical and other health care professionals. *American Journal of Clinical Nutrition*. American Society for Nutrition; 26 Mar 2014;99(5):1151S – 1152S
31. Sargeant J, Loney E, Murphy G. Effective interprofessional teams: ‘Contact is not enough’ to build a team. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); Jun 2008;28(4):228–34.
32. Junqueira T da S, Cotta RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: Referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Ciência & Saúde Coletiva*. FapUNIFESP (SciELO); 2014;19(5):1459–74.
33. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, da Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012 Dec;17(12):3289–3300.
34. Neis M, Stollmaier A, da Silveira JLGC, Bertin RL. A importância do nutricionista na atenção básica à saúde. *Revista de Ciências Humanas*. 2013 Mar 7;46(2).
35. Boog BOOG, MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre/RS, v.1, n.1, p.33-42, jan./jun. 2008.
36. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 março/abril; 15(2):337-43
37. Harrison N. A pit stop for health care. *The Lancet*. 2014 Oct;384(9950):1254.
38. Rodrigues DCM, Bosi MLM. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Revista de Nutrição*. 2014 Dec;27(6):735–746.

39. Junior SOS, et al. Expressão da humanização no campo da atenção básica à saúde. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2015 Jan;9(1).
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 72p.
41. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ: Manual Instrutivo). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série A. Normas e manuais técnicos)
42. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.206 de 14 de Setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011f. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html. Acesso em: 27 janeiro 2016.
43. Yip WC-M, Hsiao WC, Chen W, Hu S, Ma J, Maynard A. Early appraisal of china's huge and complex health-care reforms. *The Lancet*. 2012 Mar;379(9818):833–842.
44. Fernandes, Löblein LC, Zambrano R, Oliveira G. Gerência de serviços de saúde: Competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009 Oct [cited 2016 Jan 28];14:1541–1552. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000800028> doi: 10.1590/S1413-81232009000800028.
45. Siqueira FCV, Facchini LA, da Silveira DS, Piccini RX, Thumé E, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: Um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009 Feb;14(1):39–44.
46. Wilunda C, Oyerinde K, Putoto G, Lochoro P, Dall'Oglio G, Manenti F, Segafredo G, Atzori A, Criel B, Panza A, Quaglio G. Availability, utilisation and quality of maternal and neonatal health care services in Karamoja region, Uganda: A health facility-based survey. *Reproductive Health*. 2015 Apr 8;12(1).
47. Instituto Brasileiro de geografia e estatística [citado 2016 jan]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php>
48. Alves KP de S, Jaime PC. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva*. FapUNIFESP (SciELO); 2014;19(11):4331–40.

49. Custódio MB, Yuba TY, Cyrillo DC. Política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: Uma análise da alocação de recursos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. FapUNIFESP (SciELO); 2013;33(2):144–50.

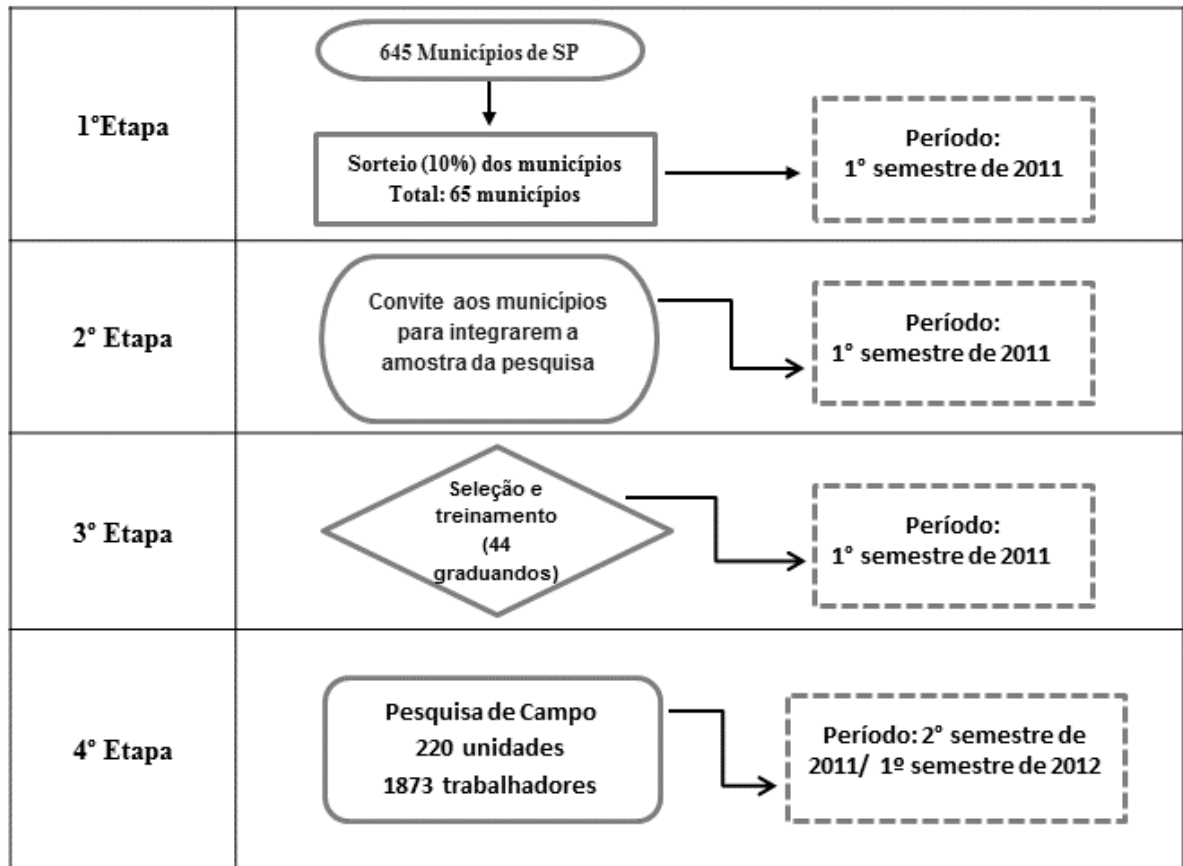


Figura 1. Fluxograma das etapas da pesquisa de campo, São Paulo, Brasil (2011-2012).

Tabela 1. Frequência e percentual dos profissionais (n=1873) envolvidos com atividades de alimentação e nutrição, conforme o tipo de unidade e os grupos populacionais - São Paulo, Brasil (2011-2012).

Grupos Específicos	Profissionais	Percentual	Tipos de unidade	Frequência	Percentual
Gestante	290	15,48	UBS	118	6,30
			USF	141	7,53
			Outra	29	1,55
			Não respondeu	2	0,11
Pais	161	8,6	UBS	62	3,31
			USF	77	4,11
			Outra	20	1,07
			Não respondeu	2	0,11
Crianças	149	7,96	UBS	63	3,36
			USF	68	3,63
			Outra	17	0,91
			Não respondeu	1	0,05
Adolescentes	85	4,54	UBS	30	1,60
			USF	46	2,46
			Outra	9	0,48
			Não respondeu	-	-
Adultos	237	12,65	UBS	85	4,54
			USF	129	6,89
			Outra	22	1,17
			Não respondeu	1	0,05
Idosos	262	13,99	UBS	91	4,86
			USF	145	7,74
			Outra	25	1,33
			Não respondeu	-	-
Família	73	3,9	UBS	21	1,12
			USF	44	2,35
			Outra	8	0,43
			Não respondeu	-	-
Outros Grupos (Hipertensão e Diabetes)	89	4,75	UBS	23	1,23
			USF	42	2,24
			Outra	24	1,28
			Não respondeu	-	-

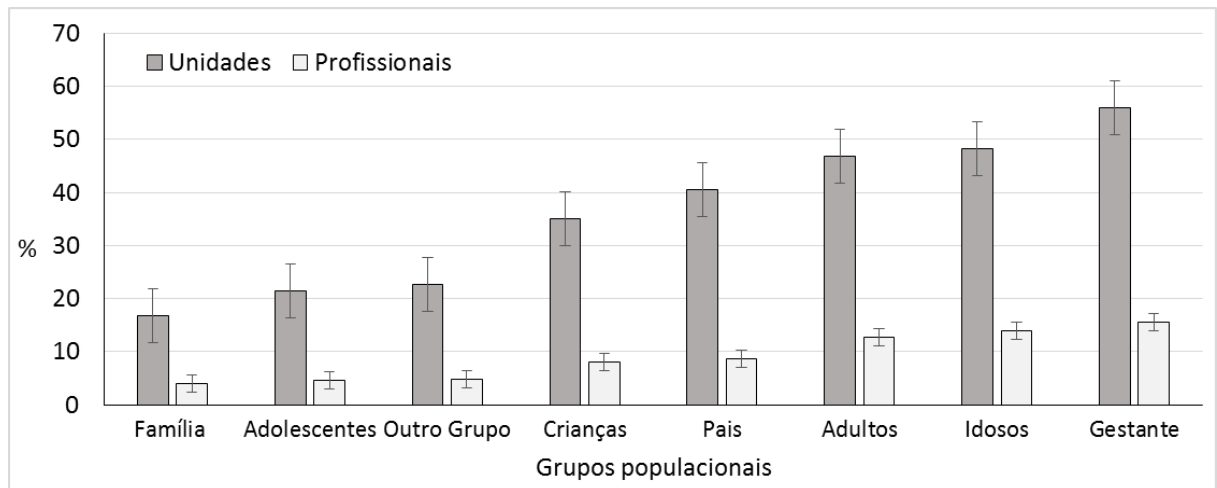


Figura 2. Percentual de unidades de saúde (n=220) que oferecem atividades de alimentação e nutrição e de profissionais (n=1873) envolvidos com essas atividades, conforme os grupos populacionais - São Paulo, Brasil (2011-2012).

Tabela 2. Fatores que influenciaram a disponibilidade de três ou mais atividades de alimentação e nutrição para os grupos populacionais nas unidades de saúde – São Paulo, Brasil (2011-2012).

	Gestantes	Pais	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Famílias	Outros
Ter nutricionista na equipe	0,74 (0,53-1,01)	0,98 (0,58-1,67)	0,71 (0,5-1,02)	1,19 (0,33-4,33)	1,00 (0,63-1,59)	1,04 (0,64-1,71)	0,56 (0,29-1,09)	1,19 (0,62-2,28)
<i>Valor-p</i>	<i>0,06</i>	<i>0,952</i>	<i>0,06</i>	<i>0,787</i>	<i>0,994</i>	<i>0,869</i>	<i>0,088</i>	<i>0,608</i>
A equipe receber orientação de profissional habilitado	0,69 (0,53-0,89)	0,88 (0,63-1,24)	0,53 (0,36-0,79)	0,6 (0,29-1,22)	0,71 (0,51-0,98)	0,64 (0,45-0,91)	0,82 (0,53-1,29)	0,44 (0,26-0,76)
<i>Valor-p</i>	<i>0,004</i>	<i>0,476</i>	<i>0,002</i>	<i>0,155</i>	<i>0,035</i>	<i>0,012</i>	<i>0,395</i>	<i>0,003</i>
Profissional da equipe com formação mínima de ensino médio	0,87 (0,66-1,15)	1,05 (0,72-1,53)	1,26 (0,89-1,78)	1,42 (0,64-3,16)	0,99 (0,68-1,44)	1,13 (0,76-1,69)	1,13 (0,72-1,76)	0,58 (0,33-1,01)
<i>Valor-p</i>	<i>0,33</i>	<i>0,807</i>	<i>0,191</i>	<i>0,391</i>	<i>0,945</i>	<i>0,54</i>	<i>0,592</i>	<i>0,052</i>
Profissional que concluiu graduação após o ano de 2001	1,02 (0,77-1,34)	1,16 (0,79-1,69)	1,02 (0,7-1,5)	0,48 (0,18-1,28)	0,79 (0,56-1,13)	0,69 (0,46-1,02)	0,73 (0,49-1,08)	0,97 (0,6-1,58)
<i>Valor-p</i>	<i>0,915</i>	<i>0,456</i>	<i>0,908</i>	<i>0,143</i>	<i>0,204</i>	<i>0,062</i>	<i>0,116</i>	<i>0,91</i>
Ter realizado curso de pós-graduação	0,92 (0,72-1,19)	0,93 (0,63-1,36)	0,74 (0,54-1,02)	0,91 (0,43-1,96)	0,87 (0,63-1,19)	0,77 (0,55-1,07)	0,8 (0,55-1,17)	0,89 (0,56-1,44)
<i>Valor-p</i>	<i>0,521</i>	<i>0,704</i>	<i>0,063</i>	<i>0,817</i>	<i>0,367</i>	<i>0,122</i>	<i>0,25</i>	<i>0,644</i>
Profissional que exerce a função após o ano de 2001	0,87 (0,64-1,19)	0,66 (0,42-1,06)	1,01 (0,71-1,42)	1,15 (0,34-3,87)	0,64 (0,4-1,03)	1,03 (0,68-1,55)	0,8 (0,5-1,29)	0,79 (0,41-1,5)
<i>Valor-p</i>	<i>0,395</i>	<i>0,086</i>	<i>0,975</i>	<i>0,823</i>	<i>0,067</i>	<i>0,908</i>	<i>0,36</i>	<i>0,462</i>
Ter realizado curso de atualização em alimentação e nutrição nos últimos dois anos	1,07 (0,84-1,37)	0,9 (0,66-1,23)	1,16 (0,87-1,55)	1,15 (0,62-2,14)	1,16 (0,87-1,55)	1,09 (0,81-1,47)	1,05 (0,75-1,46)	0,9 (0,59-1,36)
<i>Valor-p</i>	<i>0,584</i>	<i>0,517</i>	<i>0,324</i>	<i>0,653</i>	<i>0,311</i>	<i>0,585</i>	<i>0,779</i>	<i>0,618</i>

A análise foi ajustada para todas as variáveis incluídas no modelo Black Box. Foi realizada a análise de regressão log linear de Poisson. Os modelos foram ajustados pelo Qui-quadrado de Pearson e escore de Fisher. IC= Intervalo de confiança; as atividades disponíveis na unidade de saúde foram: palestras, oficinas de culinária, reuniões para debate e troca de experiência, grupos de caminhada, consulta com nutricionista; Outro Grupo= Diabéticos e Hipertensos. * análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado.

Tabela 2. Continuação.

	Gestantes	Pais	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Famílias	Outros
Ter disponibilidade de tempo	1,21 (0,98-1,5)	0,75 (0,53-1,05)	0,99 (0,76-1,3)	0,95 (0,49-1,86)	1,19 (0,92-1,55)	1,08 (0,82-1,43)	1,08 (0,72-1,64)	1,41 (0,91-2,17)
<i>Valor-p</i>	0,078	0,096	0,96	0,886	0,178	0,579	0,706	0,122
Disponibilidade de material informativo para equipe	0,98 (0,79-1,23)	0,68 (0,47-0,98)	0,88 (0,66-1,16)	1,28 (0,72-2,28)	1,00 (0,75-1,32)	0,76 (0,56-1,03)	0,83 (0,59-1,18)	1,43 (0,94-2,18)
<i>Valor-p</i>	0,885	0,038	0,357	0,395	0,987	0,075	0,298	0,094
Ter estrutura física para realizar as atividades	1,06 (0,62-1,82)	0,91 (0,43-1,93)	0,39 (0,11-1,45)	2,05* (0,51-8,33)	0,84 (0,44-1,59)	1,73 (0,89-3,36)	0,41 (0,06-2,85)	1,35 (0,7-2,59)
<i>Valor-p</i>	0,842	0,799	0,16	0,315	0,583	0,108	0,364	0,373
Participação de ao menos três membros da equipe de saúde	0,9 (0,55-1,48)	0,84 (0,33-2,15)	0,89 (0,34-2,32)	0 (0-0)*	1,36 (0,81-2,29)	1,1 (0,6-2,02)	1,19 (0,61-2,33)	1,37 (0,3-6,24)
<i>Valor-p</i>	0,675	0,716	0,816	-	0,252	0,766	0,611	0,683
A unidade ter ao menos duas parcerias	0,84 (0,65-1,08)	1,06 (0,73-1,54)	1,08 (0,81-1,43)	1,3 (0,75-2,26)	0,72 (0,52-0,99)	0,97 (0,72-1,32)	0,59 (0,35-1)	1,14 (0,63-2,04)
<i>Valor-p</i>	0,162	0,766	0,607	0,357	0,043	0,864	0,056	0,668
Utilizar ao menos um manual do Ministério da Saúde	0,86 (0,67-1,1)	1,01 (0,72-1,42)	0,86 (0,6-1,23)	0,77 (0,37-1,59)	1,11 (0,85-1,45)	0,88 (0,65-1,19)	0,86 (0,53-1,4)	0,86 (0,56-1,33)
<i>Valor-p</i>	0,225	0,945	0,406	0,476	0,454	0,391	0,549	0,49

A análise foi ajustada para todas as variáveis incluídas no modelo Black Box. Foi realizada a análise de regressão log linear de Poisson. Os modelos ajustados foram o Qui-quadrado de Pearson e escore de Fisher.

IC= Intervalo de confiança; as atividades disponíveis na unidade de saúde foram: palestras, oficinas de culinária, reuniões para debate e troca de experiência, grupos de caminhada, consulta com nutricionista; Outro Grupo= Diabéticos e Hipertensos.

* análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado

Tabela 3. Fatores que influenciaram com que as atividades de alimentação e nutrição para grupos populacionais nas unidades de saúde tivessem ao menos 50 participantes/mês –São Paulo, Brasil (2011-2012).

	Gestante	Pais	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Famílias	Outros
Ter nutricionista na equipe	76919610602,82* (0-0)	0,44 (0,03-6,31)	0,29 (0,05-1,58)	0,14 (0,02-0,83)	0,55 (0,22-1,35)	0,44 (0,16-1,22)	1,17 (0,29-4,74)	171325650005,84* (0-0)
Valor-p	-	0,544	0,152	0,031	0,19	0,115	0,824	-
A equipe receber orientação de profissional habilitado	1,72 (0,52-5,75)	0,32 (0,07-1,56)	0,51 (0,15-1,76)	0,68 (0,29-1,61)	0,37 (0,16-0,84)	0,29 (0,12-0,73)	0,51* (0,03-9,5)	0,51 (0,19-1,34)
Valor-p	0,378	0,158	0,284	0,382	0,017	0,008	0,652	0,17
Profissional da equipe com formação mínima de ensino médio	2,8* (0,8-9,8)	1,23 (0,24-6,17)	0,63 (0,26-1,55)	0,22 (0,06-0,84)	1,06 (0,44-2,54)	1,14 (0,48-2,71)	0,9* (0,11-7,62)	1,39 (0,56-3,4)
Valor-p	0,107	0,803	0,314	0,027	0,905	0,77	0,923	0,477
Profissional que concluiu graduação após o ano de 2001	0,28 (0,07-1,12)	1,93* (0,17-22,55)	3,49* (0,82-14,9)	6,47* (1,03-40,8)	0,93 (0,38-2,32)	0,79 (0,33-1,9)	2,59* (0,33-20,42)	0,59 (0,25-1,37)
Valor-p	0,072	0,599	0,092	0,047	0,882	0,593	0,367	0,22
Ter realizado curso de pós-graduação	0,53 (0,07-3,94)	0,39 (0,1-1,52)	3,13 * (0,65-15,03)	8,95 * (1,29-62,02)	1,24 (0,55-2,77)	0,76 (0,33-1,76)	0,65 (0,07-5,96)	3,21 * (0,94-10,92)
Valor-p	0,534	0,174	0,154	0,027	0,602	0,519	0,704	0,062

A análise foi ajustada para todas as variáveis incluídas no modelo Black Box. Foi realizada a análise de regressão log linear de Poisson. Os modelos ajustados foram o Qui-quadrado de Pearson e escore de Fisher. IC= Intervalo de confiança. As atividades realizadas na unidade de saúde foram: palestras, oficinas de culinária, reuniões para debate e troca de experiência, grupos de caminhada, consulta com nutricionista; Outro Grupo= Diabéticos e Hipertensos.

* análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado

Tabela 3. Continuação.

	Gestante	Pais	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Famílias	Outros
Profissional que exerce a função após o ano de 2001	0-0*	2.22 * (0.28-17.72)	1.11 (0.41-3.03)	0.8 (0.17-3.83)	1.3 (0.58-2.91)	1.5 (0.62-3.6)	0.65 (0.13-3.19)	0.43 (0.14-1.3)
<i>Valor-p</i>	-	0.452	0.833	0.777	0.517	0.368	0.595	0.136
Ter realizado curso de atualização em alimentação e nutrição nos últimos dois anos	2.81 * (0.36-21.94)	0.85 (0.21-3.44)	2.45 (0.66-9.04)	1.1 (0.33-3.69)	1.03 (0.53-2.01)	2.14 (1.03-4.47)	0.57 (0.14-2.4)	0.61 (0.27-1.41)
<i>Valor-p</i>	0.325	0.823	0.18	0.883	0.921	0.042	0.442	0.248
Ter disponibilidade de tempo	0.3 (0.04-2.16)	1.08 (0.15-7.61)	0.72 (0.24-2.14)	0.79 (0.3-2.06)	0.83 (0.45-1.56)	1.39 (0.76-2.55)	0.24 (0.02-3.29)	1.16 (0.58-2.34)
<i>Valor-p</i>	0.232	0.941	0.554	0.631	0.571	0.282	0.284	0.677
Disponibilidade de material informativo para equipe	2.09 (0.47-9.22)	0.51 (0.05-5.53)	2.79 (1.03-7.57)	4.68 * (1.24-17.68)	1.67 (0.88-3.16)	1.11 (0.58-2.11)	1.25 (0.19-8.03)	0.56 (0.28-1.12)
<i>Valor-p</i>	0.331	0.581	0.044	0.023	0.116	0.752	0.816	0.103
Ter estrutura física para realizar as atividades	0-0*	1.64 * (0.23-11.8)	0.46 * (0.02-9.18)	2.38 * (0.49-11.54)	1.47 (0.43-5.04)	0.41 (0.04-3.81)	0-0*	1.21 (0.36-4.03)
<i>Valor-p</i>	-	0.622	0.613	0.281	0.54	0.432	-	0.761
Participação de ao menos três membros da equipe de saúde	0-0*	11,19 (2,69-46,5)*	0.93 (0.12-7.1)	0.86 (0.18-4.17)	1.79 * (0.52-6.19)	2.18 * (0.64-7.44)	23,06 (2,92- 182,25)*	2.21 (1.07-4.58)
<i>Valor-p</i>	-	0,0	0.943	0.853	0.357	0.213	0,0	0.032
A unidade ter ao menos duas parcerias	0.56 (0.07 – 4.68)	3.37 * (0.52 – 21.94)	0.59 (0.17 – 2.03)	0.63 (0.18 – 2.22)	0.74 (0.39 – 1.43)	0.66 (0.32 – 1.39)	2.61 (0.58 – 11.62)	1.34 (0.54 – 3.34)
<i>Valor-p</i>	0.594	0.204	0.399	0.474	0.372	0.276	0.209	0.53
Utilizar ao menos um manual do Ministério da Saúde	0.22 (0.03-1.46)	1.36 (0.43-4.37)	1.39 (0.58-3.35)	0.46 (0.07-2.98)	1.29 (0.67-2.45)	1.18 (0.63-2.24)	2.81 * (0.39-20.24)	2.26 (1.19-4.29)
<i>Valor-p</i>	0.117	0.602	0.457	0.416	0.447	0.608	0.304	0.013

A análise foi ajustada para todas as variáveis incluídas no modelo Black Box. Foi realizada a análise de regressão log linear de Poisson. Os modelos ajustados foram o Qui-quadrado de Pearson e escore de Fisher. IC= Intervalo de confiança. As atividades realizadas na unidade de saúde foram: palestras, oficinas de culinária, reuniões para debate e troca de experiência, grupos de caminhada, consulta com nutricionista; Outro Grupo= Diabéticos e Hipertensos.

* Em análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado.

Tabela 4. Fatores que influenciaram a oferta de atividades de alimentação e nutrição para os grupos populacionais com frequência mínima mensal- São Paulo, Brasil (2011-2012).

	Gestante	Pais	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Famílias	Outros
Ter nutricionista na equipe	0,59 (0,36-0,99)	1,03 (0,54-1,97)	0,48 (0,21-1,09)	0,73 (0,48-1,12)	0,7 (0,5-1)	0,68 (0,5-0,92)	0,21 (0,08-0,56)	0,66 (0,4-1,1)
<i>Valor-p</i>	0,044	0,919	0,08	0,15	0,05	0,013	0,002	0,11
A equipe receber orientação de profissional habilitado	0,73 (0,52-1,02)	0,35 (0,19-0,64)	0,26 (0,11-0,6)	0,61 (0,35-1,06)	0,69 (0,53-0,9)	0,76 (0,59-0,98)	0,56 (0,25-1,3)	0,51 (0,27-0,96)
<i>Valor-p</i>	0,066	0,001	0,002	0,078	0,007	0,032	0,179	0,038
Profissional da equipe com formação mínima de ensino médio	1,23 (0,82-1,85)	0,83 (0,52-1,32)	1,37 (0,73-2,59)	0,9 (0,54-1,52)	1,28 (0,93-1,75)	1,23 (0,87-1,75)	1,3 (0,64-2,64)	0,73 (0,43-1,23)
<i>Valor-p</i>	0,32	0,426	0,327	0,704	0,133	0,244	0,474	0,237
Profissional que concluiu graduação após o ano de 2001	0,93 (0,62-1,41)	0,79 (0,47-1,32)	0,96 (0,45-2,04)	0,68 (0,45-1,01)	0,8 (0,59-1,09)	0,67 (0,49-0,92)	0,75 (0,4-1,42)	0,97 (0,55-1,69)
<i>Valor-p</i>	0,733	0,37	0,918	0,055	0,16	0,015	0,377	0,912
Ter realizado curso de pós-graduação	1,09 (0,74-1,61)	1,75 (1,06-2,88)	0,73 (0,4-1,33)	1,04 (0,74-1,45)	0,94 (0,72-1,22)	0,87 (0,68-1,11)	0,93 (0,42-2,08)	0,65 (0,39-1,08)
<i>Valor-p</i>	0,659	0,027	0,299	0,831	0,643	0,266	0,867	0,099
Profissional que exerce a função após o ano de 2001	0,66 (0,42-1,06)	1,15 (0,72-1,83)	0,84 (0,37-1,92)	1,05 (0,49-2,23)	0,89 (0,64-1,24)	0,94 (0,67-1,34)	0,98 (0,42-2,28)	1,14 (0,66-1,98)
<i>Valor-p</i>	0,083	0,567	0,685	0,904	0,499	0,746	0,962	0,641
Ter realizado curso de atualização em alimentação e nutrição nos últimos dois anos	1,18 (0,84-1,66)	1,03 (0,71-1,47)	1,52 (0,86-2,68)	1,07 (0,72-1,6)	1,19 (0,94-1,51)	1,09 (0,86-1,39)	0,85 (0,48-1,51)	0,88 (0,54-1,43)
<i>Valor-p</i>	0,329	0,891	0,15	0,722	0,156	0,474	0,582	0,608

A análise foi ajustada para todas as variáveis incluídas no modelo Black Box. Foi realizada a análise de regressão log linear de Poisson. Os modelos ajustados foram o Qui quadrado de Pearson e escore de Fisher. IC= Intervalo de confiança. As atividades realizadas na unidade de saúde foram: palestras, oficinas de culinária, reuniões para debate e troca de experiência, grupos de caminhada, consulta com nutricionista; Outro Grupo= Diabéticos e Hipertensos.

* Em análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado.

Tabela 4. Continuação

	Gestante	Pais	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Famílias	Outros
Ter disponibilidade de tempo	1,13 (0,84 - 1,51)	0,96 (0,65 - 1,41)	0,95 (0,56 - 1,63)	0,84 (0,57 - 1,22)	0,87 (0,7 - 1,09)	0,83 (0,66 - 1,05)	1,1 (0,53 - 2,31)	1,71 (1,04 - 2,81)
<i>Valor-p</i>	<i>0,434</i>	<i>0,823</i>	<i>0,854</i>	<i>0,349</i>	<i>0,239</i>	<i>0,129</i>	<i>0,794</i>	<i>0,034</i>
Disponibilidade de material informativo para equipe	0,83 (0,61 - 1,13)	1 (0,67 - 1,49)	0,74 (0,45 - 1,23)	0,98 (0,71 - 1,36)	0,87 (0,7 - 1,09)	0,86 (0,68 - 1,08)	1,05 (0,55 - 2)	0,76 (0,44 - 1,3)
<i>Valor-p</i>	<i>0,235</i>	<i>0,987</i>	<i>0,248</i>	<i>0,909</i>	<i>0,227</i>	<i>0,2</i>	<i>0,894</i>	<i>0,311</i>
Ter estrutura física para realizar as atividades	0,56 (0,23 - 1,39)	0,12 (0,04 - 0,37)	0,54 (0,04 - 7,17)	0,31 (0,02 - 4,36)	0,22 (0,06 - 0,78)	1,17 (0,67 - 2,02)	0* (0 - 0)	0,47 (0,14 - 1,53)
<i>Valor-p</i>	<i>0,214</i>	<i><0,001</i>	<i>0,643</i>	<i>0,387</i>	<i>0,019</i>	<i>0,582</i>	<i>.</i>	<i>0,209</i>
Participação de ao menos três membros da equipe de saúde	1,11 (0,57 - 2,13)	4,71* (2,16 - 10,28)	0,45 (0,05 - 4,02)	0,84 (0,19 - 3,82)	1,45 (0,95 - 2,2)	1,29 (0,84 - 1,99)	0,69 (0,13 - 3,7)	2,33 (1,07 - 5,09)
<i>Valor-p</i>	<i>0,766</i>	<i>0</i>	<i>0,471</i>	<i>0,823</i>	<i>0,084</i>	<i>0,24</i>	<i>0,667</i>	<i>0,034</i>
A unidade ter ao menos duas parcerias	0,97 (0,71 - 1,34)	1,26 (0,86 - 1,86)	1,05 (0,59 - 1,86)	1,05 (0,73 - 1,51)	0,83 (0,65 - 1,06)	1,08 (0,86 - 1,35)	0,32 (0,13 - 0,81)	1,06 (0,61 - 1,82)
<i>Valor-p</i>	<i>0,864</i>	<i>0,236</i>	<i>0,863</i>	<i>0,788</i>	<i>0,135</i>	<i>0,516</i>	<i>0,016</i>	<i>0,841</i>
Utilizar ao menos um manual do Ministério da Saúde	1,07 (0,78 - 1,48)	0,78 (0,48 - 1,29)	0,85 (0,43 - 1,69)	0,66 (0,34 - 1,28)	1,17 (0,94 - 1,46)	0,93 (0,73 - 1,19)	1,34 (0,67 - 2,69)	1,75 (1,06 - 2,9)
<i>Valor-p</i>	<i>0,664</i>	<i>0,335</i>	<i>0,647</i>	<i>0,219</i>	<i>0,171</i>	<i>0,584</i>	<i>0,413</i>	<i>0,03</i>

A análise foi ajustada para todas as variáveis incluídas no modelo Black Box. Foi realizada a análise de regressão log linear de Poisson. Os modelos ajustados foram o Qui quadrado de Pearson e escore de Fisher. IC= Intervalo de confiança. As atividades realizadas na unidade de saúde foram: palestras, oficinas de culinária, reuniões para debate e troca de experiência, grupos de caminhada, consulta com nutricionista; Outro Grupo= Diabéticos e Hipertensos.

* Em análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado.

Tabela 5. Fatores que influenciaram com que um mesmo profissional estivesse participando de três ou mais atividades para grupos populacionais-São Paulo, Brasil (2011-2012).

	Gestantes	Pais	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Famílias	Outros
Ter nutricionista na equipe	0,56 (0,35-0,9)	0,61 (0,34-1,07)	0,58 (0,33-1,03)	0,64 (0,28-1,47)	0,74 (0,54-1)	0,94 (0,69-1,28)	0,22 (0,07-0,68)	0,46 (0,27-0,79)
<i>Valor-p</i>	0,017	0,087	0,063	0,294	0,048	0,693	0,009	0,005
A equipe receber orientação de profissional habilitado	0,82 (0,59-1,14)	1,25 (0,84-1,87)	0,9 (0,57-1,4)	0,65 (0,26-1,62)	0,7 (0,53-0,92)	0,97 (0,81-1,16)	0,56 (0,28-1,15)	0,99 (0,55-1,78)
<i>Valor-p</i>	0,236	0,274	0,626	0,357	0,011	0,759	0,115	0,975
Profissional da equipe com formação mínima de ensino médio	1,83 (1,2-2,8)	1,35 (0,81-2,24)	1,77 (1,12-2,79)	1,48 (0,7-3,13)	1,26 (0,95-1,68)	1,32 (1,03-1,69)	1,44 (0,71-2,91)	0,93 (0,53-1,64)
<i>Valor-p</i>	0,005	0,253	0,014	0,305	0,112	0,026	0,314	0,808
Profissional que concluiu graduação após o ano de 2001	0,65 (0,42-1,02)	0,73 (0,45-1,18)	0,88 (0,52-1,46)	0,69 (0,34-1,42)	0,97 (0,72-1,31)	0,86 (0,67-1,11)	0,63 (0,32-1,23)	1,05 (0,62-1,77)
<i>Valor-p</i>	0,061	0,201	0,61	0,313	0,854	0,245	0,172	0,872
Ter realizado curso de pós-graduação	0,89 (0,61-1,3)	1,8 (1,1-2,95)	0,96 (0,57-1,61)	0,77 (0,39-1,51)	0,95 (0,72-1,27)	0,84 (0,68-1,03)	0,94 (0,46-1,92)	0,56 (0,37-0,87)
<i>Valor-p</i>	0,549	0,019	0,874	0,442	0,74	0,096	0,857	0,01
Profissional que exerce a função após o ano de 2001	1,22 (0,82-1,82)	0,74 (0,41-1,35)	0,64 (0,32-1,28)	0,68 (0,17-2,73)	0,9 (0,66-1,24)	1 (0,8-1,25)	1,48 (0,74-2,97)	0,84 (0,4-1,75)
<i>Valor-p</i>	0,327	0,327	0,209	0,587	0,526	0,986	0,266	0,636
Ter realizado curso de atualização em alimentação e nutrição nos últimos dois anos	1,12 (0,8-1,56)	0,88 (0,61-1,29)	0,86 (0,57-1,3)	0,98 (0,53-1,83)	0,8 (0,63-1,02)	0,92 (0,78-1,08)	0,88 (0,5-1,56)	1,08 (0,64-1,82)
<i>Valor-p</i>	0,521	0,515	0,48	0,959	0,069	0,3	0,66	0,782

A análise foi ajustada para todas as variáveis incluídas no modelo Black Box. Foi realizada a análise de regressão log linear de Poisson. Os modelos ajustados foram o Qui-quadrado de Pearson e escore de Fisher. IC= Intervalo de confiança. As atividades realizadas na unidade de saúde foram: atividades educativas em grupo, antropometria (pesar e medir estatura), consulta com nutricionista e atividades; Outro Grupo= Diabéticos e Hipertensos.

* Em análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado.

Tabela 5. Continuação

	Gestantes	Pais	Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Famílias	Outros
Ter disponibilidade de tempo	1,02 (0,76-1,37)	0,89 (0,61-1,28)	0,91 (0,57-1,45)	1,51 (0,89-2,55)	1,1 (0,88-1,38)	1,09 (0,93-1,29)	1,73 (1-2,99)	1,48 (0,91-2,4)
<i>Valor-p</i>	<i>0,92</i>	<i>0,518</i>	<i>0,688</i>	<i>0,123</i>	<i>0,387</i>	<i>0,304</i>	<i>0,052</i>	<i>0,119</i>
Disponibilidade de material informativo para equipe	0,94 (0,69-1,28)	1,1 (0,75-1,61)	0,94 (0,6-1,45)	0,77 (0,42-1,38)	1,03 (0,82-1,3)	0,99 (0,83-1,17)	1,16 (0,6-2,24)	1,2 (0,7-2,05)
<i>Valor-p</i>	<i>0,684</i>	<i>0,62</i>	<i>0,769</i>	<i>0,375</i>	<i>0,801</i>	<i>0,879</i>	<i>0,658</i>	<i>0,51</i>
Ter estrutura física para realizar as atividades	1,06 (0,56-2,02)	0,74 (0,28-1,93)	0 * (0-0)	0* (0-0)	0,48 (0,22-1,07)	1,22 (0,85-1,75)	0* (0-0)	1,38 (0,68-2,83)
<i>Valor-p</i>	<i>0,853</i>	<i>0,536</i>	<i>.</i>	<i>.</i>	<i>0,071</i>	<i>0,292</i>	<i>.</i>	<i>0,376</i>
Participação de ao menos três membros da equipe de saúde	1,46 (0,84-2,54)	0,87 (0,4-1,88)	1,28 (0,53-3,09)	1,75 * (0,15-20,32)	1,58 (1,05-2,37)	1,15 (0,87-1,54)	0,57 (0,13-2,49)	2,68 (1,19-6,04)
<i>Valor-p</i>	<i>0,178</i>	<i>0,72</i>	<i>0,582</i>	<i>0,657</i>	<i>0,028</i>	<i>0,331</i>	<i>0,451</i>	<i>0,017</i>
A unidade ter ao menos duas parcerias	0,86 (0,62-1,18)	0,75 (0,48-1,18)	0,7 (0,42-1,16)	0,68 (0,36-1,28)	0,86 (0,67-1,11)	0,91 (0,76-1,08)	0,4 (0,14-1,1)	1,09 (0,55-2,16)
<i>Valor-p</i>	<i>0,345</i>	<i>0,215</i>	<i>0,164</i>	<i>0,23</i>	<i>0,237</i>	<i>0,275</i>	<i>0,076</i>	<i>0,798</i>
Utilizar ao menos um manual do Ministério da Saúde	0,94 (0,68-1,29)	0,72 (0,47-1,11)	0,99 (0,64-1,54)	0,37 (0,1-1,41)	1,05 (0,83-1,33)	0,96 (0,81-1,14)	1 (0,5-2,01)	0,97 (0,58-1,61)
<i>Valor-p</i>	<i>0,694</i>	<i>0,133</i>	<i>0,963</i>	<i>0,145</i>	<i>0,695</i>	<i>0,664</i>	<i>1</i>	<i>0,901</i>

A análise foi ajustada para todas as variáveis incluídas no modelo Black Box. Foi realizada a análise de regressão log linear de Poisson. Os modelos ajustados foram o Qui-quadrado de Pearson e escore de Fisher. IC= Intervalo de confiança. As atividades realizadas na unidade de saúde foram: atividades educativas em grupo, antropometria (pesar e medir estatura), consulta com nutricionista e atividades; Outro Grupo= Diabéticos e Hipertensos.

* Em análises de subgrupos o número amostral de cada grupo pode ter sido pequeno, afetando o poder estatístico, e reduzindo a confiabilidade deste resultado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, verificamos que os profissionais da equipe de saúde participam das atividades de alimentação e nutrição, mas ainda de forma tímida, visto que se constou baixa cobertura dessas atividades na população, mesmo quando elas são oferecidas, o número relativo de participantes era baixo.

A estratégia para melhorar o acesso às atividades de alimentação e nutrição, para assim garantir a segurança alimentar e nutricional, é a educação alimentar e nutricional (EAN). O profissional deve ensinar, conhecer, discutir e compreender a EAN para então desenvolver a autonomia do indivíduo e a prática voluntária de hábitos alimentares saudáveis. Deste modo, a EAN se torna proposta de formação, representando um pilar para tomada de decisões e tem contribuição ímpar na promoção da saúde, na prevenção e no controle de doenças. Portanto, consolidar e qualificar a EAN na esfera da atenção primária é uma forma eficiente de garantir o acesso às ações de alimentação e nutrição e prevenir a ocorrência de novas doenças. Mas, de maneira geral os trabalhadores da saúde não se sentem preparados para desenvolver atividades de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde ⁽³⁹⁾ e quando consultados, como foi o caso da oficina realizada para devolutiva dos resultados desta pesquisa, apontam a necessidade de investimento em formação. O processo de formação que deve ser instaurado nos serviços de atenção primária precisa ser contextualizado na realidade e institucionalizado na política de saúde como uma ação transversal de Segurança Alimentar e Nutricional, só assim será possível a efetiva implantação das atividades de alimentação e nutrição nas unidades de saúde, conduzidas por profissionais comprometidos e contem com adesão das comunidades, num processo significativo para todos.

ANEXOS

ANEXO 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIO EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96 –CNS-MS)

Membros da Equipe de Saúde

Eu _____, CPF _____, Estado Civil _____, Idade _____ anos, Residente na _____, nº _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____, Telefone (____) _____, Celular (____) _____.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

Título do estudo: REDE DE MUNICÍPIOS PROMOTORES DA SEGURANÇA ALIMENTAR NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL-Rede-SANS

Justificativa: atividades de promoção de práticas saudáveis de alimentação podem combater problemas nutricionais, bem como as medidas de peso e altura fornecem informações valiosas sobre o estado nutricional e a saúde das pessoas. Neste sentido, é importante ampliar e melhorar tais atividades nos serviços de atenção básica.

Objetivo: o estudo tem por objetivo articular uma rede social (Rede-SANS) voltada para produção e difusão de conhecimentos e tecnologias para o monitoramento nutricional da população e para a prática de atividades de promoção de práticas saudáveis de alimentação na atenção básica do SUS; assim como avaliar propositivamente as ações e os desdobramentos do monitoramento nutricional.

Levantamento dos dados: será realizado por meio de aplicação de questionários (entrevistas) e também serão levantadas informações quantitativas e qualitativas sobre a coleta de peso e estatura realizada durante a rotina da unidade; sobre os registros e fluxo das informações obtidas; sobre as ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN); sobre a utilização dos dados obtidos; sobre as dificuldades e facilidades operacionais e; sobre a integração das atividades da unidade de saúde com outros equipamentos sociais presentes na comunidade. O tempo a ser despendido para a coleta de tais informações é de uma hora.

Participação requerida aos membros da equipe técnica da unidade de saúde: responderão questões relativas ao serviço e às expectativas em relação às atividades de alimentação e nutrição na unidade de saúde.

Registros fotográficos, gravações e filmagens: o projeto envolve registros de falas e imagens (gravações, fotografias e filmagens), sendo que a divulgação das mesmas terá objetivos estritamente educativos e científicos.

Benefícios esperados: a partir da articulação da Rede-SANS, se espera gerar autonomia, aperfeiçoar pessoas para a produção de material técnico, científico e atuação nas comunidades, viando o desenvolvimento local e a ampliação das possibilidades de comunicação a partir do meio virtual. Espera-se ainda contribuir para o desenvolvimento local, sobretudo por meio da promoção da ação intersetorial. Com as informações sobre o processo de monitoramento e educação nutricional, pretende-se sugerir alternativas para potencializar e corrigir (se for o caso) as ações da Atenção Básica sobre o SISVAN e demais ações de SAN.

Acompanhamento e assistência: os problemas detectados serão comunicados à equipe da Unidade de Saúde e aos gestores, não implicando em quebra de sigilo.

Sigilo e utilização dos dados coletados: é garantido ao participante o segredo das informações obtidas durante o estudo. O resultado deste estudo será entregue diretamente à equipe da Unidade de Saúde e aos gestores. Não serão divulgados os nomes dos usuários ou dos serviços. As imagens produzidas serão divulgadas, mas antes disso, submetidas à aprovação dos sujeitos envolvidos. Os materiais produzidos sob orientação dos autores do projeto serão divulgados no site do projeto e outras publicações, respeitando-se as autorias dos mesmos.

Despesas e prejuízos: as atividades desenvolvidas neste projeto não implicam em custo para os voluntários e também não implicam em qualquer prejuízo. Os procedimentos empregados no estudo não ocasionarão danos físicos ou financeiros, portanto não haverá a necessidade de indenização por parte da equipe responsável por esse estudo ou da Instituição (Instituto de Biociências de Botucatu-UNESP). Haverá recursos do projeto para cobrir as despesas com atividades realizadas fora da unidade de saúde, já previstas no projeto.

Desistência: os participantes deste estudo terão liberdade de desistir em participar em qualquer momento e também, mesmo tendo sido avaliados, não permitir o uso dos dados na pesquisa, sem que isto gere qualquer prejuízo.

Desconforto e riscos: os participantes não correm nenhum risco ao participar deste estudo e a coleta dos dados não será desconfortável, havendo total liberdade de responderem ou não as perguntas feitas.

Dúvidas: em caso de qualquer dúvida o participante pode ligar para a pesquisadora responsável pelo estudo, a Professora Maria Rita Marques de Oliveira no telefone (14) 3811-6232 – Ramal 219. Caso ocorra alguma notificação de qualquer situação, relacionada com a ética, que não possa ser resolvida pelos pesquisadores, o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelo telefone (0XX14) 3811-6143.

Observação: Este documento, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntária(o), do estudo **"REDE DE MUNICÍPIOS PROMOTORES DA SEGURANÇA ALIMENTAR NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL-Rede-SANS"**.

Cidade, _____/_____/_____

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Bolsista

Pesquisador responsável: Maria Rita Marques de Oliveira

Endereço: Rua Damião Pinheiro Machado, 751, Apto 22, CEP 18603-560. Botucatu/SP.

Fone: (14) 3811-6232 (Ramal 219)

Via do Participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIO EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96 –CNS-MS)

Membros da Equipe de Saúde

Eu _____, CPF _____, Estado Civil _____, Idade _____ anos, Residente na _____, n° _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____, Telefone (____) _____, Celular (____) _____.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

Título do estudo: REDE DE MUNICÍPIOS PROMOTORES DA SEGURANÇA ALIMENTAR NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL-Rede-SANS

Justificativa: atividades de promoção de práticas saudáveis de alimentação podem combater problemas nutricionais, bem como as medidas de peso e altura fornecem informações valiosas sobre o estado nutricional e a saúde das pessoas. Neste sentido, é importante ampliar e melhorar tais atividades nos serviços de atenção básica.

Objetivo: o estudo tem por objetivo articular uma rede social (Rede-SANS) voltada para produção e difusão de conhecimentos e tecnologias para o monitoramento nutricional da população e para a prática de atividades de promoção de práticas saudáveis de alimentação na atenção básica do SUS; assim como avaliar propositivamente as ações e os desdobramentos do monitoramento nutricional.

Levantamento dos dados: será realizado por meio de aplicação de questionários (entrevistas) e também serão levantadas informações quantitativas e qualitativas sobre a coleta de peso e estatura realizada durante a rotina da unidade; sobre os registros e fluxo das informações obtidas; sobre as ações de vigilância alimentar e nutricional (VAN); sobre a utilização dos dados obtidos; sobre as dificuldades e facilidades operacionais e; sobre a integração das atividades da unidade de saúde com outros equipamentos sociais presentes na comunidade. O tempo a ser despendido para a coleta de tais informações é de uma hora.

Participação requerida aos membros da equipe técnica da unidade de saúde: responderão questões relativas ao serviço e às expectativas em relação às atividades de alimentação e nutrição na unidade de saúde.

Registros fotográficos, gravações e filmagens: o projeto envolve registros de falas e imagens (gravações, fotografias e filmagens), sendo que a divulgação das mesmas terá objetivos estritamente educativos e científicos.

Benefícios esperados: a partir da articulação da Rede-SANS, se espera gerar autonomia, aperfeiçoar pessoas para a produção de material técnico, científico e atuação nas comunidades, viando o desenvolvimento local e a ampliação das possibilidades de comunicação a partir do meio virtual. Espera-se ainda contribuir para o desenvolvimento local, sobretudo por meio da promoção da ação intersetorial. Com as informações sobre o processo de monitoramento e educação nutricional, pretende-se sugerir alternativas para potencializar e corrigir (se for o caso) as ações da Atenção Básica sobre o SISVAN e demais ações de SAN.

Acompanhamento e assistência: os problemas detectados serão comunicados à equipe da Unidade de Saúde e aos gestores, não implicando em quebra de sigilo.

Sigilo e utilização dos dados coletados: é garantido ao participante o segredo das informações obtidas durante o estudo. O resultado deste estudo será entregue diretamente à equipe da Unidade de Saúde e aos gestores. Não serão divulgados os nomes dos usuários ou dos serviços. As imagens produzidas serão divulgadas, mas antes disso, submetidas à aprovação dos sujeitos envolvidos. Os materiais produzidos sob orientação dos autores do projeto serão divulgados no site do projeto e outras publicações, respeitando-se as autorias dos mesmos.

Despesas e prejuízos: as atividades desenvolvidas neste projeto não implicam em custo para os voluntários e também não implicam em qualquer prejuízo. Os procedimentos empregados no estudo não ocasionarão danos físicos ou financeiros, portanto não haverá a necessidade de indenização por parte da equipe responsável por esse estudo ou da Instituição (Instituto de Biociências de Botucatu-UNESP). Haverá recursos do projeto para cobrir as despesas com atividades realizadas fora da unidade de saúde, já previstas no projeto.

Desistência: os participantes deste estudo terão liberdade de desistir em participar em qualquer momento e também, mesmo tendo sido avaliados, não permitir o uso dos dados na pesquisa, sem que isto gere qualquer prejuízo.

Desconforto e riscos: os participantes não correm nenhum risco ao participar deste estudo e a coleta dos dados não será desconfortável, havendo total liberdade de responderem ou não as perguntas feitas.

Dúvidas: em caso de qualquer dúvida o participante pode ligar para a pesquisadora responsável pelo estudo, a Professora Maria Rita Marques de Oliveira no telefone (14) 3811-6232 – Ramal 219. Caso ocorra alguma notificação de qualquer situação, relacionada com a ética, que não possa ser resolvida pelos pesquisadores, o participante poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelo telefone (0XX14) 3811-6143.

Observação: Este documento, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Diante dos esclarecimentos prestados, concordo em participar, como voluntária(o), do estudo **"REDE DE MUNICÍPIOS PROMOTORES DA SEGURANÇA ALIMENTAR NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL-Rede-SANS"**.

Cidade, _____/_____/_____

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Bolsista

Pesquisador responsável: Maria Rita Marques de Oliveira

Endereço: Rua Damião Pinheiro Machado, 751, Apto 22, CEP 18603-560. Botucatu/SP.

Fone: (14) 3811-6232 (Ramal 219)

Via do Pesquisador

ANEXO 2. Questionário de avaliação da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA
EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (ID)															
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	()	Questionário		
												()	Entrevistador (bolsista)		
												()	Pesquisador (professor orientador)		
												()	Controle de qualidade		

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO					
Nome do município:					
[]	[]	[]	[]	[]	() ID do município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE														
[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	ID unidade de saúde:
Endereço:														
[]										Tipo de unidade: 1- UBS 2- USF 3- Outra. Qual?				
[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	Telefone: () -
[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	[	]	Data da entrevista: / /

Nome do entrevistado: _____

**NÃO INICIE A ENTREVISTA SEM ANTES SOLICITAR A ASSINATURA DO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DA EQUIPE			
[]	1) Qual sua escolaridade? 1- Ensino Fundamental incompleto 2- Ensino Fundamental 3- Ensino Médio 4- Ensino Médio incompleto 5- Ensino Médio técnico 6- Superior incompleto 7- Superior 8- Pós-graduação incompleta 10- Pós-graduação		
[]	2) Se você tem nível superior, qual sua graduação? 1- Médico 2- Enfermeiro 3- Nutricionista 4- Assistente Social 5- Dentista 6- Outra. Qual? _____ 9- Não se aplica		
[]	3) Se você tem nível superior, quando concluiu sua graduação? 9- Não se aplica Ano: _____		
[]	4) Se você fez pós-graduação, qual o último título? 1- Especialização/aprimoramento 2- Mestrado 3- Doutorado 4- Pós-doutorado 9- Não se aplica		
[]	5) Qual sua função na unidade de saúde? 1- Agente de Saúde 2- Assistente Social 3- Dentista 4- Auxiliar/Técnico de Enfermagem 5- Enfermeiro 6- Nutricionista 7- Médico 8- Outra função. Qual? _____		
[]	6) Quando você passou a exercer essa função em unidades de saúde na atenção básica? Ano: _____		
[]	7) Já realizou algum curso sobre alimentação e nutrição nos últimos dois anos? 1- Sim 2- Não		

Se você já realizou/participou de algum curso, congresso, fórum, palestra, etc. sobre alimentação e nutrição, responda conforme a tabela abaixo:

NA- Não se aplica **NS-** Não sabe

NOME/TEMA DO CURSO	QUEM MINISTROU <i>(instituição)</i>	DURAÇÃO <i>(em horas)</i>
7.1.a)	7.1.b)	7.1.c)
7.2.a)	7.2.b)	7.2.c)
7.3.a)	7.3.b)	7.3.c)

B. ANTROPOMETRIA E REGISTRO

Considerando: antropometria como a tarefa de pesar e medir a altura/comprimento das pessoas.

A unidade de saúde realiza a antropometria de: 1- Sim 2- Não 99- Não sabe

[] [] []	8) () Gestantes
[] [] []	9) () Crianças (de 0 a 10 anos)
[] [] []	10) () Adolescentes (de 11 a 19 anos)
[] [] []	11) () Adultos (de 20 a 59 anos)
[] [] []	12) () Adultos com doença crônica (de 20 a 59 anos)
[] [] []	13) () Idosos (de 60 anos em diante)

Considerando:

ANTROPOMETRIA: aferição de peso e estatura, ou de outra medida corporal;

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: interpretação/análise de medidas antropométricas (peso e estatura)

REGISTRO DE DADOS: registro das medidas e dos diagnósticos em computador/planilhas para fins estatísticos (controle).

Nesta unidade de saúde, o ENFERMEIRO realiza quais atividades relacionadas à antropometria:

1- Antropometria, diagnóstico nutricional e registro dos dados

2- Antropometria e diagnóstico nutricional.

3- Antropometria e registro dos dados

4- Diagnóstico nutricional e registro dos dados.

5- Antropometria.

6- Diagnóstico nutricional

7- Registro dos dados

8- Não realiza nenhuma dessas atividades

99- Não sabe

[] [] []	14) () Gestantes
[] [] []	15) () Crianças (de 0 a 10 anos)
[] [] []	16) () Adolescentes (de 11 a 19 anos)
[] [] []	17) () Adultos (de 20 a 59 anos)
[] [] []	18) () Adultos com doença crônica (de 20 a 59 anos)
[] [] []	19) () Idosos (de 60 anos em diante)

Considerando:

ANTROPOMETRIA: aferição de peso e estatura, ou de outra medida corporal;

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: interpretação/análise de medidas antropométricas (peso e estatura)

REGISTRO DE DADOS: registro das medidas e dos diagnósticos em computador/planilhas para fins estatísticos (controle).

Nesta unidade de saúde, o AGENTE DE SAÚDE realiza quais atividades relacionadas à antropometria:

1- Antropometria, diagnóstico nutricional e registro dos dados

2- Antropometria e diagnóstico nutricional.

3- Antropometria e registro dos dados

4- Diagnóstico nutricional e registro dos dados.

5- Antropometria.

6- Diagnóstico nutricional

7- Registro dos dados

8- Não realiza nenhuma dessas atividades

99- Não sabe

[] [] []	20) () Gestantes
[] [] []	21) () Crianças (de 0 a 10 anos)
[] [] []	22) () Adolescentes (de 11 a 19 anos)
[] [] []	23) () Adultos (de 20 a 59 anos)
[] [] []	24) () Adultos com doença crônica (de 20 a 59 anos)
[] [] []	25) () Idosos (de 60 anos em diante)

Considerando:

ANTROPOMETRIA: aferição de peso e estatura, ou de outra medida corporal;
 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: interpretação/análise de medidas antropométricas (peso e estatura)
 REGISTRO DE DADOS: registro das medidas e dos diagnósticos em computador/planilhas para fins estatísticos (controle).

Nesta unidade de saúde, os AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM realizam quais atividades relacionadas à antropometria:

- 1- Antropometria/diagnóstico nutricional/registo dos dados
- 2- Antropometria/diagnóstico nutricional.
- 3- Antropometria/registo dos dados
- 4- Diagnóstico nutricional/registo dos dados.
- 5- Antropometria.
- 6- Diagnóstico nutricional
- 7- Registro dos dados
- 8- Não realiza nenhuma dessas atividades
- 99- Não sabe

[] [] []	26) () Gestantes
[] [] []	27) () Crianças (de 0 a 10 anos)
[] [] []	28) () Adolescentes (de 11 a 19 anos)
[] [] []	29) () Adultos (de 20 a 59 anos)
[] [] []	30) () Adultos com doença crônica (de 20 a 59 anos)
[] [] []	31) () Idosos (de 60 anos em diante)

Considerando:

ANTROPOMETRIA: aferição de peso e estatura, ou de outra medida corporal;
 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: interpretação/análise de medidas antropométricas (peso e estatura)
 REGISTRO DE DADOS: registro das medidas e dos diagnósticos em computador/planilhas para fins estatísticos (controle).

Nesta unidade de saúde, OUTRO PROFISSIONAL realiza quais atividades relacionadas à antropometria:

- 1- Antropometria/diagnóstico nutricional/registo dos dados
- 2- Antropometria/diagnóstico nutricional.
- 3- Antropometria/registo dos dados
- 4- Diagnóstico nutricional/registo dos dados.
- 5- Antropometria.
- 6- Diagnóstico nutricional
- 7- Registro dos dados
- 8- Não realiza nenhuma dessas atividades
- 99- Não sabe

[] [] []	32) () Gestantes	Qual outro profissional?
[] [] []	33) () Crianças (de 0 a 10 anos)	Qual outro profissional?
[] [] []	34) () Adolescentes (de 11 a 19 anos)	Qual outro profissional?
[] [] []	35) () Adultos (de 20 a 59 anos)	Qual outro profissional?
[] [] []	36) () Adultos com doença crônica (de 20 a 59 anos)	Qual outro profissional?
[] [] []	37) () Idosos (de 60 anos em diante)	Qual outro profissional?

Na unidade de saúde são utilizadas quais referências para análise dos dados antropométricos de GESTANTES?
 (solicite para ver as referências citadas)

- 1- Sim 2- Não 9- Não se aplica 99- Não sabe

[] [] []	38) () IOM, 1992
[] [] []	39) () Curva de Rosso
[] [] []	40) () Atalah, 1997
[] [] []	41) () Outra referência. Qual?

Na unidade de saúde são utilizadas quais referências para análise dos dados antropométricos de CRIANÇAS, ADOLESCENTES e ADULTOS? (solicite para ver as referências citadas)

- 1- Sim 2- Não 9- Não se aplica 99- Não sabe

[] [] []	42) () Curvas e/ou Tabelas OMS, 2006/2007
[] [] []	43) () Classificação do IMC pela OMS, 1997
[] [] []	44) () Curvas e/ou Tabelas OMS, 1988
[] [] []	45) () Curvas NCHS/CDC 2000

[] [] []	46) () Curvas de Marcondes
[] [] []	47) () Outra referência. Qual? _____

[] []	48) Você cadastra informações ou preenche planilhas para o SISVAN Web?
[] []	1- Sim 2- Não 3- A unidade não realiza essa tarefa

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado **não** cadastre dados ou preencha planilhas para o SISVAN Web passe para a questão 60.

Se a unidade de saúde utiliza o SISVAN Web, é feito o preenchimento dos marcadores do consumo alimentar de crianças?		1- Sim	2- Não	99- Não sabe
[] [] []	49) () menores de 6 meses			
[] [] []	50) () entre 6 meses e 2 anos			
[] [] []	51) () entre 2 e 5 anos			
[] [] []	52) () maiores de 5 anos			

Na unidade de saúde qual(is) profissional(is) realizam o preenchimento dos marcadores do consumo alimentar de crianças?		1- Sim	2- Não	99- Não sabe
[] [] []	53) () Agente de Saúde			
[] [] []	54) () Enfermeiro			
[] [] []	55) () Gestor da Unidade			
[] [] []	56) () Auxiliar/Técnico de Enfermagem			
[] [] []	57) () Nutricionista			
[] [] []	58) () Voluntário. Qual? _____			
[] [] []	59) () Outro. Qual? _____			

Comente sobre as facilidades e dificuldades para utilização do SISVAN Web:

[] []	60) Nesta unidade de saúde são conhecidos os totais de pessoas obesas, desnutridas, com sobrepeso e com peso saudável usuárias do serviço (em números)?
[] []	1- Sim 2- Não

ENTREVISTADOR:

Caso na unidade de saúde **não** se conheça o estado nutricional da população usuária do serviço, passe para a questão 63.

[] [] []	61) Se a unidade conhece o perfil nutricional dos usuários (em números), esta informação é utilizada pela equipe para o planejamento de seu trabalho (cuidado à população)?
[] [] []	1- Sim 2- Não 99- Não sabe
[] [] []	62) Em que situação a equipe da unidade utiliza o perfil nutricional dos usuários para o planejamento de seu trabalho (cuidado à população)?
[] [] []	9- Não se aplica 99- Não sabe
[] [] []	_____
[] [] []	_____
[] [] []	_____

C. ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

[] []	63) Na sua opinião, Vigilância Alimentar e Nutricional é:
[] []	1- Levantamento de dados antropométricos da população para realização de controles estatísticos.
[] []	2- Oferta de serviços de educação nutricional para a população com base na realidade local.
[] []	3- Observação, coleta e análise contínua de dados e informações que descrevam as condições alimentares e nutricionais da população.
[] []	4- Vigilância da qualidade sanitária dos alimentos consumidos pela população.
[] []	99- Não sabe.

[]	As atividades de alimentação e nutrição envolvem antropometria, orientações individuais e em grupo, palestras, oficinas, hortas, enfim toda atividade que esteja relacionado com o alimento, a alimentação e a nutrição do indivíduo e da comunidade. 64) A equipe da unidade de saúde recebe orientação, de profissional habilitado, para a realização de atividades de alimentação e nutrição? 1- Sim 2- Não 99- Não sabe
[]	65) A equipe da unidade de saúde dispõe de tempo suficiente para a realização de atividades de alimentação e nutrição? 1- Sim 2- Não 99- Não sabe
[]	66) A unidade de saúde dispõe de material informativo de apoio para a realização de atividades de alimentação e nutrição? (ex.: folder, painéis, cartilhas, etc. – anexar ao questionário, se possível) 1- Sim 2- Não 99- Não sabe
[]	67) Onde são realizadas as atividades educativas de alimentação e nutrição pela unidade de saúde? 1- Sala específica 2- Sala de espera 3- No exterior da unidade de saúde (quintal, pátio) 4- Sala específica, sala de espera e exterior da unidade de saúde 5- Sala específica e sala de espera 6- Sala específica e exterior da unidade de saúde 7- Sala de espera e exterior da unidade da saúde 8- Outro(s) local(is). Qual(is)? _____ 9- A equipe não realiza atividades de alimentação e nutrição 99- Não sabe

Na unidade de saúde há CONSULTA de nutrição para:		Situação específica
1- Sim	2- Não	99- Não sabe
[]	68) () Gestantes	
[]	69) () Nutrizes	
[]	70) () Crianças (de 0 a 10 anos)	
[]	71) () Adolescentes (de 11 a 19 anos)	
[]	72) () Adultos (de 20 a 59 anos)	
[]	73) () Idosos (de 60 anos em diante)	
[]	74) () Outro(s). Qual(is)? _____	

[]	75) Nesta unidade as consultas de nutrição são realizadas com: 1- Nutricionista 2- Estagiário de nutrição 3- Nutricionista e estagiário de nutrição 9- Não se aplica 99- Não sabe
-----------	--

Na unidade de saúde há ATIVIDADES de alimentação e nutrição programadas para:		Situação específica
1- Sim	2- Não	99- Não sabe
[]	76) () Gestantes	
[]	77) () Nutrizes	
[]	78) () Crianças (de 0 a 10 anos)	
[]	79) () Adolescentes (de 11 a 19 anos)	
[]	80) () Adultos (de 20 a 59 anos)	
[]	81) () Idosos (de 60 anos em diante)	
[]	82) () Outro(s). Qual(is)? _____	

Nesta unidade de saúde, quais membros da equipe de saúde participam das atividades de alimentação e nutrição? 1- Participa 2- Não participa 3- Não há atividades de alimentação e nutrição 99- Não sabe	
[]	83) () Agente de Saúde
[]	84) () Auxiliar/Técnico de Enfermagem
[]	85) () Assistente Social
[]	86) () Dentista
[]	87) () Enfermeiro
[]	88) () Médico
[]	89) () Nutricionista

[	]	90) () Outra função. Qual? _____
---	---	-----------------------------------

	91) Você participa das atividades de alimentação e nutrição com GESTANTES? 1- Sim 2- Não
--	---

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado trabalhe com gestantes, passe para o **ANEXO 1**.

	92) Você participa das atividades de alimentação e nutrição com PAIS, RESPONSÁVEIS ou NUTRIZES?
1- Sim	2- Não

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado trabalhe com pais, responsáveis ou nutrizes, passe para o **ANEXO 2**.

	93) Você participa das atividades de alimentação e nutrição com CRIANÇAS? 1- Sim 2- Não
--	---

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado trabalhe com crianças, passe para o **ANEXO 3**.

[]	94) Você participa das atividades de alimentação e nutrição com ADOLESCENTES? 1- Sim 2- Não
-----------	--

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado trabalhe com adolescentes, passe para o **ANEXO 4**.

	95) Você participa das atividades de alimentação e nutrição com ADULTOS?	
[	1- Sim	2- Não

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado trabalhe com adultos, passe para o **ANEXO 5**.

	96) Você participa das atividades de alimentação e nutrição com IDOSOS? 1- Sim 2- Não
--	---

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado trabalhe com idosos, passe para o **ANEXO 6**.

	97) Você participa das atividades de alimentação e nutrição com FAMÍLIAS? 1- Sim 2- Não	
--	--	--

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado trabalhe com famílias, passe para o **ANEXO 7**.

	98) Você participa das atividades de alimentação e nutrição com OUTRO GRUPO? 1- Sim 2- Não	
--	---	--

ENTREVISTADOR:

Caso o entrevistado trabalhe com OUTRO GRUPO, passe para o **ANEXO 8**.

D. ABASTECIMIENTO ALIMENTAR LOCAL

Na região de abrangência de sua unidade de saúde existem?

1- Sim 2- Não 99- Não sabe

[] [] []	99) () Venda de alimentos por ambulantes
[] [] []	100) () Feiras livres
[] [] []	101) () Hortas comunitárias
[] [] []	102) () Mercados/armazéns
[] [] []	103) () Açougue
[] [] []	104) () Varejão/sacolão
[] [] []	105) () Grandes supermercados
[] [] []	106) () Ponto de venda direta do produtor
[] [] []	107) () Outro. Qual? _____

Na região de abrangência de sua unidade de saúde há? 1- Sim 2- Não 99- Não sabe			
[] [] []	108) () Disponibilidade de frutas frescas vindas de outros municípios/regiões		
[] [] []	109) () Disponibilidade de hortaliças frescas vindas de outros municípios/regiões		
[] [] []	110) () Disponibilidade de frutas frescas produzidas no município		
[] [] []	111) () Disponibilidade de hortaliças frescas produzidas no município		

PARCERIAS			
No desenvolvimento de suas atividades na unidade de saúde você tem parceria com:			
1- Sim 2- Não 99- Não sabe			
[] [] []	112) () Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)		
[] [] []	113) () Sesi/SENAI/SENAC		
[] [] []	114) () Universidades/Escolas técnicas/Escolas do bairro		
[] [] []	115) () Centro Comunitário		
[] [] []	116) () Igreja/Pastoral da criança		
[] [] []	117) () Outra parceria. Qual? _____		

E. MANUAIS E OUTRAS REFERÊNCIAS			
Quais manuais do Ministério da Saúde estão disponíveis na unidade de saúde? (solicite para ver os manuais citados)			
1- Sim 2- Não 99- Não sabe			
[] [] []	118) () Manual do SISVAN (antropometria)		
[] [] []	119) () <u>Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável</u>		
[] [] []	120) () <u>Guia Prático de Alimentos para Crianças menores de 12 Meses Verticalmente Expostas ao HIV</u>		
[] [] []	121) () <u>Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde</u>		
[] [] []	122) () <u>Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes</u>		
[] [] []	123) () <u>Glossário temático: alimentação e nutrição</u>		
[] [] []	124) () <u>Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas</u>		
[] [] []	125) () <u>Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos</u>		
[] [] []	126) () <u>Saúde da criança: nutrição infantil; aleitamento materno e alimentação complementar</u>		

Qual desses Manuais do Ministério da Saúde você utiliza? 1- Sim 2- Não 9- Não se aplica			
[] [] []	127) () Manual do SISVAN (antropometria)		
[] [] []	128) () <u>Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável</u>		
[] [] []	129) () <u>Guia Prático de Alimentos para Crianças menores de 12 Meses Verticalmente Expostas ao HIV</u>		
[] [] []	130) () <u>Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde</u>		
[] [] []	131) () <u>Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes</u>		
[] [] []	132) () <u>Glossário temático: alimentação e nutrição</u>		
[] [] []	133) () <u>Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas</u>		
[] [] []	134) () <u>Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos</u>		
[] [] []	135) () <u>Saúde da criança: nutrição infantil; aleitamento materno e alimentação complementar</u>		

136) Você tem acesso fácil aos manuais do Ministério da Saúde disponíveis na unidade de saúde?			
[] [] []	1- Sim	2- Não	3- A unidade de saúde não dispõe de manuais 99- Não sabe

ANEXO 2.2 Pais, Responsáveis e Nutrizes.

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (ID)	
[] [] [] [] []	() Questionário
[] [] []	() Entrevistador (bolsista)
[] [] []	() Pesquisador (professor orientador)
[] [] []	() Controle de qualidade

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
Nome do município:	
[] [] [] []	() ID do município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome da unidade de saúde:	
Endereço:	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	1- UBS 2- USF 3- Outra. Qual? _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Telefone: () _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistado:

ATIVIDADES COM PAIS OU RESPONSÁVEIS, INCLUINDO NUTRIZES	
Na unidade de saúde é disponibilizado para PAIS, RESPONSÁVEIS e NUTRIZES:	
1- Sim	2- Não 99- Não sabe
[] [] []	159) () Palestras
[] [] []	160) () Oficinas de culinária
[] [] []	161) () Outro tipo de oficina
[] [] []	162) () Reuniões para debates e troca de experiência
[] [] []	163) () Grupos de caminhada
[] [] []	164) () Consulta com nutricionista
[] [] []	165) () Outra atividade. Qual?*

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Qual o número aproximado de participantes, por mês, nas seguintes atividades com PAIS, RESPONSÁVEIS e NUTRIZES?	
1- Menos de 10 2- Entre 10 e 20 3- Entre 20 e 50 4- Entre 50 e 100 5- Mais de 100 9- Não se aplica 99- Não sabe	
[] [] [] []	166) () Palestras
[] [] [] []	167) () Oficinas de culinária
[] [] [] []	168) () Outro tipo de oficina
[] [] [] []	169) () Reuniões para debates e troca de experiência
[] [] [] []	170) () Grupos de caminhada
[] [] [] []	171) () Consulta com nutricionista
[] [] [] []	172) () Outra atividade. Qual?*

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Com que frequência PAIS, RESPONSÁVEIS e NUTRIZES são atendidos nas seguintes atividades:	
1- Diária	2- Semanal 3- Quinzenal 4- Mensal
5- Bimestral	6- Semestral 9- Não há a atividade 99- Não sabe
[] [] []	173) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	174) () Antropometria (pesar e medir)
[] [] []	175) () Consulta com nutricionista ou estagiário de nutrição
[] [] []	176) () Atividades físicas

Nesta unidade de saúde, no cuidado com pais, responsáveis e nutrizes, você:	
1- Participa da atividade 2- Não participa da atividade 3- Não há a atividade	
[] [] []	177) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	178) () Antropometria (pesar e medir)
[] [] []	179) () Orientações básicas de nutrição
[] [] []	180) () Atividades físicas

Responsável pela entrevista:
Responsável pelo controle de qualidade:

ANEXO 2.3 Crianças

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (ID)	
[] [] [] []	() Questionário
[] [] []	() Entrevistador (bolsista)
[] [] []	() Pesquisador (professor orientador)
[] [] []	() Controle de qualidade

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
Nome do município:	
[] [] []	() ID do município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome da unidade de saúde:	
Endereço:	
[] []	1- UBS 2- USF 3- Outra. Qual? _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Telefone: () _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistado:

ATIVIDADES COM CRIANÇAS (até 10 anos)	
Na unidade de saúde é disponibilizado para as CRIANÇAS:	
1- Sim	2- Não 99- Não sabe
[] [] []	181) () Palestras
[] [] []	182) () Oficinas de culinária
[] [] []	183) () Outro tipo de oficina
[] [] []	184) () Atividades para debates e troca de experiência
[] [] []	185) () Grupos de caminhada
[] [] []	186) () Consulta com nutricionista
[] [] []	187) () Outra atividade. Qual?* _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Qual o número aproximado de participantes, por mês, nas seguintes atividades com CRIANÇAS?	
1- Menos de 10 2- Entre 10 e 20 3- Entre 20 e 50 4- Entre 50 e 100 5- Mais de 100 9- Não se aplica 99- Não sabe	
[] [] [] []	188) () Palestras
[] [] [] []	189) () Oficinas de culinária
[] [] [] []	190) () Outro tipo de oficina
[] [] [] []	191) () Atividades para debates e troca de experiência
[] [] [] []	192) () Grupos de caminhada
[] [] [] []	193) () Consulta com nutricionista
[] [] [] []	194) () Outra atividade. Qual?* _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Com que frequência CRIANÇAS são atendidas nas seguintes atividades:	
1- Diária	2- Semanal 3- Quinzenal 4- Mensal
5- Bimestral	6- Semestral 9- Não há a atividade 99- Não sabe
[] [] []	195) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	196) () Antropometria (pesar e medir comprimento)
[] [] []	197) () Consulta com nutricionista ou estagiário de nutrição
[] [] []	198) () Atividades físicas

Nesta unidade de saúde, no cuidado com <u>criança</u> , você:	
1- Participa da atividade 2- Não participa da atividade 3- Não há a atividade	
[] [] []	199) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	200) () Antropometria (pesar e medir comprimento)
[] [] []	201) () Orientações básicas de nutrição
[] [] []	202) () Atividades físicas

ANEXO 2.4 Adolescentes

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (ID)	
[] [] [] []	() Questionário
[] [] []	() Entrevistador (bolsista)
[] [] []	() Pesquisador (professor orientador)
[] [] []	() Controle de qualidade

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO
Nome do município:
[] [] [] () ID do município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome da unidade de saúde:	
Endereço:	
[] []	1- UBS 2- USF 3- Outra. Qual? _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Telefone: () _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistado:

ATIVIDADES COM ADOLESCENTES (de 11 a 19 anos)	
Na unidade de saúde é disponibilizado para os ADOLESCENTES:	
1- Sim	2- Não 99- Não sabe
[] [] []	203) () Palestras
[] [] []	204) () Oficinas de culinária
[] [] []	205) () Outro tipo de oficina
[] [] []	206) () Reuniões com os pais
[] [] []	207) () Grupos de caminhada
[] [] []	208) () Consulta com nutricionista
[] [] []	209) () Outra atividade. Qual?* _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Qual o número aproximado de participantes, por mês, nas seguintes atividades com ADOLESCENTES?	
1- Menos de 10 2- Entre 10 e 20 3- Entre 20 e 50 4- Entre 50 e 100 5- Mais de 100 9- Não se aplica 99- Não sabe	
[] [] [] []	210) () Palestras
[] [] [] []	211) () Oficinas de culinária
[] [] [] []	212) () Outro tipo de oficina
[] [] [] []	213) () Reuniões para debates e troca de experiência
[] [] [] []	214) () Grupos de caminhada
[] [] [] []	215) () Consulta com nutricionista
[] [] [] []	216) () Outra atividade. Qual?* _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Com que frequência ADOLESCENTES são atendidos nas seguintes atividades:	
1- Diária	2- Semanal 3- Quinzenal 4- Mensal
5- Bimestral	6- Semestral 9- Não há a atividade 99- Não sabe
[] [] []	217) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	218) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] [] []	219) () Consulta com nutricionista e estagiário de nutrição
[] [] []	220) () Atividades físicas

Nesta unidade de saúde, no cuidado com <u>adolescente</u> , você:	
1- Participa da atividade 2- Não participa da atividade 3- Não há a atividade	
[] [] []	221) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	222) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] [] []	223) () Orientações básicas de nutrição
[] [] []	224) () Atividades físicas

ANEXO 2.5 Adultos

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (ID)	
[] [] [] []	() Questionário
[] [] []	() Entrevistador (bolsista)
[] [] []	() Pesquisador (professor orientador)
[] [] []	() Controle de qualidade

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
Nome do município:	
[] [] []	() ID do município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome da unidade de saúde:	
Endereço:	
[] []	1- UBS 2- USF 3- Outra. Qual? _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Telefone: () _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistado:

ATIVIDADES COM ADULTOS (de 20 a 59 anos)	
Na unidade de saúde é disponibilizado para os ADULTOS:	
1- Sim	2- Não 99- Não sabe
[] [] []	225) () Palestras
[] [] []	226) () Oficinas de culinária
[] [] []	227) () Outro tipo de oficina
[] [] []	228) () Grupos de caminhada
[] [] []	229) () Consulta com nutricionista
[] [] []	230) () Outra atividade. Qual?* _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Qual o número aproximado de participantes, por mês, nas seguintes atividades com ADULTOS?	
1- Menos de 10 2- Entre 10 e 20 3- Entre 20 e 50 4- Entre 50 e 100 5- Mais de 100 9- Não se aplica 99- Não sabe	
[] [] [] []	231) () Palestras
[] [] [] []	232) () Oficinas de culinária
[] [] [] []	233) () Outro tipo de oficina
[] [] [] []	234) () Reuniões para debates e troca de experiência
[] [] [] []	235) () Grupos de caminhada
[] [] [] []	236) () Consulta com nutricionista
[] [] [] []	237) () Outra atividade. Qual?* _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Com que frequência ADULTOS são atendidos nas seguintes atividades:	
1- Diária	2- Semanal 3- Quinzenal 4- Mensal
5- Bimestral	6- Semestral 9- Não há a atividade 99- Não sabe
[] [] []	238) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	239) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] [] []	240) () Consulta com nutricionista ou estagiário de nutrição
[] [] []	241) () Atividades físicas

Nesta unidade, no cuidado com <u>adultos</u> , você:	
1- Participa da atividade 2- Não participa da atividade 3- Não há a atividade	
[] [] []	242) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	243) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] [] []	244) () Orientações básicas de nutrição
[] [] []	245) () Atividades físicas

Responsável pela entrevista:

ANEXO 2.6 Idosos

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (ID)	
[] [] [] [] []	() Questionário
[] [] []	() Entrevistador (bolsista)
[] [] []	() Pesquisador (professor orientador)
[] [] []	() Controle de qualidade

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
Nome do município:	
[] [] [] []	() ID do município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome da unidade de saúde:	
Endereço:	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	1- UBS 2- USF 3- Outra. Qual? _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Telefone: () _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistado:

ATIVIDADES COM IDOSOS (de 60 anos em diante)	
Na unidade de saúde é disponibilizado para os IDOSOS:	
1- Sim	2- Não 99- Não sabe
[] [] []	246) () Palestras
[] [] []	247) () Oficinas de culinária
[] [] []	248) () Outro tipo de oficina
[] [] []	249) () Grupos de caminhada
[] [] []	250) () Consulta com nutricionista
[] [] []	251) () Outra atividade.* Qual? _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Qual o número aproximado de participantes, por mês, nas seguintes atividades com IDOSOS?	
1- Menos de 10 2- Entre 10 e 20 3- Entre 20 e 50 4- Entre 50 e 100 5- Mais de 100 9- Não se aplica 99- Não sabe	
[] [] [] []	252) () Palestras
[] [] [] []	253) () Oficinas de culinária
[] [] [] []	254) () Outro tipo de oficina
[] [] [] []	255) () Reuniões para debates e troca de experiência
[] [] [] []	256) () Grupos de caminhada
[] [] [] []	257) () Consulta com nutricionista
[] [] [] []	258) () Outra atividade. Qual?* _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Com que frequência IDOSOS são atendidos nas seguintes atividades:	
1- Diária	2- Semanal 3- Quinzenal 4- Mensal
5- Bimestral	6- Semestral 9- Não há a atividade 99- Não sabe
[] [] []	259) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	260) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] [] []	261) () Consulta com nutricionista ou estagiário de nutrição
[] [] []	262) () Atividades físicas

Nesta unidade, no cuidado com idosos, você:	
1- Participa da atividade 2- Não participa da atividade 3- Não há a atividade	
[] [] []	263) () Atividades educativas em grupo
[] [] []	264) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] [] []	265) () Orientações básicas de nutrição
[] [] []	266) () Atividades físicas

ANEXO 2.7 Famílias

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (ID)	
[] [] [] []	() Questionário
[] [] []	() Entrevistador (bolsista)
[] [] []	() Pesquisador (professor orientador)
[] [] []	() Controle de qualidade

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
Nome do município:	
[] [] []	() ID do município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome da unidade de saúde:	
Endereço:	
[] []	1- UBS 2- USF 3- Outra. Qual? _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Telefone: () _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistado:

ATIVIDADES COM FAMÍLIAS	
Na unidade de saúde é disponibilizado para os FAMÍLIAS:	
1- Sim	2- Não 99- Não sabe
[] []	267) () Palestras
[] []	268) () Oficinas de culinária
[] []	269) () Outro tipo de oficina
[] []	270) () Reuniões com os pais
[] []	271) () Grupos de caminhada
[] []	272) () Consulta com nutricionista
[] []	273) () Outra atividade. Qual?*

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Qual o número aproximado de participantes, por mês, nas seguintes atividades com FAMÍLIAS?	
1- Menos de 10	2- Entre 10 e 20 3- Entre 20 e 50 4- Entre 50 e 100 5- Mais de 100 9- Não se aplica 99- Não sabe
[] [] []	274) () Palestras
[] [] []	275) () Oficinas de culinária
[] [] []	276) () Outro tipo de oficina
[] [] []	277) () Reuniões para debates e troca de experiência
[] [] []	278) () Grupos de caminhada
[] [] []	279) () Consulta com nutricionista
[] [] []	280) () Outra atividade. Qual?*

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Com que frequência FAMÍLIAS são atendidos nas seguintes atividades:	
1- Diária	2- Semanal 3- Quinzenal 4- Mensal
5- Bimestral	6- Semestral 9- Não há a atividade 99- Não sabe
[] []	281) () Atividades educativas em grupo
[] []	282) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] []	283) () Consulta com nutricionista ou estagiário de nutrição
[] []	284) () Atividades físicas

Nesta unidade, no cuidado com famílias, você:	
1- Participa da atividade	2- Não participa da atividade 3- Não há a atividade
[] []	285) () Atividades educativas em grupo
[] []	286) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] []	287) () Orientações básicas de nutrição
[] []	288) () Atividades físicas

ANEXO 2.8 Outro Grupo

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (ID)	
[] [] [] []	() Questionário
[] [] []	() Entrevistador (bolsista)
[] [] []	() Pesquisador (professor orientador)
[] [] []	() Controle de qualidade

IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO	
Nome do município:	
[] [] []	() ID do município

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome da unidade de saúde:	
Endereço:	
[] []	1- UBS 2- USF 3- Outra. Qual? _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Telefone: () _____
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Nome do entrevistado:

ATIVIDADES COM OUTRO GRUPO ()	
Na unidade de saúde é disponibilizado para _____:	
1- Sim	2- Não 99- Não sabe
[] []	289) () Palestras
[] []	290) () Oficinas de culinária
[] []	291) () Outro tipo de oficina
[] []	292) () Reuniões com os pais
[] []	293) () Grupos de caminhada
[] []	294) () Consulta com nutricionista
[] []	295) () Outra atividade.* Qual? _____

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Qual o número aproximado de participantes, por mês, nas seguintes atividades com OUTRO GRUPO?	
1- Menos de 10 2- Entre 10 e 20 3- Entre 20 e 50 4- Entre 50 e 100 5- Mais de 100 9- Não se aplica 99- Não sabe	
[] [] []	296) () Palestras
[] [] []	297) () Oficinas de culinária
[] [] []	298) () Outro tipo de oficina
[] [] []	299) () Reuniões para debates e troca de experiência
[] [] []	300) () Grupos de caminhada
[] [] []	301) () Consulta COM nutricionista
[] [] []	302) () Outra atividade. Qual?*

*Incluir em "outra", as atividades realizadas por estagiários de nutrição.

Com que frequência OUTRO GRUPO é atendido nas seguintes atividades:	
1- Diária	2- Semanal 3- Quinzenal 4- Mensal
5- Bimestral	6- Semestral 9- Não há a atividade 99- Não sabe
[] []	303) () Atividades educativas em grupo
[] []	304) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] []	305) () Consulta com nutricionista ou estagiário de nutrição
[] []	306) () Atividades físicas

Nesta unidade, no cuidado com _____, você:	
1- Participa da atividade 2- Não participa da atividade 3- Não há a atividade	
[] []	307) () Atividades educativas em grupo
[] []	308) () Antropometria (pesar e medir estatura)
[] []	309) () Orientações básicas de nutrição
[] []	310) () Atividades físicas