

Atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde: um estudo comparativo de duas macrorregiões do estado de São Paulo, Brasil

Nutritional care in Primary Health Care: a comparative study of two macro-regions in the State of São Paulo, Brazil

José Anael Neves¹ , Igor da Costa Borysow² , Juarez Pereira Furtado² ,
Maria Angélica Tavares de Medeiros¹ 

¹Programa de Pós-graduação Alimentos, Nutrição e Saúde, Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo - Santos (SP), Brasil.

²Programa de Pós-graduação em Ciências, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - Santos (SP), Brasil.

Como citar: Neves JA, Borysow IC, Furtado JP, Medeiros MAT. Atenção nutricional na Atenção Primária à Saúde: um estudo comparativo de duas macrorregiões do estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Colet, 2023; 31(2):e31020411. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020411>

Resumo

Introdução: Ainda que a importância das ações relacionadas à alimentação e à nutrição sejam reconhecidas, especialmente para a Estratégia Saúde da Família, são escassos os estudos voltados à organização da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Descrever e comparar a organização da Atenção Nutricional (AN) na Atenção Primária à Saúde em duas macrorregiões do estado de São Paulo, Brasil. **Método:** O presente estudo transversal contemplou 115 serviços da Estratégia Saúde da Família, utilizando um instrumento estruturado, realizando uma análise descritiva dos dados e aplicando o teste exato de Fisher para verificar as associações entre a variável "região" e as demais variáveis de interesse. **Resultados:** Foram realizadas 115 entrevistas com os gestores de 31 municípios. Verificou-se uma frequência maior de ações na RMBS, com diferenças estatisticamente significativas para as seguintes variáveis: papel do agente comunitário de saúde; avaliação individual do consumo alimentar, campanhas de vacinação e atividades grupais; mensuração do Índice de Massa Corporal na curva gestacional; apoio ao aleitamento materno; orientações sobre alimentação complementar e atendimento de equipe multidisciplinar para sobrepeso. **Conclusão:** Foi observada uma predominância da AN na RMBS. Entretanto, existem limites a serem superados em ambas as regiões, demandando uma análise da qualidade dessas ações para alcançar a integralidade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; política de nutrição; nutrição em saúde pública; integralidade em saúde.

Abstract

Background: Although the importance of food and nutrition actions is recognized, especially in the Family Health Strategy, there are few studies on the organization of nutritional care in the Unified Health System. **Objective:** To describe and compare the organization of Nutritional Care-AN in Primary Health Care in two macroregions of the State of São Paulo, Brazil. **Method:** This is a cross-sectional study conducted in 115 Family Health Strategy services. A structured instrument was used. Descriptive data analysis and Fisher's exact test were performed to verify associations between the variable 'region' and those of interest.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Maria Angélica Tavares de Medeiros. E-mail: angelica.medeiros@unifesp.br

Fonte de financiamento: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento: 1391883.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Set. 22, 2019. Aprovado em: Mar. 10, 2021

Results: 115 interviews were conducted with managers from 31 municipalities. There was a higher frequency of actions at RMBS, with statistically significant differences for the following variables: role of community health agent; individual assessment of food intake, vaccination campaigns, and group activities; measurement of body mass index in the gestational curve; breastfeeding support; guidelines on complementary feeding and multidisciplinary team care for overweight. **Conclusion:** AN predominated in RMBS. However, in both regions, there are limits to be overcome, requiring the analysis of the quality of these actions to achieve completeness.

Keywords: Unified Health System; primary health care; family health strategy; nutrition policy; nutrition public health; integrality in health.

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, sendo desencadeadas principalmente por fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada¹. Este contexto epidemiológico evidencia as doenças associadas à alimentação e aponta a importância da Atenção Nutricional (AN) para a agenda global de promoção da saúde^{1,2}.

A AN ocupa um papel de destaque entre as ações estratégicas da Atenção Primária à Saúde (APS) e integra a diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)^{2,3}. As ações voltadas para o cuidado nutricional compreendem as propostas da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), a promoção da alimentação saudável e os programas de prevenção e controle de distúrbios nutricionais, como anemia ferropriva e hipovitaminose A, em conjunto com o acompanhamento das condicionalidades de programas governamentais como o Programa Bolsa Família (PBF)⁴.

Por sua vez, a APS é o *locus* para o desenvolvimento de ações de Alimentação e Nutrição (A&N) dirigidas à prevenção e ao manejo dos agravos de saúde⁴⁻⁶, considerando o seu caráter estratégico para a expansão da cobertura dos sistemas públicos de saúde. No caso do Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) atingiu 97,7% dos 5570 municípios nacionais em 2017, resultando em uma cobertura estimada de 62,30% da população, com 74,18% de cobertura da APS⁷.

O alcance e a complexidade da ESF têm estimulado o desenvolvimento de estudos avaliativos, destacando-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁸.

Portanto, ainda que a importância das ações de A&N tenham reconhecimento, especialmente para a ESF, há poucos estudos sobre a organização da AN no Sistema Único de Saúde (SUS), geralmente restritos às experiências produzidas localmente⁹⁻¹⁶. Ademais, a avaliação dos programas no campo da A&N é incipiente e se apresenta como um horizonte ainda a ser alcançado¹⁷. O presente estudo objetiva descrever e comparar a organização da AN em duas macrorregiões do Estado de São Paulo (ESP), Brasil: a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN); composta por 22 municípios de pequeno porte (até 25 mil habitantes), 11 municípios de médio porte (entre 25 e 100 mil habitantes) e seis de grande porte (acima de 100 mil habitantes); e a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), composta por três municípios de médio porte e seis de grande porte^{18,19}. A comparação entre essas duas macrorregiões é oportuna, pois traz elementos que contribuem para a discussão do desempenho em saúde, devido ao porte populacional dos municípios.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado em 115 serviços de APS em 31 municípios do ESP, da modalidade ESF, oriundo do subprojeto do 2º Ciclo do PMAQ: Avaliação Externa (2013/2014), executado pela Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista-UNIFESP-BS.

Duas regiões de Atenção à Saúde do ESP foram avaliadas: a Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN), e a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS);

ambas avaliadas pela mesma equipe de campo do PMAQ-AB, em 2014. A RMVPLN é formada por 39 municípios, representando 5% da população do Estado. Destaca-se nacionalmente pela intensa e diversificada atividade econômica, gerando 5% do Produto Interno Bruto (PIB) de São Paulo, com predominância dos setores automobilísticos e aeronáuticos, além das atividades portuárias, petroleiras e de turismo, esta última, concentrada nas reservas naturais, como as Serras da Mantiqueira e do Mar²⁰.

A RMBS é formada por nove municípios, representando cerca de 4% da população do ESP. Trata-se de uma região importante, responsável por 3% do PIB estadual, principalmente por concentrar atividades de suporte ao comércio de exportação do Porto de Santos, o maior da América do Sul, além da atividade industrial, centralizada no Parque industrial de Cubatão²⁰.

A presente pesquisa foi desenvolvida integradamente à avaliação realizada pelo PMAQ, sendo este o critério de inclusão. O estudo foi realizado em 24 municípios do Vale do Paraíba e Litoral Norte e em 7 municípios da Baixada Santista, correspondendo a 61% e 77% das cidades destas Regiões, respectivamente. Os serviços participantes foram indicados pelos gestores de saúde dos municípios investigados, conforme a metodologia adotada pelo PMAQ²¹. Para realizar a avaliação, foram consideradas apenas as unidades com ESF. Desta forma, os dados foram coletados em quantidades diferentes de serviços em cada município, totalizando uma amostra de 115 unidades.

Para caracterizar a organização da AN foi desenvolvido um instrumento estruturado, adaptado de estudos anteriores^{13,15}, e composto pelas seguintes variáveis categóricas de interesse: inserção do(a) nutricionista e atuação dos demais profissionais responsáveis pelas ações de A&N na Atenção Primária; ações individuais e coletivas para identificação de agravos nutricionais; sistemas de VAN; AN ao pré-natal, ao puerpério e à criança com até dois anos de vida; e AN ao excesso de peso e às DCNT. O questionário foi aplicado pelos avaliadores previamente treinados do PMAQ, e respondido pelos gestores de cada unidade de saúde após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados entre março e maio de 2014.

Realizou-se então uma análise descritiva dos dados, utilizando frequências tanto absolutas quanto relativas para caracterizar e comparar as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária das Regiões do Vale do Paraíba e Litoral Norte da Baixada Santista. Para verificar a associação entre a variável região e as variáveis de interesse foi utilizado o teste exato de Fisher com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sob o parecer nº 21904.

RESULTADOS

Realizaram-se 115 entrevistas com os gestores dos serviços da ESF de 31 municípios em duas regiões metropolitanas do estado de São Paulo, Brasil: 72 serviços do Vale do Paraíba e Litoral Norte e 43 da Baixada Santista, visando descrever a organização da Atenção Nutricional na Atenção Primária. Os resultados estão expostos nas Tabelas 1-2 abaixo.

A presença do(a) nutricionista nos serviços foi apontada em 47,9% na RMVPLN e em 37,2% na RMBS. Os profissionais de saúde mais mencionados como responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição foram o(a) médico(a) da família (80,6% na RMVPLN e 72,1% na RMBS), o(a) enfermeiro(a) (76,4% na RMVPLN e 79,1% na RMBS) e o(a) agente comunitário de saúde (37,5% na RMVPLN e 18,6% na RMBS, com diferença estatisticamente significativa) (Tabela 1).

As ações mais referidas para a identificação dos agravos nutricionais da população foram a avaliação nutricional no atendimento individual, com utilização de indicadores antropométricos e bioquímicos (79,2% dos serviços da RMVPLN e em 86% dos serviços da RMBS), e a prática de Visitas Domiciliares (VD) nos territórios (72,1% na RMVPLN e 69,4% na RMBS). Identificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as regiões, com favorecimento da RMBS, para as variáveis avaliação do consumo alimentar no atendimento individual, avaliação nutricional em campanhas de vacinação e atividades em grupos para identificação de agravos em A&N (Tabela 1).

Tabela 1. Organização da atenção nutricional nas regiões metropolitanas do Vale do Paraíba e Litoral Norte e da Baixada Santista, São Paulo, Brasil, 2014

VARIÁVEL	REGIÃO		p-valor*
	Vale do Paraíba n = 72	Baixada Santista n = 43	
	n(%)	n(%)	
Nutricionista no serviço	34 (47,9)	16(37,2)	0,331
Profissionais responsáveis por ações de alimentação e nutrição no serviço			
Médico(a) da Família	58 (80,6)	31 (72,1)	0,358
Agente Comunitário de Saúde	27 (37,5)	8 (18,6)	0,038
Enfermeiro(a)	55 (76,4)	34 (79,1)	0,820
Ações realizadas para identificação de agravos nutricionais			
Avaliação Nutricional no atendimento individual	57 (79,2)	37 (86,0)	0,457
Avaliação do consumo alimentar no atendimento individual	32 (44,4)	28 (65,1)	0,036
Avaliação Nutricional em campanhas de vacinação	7 (9,7)	11 (25,6)	0,033
Censos de pesagem no território	20 (27,8)	11 (25,6)	0,832
Visitas Domiciliares	50 (72,1)	31 (69,4)	0,835
Atividades em grupos	38 (52,8)	33 (76,7)	0,017
Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional utilizados nos serviços			
SISVAN**	58 (80,6)	29 (67,4)	0,123
SISVAN-Web (plataforma informatizada)	3 (4,2)	2 (4,7)	0,999
Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde	55 (76,4)	27 (62,8)	0,139
Sistema de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	2 (2,8)	8 (18,6)	0,006

*Teste Exato de Fisher **SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

O acompanhamento gestacional utilizando o Cartão da Gestante era feito na maioria dos serviços das duas regiões. O mesmo ocorreu com a realização de VD de incentivo ao aleitamento materno exclusivo na primeira semana pós-parto, na Atenção Nutricional ao puerpério e à saúde da criança de até dois anos. O cálculo do IMC gestacional, o registro da curva gestacional anexada ao prontuário, as práticas de apoio e proteção ao aleitamento materno no retorno da mãe ao trabalho e as orientações sobre alimentação complementar foram as variáveis com diferenças estatisticamente significantes entre as regiões, sendo mais expressivas na RMBS (Tabela 2).

A prática mais referida de Atenção Nutricional ao excesso de peso foi o atendimento individual, principalmente com acompanhamento de clínico geral, em mais de 80% dos serviços nas duas regiões. Já as ações de promoção para o enfrentamento do excesso de peso foram mencionadas por menos de 30% dos serviços nas duas regiões, a exemplo dos grupos de sala de espera e demais atividades incluídas nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). O atendimento individual por equipe multiprofissional, igualmente menos expressivo em ambas as regiões, apresentou diferença estatisticamente significativa, em favor da RMBS (Tabela 2).

Tabela 2. Organização da atenção nutricional nas diferentes fases do ciclo da vida nas regiões metropolitanas do Vale do Paraíba e Litoral Norte e da Baixada Santista, São Paulo, Brasil, 2014

VARIÁVEL	REGIÃO		p-valor*
	Vale do Paraíba n = 72	Baixada Santista n = 43	
	n(%)	n(%)	
<i>Atenção Nutricional ao pré-natal</i>			
Cálculo do IMC gestacional	48 (66,7)	37 (86,0)	0,028
Acompanhamento no cartão da gestante	62 (86,1)	42 (97,7)	0,051
Registro da curva gestacional anexada ao prontuário	25 (34,7)	33 (76,7)	0,001
<i>Atenção Nutricional ao puerpério e à criança até os dois anos de vida</i>			
VD para incentivo ao aleitamento materno na primeira semana pós-parto	68 (94,4)	35 (81,4)	0,054
Atividade de apoio e proteção ao aleitamento materno no retorno da mãe ao trabalho	28 (38,9)	29 (67,4)	0,004
Orientações sobre alimentação complementar	46 (63,9)	37 (86,0)	0,011
<i>Atenção Nutricional ao excesso de peso - Atendimento individual por:</i>			
Clínico(a)	60 (83,3)	36 (83,7)	0,999
Nutricionista	38 (52,8)	22 (51,2)	0,999
Enfermeiro(a)	45 (62,5)	34 (79,1)	0,096
Atendimento em equipe multiprofissional	16 (22,2)	18 (41,9)	0,035
Grupos em sala de espera	20 (27,8)	9 (20,9)	0,508
Construção de PTS a partir de VD	8 (11,1)	9 (20,9)	0,179
<i>Atenção Nutricional aos portadores de DCNT Atendimento individual por:</i>			
Clínico(a)	69 (95,8)	42 (97,7)	0,999
Nutricionista	19 (26,4)	17 (39,5)	0,152
Enfermeiro(a)	57 (79,2)	36 (83,7)	0,630
Atendimento em equipe multiprofissional	20 (27,8)	18 (41,9)	0,152
Construção de PTS a partir de VD	9 (12,5)	8 (18,6)	0,421
Grupos de Sala de espera	26 (36,1)	8 (18,6)	0,058

*Teste Exato de Fisher; VD - Visita Domiciliar; PTS - Projeto Terapêutico Singular; DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

Sobre a atenção nutricional às DCNT, o atendimento individual com clínico(a) alcançou a quase totalidade dos serviços nas duas regiões, com o(a) nutricionista constando como profissional responsável por esta ação em menos de 40%. Nas duas regiões, o conjunto de ações mais próximas à promoção de saúde (atendimento em equipe, construção de PTS e grupos de sala de espera) também apareceu em frequência bastante inferior ao atendimento individual (Tabela 2).

A utilização do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi aludida por 80,6% dos serviços da RMVRLN e por 60,4% da RMBS, tendo a sua versão informatizada, o SISVAN-Web, uma menor expressão. O Sistema de Gestão do PBF na Saúde foi reportado

pelos gestores de 76,4% dos serviços da RMVPLN e de 62,8% da RMBS. A utilização do Sistema de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi pouco mencionada em ambas as regiões, ainda que mais expressivamente na RMBS, com diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

DISCUSSÃO

De maneira geral, identificou-se uma frequência maior de ações de Atenção Nutricional na Região Metropolitana da Baixada Santista, comparativamente à Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte. Tais aspectos podem estar associados à estruturação dos serviços e às práticas de educação permanente, mais frequentes em cidades de médio porte do que nas de pequeno porte, conforme apontam Mello et al.²².

Ademais, os achados do presente estudo evidenciam que as práticas de AN são majoritariamente executadas por médicos(as) de família e profissionais de enfermagem nos serviços de Atenção Primária das duas importantes Regiões Metropolitanas investigadas. Neste caso, o(a) nutricionista ainda ocupa uma posição coadjuvante na execução de ações de alimentação e nutrição. Este achado corrobora os dados da literatura sobre a inserção do(a) nutricionista na APS brasileira que, segundo os estudos, embora com uma tendência crescente, segue proporcionalmente inferior àquela verificada na Atenção Secundária e Terciária²³.

A inserção do(a) nutricionista na APS brasileira, no período em que o estudo foi realizado, foi possibilitada por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), reafirmando a relevância da educação em saúde, da ampliação de ações intersetoriais e da qualificação das equipes e competências do(a) profissional nutricionista na agenda da APS²⁴.

A atuação de médicos(as) e enfermeiros(as) no manejo de cuidados nutricionais também é relatada em outros países^{9,12}. Em um estudo norte-americano foi identificado que o monitoramento da segurança alimentar e nutricional das famílias, por exemplo, estava sendo subutilizado pelos referidos profissionais, achado congruente com os dados encontrados na presente investigação. Em ambos os estudos supracitados, médicas(os) e enfermeiras(os) indicaram uma alta frequência de demandas nutricionais nos atendimentos, reconhecendo a necessidade de capacitação e de inserção de profissionais especializados.

O(a) agente comunitário de saúde foi mencionado(a) como um valioso elemento para a operacionalização da Atenção Nutricional na Atenção Primária, sobremaneira na RMVPLN, o que pode decorrer da frequência diária menor de médicos(as) em equipes de cidades de pequeno porte, como o observado na coleta de dados. Não obstante, o compartilhamento dessa responsabilidade para os ACS é reconhecidamente potente.

O papel estratégico do ACS no modelo brasileiro de atenção à saúde foi ressaltado em outro estudo²⁵. Trata-se de profissionais, geralmente residentes no próprio território, que exercem suas funções de promoção da saúde e cuidado junto às famílias por meio de visitas domiciliares, com uma frequência mensal mínima. Ou seja, profissionais cuja posição estratégica permite um maior conhecimento da comunidade atendida. Contudo, seja no Brasil²⁶ ou em outros países²⁷ onde o ACS também responde pelos cuidados primários, principalmente na promoção da saúde, verifica-se a necessidade de qualificar o potencial da prática em educação da saúde desses profissionais.

O atendimento individual foi a prática predominante na atuação dos(as) profissionais de saúde nas ações de alimentação e nutrição nos territórios investigados. Em função disso, a avaliação nutricional é mais recorrente com a utilização de indicadores antropométricos e bioquímicos, sugerindo que a questão alimentar e nutricional ainda não é vista como um fenômeno coletivo que demanda intervenções interdisciplinares^{15,16}.

Chama atenção a aparente dissociação entre as práticas de avaliação nutricional e de avaliação do consumo alimentar no atendimento individual, uma vez que esta última se faz presente em uma frequência bem menor que a primeira. Este achado corrobora os resultados de um estudo no qual foi encontrada uma subnotificação das informações sobre o consumo alimentar em serviços de promoção da saúde de um estado brasileiro²⁸.

As visitas domiciliares e a realização de grupos para a identificação de agravos nutricionais representam uma parcela das práticas de Atenção Nutricional, devendo compor o cotidiano dos serviços de atenção primária, conforme indicado pela PNAN². Pelo seu caráter multiprofissional, tais práticas permitem abordagens abrangentes de diferentes profissionais sobre um mesmo caso, ao mesmo tempo que favorecem a interação da equipe com os usuários e com as suas famílias no território, possibilitando o reconhecimento das demandas para além daquelas verbalizadas pelos atendidos⁵. Entretanto, essas ações são preteridas quando comparadas àquelas de caráter individual, o que pode resultar em uma considerável desarticulação entre a história de vida e o repertório sociocultural dos usuários nas avaliações dos agravos nutricionais.

Identificou-se que as práticas de Atenção Nutricional ao pré-natal são mais frequentes na RMBS. A maioria dos serviços alegou calcular o IMC pré-gestacional, contudo, o seu registro na curva gestacional anexado aos prontuários foi pouco mencionado. A baixa proporção da realização de procedimentos necessários ao acompanhamento do estado nutricional no pré-natal foi reportada como uma ocorrência limitante para a integralidade da saúde no pré-natal em municípios do estado de São Paulo^{13,29,30}.

Segundo uma investigação que avaliou a qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil, somente 15% das gestantes haviam recebido um pré-natal adequado, incluindo todas as ações preconizadas³¹. Os autores verificaram que as maiores proporções de completude da atenção pré-natal se encontram em gestantes de maior renda da Região Sudeste, em municípios de mais de 300 mil habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado, sugerindo a persistência de desigualdades sociais associadas aos cuidados em saúde. Os mesmos autores encontraram proporções ainda maiores de práticas de atenção pré-natal em municípios de maior porte. No presente estudo, as ações de AN ao pré-natal foram mais referidas na Região da Baixada Santista, onde todos os municípios apresentam mais de 50 mil habitantes, visto que a região do Vale do Paraíba e Litoral Norte concentra um maior número de municípios de pequeno porte, com menos de 10 mil habitantes.

No que concerne à Atenção Nutricional ao puerpério e à criança de até dois anos de idade, a realização massiva de VD na primeira semana pós-parto, nas duas Regiões, indica a incorporação da agenda de promoção do aleitamento materno nos serviços investigados. É importante destacar que a implementação das ações de incentivo ao aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável para crianças até dois anos, em todos os serviços de APS brasileiros, integra a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil no Brasil³².

Tais ações, porém, precisam de continuidade, o que não ocorre quando o olhar é lançado à prática de apoio ao aleitamento materno no retorno da mãe ao trabalho, cuja frequência é bem menor em ambas as Regiões. A garantia do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, e de forma complementar até os dois primeiros anos, são as principais recomendações à saúde infantil na atualidade³³. Todavia, em um estudo canadense¹¹ foi observado que quatro em cada cinco mães introduzem alimentos complementares antes dos seis meses de vida da criança.

Orientações sobre a alimentação complementar saudável são preconizadas pelo Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, atualizado em 2019³³, e devem compor as ações dos serviços de APS. Neste estudo, as orientações para a alimentação complementar são priorizadas na RMBS, quando comparada à RMVRLN.

Paralelamente, foi apontado em outro estudo que a realização de orientações sobre a alimentação complementar ainda é uma prática limitante do aconselhamento nutricional junto às crianças de até dois anos³⁴. Owais et al.¹⁴ sugeriram que as dificuldades quanto à orientação da alimentação complementar saudável por profissionais de saúde estão relacionadas à falta de capacitação dos mesmos.

Sobre a Atenção Nutricional ao excesso de peso e às DCNT nas regiões deste estudo, verificou-se que os serviços elegem o atendimento clínico individual em detrimento das ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de DCNT, com resultados semelhantes evidenciados em Brasília - DF por Moura and Recine³⁵. Em outra investigação sobre promoção da saúde em serviços de APS da Austrália¹⁰, verificou-se também a primazia

dos cuidados individuais e do incentivo às mudanças comportamentais em detrimento de abordagens sobre os determinantes sociais da saúde. Medina et al.³⁶, em um estudo com dados nacionais, concluíram que a realização de ações de promoção e prevenção de DCNT é incipiente na APS brasileira, atentando para a baixa institucionalização dessas práticas no âmbito da ESF.

Rubio-Valera et al.⁵ apontam alguns elementos que dificultam a implementação de ações de promoção da saúde na APS. Dentre eles, as atitudes dos(as) profissionais e gestores quanto às práticas nos serviços, relacionadas à formação e à experiência para atuação neste ponto de atenção, além da elevada carga de trabalho, da falta de recursos e da predominância do modelo biomédico⁵. Moura and Recine³⁵ e Burlandy et al.³⁷ acrescentam a necessidade da estruturação de um modelo de atenção à saúde adequado às condições crônicas.

A vigilância alimentar e nutricional é uma das diretrizes da PNAN² e o SISVAN tem como propósito monitorar tanto o estado nutricional quanto o padrão alimentar dos indivíduos atendidos pelo SUS. No presente estudo, a maioria dos serviços utilizava os protocolos de acompanhamento do estado nutricional e consumo alimentar preconizados pelo SISVAN, por outro lado, destaca-se a utilização irrisória da plataforma informatizada (SISVAN-Web). Isso indica que, ainda que integrem o cotidiano dos serviços, esses dados não são sistematizados e disponibilizados para diagnóstico e/ou acompanhamento do estado nutricional e/ou padrão alimentar da população. Assim como neste trabalho, outros estudos relatam baixos percentuais de utilização e cobertura do SISVAN-Web nos estados brasileiros, embora os números sejam crescentes^{38,39}.

No que diz respeito à VAN, o Sistema de Gestão do PBF na Saúde é a principal plataforma brasileira utilizada para monitorar o cumprimento das condicionalidades de saúde previstas para os beneficiários. Nesse contexto, cabe aos serviços de APS acompanhar e registrar semestralmente a imunização de crianças, dar suporte ao pré-natal, assim como coletar os dados antropométricos e do estado nutricional dos usuários do PBF para monitorar os níveis de (in)segurança alimentar e nutricional⁴⁰. Neste estudo, foram encontrados percentuais de utilização do Sistema de Gestão do PBF superiores à média da Região Sudeste, que é a menor do País, segundo Araújo et al.⁴¹.

Ainda em relação à vigilância de agravos à saúde no Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A é uma das intervenções do Estado com o objetivo de diminuir a deficiência deste micronutriente, considerada atualmente um problema de saúde⁴². No cenário em estudo, identificou-se uma baixa utilização do Sistema de Gestão deste programa, principalmente na RMVRLN, onde é referida por um número quase nulo de serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo comparativo evidenciou que a Atenção Nutricional na Atenção Primária à Saúde se encontra mais estruturada na RMBS do que na RMVPLN.

Embora essas ações sejam mais frequentes na Baixada Santista, fatores limitantes da AN coexistem em ambas as duas regiões metropolitanas, como: a baixa inserção do(a) nutricionista nos serviços; a identificação de agravos nutricionais restrita à utilização de indicadores antropométricos e bioquímicos; a priorização de atenção nutricional individual em detrimento de ações de caráter coletivo e de promoção da saúde; e a baixa utilização das plataformas informatizadas de informações da VAN. Isto posto, faz-se necessário reorientar as ações de Atenção Nutricional nas duas regiões metropolitanas, com vistas à sua qualificação como componente fundamental para a integralidade da atenção à saúde.

A despeito de seu desenho transversal e de não se tratar de um estudo de base populacional, considerados como os limites desta pesquisa, o presente trabalho apresenta elementos inovadores para o avanço do conhecimento na área, dado o ineditismo da investigação envolvendo duas importantes regiões do estado de São Paulo. Os resultados aqui expostos abrem novas possibilidades de pesquisas, a exemplo da análise do grau de implantação das ações preconizadas para a organização da Atenção Nutricional nos municípios, a partir de metodologias qualitativas e quali-quantitativas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action? Geneva: WHO; 2013.
2. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1829-36. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05392018>. PMID:29972491.
3. Medeiros MAT. Desafios do campo da alimentação e nutrição na atenção básica. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, coordenadoras. *Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 173-80.
4. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>. PMID:32355501.
5. Rubio-Valera M, Pons-Vigués M, Martínez-Andrés M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernández A. Barriers and facilitators for the implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *PLoS One*. 2014;9(2):e89554. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089554>. PMID:24586867.
6. Pereira TN, Monteiro RA, Santos LMP. Alimentación y nutrición en atención primaria en Brasil. *Gac Sanit*. 2018;32(3):297-303. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.08.004>. PMID:29126658.
7. Brasil. Histórico de cobertura da saúde da família [Internet]. 2017 [citado em 2017 out 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
8. Macinko J, Saddi FC. The Program for the Improvement of Primary Care Access and Quality (PMAQ) in Brazil-interview with James Macinko. *Soc Cult*. 2018;21(2):148.
9. Hoisington AT, Braverman MT, Hargunani DE, Adams EJ, Alto CL. Health care providers' attention to food insecurity in households with children. *Prev Med*. 2012;55(3):219-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.007>. PMID:22710141.
10. Baum F, Freeman T, Jolley G, Lawless A, Bentley M, Värttö K, et al. Health promotion in Australian multi-disciplinary primary health care services: case studies from South Australia and the Northern Territory. *Health Promot Int*. 2014;29(4):705-19. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dat029>. PMID:23656732.
11. Fegan S, Bassett E, Peng Y, O'Connor KS. Adherence to complementary feeding recommendations for infants and implications for public health. *Public Health Nutr*. 2016;19(4):638-49. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980015001433>. PMID:25989814.
12. Winter J, McNaughton SA, Nowson CA. Nutritional care of older patients: experiences of general practitioners and practice nurses. *Aust J Prim Health*. 2017;23(2):178-82. <http://dx.doi.org/10.1071/PY16021>. PMID:27697113.
13. Laporte-Pinfildi ASC, Zangirolani LTO, Spina N, Martins PA, Medeiros MAT. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Nutr*. 2016;29(1):109-23. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000100011>.
14. Owais A, Kleinbaum DG, Suchdev PS, Faruque A, Das SK, Schwartz B, et al. Household food security and infant feeding practices in rural Bangladesh. *Public Health Nutr*. 2016;19(10):1875-81. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980015003195>. PMID:26563771.
15. Neves JA, Zangirolani LTO, Medeiros MAT. Evaluation of nutritional care of overweight adults from the perspective of comprehensive health care. *Rev Nutr*. 2017;30(4):511-24. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652017000400010>.
16. Souza LMS, Santos SMC. Política nacional de alimentação e nutrição: avaliação da implantação de programas em municípios baianos. *Demetra*. 2017;12(1):137-56. <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2017.26371>.
17. Gasparini MFV, Bigoni A, Medeiros MAT, Furtado JP. Evaluation practices in the field of food and nutrition. *Rev Nutr*. 2017;30(3):391-407. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652017000300011>.
18. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(4):767-76. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400010>. PMID:27869970.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação. Tabela dos municípios - estimativas 2018 [Internet]. 2023 [citado em 2020 nov 27]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-detalle-de-midia.html?view=mediaibge&catid=2103&id=2279>
20. Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano. Planejamento regional. [Internet]. 2016 [citado em 2017 mai 29]. Disponível em: <http://catalogo.governoaberto.sp.gov.br/organization/empresa-paulista-de-planejamento-metropolitano-s-a-emplasa>

21. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) - fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J Ambul Care Manage.* 2017;40(2 Supl):S4-11. <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.000000000000189>. PMID:28252498.
22. Mello LAF, Tonini T, Silva AS, Dutt-Ross S, Velasque LS. Evaluation of primary health care units in the Rio de Janeiro city according to the results of PMAQ 2012. *J Ambul Care Manage.* 2017;40(2 Supl):S71-82. <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.000000000000188>. PMID:28252504.
23. Vasconcelos IAL, Sousa MF, Santos LMP. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: a contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. *Rev Nutr.* 2015;28(4):431-50. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000400009>.
24. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis.* 2017;27(3):793-811. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300021>.
25. Macinko J, Harris MBHJ. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med.* 2015;372(23):2177-81. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1501140>. PMID:26039598.
26. Pedraza DF, Rocha ACD, Sales MC. The educational work of community health workers in home visits in two municipalities of Brazil. *Trab Educ Saúde.* 2016;14(1 Supl):105-17. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00024>.
27. Afulani PA, Awoonor-Williams JK, Opoku EC, Asunka J. Using community health workers in community-based growth promotion: what stakeholders think. *Health Educ Res.* 2012;27(6):1005-17. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cys083>. PMID:22791682.
28. Machado CH, Lopes ACS, Santos LC. Notificação imprecisa da ingestão energética entre usuários de Serviços de Promoção à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2017;22(2):417-26. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.21492015>.
29. Niquini RP, Bittencourt SA, Lacerda EMDA, Saunders C, Leal MDC. Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do município do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet.* 2012;17(10):2805-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000028>. PMID:23099766.
30. Laporte ASCM, Zangirolani LTO, Medeiros MAT. Prenatal and puerperium nutritional care from an integrality perspective in a city of Baixada Santista, São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2020;20(1):145-55. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000100009>.
31. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad Saude Publica.* 2017;33(3):e00195815. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00195815>. PMID:28380149.
32. Ramos MKP, Lima AMC, Gubert MB. Agenda for scaling up nutritional care of childhood malnutrition: results of an inter-federate pact at Unified Health System in Brazil. *Rev Nutr.* 2015;28(6):641-53. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732015000600007>.
33. Bortolini GA, Moura ALP, Lima AMC, Moreira HOM, Medeiros O, Diefenthaler ICM, et al. Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. *Rev Panam Salud Publica.* 2019;43:e59. <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2019.59>. PMID:31892922.
34. Campos AAO, Cotta RMM, Oliveira JM, Santos AK, Araújo RMA. Nutritional counseling for children under two years of age: opportunities and obstacles as strategic challenges. *Cien Saude Colet.* 2014;19(2):529-38. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.09642012>. PMID:24863829.
35. Moura ALSP, Recine E. Nutritionists and the comprehensive care of overweight individuals in primary care. *Rev Nutr.* 2019;32:e190008. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-9865201932e190008>.
36. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto EP Jr, Luz LA, et al. Health promotion and chronic disease prevention: what are family health teams doing? *Saúde Debate.* 2014;38(Spe):69-82. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006>.
37. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, Souza SR, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2020;36(3):e00093419. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00093419>. PMID:32187290.
38. Jung NM, Bairros FDS, Neutzling MB. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(5):1379-88. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.20002013>. PMID:24897203.
39. Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190028. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190028>. PMID:30942334.

40. Shei A, Costa F, Reis MG, Ko AI. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14(1):10. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-698X-14-10>. PMID:24690131.
41. Araújo FR, Araújo MAD, Souza FJV, Santos DF, Santana MB. Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. *Rev Adm Pública*. 2015;49(2):367-93. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612119242>.
42. Ferreira HS, Bezerra MKB, Assunção ML, Menezes RCE. Prevalence of and factors associated with anemia in school children from Maceió, Northeastern Brazil. *BMC Public Health*. 2016;16(1):380. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3073-2>. PMID:27164974.