

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO**



**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE DESNUTRIÇÃO INFANTIL
EFETUADO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,
MACEIÓ – AL, 2012.**

JACQUELINE AMORIM DE OLIVEIRA

Maceió – AL

2012

JACQUELINE AMORIM DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE DESNUTRIÇÃO INFANTIL
EFETUADO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA,
MACEIÓ – AL, 2012.**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição.

Orientador: **Profa. Dra. Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio**

Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas

Maceió – AL

2 0 1 2

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos

O48a Oliveira, Jacqueline Amorim de.
Avaliação da qualidade do diagnóstico de desnutrição infantil efetuado pelas equipes da estratégia de saúde da família, Maceió – AL / Jacqueline Amorim de Oliveira. – 2012.
62 f.

Orientadora: Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio.
Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió, 2012.

Bibliografia: f. 52-55.
Apêndices: f. 56-62.

1. Desnutrição infantil – Diagnóstico. 2. Qualidade do diagnóstico. 3. Saúde da família. 4. Diagnóstico – Eficácia, efetividade e eficiência. I. Título.



MESTRADO EM NUTRIÇÃO
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Campus A. C. Simões
BR 104, km 14, Tabuleiro dos Martins
Maceió-AL 57072-970
Fone/fax: 81 3214-1160

PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE
DISSERTAÇÃO

“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE
DESNUTRIÇÃO INFANTIL EFETUADO PELAS EQUIPES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

por

Jacqueline Amorim de Oliveira

A Banca Examinadora, reunida ao 1º dia do mês de agosto do ano de
2012, considera a candidata **APROVADA**.

Profª. Drª. Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
(Orientadora)

Profª. Drª. Divanise Suruagy Correia
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Alagoas
(Examinadora)

Profº. Drº. Jefferson de Souza Bernardes
Instituto de Ciências Humanas, Comunicação e Artes
Universidade Federal de Alagoas
(Examinador)

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa aos meus pais:

Terezinha Amorim de Oliveira (in memorian) - que fez de sua vida uma constante busca de realizações, e que me ensinou que o trabalho e a dedicação aos estudos são os principais meios para se atingir o crescimento espiritual e profissional.

Jorge Pereira de Oliveira – pelo apoio e incentivo diários, pela vida, por ter me ensinado a amar e por muito ter contribuído na formação do meu caráter, no que se refere ao respeito ao próximo e à valorização da vida e do estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus - Agradeço, com humildade e amor, ao Deus de meu Coração e de minha Compreensão, por tudo o que me rodeia e a tudo a que sou sensível!

Pela luz que vejo ao despertar, pelo ar que respiro e que me faz viva...

Pela vida que me dá continuidade e que permite minha perpetuação...

Por minha capacidade de pensar, que me permite adquirir conhecimento e saber...

Por minha capacidade de agir, que me permite trabalhar e atuar no mundo, em prol de toda a Humanidade...

Por minha percepção, que me faz entender com o coração a beleza de uma pequenina flor, o vôo indomável de um pássaro, a chuva trazendo alívio e vida...

E, principalmente, pela capacidade e possibilidade que tenho de agradecer a todas estas dádivas, e a tantas outras, pequenas ou grandes, que o tumulto do mundo, às vezes, me faz esquecer.

Em especial:

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio – pelo apoio, incentivo, amizade, carinho e acima de tudo por ter acreditado no meu potencial.

À amiga, Maria Inez Tenório Bloom – pelo apoio, incentivo, presença constante, abraço amigo, carinho e dedicação de mãe...

Aos professores do Curso de Mestrado da FANUT/UFAL – pelas oportunidades que me proporcionaram que muito contribuíram para o engrandecimento e nobreza de minha alma.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Maceió, Adeilson Loureiro Cavalcante, por autorizar a realização desta pesquisa.

Aos profissionais das Equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Maceió-AL, pela grande contribuição, pela receptividade carinhosa, pelo apoio e amizade durante a coleta de dados.

A minha família – por todo apoio, amor e por acreditar nos meus ideais.

Ao Secretário Municipal de Educação de União dos Palmares - AL, Josafá Ferreira Campos, pelo apoio e incentivo.

Aos meus amigos – por fazerem parte da minha vida desde a infância e por compartilharmos juntos a alegria desta conquista.

E a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíam para a realização deste.

“De todas as artes, a educação é a mais espiritual, pois aplica-se às almas em via de evolução e condiciona o futuro da humanidade.” (Pitágoras)

RESUMO GERAL

Avaliar os serviços de saúde é um processo importante para o fortalecimento dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, é essencial para que a Atenção Primária da Saúde (APS) cumpra com o seu papel para o estabelecimento de um novo modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde e prevenção da doença. A partir dessa concepção, busca-se avaliar a qualidade do diagnóstico da desnutrição infantil realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), no município de Maceió. Esta avaliação foi realizada através de bases conceituais estabelecidas por Donabedian. Neste estudo foram utilizados os princípios de estrutura e processo fundamentados nos pilares de eficácia, efetividade e eficiência. Ao entrevistar os profissionais cadastrados nas unidades alvo deste trabalho foram explicitadas dificuldades que tem o papel decisivo no diagnóstico da desnutrição infantil, comprometendo, assim, este processo. Aspectos estruturais, socioeconômicos e metodológicos surgiram através das falas dos profissionais entrevistados. Ao final, pode-se inferir que esse diagnóstico parece não atingir um padrão de qualidade tornando-se, portanto, ineficiente, ineficaz e não efetivo. Na verdade, este julgamento só é válido se contribuir para a melhoria do serviço, pois este é o papel da avaliação de qualidade.

Palavras - Chave: Qualidade. Diagnóstico. Desnutrição. Saúde da Família. Eficácia. Efetividade. Eficiência.

ABSTRACT

Evaluate the health services is an important process to the strengthening the doctrinal principles of the Unified Health System (SUS). Moreover, it is essential for the Primary Health Care (PHC) comply with its role in establishing a new model of care, based on health promotion and disease prevention. Based on this concept, we seek to evaluate the quality of diagnosis of malnutrition conducted in Family Health Units (USF), in the city of Maceió. This evaluation was performed using the conceptual basis established by Donabedian. In this study, were used the principles of structure and process based on the pillars of efficiency and effectiveness. When interviewing the professionals registered in the target units of this study, were explained difficulties with decisive role in the diagnosis of malnutrition, undermining, thereby, this process. Structural, socioeconomic and methodological aspects, emerged through the speech of the professionals interviewed. Finally, one can infer that this diagnosis seems not attain a quality standard, becoming, thus, inefficient and ineffective. Indeed, this judgment is only valid to contribute to the improvement of the service, because this is the role of quality assessment.

Keywords: Quality. Malnutrition. Family health. Efficacy. Effectiveness.
Efficiency.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Realização da mensuração e utilização da técnica adequada do Peso e Estatura da criança, em ambulatório, pelos profissionais das Equipes da Estratégia de Saúde da Família, no município de Maceió – AL, 2011.....	38
Tabela 2 - Notificação dos dados antropométricos, no cartão/caderneta da criança, pelos profissionais, do município de Maceió – AL, 2011.....	39
Tabela 3 - Recebimento dos dados antropométricos e do diagnóstico da desnutrição infantil, da pré-consulta, durante atendimento na Unidade de Saúde, no município de Maceió – AL, 2011.....	39
Tabela 4 - Realização sobre orientação nutricional em visita domiciliar e em sala de espera, na Unidade de Saúde, por profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família, do município de Maceió – AL, 2011.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

Agente Comunitário de Saúde (ACS)
Altura/Idade (A/I)
Atenção Primária da Saúde (APS)
Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN)
Crescimento e Desenvolvimento (CD)
Desnutrição Energético-Protéica (DEP)
Estatura/Idade (E/I)
Estratégia Saúde da Família (ESF)
Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF)
Fundo Nacional de Saúde (FNS)
Ministério da Saúde (MS)
National Center for Health Statistics (NCHS)
Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)
Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN)
Pesquisa de Orçamento Familiar (POF)
Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Unidade de Saúde da Família (USF)
Unidade de Saúde (US)
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO GERAL	12
2	REVISÃO DA LITERATURA: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE	16
3	APRESENTAÇÃO DO ARTIGO	30
3.1	Resumo	31
3.2	Abstract	32
3.3	Introdução	33
3.4	Métodos	36
3.5	Resultados	38
3.6	Discussão	42
3.7	Conclusão	47
3.8	Referências	48
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
6	APÊNDICES	56

Os modelos de atenção em saúde são definidos como a maneira de organização dos serviços de saúde em determinados espaços/populações e a combinação dos diversos recursos existentes para o enfrentamento dos problemas e das necessidades de saúde tanto individuais como coletivos. É uma maneira de organizar a lógica de trabalho (saberes e instrumentos) nos processos de trabalho em saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde (PAIM, 2003)

A história da política de saúde brasileira ressalta dois tipos de modelo de atenção: o “médico-assistencial privatista”, centrado no atendimento médico, predominantemente curativo e voltado ao atendimento da demanda espontânea; e o “assistencial sanitarista”, direcionado ao combate de epidemias e ao controle de agravos à saúde, a partir das campanhas sanitárias que têm caráter temporário e visa combater a doença (CAPRA, 1993, PAIM, 2003).

Com o princípio da integralidade da assistência através de ações de promoção e prevenção que têm o intuito de causar impacto na qualidade de vida das pessoas, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma proposta de modelo assistencial diferente dos até então presentes na história da política de saúde. A adoção dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui espaços potenciais dessa mudança. Essa estratégia contribui para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde e na reorientação do modelo assistencial em conformidade com os princípios do SUS, a partir da atenção básica, possibilitando a reorganização do Sistema Municipal de Saúde (PAIM, 2003, BRASIL, 2005, BRASIL 2007).

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Na forma de trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. A atenção básica possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada do sistema de saúde e tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. A ESF inclui

ações territoriais que extrapolam os muros das unidades de saúde, enfatizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com ações básicas de assistência à saúde de grupos prioritários (BRASIL, 2007).

A atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Para sua operacionalização, são definidas algumas áreas estratégicas, dentre elas, a eliminação da desnutrição infantil (BRASIL, 2007).

Ao analisar dados de duas pesquisas realizadas no Brasil, ou sejam, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, (PNDS/1996) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, (PNDS 2007), Monteiro *et al.*(2009), encontraram redução de 50% na prevalência da desnutrição infantil no Brasil, em um intervalo de cerca de 11 anos (1996-2006/7). O estudo atribuiu que cerca de dois terços do declínio da desnutrição se devem a melhorias na escolaridade das mães, no poder aquisitivo das famílias (principalmente as mais pobres), nas condições do saneamento e no acesso à assistência à saúde. Mesmo assim, pobreza e desnutrição infantil ainda se apresentam em alta prevalência nas regiões mais pobres do Brasil, principalmente no nordeste, como consequência de condições insalubres de vida e que determinam a estatura final do indivíduo (SAWAYA & FLORÊNCIO, 2011).

O presente trabalho tem como desenho metodológico um estudo exploratório que privilegia a abordagem qualitativa. A avaliação da qualidade do diagnóstico foi realizada através de dois critérios básicos, ou sejam, a estrutura e o processo, reforçados pelos dispositivos que os sustenta, que são, a eficácia, a efetividade e a eficiência. Foi realizado junto a quarenta e cinco equipes de saúde da família. Os dados foram coletados individualmente por meio de protocolos de supervisão, estruturados, durante visitas às Unidades de Saúde (US). Além disso, foram construídas quatro tabelas sobre a realização da mensuração e utilização da técnica adequada do peso e estatura da criança; notificação dos dados antropométricos no cartão/caderneta da criança; o recebimento dos dados antropométricos e diagnóstico da desnutrição infantil e orientação nutricional em visita domiciliar e em sala de espera, na US.

No momento da aplicação dos protocolos, os profissionais foram orientados sobre o objetivo e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Continua sendo imprescindível, um diagnóstico eficaz da desnutrição infantil. Seria necessário que os profissionais que atuam no primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) estivessem aptos para diagnosticar, adequadamente, a desnutrição na infância, pelo menos, com relação aos parâmetros antropométricos (COTTA et al, 2006).

Somados ao fato que poucos trabalhos têm sido realizados sobre avaliação da qualidade dos serviços de saúde, especialmente nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desta forma este trabalho pretende fornecer o primeiro banco de informação sobre a qualidade do diagnóstico de desnutrição prestada às crianças residentes no município de Maceió, assistidas por cinquenta dessas equipes. Todavia, pelo não comparecimento de cinco equipes à formação foram trabalhadas quarenta e cinco delas. Esta análise tem como base a avaliação da qualidade da assistência à saúde, no modelo proposto por Donabedian, (1984).

Este trabalho está sendo apresentado em forma de artigo.

Por definição do programa de pós-graduação, utilizamos as normas bibliográficas ABNT na revisão da literatura e para o artigo foi utilizado o modelo Vancouver.

A qualidade da atenção em saúde é uma ferramenta de avaliação que reorienta os sistemas de saúde. A partir da década de 90 foram implementadas medidas definidoras em respeito à satisfação dos usuários com a finalidade de estabelecer um julgamento de valor, concernentes aos serviços de saúde (LÓPEZ-CERVANTES et al., 2009).

Uma das bases conceituais e metodológicas sobre a qualidade da atenção em saúde reconhecidas internacionalmente foram estabelecidas por Donabedian, a partir de três critérios básicos de avaliação: “estrutura”, “processo” e “resultado” (LÓPEZ-CERVANTES et al., 2009).

A possibilidade deste triplo enfoque é devido a uma relação funcional existente entre os três elementos, que pode ser apresentado esquematicamente a seguir:

Estrutura → Processo → Resultado

Isto explica que as características dos lugares onde surgem a atenção têm uma propensão a influir sobre o processo de atenção diminuindo ou acrescentando sua qualidade, ou seja, as mudanças no processo da atenção, incluindo as variações em sua qualidade, influirão no efeito da atenção sobre o estado de saúde, num sentido mais amplo (DONABEDIAN, 1984).

Por “**estrutura**” se entende os aspectos relativamente estáveis de quem provém assistência, dos instrumentos e recursos que têm ao seu alcance, dos espaços físicos e organizacionais do local de trabalho. Nessa direção, os aspectos concernentes à estrutura são os recursos humanos, físicos e financeiros que se necessitam para proporcionar atenção à saúde (DONABEDIAN, 1984).

O termo envolve o número, distribuição e qualificação dos profissionais envolvidos, como também, a quantidade, tamanho, equipe e distribuição geográfica de hospitais, unidades de saúde e outras instalações. A estrutura como uma medida indireta da qualidade depende da natureza de sua influência sobre a atenção, ou seja, quando se têm disponíveis os instrumentos estruturais necessários, que se sabe ou acredita-se têm efeitos saudáveis sobre a qualidade da atenção, tornam-se aceitos como uma prova indireta da qualidade (DONABEDIAN, 1984).

O “**processo**”, por sua vez, parte do princípio da relação que se estabelece entre profissional e paciente. Um juízo acerca da qualidade deste atributo é dispensado por meio da observação direta ou através da revisão de informação

registrada, que permite um reconhecimento relativamente preciso de como estão às coisas (DONABEDIAN, 1984).

A base para um juízo de valor acerca da qualidade é o que se conhece a respeito da maneira como se estabelece a atenção profissional e suas conseqüências para a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da sociedade, em consideração ao valor que o indivíduo e a sociedade dão à saúde e ao bem-estar (DONABEDIAN, 1984).

Quanto ao estudo dos “**resultados**”, este diz respeito a uma ponte entre o estado atual e futuro da saúde do paciente, onde, em sentido amplo do conceito “saúde”, envolve o melhoramento da função social e psicológica, os aspectos físicos e fisiológicos da atuação e, ainda as atitudes do paciente, incluindo sua satisfação, o conhecimento adquirido sobre a saúde e seu comportamento relacionado com a mesma. Assim, é possível identificar estes resultados como componentes da saúde presente ou como contribuição à saúde futura (DONABEDIAN, 1984).

Os estudos convencionais que avaliam a satisfação dos usuários dos serviços de saúde colocam em relevo os padrões utilizados para medir e caracterizar, a fim de identificar a magnitude do problema e os fatores mais relevantes associados a essas práticas. A literatura científica contemporânea já reconhece a importância da abordagem qualitativa, cujo fim é exatamente recuperar a voz e a experiência dos distintos atores objetivando compreender os diversos processos sociais (LÓPEZ-CERVANTES et al., 2009).

A definição da qualidade do cuidado em saúde é reforçada por pilares de sustentação onde se apóia e possibilita fazer um julgamento de valor (DONABEDIAN, 1990), são eles:

- 1 – eficácia
- 2 – efetividade
- 3 – eficiência
- 4 – otimidade
- 5 – aceitabilidade
- 6 – legitimidade
- 7 – equidade

1. Eficácia

A eficácia representa o que o profissional da saúde pode fazer de melhor, nas condições mais propícias, adequadas ao estado do paciente, onde as demais circunstâncias se mantêm estáveis. Podendo ser usada por várias estratégias, onde a mais eficaz define o limite máximo daquilo que pode ser alcançado (DONABEDIAN, 1990).

2. Efetividade

A efetividade, ao contrário da eficácia, se refere à melhoria na saúde que é alcançada ou se visa alcançar nas condições habituais da prática cotidiana. Ao conceituar e avaliar qualidade, a efetividade, no sentido mais estrito denota a intensidade em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, tem um elo para o nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como atingíveis (DONABEDIAN, 1990).

3. Eficiência

A eficiência, de maneira simplificada, mede o custo em que uma determinada melhoria na saúde é alcançada, ou seja, se duas estratégias de cuidado são concomitantemente eficazes, a mais eficiente é a de menor custo (3).

Possivelmente, é vantajoso separar a eficiência da qualidade e colocá-la à parte, adquire-se assim uma definição mais “estreita” de mais fácil compreensão (DONABEDIAN, 1990).

4. Otimidade

A otimidade é relevante quando não são avaliados os efeitos do cuidado em saúde, por si só, mas relativamente aos custos (DONABEDIAN, 1990).

5. Aceitabilidade

A aceitabilidade pode arbitrariamente ser usada igualmente a adaptação do cuidado às aspirações, esperanças e valores dos indivíduos e de suas famílias. É claro, que os pacientes esperam efeitos favoráveis do cuidado em relação a sua saúde e bem-estar e como esses efeitos devem ser alcançados. De modo geral, é possível dizer que a aceitabilidade depende das avaliações subjetivas feitas pelo

paciente quando se refere à efetividade, eficiência e otimismo, mas associando-se a outros fatores como: o acesso ao cuidado com suas amenidades e as peculiaridades da relação profissional-paciente (DONABEDIAN, 1990).

Ao discutir sobre acessibilidade do cuidado, é possível indagar se esta é parte do conceito de qualidade em si mesmo ou um atributo dissociado do cuidado. Para os pacientes, em geral, a obtenção do cuidado quando necessário, e com facilidade e conveniência, torna-se parte integrante da qualidade (DONABEDIAN, 1990).

Quando da relação profissional-usuário, a expectativa dos pacientes é saber como os profissionais de saúde que eles encontram quando procuram e recebem cuidado em saúde, comportam-se em relação a eles (DONABEDIAN, 1990).

6. Legitimidade

A legitimidade pode ser pensada como sinônimo de aceitabilidade do cuidado sob a ótica da comunidade ou da sociedade em geral. Quando os indivíduos recebem cuidado ou deixam de recebê-lo, não só eles sofrem com isso. Quando existe benefício ou malefício a outros, a sociedade atribui à adequação do cuidado de maneira distinta daquela dos indivíduos (DONABEDIAN, 1990).

Mesmo quando os efeitos do cuidado em saúde têm limitações para os indivíduos, a sociedade pode não dar o mesmo valor por eles (DONABEDIAN, 1990).

A visão da sociedade em relação aos custos diferencia em muito daquela dos indivíduos. A razão primordial é fixar-se no financiamento social do cuidado. Quando um agente intermediário financia parte ou até mesmo a totalidade dos custos do cuidado, o nível deste que os indivíduos gostariam de ter, geralmente torna-se excedente, para o que a sociedade considera razoável financiar (DONABEDIAN, 1990).

Por tudo isso, o que a sociedade considera ser um “ótimo” cuidado, diverge do ponto de vista dos indivíduos como também é diferente no que se considera equitativo ou justo (DONABEDIAN, 1990).

7. Equidade

A equidade diz respeito ao princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e nos benefícios alcançados entre os membros

de uma população. A equidade faz parte tanto do que torna o cuidado aceitável para os indivíduos como também, torna-se legítimo para a sociedade (DONABEDIAN, 1990).

“A busca de cada um dos sete atributos pode representar um esforço recíproco, por exemplo, um cuidado efetivo é também usualmente mais aceitável e legítimo”.

Nesse sentido, não é possível julgar a qualidade na íntegra, em termos técnicos, apenas, pelos profissionais de saúde; é importante considerar, de forma igualitária, as preferências dos pacientes individuais e da sociedade em geral (DONABEDIAN, 1990).

A partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde, avaliar a qualidade tornou-se relevante no contexto da atenção primária à saúde, principalmente pelo Ministério da Saúde. Em vários países do mundo o princípio da universalidade e a garantia de acesso aos cuidados primários de saúde têm sido adotados, a fim de alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários. Sob essa ótica, a iniciativa de avaliar a qualidade objetiva encontrar uma proposta e uma política de avaliação global da qualidade prestada pela atenção básica de saúde no Brasil e já na mesma linha de projetos desenvolvidos em outros países (CAMPOS, 2005).

Vale salientar, que algumas secretarias estaduais de saúde, no Brasil, apresentavam critérios de qualidade a partir do pacto da atenção básica, para respaldar incentivos financeiros aos municípios, surgindo, assim, a proposta de “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família”. (BRASIL, 2005).

Não existem critérios absolutos, utilizados para caracterizar um serviço de qualidade, visto que a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre em transformação e a exigir aprimoramentos na maneira como se prestam os serviços. É também dependente das circunstâncias em que se dá o contexto da assistência e do que os serviços podem produzir, comparativamente a outros em condições semelhantes, em uma dada realidade. Assim, um atendimento de qualidade é aquele adequado à realidade local onde busca padrões mais adequados de assistência. Adotados através de pesquisas, ou por meio de consensos obtidos entre especialistas. Há padrões de qualidade, não experimentais, relacionados aos direitos e à dignidade da pessoa humana. Condições, tais, são definidas socialmente e se relacionam ao que é aceitável e não aceitável do ponto de vista legal e ético.

Outra maneira para definir boas práticas em saúde são os estudos comparativos entre os serviços, tais como número e tipo de prescrições por tipo de condição, utilização de exames complementares, rotinas e procedimentos utilizadas entre serviços. Já os estudos experimentais podem determinar, entre as diversas possibilidades, os processos que alcançam melhores resultados. São estudos randomizados do tipo caso controle e delineados para garantir os distintos resultados e seus respectivos tratamentos (CAMPOS, 2005).

“A qualidade da atenção à saúde destinada às populações é uma questão de natureza ética. Não é ético oferecer cuidados cujo impacto não tenha sido cientificamente comprovado”

Investigar a eficácia de novos procedimentos ou estratégias de cuidado e investigações do resultado de intervenções sobre a saúde dos usuários e da população em geral representam duas áreas de pesquisa que se complementam entre si. Na pesquisa clínica, a exposição a uma droga atua específica e diretamente sobre a presença de um sintoma ou desfecho biologicamente definido, sendo curta a cadeia causal entre a exposição e o desfecho. Enquanto que na saúde pública, o impacto de um programa só permite observar na presença de outros processos consequentes da intervenção, mas modificáveis por fenômenos externos a ela (características da população, do sistema de saúde ou do ambiente) (SANTOS & VICTORA, 2004).

Medir a qualidade através da “satisfação do usuário”, “responsividade”, “humanização” e “direitos do paciente”, apresenta suas convergências e diferenças, bem como sua pertinência nas pesquisas de avaliação de serviços e sistemas de saúde. Satisfação e responsividade são analisadas como conceitos operacionais sob o olhar do usuário; humanização e direitos do paciente concernem a princípios normativos que norteiam políticas e programas (ANDRADE & VAITSMAN, 2005).

Ao avaliar adequação e plausibilidade do desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF), sob a ótica da promoção da equidade, esta estratégia representou um esforço bem-sucedido comparado aos serviços tradicionais, assim, a ESF esteve mais presente em regiões mais pobres e com população mais vulnerável, enfatizando que faz mais para quem mais precisa. Mostrou melhor desempenho do que os serviços tradicionais, tanto no Sul, quanto no Nordeste, corroborando a literatura e a percepção dos gestores que esta estratégia é a mais adequada para o

sistema municipal de saúde e, ainda conta com uma maior adesão dos profissionais do que o antigo modelo de atenção à saúde (FACCHINI et al., 2006).

Para avaliar adequação é mais simples e deve ser feita antes de estudos mais complexos e, conseqüentemente, mais dispendiosos. O ideal é avaliar se os objetivos foram bem sucedidos antes de atribuí-los ao programa avaliado. Se uma intervenção mostra-se sabiamente eficaz, então uma avaliação de adequação da cobertura poderá ser suficiente. Avaliações de plausibilidade analisam se o efeito observado é fruto de um programa em si ou deveu-se a fatores externos, necessitando, portanto, de um grupo controle (interno, histórico ou externo) sem utilizar, entretanto, randomização (SANTOS & VICTORA, 2004).

O método de avaliação da qualidade teve início nas primeiras décadas do século XX e só após a segunda grande guerra, se transformou em uma ferramenta essencial para reorientar o funcionamento dos sistemas de saúde (LÓPEZ-CERVANTES et al., 2009).

Segundo a Lei 8080/90 que regulamenta os dispositivos constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como premissa garantir o princípio da integralidade da assistência, conjunto de ações aplicadas individual ou coletivamente que envolve a promoção da saúde, prevenção de doenças, o diagnóstico, tratamento e reabilitação, tornando-o um princípio organizativo que garante o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2005).

Em acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde do Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentre outros (BRASIL, 2012). Tem ação prioritária, realizada no primeiro nível de atenção à saúde de seus municípios, ou seja, organiza a atenção básica, campo de atenção que representa a porta de entrada dos usuários no âmbito SUS, em nível municipal, onde estabelece vínculo sólido de co-responsabilidade com uma comunidade adscrita, que compõe uma população de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Esta população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes prestar assistência à saúde entendendo esta necessidade como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem (BRASIL, 2005).

A atenção básica, realizada pela ESF, considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde (desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida), a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças e/ou redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

É característica da atenção básica a prática de exercícios gerenciais e sanitários, democráticos e participativos, caracterizado pelo trabalho em equipe, direcionada a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, em consideração a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Normatizada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (BRASIL, 2007)

Os profissionais podem executar as ações em nível ambulatorial, na Unidade de Saúde da Família e no domicílio dos usuários, quando necessário e devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É de fundamental importância para o bom resultado das ações, que as equipes de Saúde da Família atuem em parceria com os demais níveis de atenção do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da atenção básica, esta estratégia deve apresentar:

- I - caráter substitutivo relacionado à rede de atenção básica, tradicional, nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação, com base no diagnóstico situacional focado na família e na comunidade;

IV - buscar interagir com instituições e organizações sociais, em especial, na área de abrangência, a fim de desenvolver parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

Como parte do diagnóstico e cuidados citados nos itens II e III, o método antropométrico é um tipo de investigação em nutrição, baseado na mensuração das variáveis físicas e na composição corporal global do corpo, em diferentes faixas etárias e graus de nutrição, fornecendo diagnóstico tanto dos indivíduos como de coletividades. É vantajoso o uso desse método, devido ao baixo custo e a simplicidade na mensuração, as facilidades de obtenção e padronização, tendo como parâmetros básicos o peso e a altura (FERREIRA et al, 2000 & ENGSTROM, 2002).

A relação entre antropometria e estado nutricional está bem estabelecida, uma vez que se sabe que os desequilíbrios entre ingestão e necessidades nutricionais deixam sinais na morfologia do corpo, ou seja, é improvável que um indivíduo desnutrido quando diagnosticado por métodos antropométricos que apresentem medidas suficientemente baixas se mostre bem nutrido, ou tenha uma alimentação equilibrada. Na antropometria, os pontos de corte constituem indicadores que fornecem o diagnóstico nutricional, ou seja, o indicador representa a utilização do índice associado a um ponto de corte, a fim de estabelecer um juízo de valor (FERREIRA, 2000).

O crescimento linear é mensurado a partir do indicador estatura/idade (E/I) e seu déficit apresenta relação com alterações cumulativas de longo prazo na situação nutricional e de saúde geral. Por estar associado a processo de longa duração e a um retardo no crescimento longitudinal, reflete formas crônicas de desnutrição, e corresponde a maior prevalência, a nível mundial, representada pelo déficit estatural, que se mostra em relevo como indicador não só de desnutrição, mas também de pobreza. O crescimento e a estatura final de um indivíduo são consequentes da interação entre seu potencial genético e a influência de diversos fatores ambientais. Nessa interação, os fatores ambientais são extremamente relevantes quando comparados às características genéticas, que parecem ser menos significativas em relação às diferenças no meio ambiente, principalmente em países em desenvolvimento (SAWAYA et al., 2009).

Há inúmeras evidências de que déficits de crescimento em crianças estão associados a maior mortalidade, excessivas doenças infecciosas, prejuízo para o

desenvolvimento psicomotor, desenvolvimento cognitivo, evasão escolar e menor capacidade produtiva na vida adulta (MONTEIRO et al., 2009).

A desnutrição é causada pelo aporte alimentar insuficiente, associada, na maioria das vezes, às infecções que contribuem para a debilidade do organismo podendo levar à morte. O déficit estatural em crianças é resultante, não somente, do desequilíbrio energético-protéico, mas também das deficiências de ácidos graxos essenciais e de micronutrientes específicos como a vitamina A, ferro, iodo e zinco (UNICEF, 1998; MONTEIRO, 2003).

A desnutrição ainda é um problema de dimensões alarmantes, especialmente nos países em desenvolvimento, contribuindo com cerca de metade dos 10 milhões de mortes, por ano, entre crianças menores de cinco anos (UNICEF, 2006; SEAL & KERAC, 2007). Em média, 90% dessas crianças são acometidas pelo nanismo, o qual reflete uma redução crônica na ingestão de alimentos, comumente associado à freqüentes recidivas de doenças e à alimentação com baixo valor nutritivo, enquanto que 13,0% têm desnutrição aguda, relacionada a uma redução recente no consumo alimentar e/ou a infecções (UNICEF, 1998; LAURENTINO *et al.*, 2003).

Foi possível estudar a evolução da prevalência de desnutrição, no Brasil, a partir de três grandes levantamentos de base populacional, entre eles, O Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), realizado nos anos de 1974 e 1975 e a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, permitiram a comparação entre todas as regiões do país. No entanto, a terceira denominada Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS, 1996), apresenta resultados e estimativas independentes para as sete regiões da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – Rio de Janeiro, São Paulo, Centro-Leste, Nordeste, Norte (áreas urbanas) e Centro-Oeste (BENFAM, 1997). Ao cruzar os dados das três pesquisas observou-se uma redução na prevalência de desnutrição no país, embora, tenha se constatado que a desnutrição crônica foi a mais prevalente na população brasileira menor de cinco anos. A proporção de crianças com baixo peso para a idade (abaixo de -2 escores Z da mediana do NCHS, 1977) foi de 18,4% em 1974, caiu para 7% em 1989 e chegou a 5,7% em 1996. Ao observar os anos de 1999 e 2004 o percentual para este mesmo índice diminuiu de 10,1% para 3,6% no primeiro ano de vida, e de 19,8% para 7,7% no segundo ano. Já no ano de 2007 esta prevalência chegou a 1,6% para os dois sexos. Tais achados confirmam a pouca importância das formas agudas de desnutrição no Brasil e a restrita utilização desse índice na

avaliação nutricional de crianças brasileiras (MONTEIRO *et al.*, 1997; COUTINHO, 2008; MONTEIRO *et al.*, 2009).

Para o índice estatura/idade, a redução foi de 32,8% para 15,7% entre 1975 a 1989, ou seja, reduziu quase 50% e, entre 1989 a 1996, essa redução foi de cerca de 1/3, passando de 15,7% para 10,5% (BENFAM, 1997; MONTEIRO *et al.*, 1997; UNICEF, 2006). No período de 2002 a 2003, em respeito à Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), a prevalência de déficit estatural reduziu de 33,5% para 10,8% no sexo masculino, e de 26,3% para 7,9% entre as meninas. E, mais recentemente ainda Monteiro *et al.* (2009), ao avaliar as taxas de desnutrição infantil no Brasil através da Demographic Health Surveys (PNDS/2007), encontraram uma prevalência 6,8% de déficit estatural, o que corresponde a uma diminuição de cerca de 50%.

Em todos os estudos anteriormente observados a desnutrição foi mais abrangente na população rural, onde as regiões Norte e Nordeste foram as mais comprometidas (UNICEF, 2006). Apesar da redução desses déficits antropométricos observou-se que a distribuição regional da desnutrição no Brasil segue a mesma distribuição da pobreza, determinando com maior intensidade as desigualdades entre o Norte e o Nordeste ao comparar com as demais regiões do país.

Ao observar dados de 1989 e 1996 verificou-se uma redução relevante em relação aos déficits ponderais para a região Nordeste (35,1%), minimizando essas diferenças, contudo, com relação aos déficits de estatura/idade o declínio observado nesse mesmo período foi de 34,4% equiparando-se à média nacional de redução para esse indicador (UNICEF, 2006). A região teve seu melhor desempenho na área urbana onde a redução da prevalência de déficit de estatura/idade foi de 45,3%, enquanto que na população rural a diminuição foi de apenas 18,4%, situando o Nordeste rural mais distante do resto do país e muito mais próximo dos países mais pobres do mundo com prevalências de 25,2%.

Mais recentemente, e ainda na região semi-árida do nordeste, o número de crianças com déficit nutricional no grupo etário até dois anos de idade reduziu de 9,2% para 6,2% (UNICEF, 2008). Por outro lado, um estudo realizado por Gigante *et al.* (2003) na região sul, em Pelotas no Rio Grande do Sul, ao observar 1.273 crianças desde o nascimento até os quatro anos de idade encontraram prevalências de desnutrição aos 12 meses em 5,8%, 0,9% e 3,8% para estatura/idade, peso/estatura e peso/idade, respectivamente. Posteriormente, quando as crianças já

possuíam uma média de quatro anos de idade, observou-se que as prevalências diminuíram de 4,9%, 0,4% e 2,9% para os mesmos índices, ou seja, o percentual de desnutrição infantil na região Sul do país é quatro vezes menor que no Nordeste. O que denota que as diferenças regionais da prevalência de desnutrição, apesar do decréscimo, ainda se mantêm estável ao longo dos anos. Nesse mesmo sentido, Florêncio *et al.* (2001) estudando o grupo etário infantil, residente em favelas de Maceió-AL, encontraram uma prevalência de desnutrição nos três índices P/I, A/I, P/A de 21%, a partir do escore ($Z < - 2$) para o diagnóstico nutricional. Ferreira *et al.* (2002) analisaram 137 crianças de 6 a 60 meses, moradoras em uma favela de Maceió-AL, utilizando para a classificação um ponto de corte menos rigoroso ($Z < - 1$), mas bastante útil para indicar situação de risco nutricional e que apresentou uma prevalência de déficits, nas crianças, em respeito aos indicadores altura/idade (22,6%), peso/idade (16,1%) e peso/altura (1,5%).

Em outro estudo, também realizado em favelas de Maceió-AL, Florêncio *et al.* (2011), encontraram déficits estaturais para crianças em até 6 anos, alternando de 18,8% a 5,4%, em acordo com a característica sócio-ambiental de cada favela.

Somado ao fato que cerca de doze milhões de mortes em menores de cinco anos, nos países em desenvolvimento, são registrados a cada ano, resultantes principalmente de causas que deveriam ser evitadas; mais de 50% dessas mortes é consequência direta ou indireta da desnutrição. E, entre àquelas que morrem decorrentes deste agravo, três quartos delas são desnutridas leve ou moderada (PELLETIER *et al.*, 1995; UNICEF, 2006).

Com França *et al.* (2001), as principais doenças co-relacionadas à desnutrição, nos países em desenvolvimento, são as infecções das vias respiratórias e parasitárias, diarreias e anemia.

Já é bem evidente na literatura que as infecções e o consumo alimentar inadequado levam à desnutrição, que por sua vez, provoca o aumento na incidência, duração e letalidade das infecções, contribuindo à depleção das reservas nutricionais no indivíduo. Essa depleção é agravada durante o estresse fisiológico provocado pela infecção aguda, onde mais degradações protéicas ocorrem com redução em até 20% das reservas de energia (DULGER, 2002; BUENO, 2007). Nesse sentido, a qualidade do diagnóstico da desnutrição, do ponto de vista antropométrico, vai minimizar a morbimortalidade infantil, pois vai intervir positivamente no seu tratamento. Esse diagnóstico, por sua vez, depende de

instrumentos adequados (balança e estadiômetro) para mensuração do peso e da estatura da criança e também da maneira correta de obtenção destes dados.

O estado nutricional influencia, de maneira decisiva, nos riscos de morbimortalidade e no crescimento e desenvolvimento infantil, o que torna essencial uma avaliação do estado nutricional dessa população mediante procedimentos diagnósticos que permitam precisar a magnitude, o comportamento e os determinantes dos agravos nutricionais, bem como apontar os grupos vulneráveis (de riscos) e as intervenções mais adequadas (CASTRO et al, 2005).

O trabalho que se segue, portanto, objetiva avaliar a qualidade do diagnóstico de desnutrição infantil efetuado pelas equipes da estratégia de saúde da família de Maceió – AL, detendo-se em dois dos critérios de avaliação, **estrutura e processo, ancorados em três pilares: eficácia, efetividade e eficiência.**

3 APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

OLIVEIRA, JA; BLOOM, MIT; FLORÊNCIO, TMMT. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO DIAGNÓSTICO DE DESNUTRIÇÃO INFANTIL EFETUADO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MACEIÓ – AL, 2012.

3.1 Resumo

Avaliar a qualidade do diagnóstico de desnutrição infantil realizado pelos profissionais que compõem as equipes básicas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Maceió.

Trata-se de um estudo exploratório que privilegia a abordagem qualitativa. A avaliação da qualidade do diagnóstico foi realizada através de dois critérios básicos, ou sejam, a estrutura e o processo, reforçados pelos dispositivos que os sustentam, que são, a eficácia, a efetividade e a eficiência. Foi realizado junto a quarenta e cinco equipes de saúde da família. Os dados foram coletados individualmente por meio de protocolos de supervisão, estruturados, durante visitas às Unidades de Saúde (US).

Por intermédio das respostas dos profissionais através dos protocolos, surgiram algumas categorias relativas às dificuldades encontradas para a realização do diagnóstico da desnutrição infantil, as quais foram infraestrutura, família, social, equipe, demanda e política. Vários fatores parecem interferir na qualidade do diagnóstico tais como estrutura física e acesso a equipamentos, situação sócio-econômica das famílias, interrelação da equipe de trabalho, metodologia de avaliação e outros. Toda essa análise de estrutura e processo aponta para a fragilidade do diagnóstico da desnutrição infantil.

O diagnóstico da desnutrição infantil nas unidades de saúde da família de Maceió tem demonstrado ineficácia, ineficiência e inefetividade. Embora, esta avaliação não deve ser encarada como um julgamento, a priori, mas como uma oportunidade de mudança.

Palavras-chave: Qualidade. Serviços de saúde. Desnutrição. Eficácia. Efetividade. Eficiência.

3.2 Abstract

To evaluate the quality of diagnosis of malnutrition of the professionals that make up the basic teams of the Family Health Strategy (FHS) of the city of Maceió.

This is an exploratory study that focuses on a qualitative approach. The evaluation of the quality of diagnosis was performed using two basic criteria, or are, the structure and process, reinforced by claims that the devices, which are efficiency, effectiveness and efficiency. Was conducted with forty-five teams of family health. Data were collected through individual supervision protocols, structured, during visits to Health Unities (U.S.).

Through the responses of professionals through the protocols, there were some categories relating to difficulties encountered in the diagnosis of malnutrition, which were infrastructure, family, social, team, and political demands. Several factors seem to interfere with the quality of diagnosis such as physical infrastructure and access to equipment, socio-economic situation of families, inter-team work, and other valuation methodology. All this analysis of structure and process points to the fragility of the diagnosis of malnutrition.

The diagnosis of malnutrition in Family Health Unities in Maceió has demonstrated ineffectiveness, inefficacy and inefficiency. Although this evaluation should not be regarded as a trial, a priori, but as an opportunity for change.

Keywords: Quality. Healthcare. Malnutrition. Efficacy. Effectiveness. Efficiency.

3.3 Introdução

Ao estimar a qualidade dos serviços, Donabedian (1984) tem recomendado a análise da estrutura, do processo e do resultado, considerando o estudo do processo como a melhor forma para investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência¹.

Para o Ministério da Saúde, a ESF tem sua ação eficientemente comprovada, pois têm apresentado dados quanto à redução da mortalidade infantil e de outros indicadores de melhoria da saúde da população brasileira². Seus manifestos, doutrinários e normativos, propõem há tempos, que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento seja prioridade às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das crianças em toda a rede básica de saúde. A partir daí, o acompanhamento sistemático do crescimento pode ser indicador de qualidade da atenção prestada às crianças nos serviços de saúde. Para tanto, os índices antropométricos são utilizados como os principais critérios desse acompanhamento^{3,4}.

Por outro lado, a avaliação do crescimento é considerada atividade de assistência primária à saúde, ao tempo em que se constitui em sensível aferidor das condições gerais de saúde do indivíduo. A monitorização do crescimento permite alertar profissionais de saúde e comunidade para as formas insidiosas e crônicas da desnutrição infantil. Logo, avaliar o crescimento é essencial para a determinação da amplitude e distribuição geográfica dos agravos nutricionais, para identificar os fatores determinantes, fornecendo subsídios para a proposição de intervenções apropriadas⁵.

A desnutrição energético-protéica (DEP) denota que devido às diferenças sociais, tal agravo transforma-se em um grande problema de saúde pública, principalmente em alguns bolsões de pobreza situados nas periferias das grandes cidades⁶.

Assim, a avaliação antropométrica, por ser limitada às medidas básicas (peso e estatura), é de grande importância no diagnóstico nutricional de crianças, pois além da facilidade de obtenção e objetividade, possibilita a comparação com um padrão de referência^{6,7}.

A população de baixa renda de Maceió foi estudada, anteriormente, com a perspectiva de se identificar o risco nutricional da mesma, além de subsidiar o

projeto intitulado “Diagnóstico e tratamento da desnutrição infantil na cidade de Maceió”, sob aprovação do Ministério da Saúde (MS) e financiado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), em 2008. Tal proposta tinha como filosofia, realizar no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), uma formação para os profissionais médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que compunham cinquenta equipes da Estratégia de Saúde da Família, distribuídas em VII distritos sanitários desta localidade. A formação teve como objetivo contribuir para que as equipes pudessem detectar e tratar a desnutrição em sua área de abrangência. O tema foi subdividido em três módulos. O primeiro apresentava as causas e conseqüências da desnutrição, o segundo, abordava os métodos antropométricos e diagnósticos adequadamente utilizados, em acordo com as normas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde e o terceiro, referia-se ao tratamento nutricional. Esta formação foi concluída em março de 2010. A continuidade deste projeto se deu através de supervisões realizadas in loco, a fim de perceber a aplicação do conteúdo aprendido, pelos profissionais, a partir da formação ofertada a eles. A partir daí, foi mantido contato com a secretaria municipal de saúde com o propósito de apresentar as possíveis limitações presentes nos serviços, as quais foram apontadas pelos profissionais, a fim de corrigi-las.

A Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, em 2008, contava com 50 equipes da ESF, distribuídas em VII distritos sanitários, o que correspondia a 18,40% de cobertura para a população geral. A formação sobre desnutrição infantil contemplou cinco distritos sanitários, onde estão localizadas as cinquenta equipes, sendo eles: II e V distritos são formados por sete equipes, cada um; o IV distrito é composto de nove equipes; o VI distrito comporta dez equipes e o VII distrito sanitário é formado por dezessete equipes. Cada equipe consta de um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Cada um dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, exerce suas atribuições, as quais são normatizadas em acordo com a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde e em conformidade com as peculiaridades de cada município, concernentes às prioridades definidas pela respectiva gestão e em respeito as pactuações nacionais. Às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e de agravos e, ações de vigilância à saúde, em

níveis, individual e coletivo são atribuições comuns a todos os profissionais envolvidos. Quanto ao diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, são atribuições comuns aos enfermeiros e médicos.

Considerando a importância da interface entre qualidade e avaliação na esfera de saúde da família, bem como a carência de investigações sobre esta temática, busca-se neste estudo avaliar a qualidade do diagnóstico da desnutrição infantil.

3.4 Métodos

Neste artigo foram utilizados os dados oriundos do projeto maior intitulado “Diagnóstico e tratamento da desnutrição infantil”, financiado pelo MS/FNS. No presente estudou-se com 45 equipes de saúde da família das 50 existentes no município de Maceió, as quais participaram do treinamento para diagnosticar e tratar a desnutrição infantil em sua área de abrangência.

A coleta de dados transcorreu de março de 2011 a março de 2012. Os dados foram coletados, individualmente, por meio de protocolos de supervisão, estruturados. (Apêndice A)

As 45 equipes de saúde da família eram compostas por 405 profissionais dos quais, 194 participaram da formação e 168 foram entrevistados, sendo estes, 10 médicos, 20 enfermeiras, 35 auxiliares de enfermagem e 102 agentes comunitários de saúde.

No momento das visitas às Unidades de Saúde (US) para a aplicação dos protocolos, eles foram orientados sobre o objetivo e procedimento da pesquisa o qual era avaliar a qualidade do diagnóstico da desnutrição das crianças assistidas pelas equipes da ESF do município de Maceió, pretendendo assim, contribuir para a melhoria deste diagnóstico.

De acordo com o objetivo do estudo, determinaram-se as seguintes variáveis de análise:

- Utilização da técnica adequada para a coleta das variáveis peso e estatura e para notificação dos dados antropométricos em prontuários e cadernetas/cartões da criança. Para o alcance desta variável foi aplicado o protocolo com as auxiliares de enfermagem e enfermeiras;
- Diagnóstico antropométrico e identificação do estado nutricional da criança foram, também, aplicados protocolos junto às enfermeiras e auxiliares de enfermagem, respectivamente;
- Para o alcance das variáveis, orientação nutricional e orientações sobre higiene ambiental, pessoal e de alimentos, foram aplicados protocolos com os agentes de saúde e as auxiliares de enfermagem;
- Para as variáveis, recebimento de dados antropométricos e do diagnóstico do estado nutricional oriundos da pré-consulta, foram pesquisados os médicos;

- E, finalmente, para as principais dificuldades para implantação do conteúdo aprendido na formação, foram abordados todos os profissionais.

A análise dos dados contemplou, ainda, uma abordagem qualitativa realizada a partir dos resultados obtidos através da última questão que foi: quais as principais dificuldades para implantação do conteúdo aprendido na formação? Usou-se o procedimento de análise por categoria a posteriori⁸, com os profissionais envolvidos no processo de diagnóstico da desnutrição, para categorizar as variáveis supra citadas.

A pesquisa foi submetida à análise e aprovação do Secretário Municipal de Saúde de Maceió e da Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

3.5 Resultados

Foram avaliadas 45 equipes de saúde da família compondo uma amostra de 168 indivíduos, distribuídos entre Médicos, Enfermeiras, Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

Verificou-se que (100%) das enfermeiras e auxiliares de enfermagem realizam a mensuração dos dados antropométricos em ambulatório. Para as enfermeiras este fato se dá durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD). Com respeito à utilização de técnicas adequadas de peso e estatura, aferidas em ambulatório, 20% das enfermeiras e auxiliares de enfermagem dizem ainda não realizar adequadamente as tomadas de peso e estatura (tabela 1).

Tabela 1 - Realização da mensuração e Utilização de técnica adequada do Peso e Estatura da criança, em ambulatório, pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, no município de Maceió – AL, 2011.

Profissionais	categorias	Mensuração Peso e Estatura			Técnica adequada			
		n	%		Peso n	%	Estatura n	%
Enfermeira	(sim)	20	100	(sim)	16	80,0	16	80,0
				(não)	4	20,0	4	20,0
Auxiliar de enfermagem	(sim)	35	100	(sim)	31	88,6	28	80,0
				(não)	4	11,4	7	20,0

Fonte: Autor, 2012.

Verificou-se, nos dados coletados, que todas as enfermeiras notificam os dados, somente do peso corporal, no cartão/caderneta da criança, enquanto que (88,6%) das auxiliares de enfermagem notificam o peso e estatura na caderneta da criança ou anotam em uma folha de papel e entregam a enfermeira para ser registrado em prontuário (tabela 2).

Tabela 2 - Notificação dos dados antropométricos, no cartão/caderneta da criança, pelos profissionais, do município de Maceió – AL, 2011.

Profissionais	n		Notificação dos dados antropométricos			
			peso		estatura	
			n	%	n	%
Enfermeira	20	(sim)*	20	100,0	0	0,0
Auxiliar de Enfermagem	35	(sim) (não)	31 4	88,6 11,4	31 4	88,6 11,4

Fonte: Autor, 2012.

*Apenas o Peso

Todas as enfermeiras disseram realizar o diagnóstico do estado nutricional a partir da aferição do peso, enquanto que (90%) dos médicos recebem dados do peso corporal e 70% não recebem o diagnóstico da pré-consulta (tabela 3).

Tabela 3 - Recebimento dos dados antropométricos e do diagnóstico da desnutrição infantil, da pré-consulta, durante atendimento na Unidade de Saúde, no município de Maceió – AL, 2011.

Profissionais	(Realização do diagnóstico)		Recebe dados do				Recebe diagnóstico da pré-consulta	
	n	%	Peso n	e %	Estatura n	%	n	%
Médico			(Sim) 9	90,0	0	0	(Sim) 3	30,0
			(Não) 1	10,0	0	0	(Não) 7	70,0
Enfermeira	(Sim) 20	100,0						

Fonte: Autor, 2012.

As auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde praticam, em sua maioria (85,7% e 91,2%), respectivamente, as orientações nutricionais realizadas durante as visitas domiciliares e em sala de espera, na Unidade de Saúde (tabela 4).

Tabela 4 - Realização sobre orientação Nutricional em Visita domiciliar e em Sala de espera, na Unidade de Saúde, por profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família, do município de Maceió – AL, 2011.

Profissionais	Orientação Nutricional	n	%
Auxiliar de enfermagem	(Sim)	30	85,7
	(Não)	5	14,3
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	(Sim)	93	91,2
	(Não)	9	8,8

Fonte: Autor, 2012.

Ao se perguntar sobre quais as principais dificuldades para implantação do conteúdo aprendido na formação sobre diagnóstico e tratamento da desnutrição, as respostas foram repetitivas para as seguintes afirmações:

- **“... ausência de materiais e equipamentos.”**
- **“... ausência de espaço físico.”**
- **“... falta de entendimento e compreensão das mães das crianças.”**
- **“... precária condição sócio-econômica da família.”**
- **“... dificuldade de acesso à área devido à violência existente.”**
- **“... dificuldade de trabalhar em equipe por falta de comunicação e entrosamento dos profissionais em geral.”**
- **“... demanda que não comparece efetivamente, não permitindo o nosso acompanhamento. As pessoas só comparecem eventualmente para o acompanhamento do ‘bolsa família’.”**
- **“... falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde.”**
- **“... não dá tempo para realizar todos os procedimentos porque a demanda é muito alta.”**

O que possibilitou a identificação das seguintes categorias:

- infra-estrutura;
- família;
- social;
- equipe;
- demanda;
- política.

Ficou implícito, pela análise das categorias, que a formação e a prática do trabalhador não aparecem, ficaram ocultas, ou seja, ele se mostrou fora da responsabilidade técnica.

Quanto aos aspectos de infraestrutura, em respeito ao cuidado na realização da prática antropométrica e do diagnóstico da desnutrição infantil, os principais problemas encontrados foram ausência de equipamentos adequados (estadiômetro não afixado à parede ou o infantômetro quebrado ou ausência de uma mesa para apoiá-lo), e material impresso (gráficos de estatura que deveriam estar anexados aos prontuários e/ou presente no cartão da criança e, também, cadernetas da criança).

3.6 Discussão

As principais dificuldades apontadas pelos profissionais, no sentido de realizarem o diagnóstico e posterior tratamento para desnutrição infantil, são expressas nas suas falas. Essas falas que refletem a situação encontrada em todos os cinco distritos sanitários de Maceió.

Essas categorias empíricas expressas a partir do ponto de vista dos atores sociais, isto é, dos profissionais de saúde envolvidos com o diagnóstico da desnutrição, são capazes de revelar concepções peculiares desse grupo em relação ao objeto de estudo. Nessa busca qualitativa, a preocupação maior é o aprofundamento e a abrangência da compreensão do grupo social⁹. É exatamente, o nível dos significados, motivos, crenças, aspirações, atitudes e valores, que se expressa pela linguagem comum e no cotidiano – o objeto da abordagem qualitativa¹⁰.

Como observamos nas falas **“ausência de material e equipamentos para trabalhar e falta de espaço físico”**, expressas por todos os profissionais;

“falta de entendimento e compreensão das mães das crianças”, expressa pelos ACS e auxiliares de enfermagem;

“precária condição sócio-econômica da família”, expressa pelas enfermeiras, auxiliares de enfermagem e ACS;

“dificuldade de acesso à área devido à violência existente”, expressa pelas auxiliares de enfermagem e ACS;

“dificuldade de trabalhar em equipe por falta de comunicação e entrosamento dos profissionais em geral”, expressas pelos ACS;

“demanda que não comparece efetivamente, não permitindo o nosso acompanhamento. As pessoas só comparecem eventualmente para o acompanhamento do bolsa família”, expressa pelas enfermeiras e médicos;

“falta de apoio da Secretaria Municipal de Saúde”, revelação feita por todos os profissionais e,

“não dá tempo para realizar todos os procedimentos porque a demanda é muito alta”, revelação feita por todos os profissionais.

Neste caso, a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas mais variadas dimensões sendo considerada suficiente quando há reincidência de informações, sem desprezar informações singulares que guardem um potencial explicativo⁹.

Os problemas identificados quanto ao cuidado da prática antropométrica e do diagnóstico da desnutrição limitam a notificação dos dados, favorecendo o prejuízo na qualidade do diagnóstico da desnutrição infantil, uma vez que a mensuração do peso corporal, per si, não atende a um diagnóstico da forma mais prevalente da desnutrição, o déficit estatural e conseqüentemente fica prejudicado o acompanhamento desses pacientes. Somado ao fato que das respostas obtidas dos profissionais sobre a notificação dos dados antropométricos eles relataram que não têm o gráfico de estatura anexado ao prontuário da criança, pois as Unidades de Saúde não estão tendo acesso a este material, portanto, este dado essencial para se desvendar a evolução da história nutricional da criança não está sendo realizado.

Segundo eles, as cadernetas de acompanhamento das crianças, que antes eram entregues na própria unidade de saúde, hoje estão disponíveis, apenas, na maternidade, **“ausência de material”**, dificultando ainda mais o acesso das unidades aos gráficos e espaços de anotações dos dados antropométricos, especificamente, o de estatura.

Apesar de não ter sido utilizado como instrumento, um protocolo de observação, a pesquisadora identificou e foi relatado pelos pesquisados que em relação às balanças antropométricas das unidades de saúde em geral, são antigas e sem uma calibração confiável, o que pode comprometer a aferição do peso, praticamente o único parâmetro utilizado para se fazer uma pretensa avaliação nutricional das crianças.

Assim, os profissionais envolvidos com o processo da técnica antropométrica adequada, citado nas (tabelas 1 e 2), justificam o não cumprimento de suas atribuições frente à aferição dos dados antropométricos e a notificação dos mesmos. Para Victora & Santos¹¹ a qualidade da atenção à saúde oferecida às populações é uma questão de natureza ética. Não é convenientemente ético um cuidado ofertado cuja eficácia não tenha sido comprovada cientificamente, ou sua qualidade seja inferior aos padrões recomendados. É essencial, portanto, que a antropometria seja realizada com a maior acurácia possível, seja pela qualidade dos equipamentos e da habilidade do pessoal treinado.

Quanto ao diagnóstico da desnutrição baseado na avaliação antropométrica, identifica-se (tabela 3) que todas as enfermeiras realizam este diagnóstico durante a pré-consulta, o qual é enviado à consulta médica, mas somente um terço dos médicos refere recebê-lo. Este fato parece evidenciar uma possível contradição nas informações ou mesmo um descompasso na continuidade que deveria ocorrer entre o trabalho desses profissionais, o que asseguraria um diagnóstico mais eficaz se houvesse uma utilização adequada dos dados coletados. Seria interessante investigar, futuramente, qual a concepção que os profissionais têm sobre diagnóstico. A inexistência de integração gerencial de habilidades e atribuições individuais de competência coletiva gera serviços menos eficientes e de menor efetividade. A relação de trabalho das equipes da ESF baseia-se na interdisciplinaridade não mais na ação e saber técnicos, isolados, exige uma nova abordagem, questionadora das certezas profissionais, estimulante na comunicação horizontal e permanente entre os atores da equipe¹².

A vantagem da antropometria reside principalmente no baixo custo, na simplicidade da mensuração, na facilidade de obtenção e padronização a partir dos parâmetros de peso e estatura¹³. Esse método quando utilizado adequadamente, atinge um nível de custo/benefício que coloca em evidência a alta eficiência do mesmo.

Segundo Monteiro et al.¹⁴ a desnutrição diagnosticada na infância por indicadores antropométricos do estado nutricional, ainda é um dos maiores problemas de saúde enfrentados por países em desenvolvimento. Se este diagnóstico não for realizado a contento, pode ocorrer a subestimação de casos, o que agravaria ainda mais a questão da saúde pública.

A partir do relato dos profissionais com respeito às dificuldades de estrutura e processo no diagnóstico da desnutrição, algumas atitudes e ações devem ser modificadas a fim de tornar mais eficiente e eficaz o método antropométrico. Outro agravante é que em nenhum momento a estatura foi utilizada como parâmetro de avaliação da desnutrição deixando de lado, portanto, o índice altura/idade (A/I), que revela episódios de desnutrição na vida do indivíduo e que vieram alterar o seu potencial de crescimento linear. Hoje a baixa estatura por desnutrição, prenuncia uma série de problemas ao longo da vida^{15,16,17}.

Outro percalço refere-se especificamente à falta do espaço físico que dificulta o cumprimento de normas e rotinas da US. Compete à Secretaria Municipal de

Saúde garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento da atenção básica, dotando-a de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes em respeito ao conjunto de ações proposta na portaria 648, do Ministério da Saúde¹⁸.

Quanto à alta demanda e a sobrecarga de atribuições, referidas pelos profissionais, fica prejudicada a qualidade do atendimento eficaz e eficiente. O usuário gera a demanda para o serviço e todos os trabalhadores de saúde estão envolvidos nesse momento, independente do espaço técnico/social em que estejam envolvidos¹⁹. Esta alta demanda torna-se um fator complicador, pois interfere na acessibilidade que deve ser possibilitada a todos os usuários sem distinção. Este acesso depende da estrutura disponível incluindo facilidades para a utilização do serviço, tais como sua distribuição geográfica, planta física, tempo de espera e disponibilidade de equipamentos²⁰.

Os profissionais precisam desenvolver a habilidade de reconhecer os fatores de risco que se apresentam ou estão ocultos na comunidade e realizar a ação mais apropriada tanto para os que demandaram o serviço ou não²⁰.

O pensar e o fazer saúde requerem uma nova lógica e planejamento de trabalho, demandam o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite aos gestores e trabalhadores do SUS, no território da ESF e do Sistema Municipal de Saúde na sua totalidade, a busca de outros conhecimentos, saberes e estratégias de atuação¹².

Outras dificuldades relatadas pelos profissionais em implantar os conhecimentos adquiridos na formação, a violência existente nas diversas comunidades, foi um fator de impedimento para que os mesmos visitassem os domicílios. Como se identifica nas falas: **“dificuldade de acesso à área devido à violência existente.”**

Os fatores psicossociais são relevantes nas relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos biopsicológicos e situações de saúde, baseado no princípio de que as percepções e as experiências pessoais em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde²¹.

Os ACS e auxiliares de enfermagem também falaram sobre o constrangimento em abordarem temas tais como orientação nutricional, higiene pessoal, ambiental e alimentar, quando geralmente se depararam com as dificuldades financeiras e precariedade de vida das famílias, como também, a aparente apatia das mães em participarem e entenderem os temas propostos.

As desigualdades na distribuição de renda refletem na saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela falta de investimentos em infra-estrutura comunitária (educação, saneamento, moradia, serviços de saúde, transporte, etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas²¹.

Na saúde da criança, o nível socioeconômico das famílias, as condições do saneamento, o acesso aos serviços de saúde, a escolaridade das mães, o poder aquisitivo, entre outros fatores, têm sido amplamente estudados, demonstrando a associação dessas causalidades à morbimortalidade e à desnutrição^{14,16,22}.

É necessário, portanto, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos das consultas realizadas às crianças e pensar em estratégias que melhorem a adesão das mães ao tratamento de seus filhos²².

As dificuldades apontadas pelos profissionais servem de referência aos gestores e usuários a fim de buscarem estratégias para recriar o cotidiano do SUS/ESF, especificamente em Maceió, ainda afetada por percepções negativas concernentes ao acesso, ao espaço físico, a falta de instrumentos e a alta demanda^{7,23}.

3.7 Conclusão

Os cinco distritos sanitários de Maceió parecem apresentar os mesmos problemas relacionados com o diagnóstico da desnutrição em todas as Unidades de Saúde estudadas.

Estes problemas envolvem variáveis que vão desde a estrutura física, acesso a equipamentos de qualidade, utilização de formulários adequados, passando também pela dificuldade de um trabalho interdisciplinar onde os trabalhadores de saúde ajam de maneira integrada, até a utilização de metodologia e parâmetros mais eficazes para que esta avaliação aconteça de forma confiável.

Fatores sócio-econômicos como a violência nas comunidades, a falta de acesso das famílias a uma alimentação adequada oriunda de dificuldades financeiras, a escolaridade das mães interferindo na compreensão dos cuidados a serem ofertados às crianças fazem com que este diagnóstico da desnutrição seja ainda mais frágil e incipiente.

No entanto, o maior gargalo parece residir no fato de não se utilizar a altura para a idade como parâmetro de avaliação. Este índice é imprescindível, pois revela a desnutrição crônica ao longo da vida.

De acordo com o que foi observado neste estudo, a partir da avaliação da qualidade proposta por Donabedian, o diagnóstico da desnutrição realizado nas Unidades de Saúde da Família, de Maceió, demonstrou ineficácia pela não utilização da estatura como parâmetro, ineficiente porque o método antropométrico apresenta melhor custo/benefício, embora não esteja sendo utilizado adequadamente e, sem efetividade devido à falta de frequência mensal das mães com suas respectivas crianças, para acompanhamento nas Unidades de Saúde. Embora, esta avaliação não deve ser encarada como um julgamento, a priori, mas como uma oportunidade de mudança.

3.8 Referências

- 1 – Donabedian, A. La definicion de la calidad. A calidad de la atención médica: Definicion y Métodos de Evaluación. Ediciones Copilco. México. 1984. p. 94-157.
- 2 – Brasil, MS. O SUS de A a Z. 1ª Edição. Brasília. 2005. 340p.
- 3 - Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 4 – Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 5 – Monteiro CA. Critérios antropométricos no diagnóstico da desnutrição em programas de assistência à criança. Rev Saúde Pública 1984; 18: 2009-17.
- 6 - Florêncio TT, Ferreira HS, França APT, Cavalcante JC, Sawaya AL. Obesity and undernutrition in a very-low-income population in the city of Maceió, Northeastern Brazil. Br J Nutr. 2001; Vol. 86, nº 2. PP. 277-283.
- 7 - Sotelo YOM, Colugnati FAB, Taddei JAAC. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre escolares da rede pública segundo três critérios de diagnóstico antropométrico. Cad. Saúde Pública 2004; 20(1): 223-240.
- 8 – Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18ª Edição. Petrópolis. 2001. 80p.
- 9 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 5ª Edição. São Paulo. 1998. 269 p.
- 10 – Minayo MCS, Sanche O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul./set, 1993.
- 11 – Santos IS, Victora CG, Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. Vol. 20, suppl. 2. PP S337-S341. 2004.
- 12 – Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília. Vol. 15, nº 3, 12 p. Set/2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acessado em: 14/03/2012.
- 13 - Ferreira, HS. Desnutrição: Magnitude, Significado Social e Possibilidade de Prevenção. 1ª Edição. Maceió. 2000. 218p.
- 14 - Monteiro CA, Benício MHD'A, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do Declínio da Desnutrição Infantil no Brasil. Revista de Saúde Pública. São

Paulo. Vol. 43, nº 1, pp. 35-43, Fev/2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acessado em: 04/08/2011.

15 - Sawaya AL. Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. Estudos Avançados. São Paulo, v.20, n.58, 2006.

16 – Castro TG, Novaes JF, Silva MR, Costa NMB, Franceschini SCC, Tinôco ALA et al. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. Revista de Nutrição. Campinas. Vol. 18, Nº 3, Jun./2005. 16p. Disponível em < <HTTP://www.scielo.br>> acessado em: 03/03/2011.

17 - Sawaya AL, Santos CDL, Clemente APG, Martins PA, Influência do déficit de estatura nos desvios nutricionais em adolescentes e pré-adolescentes. Revista de Nutrição. Campinas. Vol. 22, nº 2, pp. 187-194, Mar./Abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acessado em: 04/12/2011.

18 – Brasil, MS. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª edição. Brasília. 2007. 68p. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/dab/psf>> acessado em 25/01/2011.

19 - Schwartz TD, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 15, nº 4. 19p. Jul./2010). Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acessado em: 04/01/2011.

20 – Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife. Vol. 5, suppl. 1, Dez./2005. pp. s63-s69.

21 – Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. Rio de Janeiro. Vol. 17, nº 1. 14 p. Abr/2007.

22 – Santos RB, Martins PA, Sawaya AL. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiço e favela. Revista de Nutrição. Campinas. Vol. 21, n. 6, PP. 671-681, Nov./Dez. 2008.

23 - Martins VJB, Florêncio TMMT, Grillo LP, Franco MCP, Martins PA, Clemente APG et al., Long-Lasting Effects of Undernutrition. International Journal of Environmental Research and Public Health. Vol.8, PP. 1817-1846. 2011.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde 1966, Donabedian já discute a importância da avaliação da qualidade dos serviços de saúde e propõe uma metodologia fundamentada em três critérios básicos de avaliação que são estrutura, processo e resultado. Neste trabalho, foi avaliado à luz da estrutura e do processo fundamentados nos pilares da eficácia, efetividade e eficiência, o diagnóstico da desnutrição.

Este diagnóstico, quando realizado adequadamente, possibilita uma intervenção que pode minimizar ou mesmo erradicar a desnutrição de uma criança.

No município de Maceió, foi avaliado o processo que leva ao diagnóstico da desnutrição infantil em 90% das Unidades de Saúde. O resultado encontrado é preocupante, pois, este diagnóstico não apresenta as características citadas acima, o que demonstrou ineficácia, inefetividade e ineficiente, pois além de uma avaliação antropométrica sem os devidos cuidados, prescinde de utilizar a altura por idade, deixando de observar um aspecto importante, a desnutrição pregressa.

Outro aspecto é a falta de estudos que explorem o tema de avaliação da qualidade do diagnóstico de desnutrição infantil, aspecto relevante para se conhecer a situação de maneira abrangente e segura.

Uma vez que saúde é indicador de desenvolvimento humano e que esta pesquisa mostra que pode estar havendo uma subnotificação do diagnóstico do déficit estatural por desnutrição, onde esta condição é precursora de doenças crônicas degenerativas e dessa forma uma população doente tem o capital humano prejudicado, contribuindo ao prejuízo econômico de um município ou de um estado ou de um país. É fundamental, no âmbito das políticas públicas saudáveis, que os gestores públicos tenham o olhar direcionado às populações mais vulneráveis como o grupo materno-infantil.

ANDRADE, Gabriela; VAITSMAN, Jeni. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.10, nº 3. p. 599-613, Jul./Set. 2005.

BEMFAM, Brasil. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro International; 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2007. 68 p. 4ª edição. Disponível em < <http://www.saude.gov.br/dab/psf>> acessado em: 25 janeiro 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF, 2005.

BUENO, Aline Lopes; CZEPIELEWSKI, Maurício Antônio. Micronutrientes envolvidos no crescimento, **Rev. HCPA**, Porto Alegre, n 27 p. 47-56, 2007.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 5, suppl. 1, p. s63-s69, Dez./2005.

CAPRA, Frijot. **O Ponto de Mutação**. 9ª ed. São Paulo: CULTRIX. 1993.

CASTRO, Teresa G. et al. Caracterização do consumo alimentar, ambiente socioeconômico e estado nutricional de pré-escolares de creches municipais. **Revista de Nutrição**. Campinas, vol. 18, n 3, 16p, Mai/Jun. 2005. Disponível em < <http://ref.scielo.org/jwygsr>> acessado em: 03 março 2011.

COTTA, Rosângela M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, vol. 15, n 3, 12 p. Set/2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acessado em: 14 março/2012.

COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24, Supl 2, p. S332-S340, Jul./2008.

DONABEDIAN, Avedis. **La definicion de la calidad**. A calidad de la atención médica: Definicion y Métodos de Evaluación. México. Ediciones Copilco. P. 194, 1984.

DONABEDIAN, Avedis. “Sete pilares da qualidade”. **Arch Pathol Lab Med**, (Versão ligeiramente adaptada e resumida, traduzida ao português). p. 01-06,1990.

DULGER, Haluk. et al. Pro-inflammatory cytokines in Turkish children with protein-energy malnutrition. **Mediators of Inflammation** (Turquia), vol,11, p. 363–365, Out./2002.

ENGSTROM, Elyne. Organizadora. **SISVAN**: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde. O diagnóstico nutricional. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

FACCHINI, Luiz Augusto. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 11, n 3, p. 669-681, Jul./Set. 2006.

FERREIRA, Haroldo. **Desnutrição**: Magnitude, Significado Social e Possibilidade de Prevenção. 1ª Edição. Maceió. 218p. 2000.

FERREIRA, Haroldo da Silva. et al. Saúde de populações marginalizadas: desnutrição, anemia e enteroparasitoses em crianças de uma favela do "Movimento dos Sem Teto", Alagoas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Maceió, 2(2): p. 177-185, 2002.

FLORÊNCIO, Telma Toledo. et al, Obesity and undernutrition in a very-low-income population in the city of Maceió. **British Journal of Nutrition** Northeastern Brazil, 86(2): p277-283, Ago./2001.

FRANÇA, Elisabeth. et al. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo de caso-controle. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 17(6): p. 1437-1447, Nov./Dez., 2001.

LAURENTINO, Glória Elizabeth; ARRUDA, Ilma Kruse; ARRUDA, Bertoldo Kruse. Nanismo nutricional em escolares no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, vol 3, n 4, p 377-385, Out./Dez. 2003.

LÓPEZ-CERVANTES, Malaquias. et al. Relación del personal de salud com los pacientes em la ciudad de México. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. vol. 43, n 4, p 589-594, Jun./2009. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/sd44rs> > acessado em: 10 setembro 2011.

MARTINS, Vinícius. et al. Long-Lasting Effects of Undernutrition. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. vol.8, p. 1817-1846. Maio/2011.

MONTEIRO, CA; MONDINI, Lenise. The stage of nutrition transition in different Brazilian regions. **Arch Latinoamer Nutr**. v 47, n 2, Supl. 1, p. 17, 1997.

MONTEIRO, Carlos Augusto. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos avançados**. São Paulo, v. 17, n. 48, Mai/Ago 2003.

MONTEIRO, Carlos Augusto. et al. Causas do Declínio da Desnutrição Infantil no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. vol. 43, n 1, p. 35-43, Fev/2009. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/xw3wh9> > acessado em: 04 março 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI. 2003.

PELLETIER, David. et al. The effect of malnutrition on child mortality and improving nutritional outcome of severely malnourished children in Guinea Bissau. **Eur J Clin Nutr**. 49:353-9, 1995.

SAWAYA, Ana Lydía. Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. **Estudos Avançados**. São Paulo, v.20, n.58, Set./Dez. 2006.

SANTOS, Rosângela Bezerra; MARTINS, Paula Andrea; SAWAYA, Ana Lydía. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. **Revista de Nutrição**. Campinas. vol. 21, n 6, p. 671-681, Nov./Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> acessado em: 04 agosto 2010.

SAWAYA, Ana Lydía. et al. Influência do déficit de estatura nos desvios nutricionais em adolescentes e pré-adolescentes. **Revista de Nutrição**. Campinas. vol. 22, n 2, p. 187-194, Mar./Abr. 2009. Disponível em: < <http://ref.scielo.org/5tbbs3>> acessado em: 04 dezembro 2011.

SEAL, Andrew; KERAC Marko. Operational implications of using 2006 World Health Organization growth standards in nutrition programmes: secondary data analysis. **BMJ**. 7 abril 2007. Disponível em:<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1847893>

UNICEF – FUNDO NACIONAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Situação Mundial da Infância 1998: **Nutrição em foco**. Brasília, UNICEF, 1998.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação da Infância Brasileira. Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/>.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Infância e adolescência no Brasil. Brasil, 2008. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/>

SANTOS, Iná; VICTORA, Cesar. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. vol. 20, suppl. 2, p. s337-s341, Jan./2004.

APÊNDICES



PROTOCOLO DE SUPERVISÃO

UBS:
ENDEREÇO

MÉDICO

Nome: _____

Especialidade: _____

Equipe Nº _____

1 - Você participou da formação sobre desnutrição?

Módulo 1 – desnutrição () SIM () NÃO

Módulo 2 – avaliação nutricional () SIM () NÃO

Módulo 3 – tratamento nutricional () SIM () NÃO

2 – Está recebendo os dados de peso e altura da pré consulta?

R.: _____

3 – Está recebendo o diagnóstico do E. N. da pré consulta?

R.: _____

4 – Quais as principais dificuldades para implantação do conteúdo abordado na formação?

Resposta _____

Supervisor: _____

Data: ___/___/___



PROTOCOLO DE SUPERVISÃO

**UBS:
ENDEREÇO**

ENFERMEIRO

Nome: _____ **Equipe Nº** _____

1 - Você participou da formação sobre desnutrição?

Módulo 1 – desnutrição () SIM () NÃO

Módulo 2 – avaliação nutricional () SIM () NÃO

Módulo 3 – tratamento nutricional () SIM () NÃO

2 - Está pesando e medindo as crianças que fazem acompanhamento do C. D.?

R.: _____

3 – Está sendo possível utilizar a técnica adequada de peso?

R.: _____

4 – Os cartazes com técnicas de verificação do peso e estatura estão afixados na parede?

() sim () não. Porque?

5 – Está sendo possível utilizar a técnica adequada de comprimento/altura?

R.: _____

6 – Está pontuando no cartão da criança?

R.: _____

7 – Está fazendo o diagnóstico do estado nutricional?

R.: _____

8 – Está utilizando gráficos em prontuários?

R.: _____

9 – Está aplicando as orientações nutricionais em consulta?

R.: _____

10 - Quais as principais dificuldades para implantação do conteúdo aprendido na formação?

Resposta _____

Supervisor: _____

Data: ___/___/___



**PROTOCOLO DE SUPERVISÃO
ENDEREÇO:
AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

UBS:

Nome: _____ **Equipe Nº** _____

- 1 - Você participou da formação sobre desnutrição?
 Módulo 1 – desnutrição () SIM () NÃO
 Módulo 2 – avaliação nutricional () SIM () NÃO
 Módulo 3 – tratamento nutricional () SIM () NÃO
- 2 – Está utilizando técnica adequada de peso?
 R.: _____
- 3 – Está utilizando técnica adequada de comprimento?
 R.: _____
- 4 - Está pontuando no cartão da criança?
 R.: _____
- 5 – As cadernetas novas estão sendo suficientes para demanda?
 R.: _____
- 6 – Está identificando o estado nutricional da criança?
- 7 – A verificação do peso está sendo realizada em domicílio?
 R.: _____
- 8 - A verificação do comprimento/altura está sendo realizada em domicílio?
 R.: _____
- 9 – Está aplicando as orientações nutricionais em sala de espera e/ou em visita domiciliar?
 R.: _____
- 10 – Está orientando sobre higiene ambiental?
 R.: _____
- 11- E sobre higiene dos alimentos?
 R.: _____
- 12 – E sobre higiene pessoal?
 R.: _____
- 13 – Quais as principais dificuldades para implantação do conteúdo aprendido na formação?
 Resposta _____



PROTOCOLO DE SUPERVISÃO

UBS:
ENDEREÇO

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Nome: _____ **Equipe Nº** _____

1 - Você participou da formação sobre desnutrição?

Módulo 1 – desnutrição () SIM () NÃO

Módulo 2 – avaliação nutricional () SIM () NÃO

Módulo 3 – tratamento nutricional () SIM () NÃO

2 – Está aplicando as orientações nutricionais em visita domiciliar?

R.: _____

3 – Está orientando sobre higiene ambiental?

R.: _____

4 - E sobre higiene dos alimentos?

R.: _____

5 - E sobre higiene pessoal?

R.: _____

6 - Quais as principais dificuldades para implantação do conteúdo aprendido na formação?

Resposta

Supervisor: _____

Data: ___/___/___

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”. (Resolução nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,

Tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “Avaliação da qualidade do diagnóstico de desnutrição infantil efetuado pelas Equipes da Estratégia de Saúde da Família, Maceió - AL, 2010”., recebi da Sra. Jacqueline Amorim de Oliveira, Nutricionista, mestranda em Nutrição pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a construir o primeiro banco de informação sobre a qualidade do diagnóstico de desnutrição prestada às crianças residentes no município de Maceió, assistidas pela Estratégia de Saúde da Família.
- Que a importância deste estudo é a de contribuir para a qualidade dos serviços de saúde ofertados na atenção básica.
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: eficácia, eficiência e efetividade, na qualidade do diagnóstico da desnutrição infantil.
- Que esse estudo terá início em maio de 2011 e terminará em março de 2012.
- Que o estudo será feito através de protocolos semi-estruturados.
- Que eu participarei da etapa de entrevista junto aos protocolos.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto ao responsável pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos

meus direitos, das minhas responsabilidades e do benefício que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do participante.....
Bairro:..... N°.....
Complemento.....
CEP:..... Cidade:.....
Fone:.....
Ponto de referência:.....
Endereço do(a) responsável pela pesquisa
.....
.....
Instituição:.....
.....
Endereço:.....
.....
Complemento:.....
.....
Bairro:.....
CEP.....
Cidade..... telefone para contato:.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pelo estudo