

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Educação

Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde

Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em serviço

Mônica Rocha Gonçalves

**CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E
DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) PARA AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO NUTRICIONAL: uma análise a partir do primeiro ciclo do programa**

Brasília

2014

Mônica Rocha Gonçalves

CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL: uma análise a partir do primeiro ciclo do programa

Monografia apresentada ao Curso de Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em serviço, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientadora: Kelly Poliany de Souza Alves

Brasília

2014

Rocha Gonçalves, Mônica

CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA(PMAQ-AB) PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL: uma análise a partir do primeiro ciclo do programa / Mônica Rocha Gonçalves. -- 2014. 56 f.

Orientadora: Kelly Poliany de Souza Alves.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS,2014.

1. Atenção nutricional. 2. Avaliação de qualidade.
3. Atenção básica. I. Poliany de Souza Alves, Kelly, orient. II. Título.

Mônica Rocha Gonçalves

**CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E
DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) PARA AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO NUTRICIONAL: uma análise a partir do primeiro ciclo do programa**

Monografia apresentada ao Curso de Saúde Coletiva e Educação na Saúde – Especialização em serviço, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Kelly Poliany de Souza Alves

Patricia Constante Jaime

Brasília, ____ de agosto de 2014.

RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem sido reconhecido por diversas áreas técnicas, no Ministério da Saúde, como um mecanismo potencial para o monitoramento e avaliação da implementação de políticas e a indução e qualificação de práticas de cuidado na Atenção Básica. O estudo teve como objetivo conhecer e discutir as possibilidades e limitações do PMAQ para a avaliação da atenção nutricional a partir do instrumento do primeiro ciclo do programa. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utilizou a análise documental. Analisou-se o instrumento de avaliação externa, partindo da definição de atenção nutricional da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da abordagem de avaliação da qualidade de Donabedian (1988), que se caracteriza pela tríade estrutura – processo – resultado. Observou-se que as perguntas do instrumento referem-se principalmente aos aspectos da estrutura dos serviços e do processo de trabalho dos profissionais no tocante a vigilância alimentar e nutricional e promoção da alimentação adequada e saudável, destacando ações voltadas ao público materno-infantil. Estas não englobam comportamentos, satisfação do usuário ou melhoria do estado de saúde, logo não avaliam a dimensão resultado. Refletir sobre as contribuições do PMAQ é fundamental para a sua sustentabilidade em longo prazo e o seu reconhecimento como instrumento para a decisão política.

Palavras-chave: atenção nutricional, avaliação de qualidade, atenção básica.

ABSTRACT

The National Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) has been recognized by various technical areas, the Ministry of Health, as a potential mechanism for monitoring and evaluation of policy implementation and the induction and qualification of care practices in Primary Care. The study aimed to meet and discuss the possibilities and limitations of PMAQ for assessing the nutritional care of the instrument from the first cycle of the program. This is a qualitative study that used document analysis. We analyzed the instrument for external evaluation, based on the definition of nutritional care of the National Food and Nutrition and approach for evaluating the quality of Donabedian (1988), which is characterized by the triad structure - process - outcome. It was observed that the questions of the instrument refer primarily to aspects of the structure of services and the work of professionals regarding food and nutrition monitoring and promoting good nutrition and healthy process, highlighting actions aimed at maternal and child public. These do not encompass behaviors, user satisfaction or improvement of health status and therefore not assess the outcome dimension. Reflect on the contributions of PMAQ is critical to its long-term sustainability and its recognition as a tool for policy-making.

Keywords: nutritional care, quality assessment, primary care.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABS – Atenção Básica à Saúde

AE – Avaliação externa

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

ANDI – Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil

APS – Atenção Primária à Saúde

CFN – Conselho Federal de Nutrição

CGAN – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição

DAB – Departamento de Atenção Básica

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAO – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIS – Números de identificação social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAAS – Promoção da alimentação adequada e saudável

PBF – Programa Bolsa Família

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PROGRAB – Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica

PSE – Programa Saúde na Escola

RAS – Redes de Atenção à Saúde

REDENUTRI – Rede Social de Nutrição do SUS

SAN – Segurança alimentar e nutricional

SF – Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidades de Saúde Familiar

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 ATENÇÃO NUTRICIONAL: DESAFIOS PARA SEU MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA	13
2.2 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA	17
2.3 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ	21
3 OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4 CAMINHO METODOLÓGICO	25
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	25
4.2 COLETA DE DADOS	25
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.1 ASPECTOS RELATIVOS A AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA QUE SE RELACIONAM A ATENÇÃO NUTRICIONAL	31
5.2 ASPECTOS RELATIVOS A AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ABS QUE SE RELACIONAM A ATENÇÃO NUTRICIONAL	34
5.3 ASPECTOS RELATIVOS A AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA ATENÇÃO NUTRICIONAL OFERTADA PELAS EQUIPES DE ABS	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
7 REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	49

1 INTRODUÇÃO

A organização da atenção nutricional é a primeira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e, a partir da efetivação desta, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ofertar um conjunto de cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS), cooperando e articulando com a agenda intersetorial da segurança alimentar e nutricional (SAN) (BRASIL, 2012b).

A PNAN, revisada recentemente, em 2011, acompanhou o movimento de reestruturação do SUS, expresso em novos atos normativos, incluindo a publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e de mudança do cenário epidemiológico e nutricional da população brasileira. A situação alimentar e nutricional do país torna evidente a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde para atender às demandas geradas pelos agravos relacionados aos hábitos alimentares inadequados, tanto em relação ao seu diagnóstico e tratamento quanto à sua prevenção e à promoção da saúde (BRASIL, 2012b; PIMENTEL et al., 2013).

Nos últimos anos, os crescentes custos dos serviços de saúde, a transição demográfica e epidemiológica e a incorporação de novas tecnologias têm exigido dos governos uma discussão mais aprofundada sobre as formas de gestão pública e os modelos de atenção à saúde, para que atendam às necessidades de saúde da população e sejam mais eficientes. Starfield (2002) afirma que todos os países estão enfrentando o imperativo de alterar seus sistemas de saúde para responder melhor aos desafios sem acabar com suas economias devido a gastos com serviços de saúde.

Segundo Savassi (2012), gerir a qualidade em organizações públicas de saúde é um desafio. Mais do que uma mudança gerencial ou de financiamento, é necessário reorganizar a cadeia produtiva com novos conceitos e quebrar paradigmas assistenciais que alterem a cultura organizacional no sentido da qualidade no atendimento. Assim, a Atenção Básica tem se destacado mundialmente como reestruturante do sistema de saúde.

É reconhecido que a Atenção Básica a Saúde (ABS), terminologia adotada pelo governo brasileiro para definir a Atenção Primária a Saúde (APS), exerce papel fundamental na organização das ações dos sistemas de saúde de diversos países, sendo configurada como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (PIMENTEL et al, 2013; BRASIL, 2010, BOSI et al., 2010). Muitos estudos realizados em países, tanto industrializados quanto em desenvolvimento, mostram que áreas com melhor Atenção Primária têm melhores

resultados em saúde, com custos globais menores e geralmente populações mais saudáveis (BRASIL, 2008; STARFIELD, 2002; ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008; JAIME et al., 2011; CAMPOS, 2005).

Seguindo a tendência mundial, a ABS no Brasil vem sofrendo inovações importantes desde a década de 90, principalmente a partir da expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008). Observa-se, nos últimos anos, com o alcance de uma cobertura estimada de mais da metade da população brasileira pela ESF e uma cobertura populacional por outros modelos de ABS que pode variar entre 20% e 40%, que a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de ABS tem assumido maior relevância na agenda dos gestores do SUS (BRASIL, 2012d).

A partir dos anos 2000, elevaram-se os esforços no sentido de avaliar a ABS em seus diversos aspectos, empreendidos por centros acadêmicos e fortemente induzidos pelo Ministério da Saúde (MS) por meio de financiamento, apoio e realização de pesquisas na área de monitoramento e avaliação (ALMEIDA e GIOVANELLA, 2008; BRASIL, 2005). Como aponta Felisberto (2004), o investimento na institucionalização da avaliação deve ser entendido como contribuição decisiva com o objetivo de qualificar a ABS, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e, abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011, se insere em um contexto no qual o Governo Federal se compromete e investe em ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS. O principal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS (BRASIL, 2012d).

Nesse sentido, o PMAQ tem sido reconhecido por diversas áreas técnicas responsáveis por coordenar políticas específicas, no Ministério da Saúde, como um mecanismo potencial para o monitoramento e avaliação da implementação dessas políticas, bem como para a indução e qualificação de práticas de cuidado no âmbito da ABS. Assim, as áreas técnicas, entre elas a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), têm buscado a inclusão de indicadores e padrões de qualidade nos instrumentos de avaliação do PMAQ que permitam o diagnóstico sobre a implementação de suas ações estratégicas.

Apesar de grande parte dos países implementar programas e ações de alimentação e nutrição, em geral ainda não são realizadas ações institucionalizadas de monitoramento e avaliação voltadas a aperfeiçoá-los. Diversos estudos têm, inclusive, apontado a necessidade do desenvolvimento de uma metodologia de análise que permita o aperfeiçoamento desses programas, com vistas à melhoria de seus resultados, sua rentabilidade, eficácia e sustentabilidade (CARVALHO et al., 2013).

No período de 2009 a 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou uma análise da presença e da implementação de políticas de nutrição em 123 países e territórios, a fim de identificar as lacunas existentes. Dentre elas, as principais foram na concepção e conteúdo de algumas políticas e programas, na governança da nutrição, na implementação de políticas e no monitoramento e avaliação. A OMS destacou que a maioria das políticas incluem componentes de monitoramento e avaliação; no entanto, a comunicação dos dados foi insuficiente, os decisores políticos não foram bem informados e as informações necessárias, em particular ao nível da comunidade, não estão disponíveis (WHO, 2013).

Considerando a alimentação e nutrição como requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, que possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (JAIME et al. 2011), reconhece-se a importância da avaliação e monitoramento da atenção nutricional no contexto da ABS.

Com o objetivo de colaborar com essa discussão, o presente estudo pretende levantar algumas questões sobre os padrões de qualidade do PMAQ relacionados à atenção nutricional. Ressalta-se, entretanto, que diante dos desafios e propósitos do programa, não se têm a pretensão de realizar uma análise aprofundada de sua estrutura e formulação.

É oportuno sinalizar que a motivação para realizar este estudo decorreu da experiência da autora como supervisora de campo da avaliação externa no primeiro ciclo do PMAQ, em conjunto a sua trajetória de formação e de trabalho na área de nutrição no SUS, e a recente vivência no âmbito da gestão federal, no Ministério da Saúde, durante o curso de especialização em serviço. Esta última permitiu perceber as divergências entre os diferentes atores sobre os objetivos do PMAQ e instigou a exploração do tema e a vontade de cooperar para a reflexão sobre o mesmo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO NUTRICIONAL: DESAFIOS PARA SEU MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil, a preocupação em monitorar e avaliar as diversas ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) é reforçada pela peculiar e rápida transição nutricional que a população brasileira tem vivenciado, nos últimos anos. Na década de 1970, o país apresentava altas taxas de desnutrição e passou a apresentar metade da população adulta com excesso de peso, em 2008 (BRASIL, 2012b).

A PNAN conceitua a atenção nutricional como:

os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL, 2012b).

Ressalta-se que a atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a ABS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Trata-se de identificar as principais necessidades de saúde relacionadas à alimentação e nutrição e, a partir desse diagnóstico, nortear a organização e coordenação do cuidado junto aos diferentes pontos da rede. As prioridades apontadas pela PNAN para a organização da atenção nutricional são a obesidade, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), desnutrição e carências nutricionais específicas, além das necessidades alimentares especiais (BRASIL, 2012b).

A atenção nutricional, portanto, deve dar resposta às demandas e necessidades de saúde da população, priorizando aquelas de maior frequência, impacto no processo de adoecimento e relevância segundo critérios de risco e vulnerabilidade biológica e social. Ainda, deve envolver ações no âmbito da ABS, mas também em outros pontos de atenção à saúde, como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, hospitais, atenção domiciliar, entre outros (BRASIL, 2012b; JAIME e BANDONI, 2014). Para isso, devem ser consideradas as especificidades de cada fase do curso da vida, de gênero, de diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais na identificação dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012b).

Segundo a PNAN, as principais dimensões da atenção nutricional são a vigilância alimentar e nutricional (VAN), a promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) e a

prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Além da articulação e cooperação intersetorial, com vistas a promoção da segurança alimentar e nutricional (SAN), que se insere no escopo da promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2012b).

A VAN consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes. Deverá apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013b).

Destaque deve ser dado ao diagnóstico amplo, nos territórios sob responsabilidade da ABS, sendo necessária a análise conjunta dos dados de VAN com informações de natalidade, morbidade, mortalidade, cobertura de programas e dos serviços de saúde, entre outras disponíveis nos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2012b). No cotidiano das equipes, a VAN pode ser realizada em: pré-consultas, avaliação do estado nutricional de escolares no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) e no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF); como parte da vigilância em saúde necessária para monitorar e avaliar o estado de saúde da população e os resultados da atenção nutricional ofertada.

Coutinho et al. (2009) afirmam que a agenda da nutrição deve ser organizada para a realização do diagnóstico de saúde, a partir da caracterização do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares, sendo as equipes de SF elementos essenciais para apoiar a realização das ações de nutrição no território, incluindo o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população atendida.

Para organizar as ações de PAAS é necessário desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos (BRASIL, 2012b). Dentre as ações priorizadas pelo MS para PAAS encontra-se: agenda de promoção e proteção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável para menores de 2 anos, implementação do Guia Alimentar para a População Brasileira, estímulo e valorização do consumo dos alimentos regionais brasileiros, estímulo e apoio a organização de cantinas escolares saudáveis, PAAS no âmbito do PSE e do Programa Academia da Saúde, entre outras (PORTAL DO DAB, 2014; REDENUTRI, 2014).

É ressaltado na PNAN que a responsabilidade das equipes de saúde com relação à PAAS deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo-se nos demais equipamentos sociais como espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros (BRASIL, 2012b).

Para a prevenção e tratamento dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, no âmbito da ABS, encontram-se as ações relacionadas à desnutrição infantil e às carências nutricionais específicas, especialmente de ferro e vitamina A, instituídas por programas de abrangência nacional ou focalizados em regiões e municípios específicos, de acordo com critérios de prevalência, risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013c). Mais recentemente, em virtude da alta prevalência da obesidade, a indução para implementação e qualificação de ações de prevenção e tratamento desta doença tem sido intensificada, por exemplo, com a definição de diretrizes para organização da linha de cuidado como prioridade na Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas, através da Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013d).

Nesse contexto, ainda cabe citar a demanda crescente de cuidados em alimentação e nutrição para indivíduos que apresentam outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, bem como a atenção às pessoas com necessidades alimentares especiais pelas equipes de ABS, sobretudo aquelas em uso de via alternativa de alimentação (sondas e ostomias) após alta hospitalar.

No âmbito da cooperação e articulação intersetorial para a SAN, possui destaque a contribuição dos serviços de ABS no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF. Diversas ações na ABS podem impulsionar esse acompanhamento, que já faz parte da rotina dos serviços. Ressalta-se que, embora as condicionalidades se refiram a crianças menores de sete anos e gestantes, a atenção deve ser estendida a toda a família. Dessa forma, o exercício da integralidade das ações possibilita que os beneficiários do PBF tenham garantido seu direito de acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 2013b; JÚNIOR et al., 2013).

Na mesma perspectiva, também se destacam as ações desenvolvidas no âmbito do PSE. A avaliação antropométrica e do estado nutricional dos educandos, bem como as ações de PAAS são atividades essenciais do programa, que devem ser desenvolvidas em todas as escolas participantes. As ações no âmbito da escola devem ser vistas de forma intersetorial, nas quais a educação apoia e é apoiada pela saúde. Ações voltadas à educação alimentar e nutricional, de forma transversal no currículo escolar, através de rodas de conversa entre os

profissionais de saúde e a comunidade escolar, e da qualidade da alimentação disponível na escola, devem ser priorizadas para o enfrentamento das doenças crônicas (BRASIL, 2013b).

Gestores e profissionais que atuam na implementação da PNAN tem compromissos com o monitoramento e a avaliação das ações que são realizadas e dos resultados obtidos, como uma forma de prestar contas à sociedade do que é feito em nome do interesse público e com recursos que provêm de todos. Contudo, sabe-se que o monitoramento e a avaliação da ação pública, no país, são práticas ainda não totalmente incorporadas ao processo de trabalho em saúde, e, em alguns momentos, para aqueles que estão no dia a dia do sistema, pode parecer algo muito distante das necessidades reais (SANTOS, 2013).

Nesse sentido, é importante conceituar o monitoramento e a avaliação da ação pública. Com base em Santos (2013), o monitoramento trata-se da coleta dados e análise de informações de forma periódica e oportuna sobre o processo de implementação das ações estratégicas adotadas e sobre seus resultados parciais por meio de indicadores produzidos regularmente com base em diferentes fontes de dados. Para a atenção nutricional, por exemplo, poderia se analisar o número de tutores formados na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil¹ ou o percentual de indivíduos atendidos na ABS que realizaram avaliação antropométrica.

Pode-se dizer que a avaliação também pressupõe a coleta de dados e análise de informações, porém para formar juízos de valor acerca de uma situação, permitindo que resultados de investimentos públicos sejam julgados com base em evidências empíricas (CASANOVA, 1992; WAISTMAN; RODRIGUES; PAES-SOUZA, 2006 apud SANTOS, 2013). Um exemplo seria avaliar se a formação dos tutores na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil garantiu a expansão e qualificação das ações de promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS ou se a avaliação antropométrica dos indivíduos atendidos na ABS subsidiou a organização da oferta do cuidado adequado aos agravos do estado nutricional mais prevalentes.

Santos e Santos (2007) ressaltam que a avaliação de políticas e programas tornou-se um compromisso tanto quanto um desafio, e que, além disso, a experiência sobre a avaliação de programas no Brasil não é tão extensa. Assim, as autoras realizaram uma ampla avaliação,

¹ Estratégia que reforça e incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A ação está focada na qualificação do processo de trabalho dos profissionais da atenção básica resultando no fortalecimento das ações de promoção da alimentação saudável para esse público. Uniu duas estratégias importantes e anteriormente implantadas no país: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Disponível em: <http://www.telessaude.uft.edu.br/images/artigos/aleitamento_3dia_03.pdf>.

baseada na abordagem tridimensional de estrutura-processo-resultado, já utilizada por vários autores para avaliação de sistemas e serviços de saúde, de cinco programas na área de segurança alimentar e combate à fome, que integravam a agenda do Programa Comunidade Solidária do Governo Federal entre 1995-2002. Observou-se que esse esforço metodológico trouxe ganhos analíticos à avaliação e indicou que esta abordagem pode ser empregada de forma a enriquecer os resultados da avaliação.

Carvalho et al. (2013) também apresentaram uma experiência de avaliação de dois programas de segurança alimentar e nutricional, em municípios do nordeste do país, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, a partir da metodologia desenvolvida pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), cujo objetivo é aperfeiçoar a análise dos programas de alimentação e nutrição comunitários, sua eficiência e seu impacto na população participante, bem como fortalecer a capacidade analítica dos técnicos dos programas.

Ainda, cabe destacar alguns desafios para o monitoramento e a avaliação da atenção nutricional, tais como: a ausência de sistemas de informação eficientes no âmbito do Ministério da Saúde; a inserção das informações relativas à atenção nutricional nos sistemas de informação da ABS; a superação da fragmentação dos sistemas de informação para facilitar sua alimentação e análise no nível local; a melhoria da capacidade técnica operacional do MS, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; o fomento à realização de estudos abrangentes de abordagem múltipla (quantitativa e qualitativa); entre outros.

Diante desse contexto, o PMAQ, como estratégia de indução para a melhoria da atenção, do acesso e do cuidado em saúde surge como um potencial instrumento para contribuir para a avaliação e o monitoramento da atenção nutricional na ABS, além de fornecer diretrizes para o trabalho da equipe de saúde.

2.2 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado, que passava a substituir o mercado, devia encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Na tipologia da avaliação, observa-se uma variedade de abordagens incluindo modalidades classificatórias cuja relevância se manifesta em vista de seu interesse prático: de

acordo com o momento da avaliação, sua função, a procedência dos avaliadores e os aspectos do programa que são objeto da avaliação (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) afirmam que:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Dessa maneira, é importante destacar dois aspectos que caracterizam a avaliação: 1) o julgamento de valor; e 2) o processo de tomada de decisão. O ato de avaliar sempre pressupõe julgar a qualidade de um objeto qualquer, que, no nosso caso, é uma intervenção, e exige critérios explícitos e pactuados com os envolvidos na avaliação. Considerando que ao avaliar intervém-se sobre dada realidade, a partir dos resultados da avaliação, é necessário que o processo avaliativo promova mudanças ou estaremos apenas realizando um diagnóstico (BRASIL, 2010).

Segundo Campos (2005), os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos, pois a evolução do conhecimento e a dinâmica social sempre requerem transformações na forma como se prestam os serviços. Também dependem de situações particulares, no qual ocorre o contexto da assistência e do que os serviços podem produzir, comparativamente a outros em condições semelhantes, em uma dada realidade. O autor reforça ainda que a concepção de qualidade depende do lugar que ocupa o sujeito no sistema de saúde.

Para avançar na discussão, cabe distinguir avaliação de qualidade e avaliação qualitativa, termos muitas vezes empregados como sinônimos. Para Bosi et al. (2010, p. 320):

Avaliação qualitativa corresponde à análise (compreensão) de dimensões que escapam aos indicadores e à linguagem quantitativa, voltando-se para a produção subjetiva que permeia os processos. A avaliação de qualidade, que engloba a avaliação qualitativa, inclui também dimensões de qualidade que admitem mensuração e objetivação.

A partir das evidências de que os sistemas nacionais de saúde, que priorizam as ações da ABS como eixo organizador das práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários, a qualidade tem sido um requisito bastante enfatizado. Uma vez definidos e demarcados os princípios a nortear a qualidade, é necessária a busca de metodologias para se avaliar os subsistemas, serviços e equipes envolvidos na ABS (CAMPOS, 2005).

Destaca-se que grande parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado fortemente no quadro conceitual proposto por Donabedian (1966; 1988; 1990), composto por

duas vertentes principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico, que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado, e a segunda se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecido como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade (BRASIL, 2010; DONABEDIAN, 1988; CAMPOS, 2005; UCHIMURA e BOSI, 2002). Para Donabedian (1988), a avaliação da qualidade é, principalmente, um aparelho administrativo utilizado para monitorar o desempenho e determinar se permanece dentro de limites aceitáveis.

Segundo este autor, a estrutura diz respeito aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais. Ou seja, engloba desde financiamento, estrutura física e disponibilidade de equipamentos até os profissionais que prestam a assistência (quantidade e capacitação dos mesmos), passando pela organização dos serviços. Já o processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde; enquanto os resultados são as mudanças observadas no estado de saúde de indivíduos e da população, mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado.

Seguindo essa tendência, a OMS lançou, em 1989, um programa de promoção da avaliação da qualidade da ABS, com o objetivo de sensibilizar gestores, administradores e profissionais da saúde e desenvolver métodos e competências apropriadas (SERAPIONI e SILVA, 2011; WHO, 1988). Na época, o documento apontou o conceito, os determinantes da avaliação da qualidade na ABS, além de questionar o que poderia ser feito para atingir um nível de satisfação da qualidade na ABS (WHO, 1988).

Nesse contexto e em consonância com a necessidade de aprimoramento da ESF, decorrente do seu acelerado crescimento, em 2005, foi lançado pelo MS o projeto “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)”, objetivando impulsionar processos avaliativos e de melhoria da qualidade especificamente no âmbito municipal. Tratou-se de uma metodologia de autogestão para Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), à qual os gestores municipais aderiam livremente e não existiam incentivos financeiros relacionados à adesão nem nenhuma sanção vinculada aos resultados (BRASIL, 2010).

Inspirado no MoniQuOr (instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal), o AMQ foi constituído de 300 padrões de qualidade subdivididos em cinco instrumentos de autoavaliação dirigidos à gestão e às equipes, e de um aplicativo digital para montagem de um banco de dados e acesso a relatórios comparativos que subsidiaram a autogestão da melhoria

da qualidade da ESF. Em maio de 2010, identificou-se mais de 1.000 municípios cadastrados no aplicativo do projeto, entretanto, apenas em torno de 2.000 equipes haviam iniciado as autoavaliações até aquele momento (BRASIL, 2010).

Em 2006, foi lançado o software “Programação da Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB)”, um instrumento de planejamento voltado para a organização da agenda de trabalho dos profissionais de saúde que continha parâmetros de atividades das equipes de SF que guardam similaridades com os 47 parâmetros prioritários definidos na PMAQ (SAVASSI, 2012; BRASIL, 2006). O PROGRAB apresentava 13 áreas de programação, que foram escolhidas de acordo com as prioridades definidas no Pacto pela Saúde e poderiam ser modificadas conforme a necessidade das equipes. De adesão voluntária, sua utilização dependia da decisão dos gestores (BRASIL, 2006).

Em 2007, o “III Seminário Internacional de Atenção Primária/Saúde da Família: Expansão com Qualidade & Valorização dos Resultados”, em Recife, debateu as experiências atualmente em curso neste campo, no Brasil e no mundo, no qual os aspectos mais marcantes foram: a apresentação de sistemas de informação e gerenciais voltados para o monitoramento e a avaliação das ações de ABS, englobando diversos temas, como por exemplo, avaliação de desempenho, contratualizações, seguimento de metas e resultados, sistemas de informação, sistemas de programação, remuneração por desempenho, avaliação de resultados e impacto, entre outros (BRASIL, 2008).

Dentre as experiências internacionais apresentadas no Seminário, vale citar: a experiência da reforma da APS em Portugal, com a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e um processo de acreditação e remuneração ligada ao desempenho; o modelo de certificação de serviços sanitários em Andalucía, na Espanha; e o monitoramento de indicadores de saúde na APS, através de práticas baseadas em evidência no Reino Unido, e a informatização de seus serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Uma iniciativa mais recente de avaliação da ABS, também apoiada pelo MS, foi lançada em 2010: validou-se para a língua portuguesa o instrumento PCA-Tool (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária). Focado na comunidade, nos pacientes e nos profissionais de saúde, é um instrumento que avalia as características nucleares da ABS. O PCA-Tool tem a vantagem de ter componentes específicos para ciclos de vida e de permitir a comparação das equipes de ABS brasileiras com equipes de todo o mundo (SAVASSI, 2012).

Percebe-se que diversificados esforços têm sido empreendidos, no sentido de ajustar as estratégias previstas na PNAB, na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de ABS ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais

diversos contextos existentes no país. Nesse sentido, destaca-se atualmente o PMAQ (BRASIL, 2012d), que será abordado a seguir.

2.3 O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA - PMAQ

O PMAQ se trata de um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, nos três níveis de governo, que pretende mensurar os possíveis efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2012d).

Para a operacionalização do programa, em 2011, o DAB do MS convidou as instituições participantes da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) para o processo de avaliação externa (AE) das equipes de ABS em nível nacional. Sete instituições de ensino superior conformaram uma coordenação nacional, sob a liderança do DAB: Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Minas Gerais e a Fundação Oswaldo Cruz (FAUSTO et al., 2013).

O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da ABS. A primeira fase consiste na **adesão**, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes e os gestores municipais, e destes com o MS. A segunda fase consiste no **desenvolvimento** das ações que serão empreendidas pelas equipes e gestores, sendo organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional. A terceira fase consiste na **avaliação externa**, que averigua as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes de ABS participantes do programa. A quarta fase constitui o processo de **recontratualização**, que deve ocorrer após a certificação da EAB. Com base na avaliação de desempenho de cada equipe, uma nova contratualização de indicadores e compromissos deverá ser realizada, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa (BRASIL, 2012d).

Todo o processo de AE do PMAQ foi conduzido pelas instituições de ensino, mediante a aplicação dos instrumentos avaliativos. No Módulo I, o avaliador da qualidade foi acompanhado por um profissional da equipe de ABS que conhecesse a estrutura,

equipamentos, materiais e insumos da UBS. No Módulo II, o profissional entrevistado foi indicado pela equipe de ABS e deveria agregar o maior conhecimento sobre o processo de trabalho. As perguntas que envolvessem verificação documental contavam com o registro da existência de documentação comprobatória. No Módulo III, buscou-se verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização, sendo aplicado para quatro usuários no dia da AE (BRASIL, 2012d).

No entanto, verifica-se que o entendimento e o envolvimento com a avaliação, por parte das equipes, ainda não é orgânico e está impregnado de dúvidas e incertezas, gerando tensão e insegurança. É necessário criar outras iniciativas que estimulem e apoiem de forma permanente esse processo, maximizando a participação dos profissionais no planejamento e avaliação das suas ações e devolvendo, de forma clara e inteligível, os resultados do processo (CASOTTI et al., 2013).

Ainda, as equipes precisam ser estimuladas a trabalhar com os indicadores gerados por elas próprias, para planejar, organizar e implementar o cuidado à saúde de forma direcionada à realidade local, além de permitir a avaliação da efetividade e do alcance das ações. Portanto, o registro não pode permanecer como mero cumprimento de metas em uma atividade burocrática, mas deve permear o cotidiano como uma ferramenta de inteligência epidemiológica e uma via de subsídio à gestão local dos serviços e políticas de saúde (GARNELO et al, 2013).

Em relação a outros modelos de avaliação, Savassi (2012) observa algumas inovações no caso do PMAQ, tais como, o uso de indicadores de desempenho para classificar equipes e indicadores de monitoramento sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe; repasse imediato e automático após contratualização, com recebimento de recursos durante até seis meses, independente da qualidade antes da AE; se destina a qualquer equipe de ABS, independente do modelo adotado; e agrupa municípios sob avaliação, para fins de comparação, em seis estratos de acordo com indicadores socioeconômicos, tais como, Produto Interno Bruto per capita, proporção populacional de acesso a planos de saúde, bolsa família e extrema pobreza, e densidade demográfica.

Para Aquino et al. (2014), o PMAQ apresenta potencialidades, porém muito desafios, como por exemplo, o estabelecimento de parcerias entre universidades, gestão federal, estaduais e municipais; logística implicada em uma iniciativa nacional que pretende avaliar processos locais; dinamicidade do processo e as mudanças esperadas a curto e médio espaço de tempo; e modalidade de remuneração por desempenho.

Pisco (2001) ressalta que já não basta o “fazemos o nosso melhor”, é preciso que exista mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível. Por último, Campos (2005) afirma que para um programa de garantia ou de melhoria contínua da qualidade cumprir os seus objetivos são necessárias as seguintes condições: provocar mudanças concretas para um serviço de melhor qualidade; definir os responsáveis pelas ações; proporcionar as condições que não estão ao alcance da equipe, de forma a facilitar a melhoria de qualidade; além de construir uma proposta que reflita a realidade loco-regional em que se esteja atuando.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e discutir as possibilidades e limitações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) para a avaliação da atenção nutricional a partir dos instrumentos utilizados no primeiro ciclo do programa.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os padrões da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ relacionados à organização e oferta da atenção nutricional na Atenção Básica;
- Classificar os padrões identificados segundo as dimensões da atenção nutricional e os aspectos da qualidade avaliados (estrutura, processo ou resultado);
- Discutir as possibilidades e limitações do PMAQ para avaliação da atenção nutricional na Atenção Básica.

4 CAMINHO METODOLOGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Com base em seus objetivos, este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, caracterizada pelo pouco conhecimento sobre o tema abordado. Segundo Gil (2002), estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com intuito de torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses. Quanto ao procedimento adotado optou-se pela análise documental. Gil (2002) pontua que:

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Convém lembrar que algumas pesquisas elaboradas com base em documentos são importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios (GIL, 2002).

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, no qual se busca explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantifica os valores e as trocas simbólicas nem se submete à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens (SILVEIRA E CÓRDOVA, 2009).

4.2 COLETA DE DADOS

A primeira etapa do trabalho consistiu no levantamento bibliográfico e na leitura aprofundada do material selecionado para o desenvolvimento do referencial teórico, buscando os seguintes termos de busca: *Nutrition Policies*; avaliação serviços de saúde; pesquisa qualitativa, avaliação da Atenção Básica; avaliação em saúde; *evaluation Primary Health Care*; *evaluation of healthcare quality*; avaliação da qualidade em saúde; qualidade dos cuidados de saúde; *quality assessment*; avaliação por desempenho; monitoramento e avaliação em saúde. Tal procedimento foi realizado a partir de artigos publicados em periódicos, livros e documentos normativos e técnicos, tanto nacionais como internacionais. O levantamento foi

feito através de ferramentas de busca na internet e em sites oficiais do Governo Federal brasileiro e órgãos internacionais.

A segunda etapa foi constituída pela escolha dos instrumentos do PMAQ a serem analisados no estudo e dos documentos normativos e técnicos do Ministério da Saúde acerca das ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Decidiu-se analisar apenas os instrumentos do primeiro ciclo do PMAQ, uma vez que este já foi finalizado e os resultados de certificação das equipes de ABS foram divulgados no ano de 2013. O segundo ciclo do programa ainda estava em andamento durante a realização desse estudo e utiliza outros instrumentos de avaliação, com indicadores e padrões de qualidade revisados e novos. Assim, centrou-se na análise do instrumento de AE do primeiro ciclo do PMAQ, elaborado pelo DAB/MS.

Decidiu-se não incluir a análise do instrumento autoavaliativo – AMAQ – porque tais questões não foram verificadas na AE e não podem ser monitorados pela gestão federal. O resultado da autoavaliação é baseado exclusivamente em respostas dos próprios avaliados e deve ser utilizado localmente para subsidiar a tomada de decisão para melhoria do acesso e da qualidade. Já a análise dos indicadores e dos aspectos observados na AE tem suas evidências constatadas por meio de documentos (atas, relatórios, instrumentos, prontuários etc.), da observação direta dos avaliadores e outras fontes verificáveis (sistemas de informação), sendo monitorados pela gestão federal (BRASIL, 2012d).

Devido às limitações para o desenvolvimento do estudo durante o período da especialização em serviço, também não foi realizada a análise da Ficha de Qualificação de Indicadores do PMAQ. No entanto, é válido destacar que os indicadores selecionados para o primeiro ciclo do programa se referem a alguns dos principais focos estratégicos da AB (pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis), assim como a iniciativas e programas prioritários do MS (rede cegonha, rede de atenção psicossocial, rede de urgência e emergência). Todavia, a escolha desses indicadores ficou limitada àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), uma vez que esse é o único sistema disponível para a alimentação e acompanhamento de maneira individualizada pelas equipes implantado em todo o país (BRASIL, 2012d).

O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro grandes dimensões e doze subdimensões, que consistem nos eixos de análise orientadores dos padrões de qualidade, sendo sua estrutura composta por três módulos, respectivamente: I. Observação na

Unidade de Saúde, II. Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e III. Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário. O mesmo foi aplicado durante o período de 2012 a 2013, sendo utilizado para todas as equipes de ABS certificadas no primeiro ciclo do PMAQ, totalizando 17.482 equipes em 3.965 municípios (BRASIL, 2014a).

Com relação aos documentos normativos e técnicos do MS, acerca da atenção nutricional na ABS, foram incluídos como fonte de dados os documentos disponíveis no portal do DAB, assim como no portal da Rede Social de Alimentação e Nutrição do SUS - RedeNutri, que são espaços institucionais de comunicação da CGAN com os gestores e profissionais da ABS e nos quais são divulgadas legislações e referenciais técnicos para organização e oferta da atenção nutricional.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para delimitar as categorias de investigação e análise partiu-se da definição de atenção nutricional estabelecida pela PNAN (2012b) e das suas principais dimensões (VAN, PAAS, prevenção e tratamento de agravos relacionados à alimentação e nutrição, articulação intersetorial para SAN) e da abordagem de avaliação da qualidade de Donabedian (1988), que se caracteriza pela tríade estrutura – processo – resultado. Desta forma, buscou-se investigar nos instrumentos de AE do primeiro ciclo do PMAQ, quais padrões estavam relacionados às dimensões da atenção nutricional e em que aspectos da qualidade estavam sendo avaliados (estrutura, processo ou resultado).

Neste estudo, considerou-se como estrutura os recursos humanos, equipamentos, materiais impressos, insumos e medicamentos, relacionados às dimensões da atenção nutricional. Para Contandriopoulos et al. (1997) a apreciação da estrutura trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Ou seja, deveria ser capaz de responder a algumas questões como “Estes recursos são suficientes para oferecer o leque completo dos serviços prestados?”.

Na dimensão processo foram consideradas as atividades desenvolvidas em consonância com as prioridades da atenção nutricional, como implementação dos programas de suplementação de micronutrientes, desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável, vigilância alimentar e nutricional, integração com outros equipamentos sociais do território, utilização de protocolos com diretrizes terapêuticas, atenção a todas as fases do curso da vida e apoio matricial em alimentação e nutrição.

Na dimensão resultado buscou-se identificar os aspectos relacionados a cobertura das ações, a melhoria do conhecimento dos usuários sobre alimentação e nutrição e sua satisfação com o acesso e a qualidade das ações de atenção nutricional. A apreciação dos resultados consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Em seguida, os resultados foram discutidos com base no referencial teórico e em leituras complementares sugeridas durante a análise das informações, a fim de trazer avanços para o tema da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 apresenta a síntese da análise do instrumento de avaliação externa, de acordo com as categorias de análise e investigação: dimensões da atenção nutricional e abordagem de avaliação de qualidade (estrutura, processo e resultado) consideradas no referencial teórico.

Quadro 1 – Classificação dos aspectos avaliados no instrumento de avaliação externa do PMAQ – 1º Ciclo conforme dimensões da atenção nutricional e da avaliação de qualidade de ações e serviços de saúde.

DIMENSÕES DA ATENÇÃO NUTRICIONAL	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN)	1) Nutricionista na composição da equipe ^{1,2} 2) Equipamentos antropométricos ¹ (antropômetros e balanças) 3) Insumos (fita métrica) ¹ 4) Materiais impressos (Cadernetas de saúde) ¹ 5) Protocolos com definição de diretrizes terapêuticas (pré-natal, crianças menores de dois anos - crescimento/desenvolvimento, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus) ² 6) Espelho das cadernetas das gestantes e de saúde da criança ² 7) Mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família ²	1) Apoio matricial à equipe de atenção básica ² 2) Programação de consultas e ações para grupos prioritários (pré-natal, crescimento e desenvolvimento da criança, hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, obesidade) ² 3) Utilização das cadernetas das gestantes e de saúde da criança ² 4) Registro sobre crescimento e desenvolvimento e estado nutricional de crianças ² 5) Realização de avaliação antropométrica e nutricional no PSE ² 6) Orientação ao usuário sobre ganho de peso da criança ³ 7) Ações de pesar, medir e colocar a criança para mamar na consulta na primeira semana ³ 8) Recebimento da caderneta de saúde da criança ³ 9) Pergunta ou observação sobre o desenvolvimento da criança conforme esperado para idade ³	Não identificado
	1) Nutricionista na	1) Apoio matricial à equipe de	Não

<p>PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL (PAAS)</p>	<p>composição da equipe^{1,2} 2) Materiais impressos (Cadernetas de saúde)¹ 3) Protocolos com definição de diretrizes terapêuticas (pré-natal, crianças menores de dois anos - crescimento/desenvolvimento, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus)²</p>	<p>atenção básica² 2) Programação de consultas e ações para grupos prioritários (pré-natal, crescimento e desenvolvimento da criança, hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, obesidade)² 3) Oferta de ações educativas e de promoção da saúde (alimentação saudável, prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica, de Diabetes mellitus, apoio ao autocuidado para doenças crônicas)² 4) Realização de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis) no PSE² 5) Orientação ao usuário sobre alimentação da criança e amamentação exclusiva até 6 meses³ 6) Orientação sobre grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa voltado para a gestante³ 7) Informação sobre mamar no peito e importância da amamentação na primeira consulta após o parto³ 8) Orientação sobre alimentação da criança até dois anos³ 9) Informação sobre o uso de mamadeira³</p>	<p>identificado</p>
<p>PREVENÇÃO E</p>	<p>1) Nutricionista na composição da equipe^{1,2} 2) Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos¹ 3) Protocolos com definição de diretrizes terapêuticas</p>	<p>1) Apoio matricial à equipe de atenção básica² 2) Programação de consultas e ações para grupos prioritários (pré-natal, crescimento e desenvolvimento da criança, hipertensão arterial sistêmica,</p>	<p>Não identificado</p>

<p>TRATAMENTO DOS AGRAVOS RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO</p>	<p>(pré-natal, crianças menores de dois anos –crescimento /desenvolvimento, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus)²</p>	<p>Diabetes mellitus, obesidade)² 3) Utilização das cadernetas das gestantes e de saúde da criança² 4) Orientação ao usuário sobre alimentação e ganho de peso da criança e amamentação exclusiva³ 5) Prescrição de sulfato de ferro no pré-natal³ 6) Prescrição de ácido fólico no pré-natal³ 7) Orientação sobre grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa voltado para a gestante³ 8) Orientação para mamar no peito e importância da amamentação na primeira consulta após o parto³</p>	
<p>ARTICULAÇÃO E COOPERAÇÃO INTERSETORIAL PARA PROMOÇÃO DE SAN</p>	<p>1) Nutricionista na composição da equipe^{1,2} 2) Equipamentos antropométricos¹ (antropômetros e balanças) 3) Insumos (fita métrica)¹ 4) Mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família²</p>	<p>1) Apoio matricial à equipe de atenção básica² 2) Busca ativa de famílias elegíveis para o PBF² 3) Realização do registro das famílias cadastradas no PBF² 4) Realização de avaliação antropométrica e nutricional no PSE² 5) Realização de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis) no PSE²</p>	<p>Não identificado</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

¹Aspectos avaliados no módulo I; ²Aspectos avaliados no módulo II; ³Aspectos avaliados no módulo III.

5.1 ASPECTOS RELATIVOS A AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA QUE SE RELACIONAM A ATENÇÃO NUTRICIONAL

Foi possível observar que as perguntas do instrumento de avaliação externa do PMAQ, que se relacionam com as dimensões da atenção nutricional, referem-se em sua maioria aos aspectos da estrutura dos serviços e do processo de trabalho das equipes no tocante a VAN e PAAS, com destaque para ações voltadas ao público materno-infantil.

A especialização em serviço, no MS, permitiu compreender que a grande inserção de padrões de avaliação referentes à estrutura dos serviços no primeiro ciclo do PMAQ se deve as peculiaridades que o caracterizaram: uma avaliação nunca realizada antes nesta proporção, de abrangência nacional e, portanto, havia a necessidade, por parte do Governo Federal, de identificar a real situação das UBS (sua estrutura física, seus equipamentos, materiais, medicamentos e recursos humanos) para direcionar os investimentos futuros; além da ausência de um sistema de informações, que fosse alimentado de forma regular e consistente, limitando a fonte de dados para essa investigação.

Com relação aos recursos humanos, cabe esclarecer que, partiu-se da compreensão de que a atenção nutricional deve ser realizada por equipes multiprofissionais. No entanto, de acordo com a PNAN, *as equipes de referência da ABS deverão ser apoiadas por equipes multiprofissionais, a partir de um processo de matriciamento e clínica ampliada, com a participação de profissionais da área de alimentação e nutrição* (BRASIL 2012a, grifo nosso). Assim, avaliar a composição das equipes de ABS, sejam de referência ou de apoio matricial, torna-se importante para conhecer a capacidade dos serviços, em termos de recursos humanos, e para lidar com a complexidade do cenário alimentar e nutricional da população brasileira.

A participação de profissionais nutricionistas na ABS vem crescendo gradativamente, porém ainda são escassos os estudos que realizam uma análise geral dessa inserção e muitos se limitam a algumas regiões do país. O Conselho Federal de Nutricionista (CFN) recomenda a presença de um nutricionista para cada 30.000 habitantes, no caso de municípios de 20.001 a 500.000 habitantes, no âmbito da ABS (CFN, 2006). Essa estimativa compara-se a utilizada pelo Canadá, a qual prevê que 1,3 a 2,4% de indivíduos podem necessitar de aconselhamento nutricional e isso se traduziria na presença de um nutricionista por 15.800 a 29.000 indivíduos (DIETITIANS OF CANADA, 2009). Segundo dados do primeiro ciclo do PMAQ, 31.612 UBS não possuem este profissional na equipe ampliada e, apenas 6.687 UBS contam com o mesmo, somando um total de 7.052 nutricionistas.

Nesse contexto, a participação do nutricionista nos serviços de ABS assume função estratégica para a realização de ações integrais nessa área, instrumentalizando e apoiando os demais profissionais, respeitando seu núcleo de competências (BRASIL, 2012a), o que justificaria observar essa questão em uma avaliação de qualidade da ABS, pois pode subsidiar a adoção de medidas para apoiar e estimular a inserção e qualificação destes profissionais na ABS. Pimentel et al. (2013) reiteram que a ausência do nutricionista na equipe confronta-se com o princípio da integralidade das ações de saúde, já que este possui formação acadêmica para atuar na área de alimentação e nutrição dentro das comunidades e a abordagem do tema perpassa as ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção e tratamento de doenças.

No tocante aos equipamentos, foram identificadas as questões referentes ao provimento de equipamentos antropométricos, que são essenciais para a coleta de peso e comprimento/altura dos indivíduos atendidos na ABS, constituindo a primeira etapa da VAN. A adequada provisão de equipamentos é crucial para as agendas prioritárias no âmbito da ABS, tais como, a implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o diagnóstico e estratificação de risco dos indivíduos com sobrepeso e obesidade como parte da linha de cuidado prioritária da RAS das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013b, BRASIL, 2014b).

Ressalta-se que o Ministério da Saúde apoia financeiramente os municípios e o Distrito Federal na estruturação da VAN, priorizando os polos do Programa Academia da Saúde e UBS com equipes participantes do PMAQ, por meio de incentivo financeiro para compra de equipamentos adequados para este fim (BRASIL, 2011c), sendo necessário o monitoramento para acompanhar e avaliar a aplicação dos recursos transferidos.

Na dimensão da estrutura dos serviços de saúde, o investimento, financeiro e técnico, em materiais educativos e de apoio para a atuação das equipes também exige o reconhecimento dos mesmos para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. As Cadernetas de Saúde da Criança, do Adolescente, do Idoso e da Gestante são fundamentais para o acompanhamento e registro do estado nutricional dos indivíduos e a sua utilização deve fazer parte da rotina das equipes de saúde.

A Caderneta de Saúde da Criança, por exemplo, é utilizada para o monitoramento nutricional de crianças menores de 10 anos, por meio das curvas de crescimento para cada sexo, o registro da história de saúde, como intercorrências, monitoramento do desenvolvimento e controle das imunizações e suplementação de ferro, desde o nascimento. Além disso, possui orientações para a família sobre aleitamento materno e alimentação

complementar saudável, entre outras (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2013b). Nesse sentido, as Cadernetas de Saúde foram identificadas como parte da dimensão de estrutura, no âmbito da avaliação de qualidade, e relacionada às dimensões de VAN, PAAS e prevenção e tratamento de agravos relacionados à alimentação e nutrição, no âmbito da atenção nutricional.

A suplementação com micronutrientes é reconhecida como uma das estratégias para a prevenção e tratamento de carências nutricionais específicas. Todavia, se configura como desafio a efetiva implementação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e Vitamina A no âmbito da ABS, apesar de se tratarem de programas iniciados ainda na década de 1980 em algumas regiões do país (JAIME et al., 2011). Desta forma, verificar a disponibilidade dos medicamentos antianêmicos, vitaminas e polivitamínicos nas UBS é fundamental para avaliar a estrutura dos serviços para prevenção e tratamento desses agravos relacionados à alimentação e nutrição.

Em função das altas prevalências dessas deficiências, almeja-se que os profissionais da ABS potencializem essa ação, distribuindo os suplementos para todas as crianças nas consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e para todas gestantes nas consultas de pré-natal (JAIME et al., 2011). Percebe-se, portanto, a fragilidade do instrumento para avaliar a implementação de fato dos programas, pois a disponibilidade dos medicamentos não garante a sua distribuição e a orientação aos usuários. Para tanto, seria interessante investigar se os medicamentos antianêmicos, vitaminas e polivitamínicos disponíveis na UBS são fornecidos ao público alvo desses programas e se outras ações voltadas a prevenção dessas carências são realizadas em conjunto.

Destaca-se que a publicação do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, institui a Rede de Atenção à Saúde e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, possibilita avanços para a organização e oferta das ações de Alimentação e Nutrição no âmbito do SUS. Os protocolos são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011a). Além disso, devem ser consideradas outras racionalidades terapêuticas possibilitando a incorporação das práticas integrativas e complementares nos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2009b).

Reconhece-se que os Cadernos de Atenção Básica, publicados pelo MS, são instrumentos de referência para a organização do cuidado na AB, contribuindo no fortalecimento das ações desenvolvidas e subsidiando tecnicamente as equipes e gestores para

a definição de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A utilização desses materiais e devem ser estimuladas e apoiadas para a qualificação e valorização das práticas de saúde. O instrumento de AE não especifica os protocolos utilizados, abordando apenas algumas temáticas mais relevantes da atenção nutricional, tais como, pré-natal, crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento), diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

Quanto ao PBF, o “Mapa de Acompanhamento” disponibiliza a relação das famílias beneficiárias para acompanhamento na vigência, e contém o nome dos beneficiários, endereço, os respectivos números de identificação social (NIS) e os campos para preenchimento com as informações acerca das condições de Saúde de cada integrante da família. Cabe destacar, que o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF no âmbito da ABS é compromisso assumido por todos os gestores do SUS.

Em relação à estrutura, notou-se que as perguntas do instrumento contemplaram todas as dimensões da atenção nutricional, que são fundamentais para concretizar as ações a serem desenvolvidas. De fato, identificar a presença do nutricionista nas equipes de ABS, a suficiência de equipamentos antropométricos, insumos e materiais impressos, a disponibilidade de medicamentos, de protocolos e do mapa de acompanhamento do PBF contribui para a avaliação da estrutura disponível para a oferta da atenção nutricional. Destaca-se que outros aspectos da estrutura, de um modo geral, que foram observados na avaliação externa do PMAQ também contribuem para a realização das ações de alimentação e nutrição na ABS, assim como as demais ações de atenção à saúde, como por exemplo, sala para atividades coletivas, computador com acesso à internet, veículo para visitas domiciliares, entre outros.

Importante destacar que o Modelo de Certificação do Sistema Sanitário de Andalucía, na Espanha, prevê uma série de materiais para favorecer e impulsionar os processos de melhoria contínua dos serviços. Dentre eles, o “Manual de Padrões para Unidade de Nutrição Clínica e Dietética” preconiza a utilização de diretrizes da prática clínica, protocolos e planos de cuidado para atenção nutricional; a garantia de espaço, capacidade técnica e os recursos necessários para o sucesso da realização de suas atividades (AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA, 2012). Tal referência pode contribuir para o aprimoramento e elaboração de instrumentos para avaliação da estrutura para a atenção nutricional no Brasil.

5.2 ASPECTOS RELATIVOS À AVALIAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ABS QUE SE RELACIONAM A ATENÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação do processo de trabalho das equipes de ABS pelo PMAQ tem como propósitos direcioná-las para as práticas preconizadas pelas diversas políticas, no âmbito da ABS, e induzir para a melhoria da qualidade destas. Nesse sentido, foram incluídas questões referentes às agendas e aos programas prioritários no momento de elaboração do instrumento, como por exemplo, a agenda da Rede Cegonha e o PBF.

Com base nas recomendações da PNAB para a organização das equipes, o apoio matricial é apresentado como uma tecnologia de gestão, complementar à definição de equipes de referência. É um tipo de arranjo contratual que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações, a partir de duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Por essa razão, o matriciamento pelo profissional nutricionista representa uma grande potencialidade, porém traz o desafio da apropriação das ações de alimentação e nutrição por outros profissionais de saúde, respeitando-se competências e atribuições específicas (JAIME et al., 2011).

Assim, a inserção dos profissionais de Nutrição nos NASFs tem um importante papel para o planejamento e gestão, pois qualifica a atividade das equipes: desde o diagnóstico da situação de segurança alimentar e nutricional do território até o atendimento individualizado dos casos que assim necessitem, entre os usuários da ABS (JAIME et al., 2011). A implantação dos NASFs ainda se mostra incipiente, sendo necessário fortalecê-los e ampliá-los de modo a garantir a integralidade das ações (PIMENTEL et al., 2013). Nesse contexto, é relevante o acompanhamento dessas questões por meio da AE do PMAQ.

Quanto à utilização das Cadernetas das gestantes e de saúde da criança, cabe lembrar que faz parte da realização da VAN, essencial para o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, contribuindo, assim, para o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios (BRASIL, 2012a). As Cadernetas, em geral, se caracterizam como um relevante instrumento de cidadania e diálogo entre os profissionais e usuários e seu uso deve ser estimulado para todas as fases do ciclo da vida.

É reconhecido que o crescimento infantil é um importante indicador em saúde pública para monitorar o estado de saúde e nutrição de populações, em razão de sua estreita dependência com fatores ambientais como alimentação, doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação, de saneamento básico e de acesso aos serviços de saúde. O

acompanhamento do desenvolvimento da criança na ABS deve buscar sua promoção e proteção, além da detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre, principalmente, por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança (BRASIL, 2013b).

Assim, a programação de consultas, o registro do crescimento e desenvolvimento e estado nutricional de crianças, e as orientações à família devem ser contempladas nas ações das equipes, fortalecendo essa agenda e a integração com outras. Ainda, seria de grande relevância investigar a distribuição e utilização dos medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos, principalmente com crianças e mulheres e idade fértil e, não apenas a sua disponibilidade na UBS. Ou o conhecimento dos profissionais acerca dos programas de suplementação vigentes.

Corroborando com a agenda de saúde da criança e contribuindo com a agenda de atenção à saúde do adolescente, verificar a realização das ações de saúde previstas no PSE, entre elas a avaliação antropométrica e nutricional e as atividades educativas, afirma a importância das mesmas no processo de trabalho das equipes de ABS e induz a sua realização. A escola é reconhecida como local privilegiado para a promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, sendo observados efeitos positivos quando as intervenções estão relacionadas à formação de hábitos de vida saudáveis e também a alterações no ambiente escolar, tornando-o favorável em relação às práticas alimentares e à atividade física (JAIME et al., 2011).

A oferta de ações educativas e de promoção da saúde, tais como, alimentação saudável, prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, e o apoio ao autocuidado para doenças crônicas possibilita a melhora da situação de saúde dos indivíduos e contribui para reduzir os encaminhamentos para a média e alta complexidade. A educação alimentar e nutricional é essencial para ampliar o conhecimento da população e estimular práticas alimentares saudáveis.

Reconhece-se que a ABS é o espaço preferencial para o desenvolvimento de ações de caráter individual e coletivo, voltadas à promoção da saúde e prevenção da obesidade, além de ser potencialmente apta a fornecer atenção integral ao usuário com excesso de peso e suas comorbidades. Para subsidiar as ações de promoção da alimentação saudável na ABS, os profissionais de saúde podem fazer uso do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. Também foi elaborada uma série de “Dez Passos de Alimentação Saudável” por ciclo de vida, com orientação sobre o

consumo de frutas, verduras e legumes, gorduras, sal, água, açúcar, álcool e atividade física (JAIME et al., 2011).

Recine e Vasconcellos (2011) apontam que estudos mostram o quanto o setor saúde pode, com base no processo de troca dinâmica de informações sobre alimentação e nutrição, contribuir para a formação da opinião confiável sobre os princípios e recomendações da alimentação saudável. E neste contexto, a atenção básica se constitui em um *locus* privilegiado para se avançar na promoção da alimentação saudável.

Ainda com relação aos cuidados direcionados aos indivíduos com DCNT, em especial, hipertensão, diabetes e obesidade vale ressaltar que estes não se restringem apenas às ações de PAAS. É necessário o acompanhamento contínuo desses indivíduos em consultas e atividades coletivas para o monitoramento do seu estado de saúde e apoio ao auto cuidado. Observa-se que as questões do instrumento de AE relacionadas a essa temática foram muito restritas, não considerando os cuidados integrais que a equipe deve ofertar e não permitiram avaliar a atenção nutricional a esse público prioritário, como por exemplo, se o indivíduo teve seu estado nutricional avaliado ou se recebeu orientações específicas sobre sua alimentação.

Em relação à busca ativa e registro de famílias do PBF, cabe esclarecer que são etapas de uma agenda maior de acompanhamento dessas famílias, no esforço intersetorial de superação da pobreza e desigualdade social no país. Destaca-se que a utilização dos dados oriundos do monitoramento do estado nutricional dos beneficiários permite que os gestores implementem estratégias para promoção da alimentação saudável e prevenção e controle das doenças e distúrbios nutricionais. Essas informações tornam-se uma linha de base para a avaliação da performance do PBF por meio do impacto possível no estado nutricional dos beneficiários (BRASIL, 2009a; CAMPELO e NERI, 2013).

Nessa perspectiva, a melhoria da saúde e nutrição das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, implicando ampliação do acesso aos serviços de saúde, é uma das ações que visa o enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional e dos agravos em saúde, na ótica de seus determinantes sociais (BRASIL, 2012b).

O reconhecimento da importância do aleitamento na melhoria das condições de saúde e nutrição de crianças e mulheres tem levado ao estabelecimento de políticas públicas voltadas à promoção, proteção e apoio a essa prática na atenção à saúde da população. O monitoramento desta prática nas ações básicas de saúde torna-se fundamental para a avaliação da situação alimentar infantil e determinação adequada de políticas públicas (BRASIL, 2009a). Portanto, no contexto da garantia da oferta de alimentação adequada e saudável,

ressalta-se a importância de que a RAS constitua-se em uma rede de apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável (BRASIL, 2012b).

Dessa forma, potencializar o consumo alimentar adequado nos primeiros anos de vida favorece a formação de hábitos alimentares saudáveis, o que contribui para a prevenção da epidemia de excesso de peso, hoje observada no país. Os hábitos alimentares estabelecidos nos primeiros anos de vida repercutem não só no estado nutricional momentâneo das crianças, mas também em outros ciclos vitais (JAIME et al., 2011).

Pode-se notar que algumas questões partiram da estrutura para avaliar o processo, apontando para os resultados que pretendem alcançar. Observou-se que, em relação à atenção nutricional, as questões realizadas com os usuários também se referem ao processo de trabalho das equipes, e não a sua satisfação com os serviços, ao seu estado de saúde ou ao seu conhecimento sobre alimentação e nutrição. Por isso, a análise das questões com os usuários foi incluída neste tópico.

Starfield (2002) ressalta que na teoria, o elemento estrutural de cada característica deveria estar relacionado de perto ao elemento processual. Ou seja, um acesso melhor deve levar a uma melhor utilização da estrutura disponível para resolução de cada problema novo de saúde; uma variedade mais ampla de serviços disponíveis deveria estar associada a um melhor reconhecimento das necessidades para aqueles serviços; entre outros. Todavia, na prática, há pouca pesquisa que teste especificamente a teoria.

5.3 ASPECTOS RELATIVOS A AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA ATENÇÃO NUTRICIONAL OFERTADA PELAS EQUIPES DE ABS

Para Donabedian (1988) o resultado indica os efeitos do cuidado sobre o estado de saúde dos indivíduos e populações. São consideradas melhorias no conhecimento do usuário e mudanças salutaras no seu comportamento, assim como o grau de satisfação do mesmo.

Embora o estado de saúde e os “resultados” sejam conceitualmente equivalentes, Starfield (2002) ressalta que o primeiro geralmente é usado quando o interesse está nas populações, enquanto o último, geralmente, se aplica a situações em que o atendimento clínico de um grupo está sendo avaliado. A autora sinaliza que a avaliação dos resultados envolve a coleta de informações diretamente dos usuários, que engloba comportamentos, como limitação nas atividades da vida diária normal e também atividades que refletem a propensão para melhorar a saúde no futuro (por exemplo, redução do tabagismo).

Dito isto, observa-se no instrumento de avaliação externa, que as questões relacionadas à atenção nutricional não englobaram mudanças no comportamento ou a satisfação do usuário nem investigaram a melhoria do seu estado de saúde, logo não avaliam a dimensão resultado. Serapioni e Silva (2011), em estudo sobre a avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família, denominado atualmente como ESF, no qual utilizaram a abordagem de Donabedian, argumentaram que a respeito dos resultados (*outcome*), concentraram-se na análise do grau de satisfação dos usuários, sem abordar os resultados em termo de mudanças no estado de saúde da população ou de mudanças de comportamento dos pacientes, pois precisariam de estudos mais complexos e de mais recursos.

Em 2013, a OMS divulgou a publicação “Revisão da Política Mundial de Nutrição – O que é preciso para intensificar a ação de nutrição?”, na qual apontava os desafios globais das políticas de nutrição, com destaque para desnutrição infantil; sobrepeso e obesidade no adulto; deficiência de ferro; de vitamina A; de iodo e a alimentação de lactentes e crianças (WHO, 2013). De acordo com a OMS, as metas globais a serem alcançada em 2025 referem-se a redução de 40% da baixa estatura na infância; redução de 50% de anemia em mulheres em idade reprodutiva; diminuição de 30% no baixo peso ao nascer; aumento de 0% em excesso de peso na infância; aumento na taxa de amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses, de pelo menos 50%, e redução no baixo peso na infância para menos de 5% (WHO, 2013).

Portanto, a dimensão dos resultados deveria contemplar essas agendas prioritárias, observando se houve melhora nas condições de saúde dos indivíduos ou mudança de comportamento, e avaliando o alcance das metas relacionadas a alimentação e nutrição. Trata-se de um desafio incorporar questões que consigam captar esses desfechos da situação de saúde e que resultem em indicadores estratégicos para a avaliação e monitoramento das ações.

No entanto, compreende-se que não cabe ao PMAQ, por sua estrutura e propósito, avaliar os resultados distais das ações implementadas, tais como a evolução do estado nutricional, a melhoria ou não do consumo alimentar, o quadro de morbidade, entre outros. Vale ressaltar que existem outras estratégias que contemplam a avaliação desses resultados, como por exemplo, os inquéritos nutricionais, as pesquisas nacionais e os sistemas de informação em saúde, que podem fornecer séries históricas sobre essas mudanças.

Apesar do referencial teórico utilizado sobre avaliação em saúde para o desenvolvimento deste estudo (Donabedian, 1988), ter permitido analisar diversos aspectos do PMAQ em relação as suas potencialidades e desafios para a avaliação da atenção nutricional, outros referenciais poderiam ser utilizados para alcançar os objetivos propostos.

Por isso, é importante mencionar o trabalho de outros autores que utilizam abordagens diferentes de avaliação, tais como Habicht et al. (1999), que definem dois eixos que norteiam a avaliação de programas de saúde e nutrição. O primeiro eixo refere-se ao tipo de indicador a ser utilizado, o que depende, essencialmente, do que está sendo medido: se o processo, o resultado ou ambos os aspectos do programa. Indicadores de oferta, utilização e cobertura analisam o processo; indicadores de impacto, o resultado. A decisão sobre que indicadores devem ser medidos dependerá de quem utilizará os resultados e das decisões a serem tomadas em decorrência da avaliação. O segundo eixo refere-se ao tipo de inferência necessária para se afirmar que os resultados observados, tanto de processo quanto de impacto, foram efetivamente decorrentes da exposição à intervenção (SANTOS e VICTORA, 2004; HABICHT et al., 1999).

Os mesmos autores ainda identificam avaliações em três níveis de inferência causal: adequação, plausibilidade e probabilidade. Avaliações de adequação investigam se os objetivos do programa foram alcançados. Avaliações de plausibilidade, se os objetivos foram alcançados devido ao programa. E avaliações de probabilidade estimam, como o próprio nome indica, qual a probabilidade estatística de que o programa tenha realmente efeito (HABICHT et al, 1999).

Santos e Silva (2013) afirmam que quando a preocupação maior recai sobre os efeitos ou impactos que a política e seus programas geram nas pessoas, serviços ou ações, por exemplo, estamos no campo da avaliação de resultados. No entanto, quando a preocupação central está na compreensão do funcionamento do programa e na busca do aperfeiçoamento constante, durante a execução, considerando os fatores que podem obstar ou favorecer a realização do que foi previsto, estamos no campo da avaliação de processo, ou de um monitoramento analítico.

A avaliação segundo um número de critérios que envolvam a estrutura, o processo e o resultado permite, ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005). Por último, a avaliação do resultado das ações de alimentação e nutrição sobre a população assistida, no âmbito do município, também deve incorporar a análise do alcance das metas e dos indicadores de alimentação e nutrição previstos, aprimorando as ações quando necessário (BRASIL, 2009b).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar o PMAQ como instrumento de avaliação e monitoramento das políticas implementadas exige compreender o desenho do mesmo, com suas potencialidades e desafios. É importante ter clareza de quais padrões de qualidade se quer investir, se eles realmente traduzem o atual cenário epidemiológico do país e se são considerados uma premissa dentro do Ministério da Saúde. Além disso, os padrões utilizados precisam produzir sentido, significado para as equipes de saúde e gestores. Devem fazer parte do planejamento das ações no território e induzir mudanças concretas.

Cabe destacar que o espaço da avaliação é marcado por diferentes pontos de vista, tanto em relação aos seus objetivos, a metodologia desenvolvida quanto aos seus resultados, dependendo ainda do olhar dos atores participantes, seja ele um usuário, trabalhador ou gestor, e do uso que se faz dessas informações, para produzir movimentos a partir dos resultados.

Apesar das questões relacionadas à atenção nutricional exercerem pouquíssima influência na avaliação de desempenho das equipes e, conseqüentemente, na definição de valores a serem repassados a elas, são de extrema importância para avaliação da implementação da PNAN na perspectiva local, estadual, regional e nacional.

Reconhece-se que as ações de alimentação e nutrição devem ser transversais e permear as diversas ações realizadas pelas equipes, contribuindo para o cuidado integral em saúde. Assim, a análise crítica dos padrões de qualidade e indicadores do programa, comparativamente com as diretrizes da PNAN, as orientações da Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde e as metas internacionais, se faz necessária para que os mesmos atinjam seus objetivos, qualificando a atenção nutricional na ABS, induzindo sua melhoria e concretizando a avaliação e monitoramento desta.

É importante questionar também sobre os resultados e os efeitos das ações desenvolvidas, se estas modificam a realidade da população e se contribuem de fato para melhores condições de saúde no território. Essas respostas são úteis para nortear as decisões políticas, sendo urgente a produção de dados de maneira sistemática e confiável e a avaliação dos resultados de maneira ampliada.

Mesmo com algumas fragilidades para a avaliação dos serviços de saúde, como a concentração de indicadores referentes a estrutura, o instrumento de avaliação externa é uma ferramenta muito útil e que pode ser aperfeiçoada para os futuros ciclos do programa. Como foi dito, o interesse principal do primeiro ciclo do PMAQ foi realizar um levantamento da

situação das unidades básicas de saúde do país para futuros investimentos, sendo necessário elencar tais indicadores. Por isso, a evolução do instrumento, para a melhor avaliação das dimensões de processo e resultado, é fundamental nos ciclos subsequentes, considerando as principais necessidades de saúde da população e seu perfil epidemiológico, assim como as políticas e os programas vigentes.

Dessa forma, o PMAQ deve ser entendido como um dispositivo potencializador para se alcançar a Atenção Básica que se pretende, com o mais alto de grau de qualidade, a garantia do acesso e dos princípios organizativos do SUS. Refletir sobre quais as respostas o instrumento pode fornecer e como ele pode oferecer diretrizes para o trabalho das equipes é fundamental para a sua sustentabilidade em longo prazo e o seu reconhecimento, pelos gestores e áreas técnicas, como instrumento para a decisão política.

Reitera-se, como apontado por Santos (2013), que monitorar e avaliar são parte essencial, imanente, do nosso processo de trabalho, se desejamos alcançar objetivos e prover à população o melhor que podemos, e de que com uma atitude de monitoramento e avaliação podemos poupar esforços de todos os tipos, inclusive aquele relativo a muito trabalho com poucos resultados relevantes.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil:** mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad. Saúde Pública [online]., v.24, n.8, p. 1727-1742, 2008.

AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; ABDON, C. **Monitoramento e avaliação: reflexos visíveis na Atenção Primária à Saúde no Brasil.** In: SOUZA, M. F. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Maria de Fátima de Souza, Marcos da Silveira Franco, Ana Valéria Machado Mendonça. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 29 de jun. 2011a. Seção I, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde:** conceitos, métodos e diretrizes. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Certificação das Equipes de Atenção Básica participantes do PMAQ.** Disponível em:< http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/certificacao_equipes_lista6.pdf>. Acesso em: janeiro de 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde indígena. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Consulta para Vigilância Epidemiológica, Assistência e Atenção Nutricional dos Casos de Beribéri.** Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional :** Brasil 2006. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 142 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.** Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil:** Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Brasília : Ministério da Saúde, 2013b.

_____. 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, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde** : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília : Ministério da Saúde, 2011b. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**: Manual Instrutivo. Brasília : Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012c.

_____. 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, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro** : manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família**: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Apoiar financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 240, dez. 2011c, Seção 1, p. 93.

_____. Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, nº 71, 15 abril 2013d, Seção 1, p. 59.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prograb**: Programação de gestão por resultados. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. Saúde Pública** [online]., v. 44, n. 2, p. 318-324, 2010.

JÚNIOR, H. M. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Orgs.). **Programa Bolsa Família** : uma década de inclusão e cidadania. Brasília : Ipea, 2013.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, supl. 1, dez. 2005.

CARVALHO, A. L. B. de et al. **A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação**: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, A. T. et al. Métodos de análise em programas de segurança alimentar e nutricional: uma experiência no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.18, n.2, p. 309-321, 2013.

CASANOVA, M. A.. La evaluacion, garantia de calidad para el centro educativo. Zaragoza: Edelvives, 1992. In: SANTOS, S. M. C. **Aspectos teóricos sobre o monitoramento e a avaliação da ação pública**. Rio de Janeiro, RJ : EAD/ENSP, 2013. 1 CD-ROM.

CASOTTI, E.; MARIN, J.; DUTRA, L.; MONTENEGRO, L. A. A.; GUIMARÃES, M.; CORVINO, M.; MASCARENHAS, M. T. M.; FLAUZINO, R. Vivências da equipe de entrevistadores no desenvolvimento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ AB na cidade do Rio de Janeiro. In: FAUSTO, M. C. R. e FONSECA, H. M. S. (orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ AB. Rio de Janeiro, RJ : Saberes Editora, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS - CFN. Resolução CFN nº 380, de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 10 jan. 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS J.F.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A. (organizador). **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.

COUTINHO, J. G.; CARDOSO, A. J. C.; TORAL, N.; SILVA, A. C. F.; UBARANA, J. A.; AQUINO, K. K. N. C. et al. A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 12, n. 4, p. 688-99, 2009.

DIETITIANS OF CANADA (DC). **Moving Forward Role of the Registered Dietitian in Primary Health Care**: a national perspective. Toronto: Dietitians of Canada; 2009. Disponível em: <<http://www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/phc-position-paper.aspx>>. Acesso em: 13 de junho de 2014.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care - How Can It Be Assessed? **Jama**, v. 260, n. 12, p. 23-30, sept. 1988.

FAUSTO, M. C. R.; CASOTTI, E.; MENDONÇA, M. H. M.; FONSECA, H. M. S.; NOGUEIRA, C. O.; LIMA, R. C. D. Experiências e aprendizagem no processo da avaliação externa: encontro com a diversidade. In: FAUSTO, M. C. R. e FONSECA, H. M. S. (orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ : Saberes Editora, 2013.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul. / set., 2004.

GARNELO, L.; VIEIRA, J. M. R.; SOUZA, M.; ROCHA, E. S. C. R.; GONÇALVES, M. J. F. Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: FAUSTO, M. C. R. e FONSECA, H. M. S. (orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro, RJ : Saberes Editora, 2013.

GIL, A. C., 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo :Atlas, 2002.

HABICHT, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. **Int. J. Epidemiol.** v. 28, n. 1, p. 10-18, 1999.

HOLTZMAN, B. S. Efetividade e Equidade em Serviços de Saúde pela Atenção Primária em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE**, 13 a 15 de dezembro 2007. Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

JAIME, P. C.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. M. C.; BORTOLINI, G. A. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.** [online]., v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.

JAIME, P. C. e BANDONI, D. H. Políticas e Programas de Alimentação e Nutrição no Brasil: cenário atual. In: **Nutrição em saúde coletiva**. Marly A. Cardoso. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

PIMENTEL, V. R. M.; SOUSA, M. F.; RICARDI, L. M.; HAMANN, E. M. **Alimentação e nutrição no contexto da atenção básica e da promoção da saúde: a importância de um diálogo**. Demetra; v. 8, n. 3, p. 487-498, 2013.

PISCO, L.; BISCAIA, J. L. Qualidade de cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 2, 2001.

PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em junho de 2014.

REDENUTRI - REDE SOCIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SUS. Disponível em: <<http://ecos-redenutri.bvs.br/>>. Acesso em junho de 2014.

SANTOS, I. S. and VICTORA, C. G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.20, suppl.2, p. S337-S341, 2004.

SANTOS, S. M. C. **Aspectos teóricos sobre o monitoramento e a avaliação da ação pública**. Rio de Janeiro, RJ : EAD/ENSP, 2013. 1 CD-ROM.

SANTOS, S. M. C. E SILVA, D. O. **Trilhas para monitorar e avaliar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Rio de Janeiro, RJ : EAD/ENSP, 2013. 1 CD-ROM.

SANTOS, S. M. C. e SANTOS, L. M. P. **Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002: 1 - Abordagem metodológica**. Cad. Saúde Pública [online]. v.23, n.5, p. 1029-1040, 2007.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 7, n. 23, p. 69-74, abr. 2012.

SERAPIONI, M. e SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 16, n. 11, p. 4315-4326, 2011.

SILVEIRA, D. T. e CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E. e SILVEIRA, D. T. (orgs.). **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

UCHIMURA, K. Y. e BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VAISTMAN, J.; RODRIGUES, R. W.; PAES-SOUSA, R. O sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Brasília, DF: Unesco, 2006. (Policy papers, 17). In: SANTOS, S. M. C. **Aspectos teóricos sobre o monitoramento e a avaliação da ação pública**. Rio de Janeiro, RJ : EAD/ENSP, 2013. 1 CD-ROM.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action?** Geneva, Switzerland, 2013.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Quality assessment and assurance in Primary Health Care**. Programme Statement. Geneve: World Health Organization; 1988.

ANEXO

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

SUBDIMENSÃO	QUESTÃO	DESCRIÇÃO	CATEGORIAS	
			Cód	Descrição
Identificação da modalidade e profissionais da equipe de atenção básica	Quantidade de profissionais existentes na unidade que compõem a (s) equipe(s)	Nutricionista	-	Quantidade
			999	Não Sabe / Não Respondeu
Equipamentos e materiais		Antropômetro	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
		Balança antropométrica de 150 kg	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
		Balança antropométrica de 200 kg	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
		Balança infantil	-	Quantidade em condição de uso
			999	Não Sabe / Não Respondeu
Régua antropométrica	-	Quantidade em condição de uso		
	999	Não Sabe / Não Respondeu		
Insumos para atenção à saúde		Fita métrica	1	Sempre disponível
			2	Às vezes disponível
			3	Nunca disponível
			999	Não Sabe / Não Respondeu
Material impresso para atenção à saúde	Verificar na unidade de saúde a existência e disponibilidade dos materiais impressos listados abaixo.	Caderneta da gestante	1	Sempre disponível
			2	Às vezes disponível
			3	Nunca disponível
			999	Não Sabe / Não Respondeu
		Caderneta de saúde da criança	1	Sempre disponível
			2	Às vezes disponível
			3	Nunca disponível
			999	Não Sabe / Não Respondeu
		Caderneta de saúde da pessoa idosa	1	Sempre disponível
			2	Às vezes disponível
			3	Nunca disponível
			999	Não Sabe / Não Respondeu
Caderneta do adolescente	1	Sempre disponível		
	2	Às vezes disponível		

			3	Nunca disponível
			999	Não Sabe / Não Respondeu
Medicamentos componentes da Farmácia Básica		Ácido fólico	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
			998	Não se aplica
		Cloridrato de piridoxina	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
			998	Não se aplica
		Cloridrato de hidroxocobalamina	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
			998	Não se aplica
		Tiamina	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
			998	Não se aplica
		Palmitato de retinol	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
			998	Não se aplica
Sulfato ferroso	1	Sim		
	2	Não		
	999	Não sabe/não respondeu		
	998	Não se aplica		
Medicamentos fitoterápicos		Planta fresca	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
			998	Não se aplica
		Planta seca (droga vegetal)	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
			998	Não se aplica

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

SUBDIMENSÃO	QUESTÃO	DESCRIÇÃO	CATEGORIAS			
			Cód.	Categoria		
Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica	Quantidade de profissionais da equipe ampliada de atenção básica:	Nutricionista	-	Quantidade		
			999	Não sabe / não respondeu		
Apoio matricial à equipe de atenção básica	A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Nutricionista	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe		
		Profissionais da vigilância em Saúde - Nutricionista	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe		
		Especialistas da rede (centros de saúde, hospitais) - Nutricionista	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe		
		Profissionais específicos para a Atividade - Nutricionista	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe		
		Outras modalidades de equipe de apoio matricial - Nutricionista	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe		
		Organização da agenda	Para quais grupos e situações a equipe programa ofertas?	Crescimento e desenvolvimento da criança	1	Sim
					2	Não
					999	Não sabe/não respondeu
Usuários com hipertensão arterial sistêmica	1			Sim		
	2			Não		
	999			Não sabe/não respondeu		
Usuários com Diabetes mellitus	1			Sim		
	2			Não		
	999			Não sabe/não respondeu		
Obesidade	1			Sim		
	2			Não		
	999			Não sabe/não respondeu		
Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde	Existem na unidade de saúde protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de				1	Sim
					2	Não
					999	Não sabe/não respondeu
				Crianças menores de dois anos	1	Sim
					2	Não

	encaminhamento?	(crescimento/ desenvolvimento)	999	Não sabe/não respondeu
		Hipertensão arterial sistêmica	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
		Diabetes mellitus	1	Sim
			2	Não
999	Não sabe/não respondeu			
Atenção ao pré- natal, parto e puerpério	A equipe de atenção básica utiliza a caderneta da gestante para o acompanhamento das gestantes?	1	Sim	
		2	Não	
		999	Não sabe/não respondeu	
	Existe documento que comprove?	1	Sim	
		2	Não	
		999	Não sabe/não respondeu	
		998	Não se aplica	
	Tem cópia/espelho das cadernetas das gestantes, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	1	Sim	
		2	Não	
		999	Não sabe/não respondeu	
	Atenção à criança desde o nascimento até os dois anos de vida	Utiliza a caderneta de saúde da criança para o acompanhamento?	1	Sim
			2	Não
999			Não sabe/não respondeu	
Tem espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?		1	Sim	
		2	Não	
		999	Não sabe/não respondeu	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		Crescimento e desenvolvimento	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
		Estado nutricional	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
		Existe documento que comprove?	1	Sim
			2	Não
			998	Não se aplica
Promoção da saúde	A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas	Alimentação saudável	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
	Prevenção e	1	Sim	

	para:	tratamento da hipertensão arterial sistêmica	2	Não		
			999	Não sabe/não respondeu		
		Prevenção e tratamento de Diabetes mellitus	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe/não respondeu		
		Realiza grupos com o objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe/não respondeu		
		Programa Bolsa-Família		A equipe de atenção básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento no Programa Bolsa-Família?	1	Sim
					2	Não
					999	Não sabe/não respondeu
				A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família?	1	Sim
2	Não					
999	Não sabe/não respondeu					
Existe documento que comprove?	1			Sim		
	2			Não		
	998			Não se aplica		
Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?	1			Sim		
	2			Não		
	999			Não sabe/não respondeu		
Existe documento que comprove?	1			Sim		
	2			Não		
	998			Não se aplica		
Programa Saúde na Escola	Quais as atividades de avaliação clínica que a equipe realiza?			Avaliação antropométrica	1	Sim
					2	Não
					999	Não sabe/não respondeu
		998	Não se aplica			
		Avaliação nutricional	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe/não respondeu		
			998	Não se aplica		
		Existe documento que comprove?	1	Sim		
			2	Não		
			999	Não sabe/não respondeu		
			998	Não se aplica		

	Quais as atividades de promoção e prevenção que a equipe realiza?	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável (atividades educativas sobre promoção da alimentação e modos de vida saudáveis)	1	Sim
			2	Não
			999	Não sabe/não respondeu
			998	Não se aplica

Módulo III. Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

SUBDIMENSÃO	QUESTÃO	DESCRIÇÃO	CATEGORIAS	
			Cód	Descrição
Gravidez e pré-natal	Na(s) consulta(s) de pré-natal, a senhora foi orientada sobre:	Alimentação e ganho de peso	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
			998	Não se aplica
		Amamentação no peito para a criança exclusivamente até completar seis meses	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
			998	Não se aplica
	Durante o pré-natal, o profissional receitou sulfato de ferro (comprimido para evitar anemia) para a senhora tomar?	1	Sim	
		2	Não	
		999	Não Sabe / Não Respondeu	
		998	Não se aplica	
	Durante o pré-natal, o profissional receitou ácido fólico (vitamina B9) para a senhora tomar no início da gravidez (três primeiros meses)?	1	Sim	
		2	Não	
		999	Não Sabe / Não Respondeu	
		998	Não se aplica	
	Durante o pré-natal, a senhora recebeu orientação sobre algum grupo de gestante, grupo de cuidado para crianças pequenas e/ou atividade educativa (palestra, oficina) voltado para a gestante?	1	Sim	
		2	Não	
999		Não Sabe / Não Respondeu		
998		Não se aplica		
Informações sobre	Na primeira	Foi falado sobre dar de	1	Sim

o pós-parto	consulta após o parto, a senhora lembra se:	mamar no peito para criança e a importância da amamentação?	2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
			998	Não se aplica
		Foi perguntado se a criança estava usando mamadeira?	1	Sim
			2	Não
			999	Não Sabe / Não Respondeu
			998	Não se aplica
		Saúde da criança	Na consulta feita na primeira semana, a senhora lembra se:	A criança foi pesada
2	Não			
999	Não Sabe / Não Respondeu			
998	Não se aplica			
A criança foi medida	1			Sim
	2			Não
	999			Não Sabe / Não Respondeu
	998			Não se aplica
Foi colocada para mamar	1			Sim
	2			Não
	999			Não Sabe / Não Respondeu
	998			Não se aplica
A senhora recebeu a caderneta de saúde da criança?	1		Sim	
	2		Não	
	999		Não Sabe / Não Respondeu	
	998		Não se aplica	
Nas consultas, foi perguntado ou observado se a criança estava se desenvolvendo conforme esperado para idade?	1		Sim	
	2		Não	
	999		Não Sabe / Não Respondeu	
	998		Não se aplica	