

TÚLIO DA SILVA JUNQUEIRA

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA O TRABALHO DO
NUTRICIONISTA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Doctor Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2013

TÚLIO DA SILVA JUNQUEIRA

**COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS PARA O TRABALHO DO
NUTRICIONISTA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO BRASIL**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título *Doctor Scientiae*.

APROVADA: __ de _____ de 2013.

Luciana Ferreira da Rocha Sant'Ana
(Coorientadora)

Paulo Marcondes Carvalho Júnior

Raquel Maria Amaral Araújo

Carla de Oliveira Barbosa Rosa

Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Orientadora)

A Jesus Cristo, minha inspiração, pelo amor incondicional e pela salvação.

À minha mãe, Therezinha, que é a razão de tudo isso, não só pelo amor irrestrito, mas pela persistência de seus ensinamentos para todo meu aprendizado.

Ao meu pai, José João (in memoriam), pelo amor incondicional e pela dedicação à família sendo sua essência sempre presente.

Com muita gratidão e carinho, dedico.

AGRADECIMENTOS

Dai graças ao Senhor porque Ele é bom, eterna é a sua misericórdia.

Sl. 117, 29.

Agradeço primeiramente a Deus por me acompanhar por todas as etapas desta tese com muitas graças e amor.

Aos meus irmãos, Ana Cláudia, Henrique e Mateus, pelo amor, pelo exemplo, pela ajuda e confiança.

Às minhas cunhadas, Maíze e Thaís, e ao meu cunhado, Henrique, pelo apoio e carinho.

Às minhas sobrinhas, Gabriela e Cecília, pela renovadora alegria.

À toda minha família, pelo apoio e pela presença constante.

À professora Rosângela Minardi Mitre Cotta, pela orientação humanizada, pela amizade, pela enorme dedicação, pelos ensinamentos e pelas cobranças, e por acreditar e me incentivar em todos os momentos.

Às professoras Luciana, Raquel, Carla e Renato, pelas sugestões e orientações, sempre com muita competência e profissionalismo.

Às professoras Elisabetta, Andrea e Anelise e ao programador, Dário, do OPSAN/UNB, pelo incentivo e pela ajuda no trabalho.

Às amigas, Helen e Daniela, pela grande amizade e pelo apoio nas análises.

Aos meus amigos de Viçosa e de Lavras, pelos incentivos, pelos momentos de partilha e pela descontração. Em especial, aos amigos do Triathlon.

À psicóloga Jô Horta, que me acompanhou com muito profissionalismo e me ajudou a enfrentar com mais serenidade essa etapa da vida.

Às instituições de ensino, UNIFESO e UFLA, pelo apoio durante toda a trajetória deste trabalho e pela compreensão nos momentos ausentes.

Aos colegas do PRODUS, pelas parcerias e trocas de experiências.

Aos colegas nutricionistas que participaram do estudo, pela acolhida e disponibilidade em descrever suas práticas, seus anseios e suas representações sobre o ensino e a realidade vivida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição (PPGCN) da UFV, pela oportunidade de realização do doutorado, em especial à equipe coordenadora,

professores e à Rita Stampini, que sempre me trataram com muito respeito e profissionalismo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por me proporcionar a oportunidade de realizar este estudo através do financiamento do projeto e da bolsa de doutorado.

Enfim, agradeço a todos que estiveram presentes e contribuíram diretamente e indiretamente de alguma forma para a realização desse trabalho e para minha formação.

BIOGRAFIA

TÚLIO DA SILVA JUNQUEIRA, filho de Therezinha Maria da Silva Junqueira e José João Junqueira, nasceu em 28 de janeiro de 1980, na cidade de Sete Lagoas, Minas Gerais.

Em julho de 2004, graduou-se em Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa.

Em agosto deste mesmo ano, foi contratado pela empresa *Eurest – Compass Group* – para trabalhar como nutricionista e responsável pelo controle de qualidade na Empresa Nacional do Petróleo do Chile, atuando até 2005.

Em maio de 2006, ingressou no curso de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Viçosa na área de Administração Pública. Defendeu sua dissertação em abril de 2008.

Ingressou na Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO) em agosto de 2008 como professor do curso de Medicina.

De agosto de 2011 até setembro de 2013, trabalhou como professor temporário do curso de Nutrição da Universidade Federal de Lavras.

Em março de 2010, iniciou o doutorado em Ciência da Nutrição, pela Universidade Federal de Viçosa. Defendeu sua tese em dezembro de 2013.

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE TABELAS.....	xi
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. INTRODUÇÃO GERAL.....	1
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVOS	12
3.1. Geral.....	12
3.2. Específicos	12
4. METODOLOGIA	13
4.1. Desenho e sujeitos do estudo	13
4.2. Coleta de dados	14
4.2.1. Métodos e instrumentos de pesquisa	14
4.2.2. Instrumentos e coleta de dados	16
4.2.3. Pressupostos organizacionais do instrumento de coleta de dados	17
4.2.4. Seleção da amostra.....	18
4.3. Análise dos dados	20
4.3.1. Definições e estabilidade de consenso.....	21
4.4. Aspectos éticos	21
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências.....	30
Resumo	30
Introdução	31
Métodos	33
<i>Critérios de inclusão e exclusão de estudos</i>	33
<i>Estratégia de busca e seleção de estudos</i>	33
<i>A atenção primária à saúde e a atuação do nutricionista</i>	35
<i>As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em nutrição</i>	39
<i>Formação por competências</i>	44
<i>A matriz de ações de alimentação e nutrição na APS</i>	46

	Página
Considerações finais	50
Referências bibliográficas.....	51
Aplicação da técnica Delphi <i>on-line</i> no âmbito da formação por competências do nutricionista	55
Resumo	55
Introdução	56
Metodologia.....	58
<i>Instrumentos e coleta de dados.....</i>	<i>58</i>
<i>Pressupostos organizacionais do questionário como instrumento de coleta dos dados</i>	<i>59</i>
<i>Sujeitos do estudo e critérios de seleção da amostra</i>	<i>65</i>
Resultados e discussão.....	65
Considerações finais	69
Referências bibliográficas.....	70
Consenso sobre as competências do nutricionista no âmbito da atenção primária à saúde: subsídios para a formação universitária contemporânea	72
Resumo	72
Introdução	73
Metodologia.....	74
<i>A técnica Delphi para o desenvolvimento de consenso.....</i>	<i>74</i>
<i>Identificação e convite ao painel de participantes</i>	<i>75</i>
<i>Instrumentos para a pesquisa</i>	<i>76</i>
<i>Análise dos dados</i>	<i>77</i>
<i>Definições e estabilidade de consenso.....</i>	<i>77</i>
<i>Estudo-piloto.....</i>	<i>78</i>
<i>Aspectos éticos</i>	<i>78</i>
Resultados.....	78
<i>Caracterização dos participantes do painel.....</i>	<i>78</i>
<i>Competências dos nutricionistas na atenção primária à saúde</i>	<i>79</i>
<i>Concordâncias entre diferentes ocupações a respeito das competências.....</i>	<i>86</i>
Discussão	86
Considerações finais	89
Referências bibliográficas.....	90
5. CONCLUSÕES GERAIS.....	93
APÊNDICES	95

APÊNDICE A.....	96
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DA 1ª ETAPA DA MATRIZ	98
ANEXO	146
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	147

LISTA DE FIGURAS

	Página
1 Fluxograma de execução do estudo sobre as Competências profissionais para o trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil, 2013.....	13
2 Panorama do processo <i>Delphi</i> do consenso sobre competências profissionais dos nutricionistas no âmbito da atenção primária em saúde no Brasil, 2013.....	19
1º artigo	
1 Protocolo de busca nas bases de dados científicas e critérios de seleção dos estudos para análise até fevereiro de 2013.....	34
2º artigo	
1 Fluxograma de execução do estudo sobre as Competências profissionais para o trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil, 2013.....	66
3º artigo	
1 Panorama do processo <i>Delphi</i> do consenso sobre competências profissionais dos nutricionistas no âmbito da atenção primária em saúde no Brasil, 2013.....	75

LISTA DE QUADROS

	Página
2º artigo	
1	Organização de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual – Gestão das ações de alimentação e nutrição.... 60
2	Organização de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual – Cuidado nutricional – indivíduo..... 61
3	Organização de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual – Cuidado nutricional – Família..... 62
4	Organização de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual – Cuidado nutricional – Comunidade..... 64

LISTA DE TABELAS

	Página
1 Organização e número de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual	18
1º artigo	
1 Documentos legais de apoio para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição citados na MAANABS	48
2 Documentos técnicos de apoio para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição citados na MAANABS	49
3º artigo	
1 Distribuição e classificação das competências identificadas em Consenso com nutricionistas docentes e atuantes na atenção primária no Brasil.....	80

RESUMO

JUNQUEIRA, Túlio da Silva, D. Sc., Universidade Federal de Viçosa, dezembro de 2013. **Competências profissionais para o trabalho do nutricionista em atenção primária no Brasil.** Orientadora: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Coorientadora: Luciana Ferreira da Rocha Sant'Ana.

A discussão sobre a formação dos nutricionistas diante das necessidades impostas ao cotidiano profissional no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá primar por um processo de ensino e aprendizagem capaz de colocar no mercado de trabalho, profissionais que, além da competência técnica, estejam preparados para compreender, analisar e intervir nos problemas socio sanitários dos locais e cenários onde atuam, tendo como referência a formação cidadã e a busca da justiça social. Destaca-se a necessidade de se implementar mudanças paradigmáticas nas instituições de ensino, orientando os currículos para a formação por competências – aprendizagem com base nos conhecimentos, atitudes e habilidades – necessária para que os estudantes e profissionais atuem de maneira ativa, responsável e criativa na construção de seu projeto de vida, tanto pessoal e social como profissional. Os objetivos deste estudo foram identificar e delinear as competências (gerais e específicas) necessárias aos nutricionistas que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS), visando classificar e categorizar essas competências, contribuindo assim, para a concretização das reformas pedagógicas no âmbito das universidades brasileiras, nos marcos das orientações internacionais e das Diretrizes Curriculares Nacionais. Foi utilizada a técnica *Delphi* em três momentos distintos (*rounds*), a fim de alcançar um nível de consenso esperado entre os *experts*. Foram consultados 52 sujeitos que foram divididos em dois grupos: nutricionistas docentes e nutricionistas atuantes na APS de diversas regiões do país. O padrão arbitrário inicial de concordância foi de 85% (pela maioria) para todas as rodadas. Ou seja, adotou-se como consenso o escore igual ou superior a 85% para cada competência, considerando os itens correspondentes a muita importância e extrema importância, da escala de Likert, depois de duas rodadas. A análise descritiva ocorreu por meio das distribuições de frequências das respostas separadas segundo as etapas do estudo. Realizou-se o teste do qui-quadrado para verificar a associação entre a existência de consenso nas competências avaliadas e a forma de atuação do profissional. O teste de Fisher foi empregado quando as diferenças nas distribuições esperadas

foram ≤ 5 . O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$. Realizou-se o teste de normalidade Kolmogorov Smirnov para verificar a distribuição das variáveis que mensuraram o grau de importância das competências segundo a escala Likert. Posteriormente, procedeu-se o teste de Mann-Whitney para comparar os valores da escala entre o grupo de atuantes em docência e na rede da APS. A confiabilidade interna do questionário em relação aos constructos propostos, ou seja, se cada item tem relação com o conceito sobre o qual ele está inserido foi verificada a partir do alfa de Cronbach; valores do índice acima de 0,70 indicam um bom constructo. As opiniões dos participantes do painel apresentaram consenso sobre as competências gerais e específicas dos nutricionistas que atuam na APS. O processo de rodadas resultou em 133 competências consideradas essenciais para a formação do nutricionista. Destas, 80 (60,1%) foram consideradas competências gerais e 53 (39,9%) competências específicas. Além disso, 22 (14,7%) competências foram consideradas como não essenciais para a formação do nutricionista. Das 29 competências relacionadas à gestão das ações de Alimentação e Nutrição, 23 (79,3%) atingiram consenso (sete planejamentos, onze organizações, três direções e dois controles). Em relação às competências sobre o cuidado nutricional, tendo como os sujeitos das ações indivíduos, família e comunidade, 110 competências foram consensuadas, sendo que destas, 27 relacionadas ao diagnóstico, 29 relacionadas à promoção da saúde, 22 relacionadas à prevenção de doenças e 32 relacionadas ao tratamento. O presente estudo pode ser considerado pioneiro na avaliação das competências do nutricionista na área de APS no Brasil e contemplou a participação de voluntários de diferentes localizações do Brasil. Um aspecto que ficou evidente nesta investigação foi que os conhecimentos, tanto conceitual, procedimental e contextual, quanto de planejamento, organização, direção e controle são componentes importantes da competência profissional na área de atuação do nutricionista. Estas competências foram consideradas imprescindíveis para a solução dos problemas enfrentados, bem como constituem fatores limitantes do desempenho profissional do indivíduo. A convergência de opiniões entre os profissionais da rede e os docentes é um importante achado para a formação no consenso e pode ser o passo inicial para diminuir o hiato entre a formação e atuação profissional nos contextos do SUS, visando a superação da lacuna existente entre a universidade e atuação nos diferentes cenários de práticas, destacando-se a APS. Sendo assim, este estudo constitui-se em um importante passo para estimular o processo de construção e reflexão sobre a (re)forma universitária e curricular do profissional nutricionista.

ABSTRACT

JUNQUEIRA, Túlio da Silva, D. Sc., Universidade Federal de Viçosa, December of 2013. **Professional competences for work nutritionist in primary care in Brazil.** Adviser: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Co-adviser: Luciana Ferreira da Rocha Sant'Ana

The discussion about the formation of nutritionists to the needs imposed on the professional routine in the context of the National Health System (SUS) should give priority to a process of teaching and learning can be placed in the job market, professionals Apart from the technical competence, are prepared to understand, analyze and intervene in local health and social problems of the scenarios where they work, with reference to citizenship education and the pursuit of social justice. Stands out the need to implement paradigm shifts in educational institutions, guiding the curricula for the formation for competences - learning based on knowledge, attitudes and skills - required for students and professionals to act in an active, responsible and creative way in construction of its project life, both personal and social as a professional. The objectives of this study were to identify and outline the competencies (general and specific) needed by nutritionists working in Primary Health Care (PHC), to classify and categorize these competencies, thus contributing to the achievement of educational reforms in the Brazilian universities, within the framework of international guidelines and the National Curriculum Guidelines. Delphi technique was used in three distinct moments (rounds) in order to achieve a level of consensus among experts expected. Teachers nutrition and nutritionists active in PHC from different regions of the country: 52 subjects were divided into two groups were consulted. The initial arbitrary pattern of agreement was 85% (the majority) for all rounds. That is, if adopted as a consensus score less than 85% for each competency, considering the items that matched very important and very important, the Likert scale, after two rounds. A descriptive analysis was carried out through the frequency distributions of separated according to the stages of the study answers. Was performed using the chi-square test to assess the association between the existence of consensus on assessed skills and professional way of working. The Fisher test hi employed when differences in expected distributions were ≤ 5 . The level of significance was set at $p < 0.05$. We carried out the Sminorv the Kolmogorov test to verify the distribution of the variables that measured the level of importance of

competences depending on the Likert scale. Subsequently was arranged in the Mann-Whitney test to compare the scale values between the group active in teaching and in the APS network. The internal reliability of the questionnaire in relation to the proposed constructs, ie if each item is related to the concept on which it is housed was checked by Cronbach's alpha, index values above 0.70 indicate good construct. The opinions of panelists showed consensus on the general and specific expertise of nutritionists who work in the PHS. The process rounds resulted in 133 competencies considered essential for the formation of nutritionists. Of these, 80 (60.1%) were considered general competences and 53 (39.9%) specific competences. In addition, 22 (14.7%) competences were considered not essential to the formation of the nutritionist. Of the 29 competencies related to management actions on Food and Nutrition, 23 (79.3%) reached consensus (seven plans, eleven organizations, three directions and two controls). In relation to the competences about nutritional care, and which the subjects of actions individuals, families and communities, 110 competencies were consensual, and of these, 27 related to the diagnosis, 29 related to health promotion, 22 relating to disease prevention and 32 related to the treatment. In addition, 22 (14.7%) competences were considered not essential to the formation of the nutritionist. Of the 29 competencies related to management actions on Food and Nutrition, 23 (79.3%) reached consensus (seven plans, eleven organizations, three directions and two controls). In relation to the competences about nutritional care, and which the subjects of actions individuals, families and communities, 110 competencies were consensual, and of these, 27 related to the diagnosis, 29 related to health promotion, 22 relating to disease prevention and 32 related to the treatment. This study can be considered a pioneer in the nutritional assessment of competences in the area of PHS in Brazil and included the participation of volunteers from different locations in Brazil. One aspect that became evident during this research was that the knowledge, both conceptual, procedural and contextual, as planning, organization, direction and control are important components of professional competence in the area of expertise of the nutritionist. These competences were considered essential to the solution of problems faced and are limiting factors of the individual's job performance. The convergence of views between network professionals and faculty is an important finding for the formation of consensus and may be the initial step to close the gap between education and professional activities in the context of the NHS, aimed at overcoming the gap between university and performance in different scenarios practices, emphasizing the PHS. Thus, this study constitutes an important step

to stimulate the process of building and reflection on the university curriculum reform to the professional nutritionist.

1. INTRODUÇÃO GERAL

O mundo contemporâneo, caracterizado por contextos diversos e em constantes mudanças assinala para a necessidade de transformações na formação dos profissionais de saúde apontando para uma educação que capacite as pessoas para enfrentar esta nova sociedade do conhecimento (COTTA *et al.*, 2010; 2011). Nesse sentido, essa conjuntura demanda um novo cenário de educação universitária, sugerindo mudanças de paradigmas e uma transformação nas concepções e metodologias de ensino, aprendizagem e avaliação, o que exige transformações do papel tradicional dos docentes, dos discentes e da própria gestão universitária (BLANCO, 2009; COTTA *et al.*, 2011).

Nesta perspectiva, nos últimos anos intensifica-se no mundo o debate sobre a formação inadequada dos profissionais de saúde e, por conseguinte sobre a necessidade estratégica de que se implementem modificações na graduação. Nesse contexto, as sociedades têm cobrado maior relevância social das universidades no desempenho de suas atividades. Pode-se dizer que existe uma exigência de que se mude o processo de formação para que se produzam profissionais diferentes, com formação generalista que deem conta das constantes mudanças que se produzem continuamente no mundo tendo como premissa essencial as necessidades da população (FEUERWERKER, 2001a; COTTA *et al.*, 2011).

Assim, espera-se que as universidades utilizem metodologias ativas de ensino, aprendizagem e avaliação, trabalhem sobre problemas da realidade, desenvolvam nos estudantes as capacidades de aprender a aprender, de trabalhar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares, e de tomar decisões em cenários difíceis, adversos e reais (FEUERWERKER, 2001b).

No ensino das ciências da saúde o modelo educacional dominante recebe forte influência dos estudos de Flexner, cuja operacionalização ampla veio a constituir o *paradigma flexneriano*. Este se caracteriza por enfatizar uma formação fortemente biologicista, hospitalocêntrica, focada no indivíduo, baseada em aulas predominantemente teóricas e descontextualizadas dos cenários reais e no acúmulo de conhecimentos fragmentados, sustentados pela organização disciplinar dos currículos (SILVA, 2001; LAMPERT, 2002).

Assentado neste fundamento, mais especificamente, tradicionalmente o curso de Nutrição apresenta a seus estudantes uma concepção de saúde e doença que privilegia o componente biológico e secundariza o social, dificultando a compreensão dos determinantes dos problemas nutricionais e das possíveis intervenções para saná-los ou minimizá-los. Isto é reflexo de currículos fechados geralmente estruturados por disciplinas isoladas e desintegradas, estruturados por grades e projetados para a exclusividade, que tendem a ser menos interdisciplinares e mais especializados, alienando assim as corporações profissionais entre si e dificultando um eficiente trabalho em equipe (BOSI, 1988; AMORIN, MOREIRA, CARRARO, 2001; FILHO, 2011).

Assim, determinado por esta concepção dominante na práxis da formação dos cursos de graduação em nutrição das universidades brasileiras, observa-se que a atuação na área de Nutrição em Saúde Pública é bastante prejudicada. A complexidade deste campo requer reflexões teóricas e práticas institucionais, assentadas em vivências pelos discentes em contextos reais de aprendizado desde os primeiros períodos do curso, destacando-se os cenários ligados à Atenção Primária em Saúde (APS) como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pouco enfatizadas na formação destes profissionais (BOSI, 1996; 2000; COTTA *et al.*, 2011).

Estudos apontam que a prática massiva dos nutricionistas em nosso meio não tem ultrapassado o nível de execução de ações já programadas e normalizadas [por outrem], sem a participação efetiva dos nutricionistas já graduados, dos docentes e dos discentes na discussão dos objetivos e no planejamento das intervenções (BOSI, 1988; PRADO; ABREU, 1991; BOSI, 2000). Investigações mostram que o profissional nutricionista se ressentido da falta de resultados imediatos o que leva ao desânimo frente aos problemas nutricionais da população brasileira. Isso se dá, em parte, pela concepção que os nutricionistas têm da Nutrição, deixando, às vezes, de percebê-la como uma ciência cuja amplitude (e interdisciplinaridade) engloba muitos domínios que não mais podem ser monopólio de uma única categoria profissional, exigindo assim um trabalho multi e transdisciplinar cujos estímulos e práticas devem ser iniciados na academia (BOSI, 1996; 2000; COTTA *et al.*, 2010; 2011).

Na prática profissional, especialmente em cenários ligados à APS, cuja práxis é exercida para além das paredes das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), ou seja, nos domicílios, escolas e comunidades, os nutricionistas e demais profissionais de saúde da equipe lidam frequentemente com incertezas e com singularidades de cada

ambiente, sujeito, grupos e famílias e seus conflitos inerentes. Não dá para se prever situações e ampará-las em protocolos rígidos, pois nestes contextos são inúmeras as circunstâncias que ocorrem fora da rotina, e estas exigem certo tipo de coerência às situações *caóticas* que o território vivo em sua complexidade exige (SCHÖN, 2000; COTTA *et al.*, 2011).

Não obstante, no Brasil, o nutricionista voltado para a área social e APS tem trabalhado principalmente no cumprimento das agendas dos programas governamentais de nutrição e alimentação, tendo como atividades principais a avaliação e a educação nutricional. A primeira, geralmente inclui registros em boletins ou relatórios sobre o estado nutricional das coletividades assistidas, enquanto a segunda se concretiza com a realização de atividades verticalizadas como palestras, cursos e treinamentos e elaboração de materiais educativos.

O que se espera é que a APS, enquanto espaço potencialmente holístico, permita a compreensão, por parte da equipe, dos aspectos psico-afetivos-sociais-culturais e biológicos dos usuários. Desta forma, ao estabelecer como objetivos a humanização das práticas de saúde pela formação de vínculos entre profissionais e usuários, a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença-adoecimento, o desenvolvimento da cidadania e a estimulação da organização da comunidade remete a um modelo de saúde mais coerente com o princípio da integralidade, respeito e autonomia dos sujeitos (BOSI, 2000; COTTA *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2011).

No contexto brasileiro, destaca-se que a adequada formação de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser pauta das agendas das instituições de ensino superior tanto em relação às reformas curriculares quanto no que se refere à situação dos profissionais já inseridos no mercado de trabalho, buscando minimizar os efeitos da formação inadequada e desatualizada na superação dos desafios colocados para a implementação da política de saúde do país.

O SUS tem provocado uma forte pressão política em favor da substituição do padrão reducionista, orientado para a doença, centrado no hospital e orientado para a especialização vigente na educação profissional, por outro modelo que seja mais humanista, orientado para a saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido (FILHO, 2011, p. 7).

Assim, os estudantes, futuros profissionais nutricionistas, devem ser capacitados segundo os marcos das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para atuar no SUS (BRASIL, 2001; COTTA *et al.*, 2011).

Na prática, os currículos dos cursos de nível superior em nutrição do Brasil se caracterizam pela ênfase no perfil profissional, objetivos e grade curricular; não apresentando, portanto, um projeto pedagógico fundamentado por princípios filosóficos e psicopedagógicos explícitos, necessários à definição das competências, dos objetivos a serem alcançados, das estratégias educacionais e metodológicas e do sistema de avaliação da aprendizagem (SOARES, 2007).

Destarte, nos encontramos em um período marcado pela necessidade de se repensar as práticas de formação dos nutricionistas. A legitimação dos órgãos oficiais, como o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), no que tange à mudança, já foi lançada. Contudo, também é de comum acordo que mudanças não ocorrem somente através de decretos, principalmente no que tange aos relacionamentos humanos que são parte fundamental do processo de mudança (FEUERWERKER, 2004; FULLAN, 2009). Dúvidas sobre o que mudar e como implantar as mudanças ainda permeiam aqueles que estão aos poucos sendo inseridos nos contextos de formação profissional em saúde. Nesse processo de construção e produção é importante que as instituições de ensino superior aproximem-se dos objetivos do Programa de Reorientação do Profissional de Saúde (BRASIL, 2005) que visa integrar as atividades da academia ao contexto do SUS, a partir da inserção dos estudantes nos diferentes cenários práticos de aprendizagem em saúde.

Assim, este debate em pauta na agenda das reformas curriculares atuais, enfatiza a elaboração, execução e avaliação participativa (gestores, professores e alunos) de métodos e estratégias pedagógicas inovadoras, valorizando o vínculo entre as universidades e os serviços de saúde, bem como a inclusão do princípio da integralidade como um eixo da formação em saúde. Considera também a complexidade, as implicações políticas e os desafios acadêmicos que envolvem a transformação do sistema educacional dominante (FEUERWERKER, 2001a; b; MARINS *et al.*, 2004).

As orientações das mudanças curriculares para os cursos de saúde foram discutidas e aprovadas em setembro de 2000, intituladas de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (PASQUIM, 2002). As DCN dos cursos de graduação em nutrição foram instituídas pelo Conselho Nacional de Educação através da Resolução nº 5 CES/CNE, de 7 de novembro de 2001, as quais definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de nutricionistas (BRASIL, 2001).

De forma complementar às DCN, com o intuito de cooperar com a qualificação dos trabalhadores em saúde do SUS, ressalta-se que o Ministério da Saúde criou, no ano

2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Entre outras, ficou atribuída como responsabilidade da SGTES a formulação e implementação da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde do Brasil, a qual foi instituída no ano de 2007, por meio da Portaria nº 1.996, GM/MS, intitulada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; AMORETTI, 2005).

De modo geral, o texto das DCN chama atenção por sua conformação diferenciada em relação ao extinto currículo mínimo. O conteúdo principal não está mais centrado em matérias, duração e carga horária, mas no delineamento do perfil profissional, dos princípios que devem reger a prática do nutricionista, bem como na discriminação das competências requeridas. Inclui elementos que direcionam uma estruturação mais qualitativa do curso, voltada para tornar o aluno mais apto para compreender e atuar diante das necessidades de saúde da população. Dentre as inovações propostas, destacam-se: a) o estímulo à realização de atividades complementares (estágios, cursos, monitorias, projetos de extensão), que devem ocorrer ao longo do curso; b) flexibilização do regime de oferta das disciplinas (seriado semestral, seriado anual, créditos, módulos); c) incorporação de exigências para a gestão do curso, como a elaboração participativa do projeto pedagógico; e d) direcionamento para uma distribuição equitativa da carga horária de estágio (20% do total) nas três principais áreas de atuação do nutricionista (nutrição clínica, nutrição social, administração de refeições coletivas) (BRASIL, 2001; SOARES; AGUIAR, 2010).

As DCN também abordam as avaliações do desempenho dos alunos, que deverão incluir competências e conteúdos curriculares, e incentivam a auto avaliação do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela Instituição de Ensino Superior (IES) (BRASIL, 2001; AGUIAR, 2006; SOARES; AGUIAR, 2010).

Esta reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde em resposta às necessidades do sistema de saúde público deve ser pautada pela melhoria da qualidade e da resolubilidade da atenção prestada através da integração da rede pública de serviços de saúde com a formação de profissionais de saúde (BRASIL, 2007b; COTTA *et al.*, 2011; RIBEIRO *et al.*, 2011).

Com base nas possíveis modificações a serem inseridas, as mudanças metodológicas no processo de ensino-aprendizagem têm sido as protagonistas nas

reformas curriculares nas escolas de saúde (GOMES, 2006). As discussões quanto à formação centrada em competências na graduação vêm ganhando maior destaque, sobretudo pela percepção que mudanças isoladas, certamente não atenderão a um perfil de necessidades tanto complexas quanto múltiplas, que a atualidade apresenta para a prática do nutricionista.

Neste contexto, as essenciais mudanças na formação do profissional surgem como grandes desafios, reconhecendo-se, neste âmbito, que a educação centrada na competência não é mais um conceito ou uma mera técnica didática orientada para a execução imediata de habilidades, mas é um enfoque que contempla as aprendizagens necessárias para que o estudante atue de maneira ativa, responsável e criativa na construção de seu projeto de vida, tanto pessoal e social quanto profissional (LIZARRAGA, 2010).

Assim, o conceito de competência é a chave para a compreensão da nova proposta de formação superior. De acordo com Cotta *et al.* (2011), no Brasil, a orientação organizativo-legal referente à formação universitária relativas às profissões da saúde está inscrita nos seguintes documentos e leis: a Constituição Federal de 1998, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, as discussões e relatório final da X Conferência Nacional de Saúde de 1998 (formação e desenvolvimento de Recursos Humanos na Saúde), e as Leis de Diretrizes e Bases da Educação/LDB – nº 9.394/96 (BRASIL, 1996), reafirmadas nas DCN dos cursos da área da saúde (BRASIL, 2001; 2003), que asseguraram maior flexibilidade na organização das carreiras profissionais e tem desempenhado papel importante na consolidação do SUS. Em nível internacional, a referência inscreve-se no Informe da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (DELORS, 1996) e no Processo de Bolonha (BOLOGNA, 2005).

Segundo Lizarraga (2010, p. 16): entende-se competência

como uma combinação de capacidades (habilidades), conhecimentos, atitudes e condutas dirigidas à execução correta de uma tarefa em um contexto definido; ou em uma forma de atuar onde as pessoas utilizam seu potencial para resolver problemas ou realizar algo em uma situação concreta. É uma medida do que uma pessoa pode fazer adequadamente como resultado da mobilização de seus recursos e o planejamento de suas ações após completar um processo de aprendizagem.

A investigação de competências conduzida neste estudo buscou os elementos centrais, constitutivos, inerentes à prática de nutrição na APS. A abordagem adotada se

aproxima da abordagem construtivista com origem na França, e que tem como característica a contribuição dos trabalhadores, buscando construir uma análise integrada e participativa dos processos de trabalho. A adoção dessa abordagem de investigação se deve ao entendimento da competência como a mobilização de um saber em ato, construída na relação com o outro, ou seja, no processo cotidiano de trabalho. A definição de competências destacada por Perrenoud (1999, p. 27), que tem sido compartilhada por outros autores (RAMOS, 2001; GUEDES, 2003; SOARES, 2007) enfatiza competência como: *uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.*

A competência não é visível e se constrói a partir de situações que o indivíduo enfrenta com maior frequência. As competências englobam várias habilidades harmonicamente desenvolvidas. Elas norteiam a seleção de conteúdos, sua apropriação, comunicação, produção ou reconstrução. Assim, uma competência possibilita a mobilização de conhecimentos e esquemas para o enfrentamento de situações diversas. Seria a capacidade de encontrar recursos e respostas criativas e eficazes para problemas inéditos que se apresentam. Este alcance dependeria de uma formação calcada numa prática pedagógica contextualizada e interdisciplinar, onde o estudante desempenha um papel de sujeito, com incorporação de todos os fatores que fazem parte do ser unitário, ou seja, fatores afetivos, sociais e cognitivos (GUEDES, 2003). De forma complementar, segundo Lizarraga (2011, p. 10)

a competência faz referência a uma capacidade que se projeta na forma em que uma pessoa utiliza todos os seus recursos pessoais (habilidades, conhecimentos, atitudes e experiências) para resolver adequadamente uma tarefa em um contexto definido (...).

a) Competências gerais

As competências gerais são fundamentais para o desempenho adequado ou desenvolvimento das tarefas em equipe. Elas são comuns a todos e partilhadas pelos membros da equipe e permitem que os profissionais se adaptem às novas condições de trabalho, se mantenham atualizados e superem os problemas que precisam enfrentar em seus respectivos postos de trabalho (OPAS, 2009).

b) Competências específicas

As competências específicas são próprias das funções que devem ser realizadas por uma unidade organizacional, como equipes de APS. Elas se relacionam aos processos e contribuições individuais e coletivas que dependem de conhecimentos e aptidões. São inerentes a todas as profissões e predominam os aspectos técnicos. São aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional. Ou seja, são aquelas que garantem a realização correta das tarefas que demanda o exercício de uma determinada profissão. São competências próprias de um perfil formativo e profissional. Supõe um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e condicionais sobre quando e como executar determinadas ações (OPAS, 2009; LIZARRAGA, 2010).

Nesta perspectiva, na atualidade, a formação por competência apresenta uma importância essencial em todo o mundo, já que esta facilita *a capacidade de afrontar demandas complexas, em um contexto determinado, pondo em relação e mobilizando pré-requisitos psicossociais que incluem aspectos tanto cognitivos como não cognitivos* (MARCO, 2008, p. 31, *apud* ARETIO; CODELLA; BLANCO, 2009, p. 61); e demanda a integração de saberes essenciais que constituem o núcleo da competência, tendo como referência as formas de atuar mediante as quais se aplica o conhecimento e se resolvem os problemas tanto pessoais como profissionais nos diferentes cenários da sociedade do conhecimento (COTTA *et al.*, 2011).

Desta forma, a orientação da formação do nutricionista deverá primar por um processo de ensino e aprendizagem capaz de colocar no mercado de trabalho, profissionais que além da competência técnica, estejam preparados para compreender, analisar e intervir nos problemas socio sanitários dos locais e cenários onde atuam, tendo como referência a formação cidadã e a busca da justiça social (SOARES; AGUIAR, 2010; COTTA *et al.*, 2010).

Ao identificar as competências necessárias ao nutricionista que atua na APS, pretende-se definir, com mais precisão, por um lado, as responsabilidades gerais que este pode assumir na organização onde atua, como um membro contribuinte da equipe de saúde. E por outro, como referência para as reformas curriculares que se fazem necessárias rumo à educação dos futuros profissionais nutricionistas que a sociedade atual demanda, no contexto da formação por competência.

Destarte, este estudo tem como proposta essencial a identificação e o delineamento das competências (gerais/transversais e técnicas/específicas) necessárias aos nutricionistas que atuam na APS, visando classificar essas competências, contribuindo assim, para a concretização das reformas pedagógicas contemporâneas no âmbito das instituições de ensino brasileiras, nos marcos das orientações internacionais e das DCN.

2. JUSTIFICATIVA

Frente às orientações da sociedade do conhecimento atual, de se formar um profissional com um perfil baseado em competências, espera-se uma mudança no modelo curricular clássico dos cursos de graduação em nutrição, tradicionalmente formulados como grades, excessivamente rígidos e moldados de forma conteudista via disciplinas (ZABALZA, 2009; BOLLELA; MACHADO, 2010).

Neste contexto, as discussões quanto à formação centrada em competências na graduação vêm ganhando maior destaque, sobretudo pela percepção de que mudanças isoladas, certamente não atenderão a um perfil de necessidades tão complexas e múltiplas, que a realidade atual apresenta para a prática dos profissionais de saúde, incluindo o nutricionista.

Pensar a estruturação curricular baseada em competências parte da ideia de que se deve estabelecer os resultados esperados com a experiência educacional, e assim defini-los na forma de competências gerais/ transversais e técnicas/específicas, que podem ser descritas em forma de objetivos de aprendizagem.

Este modelo parte do princípio de que, se pudermos definir as competências esperadas, poderemos criar as condições de aprendizagem necessárias para que os estudantes as desenvolvam com proficiência, bem como saber através de processos robustos de avaliação se os resultados desejados foram realmente alcançados (BOLLELA; MACHADO, 2010, p. 2).

Nesse contexto, os currículos universitários devem ser o mais explícito possível no que se refere à forma de redigir suas competências, sejam estas gerais ou específicas, sendo imprescindível que tanto professores como os estudantes as conheçam e compreendam. As competências devem estar bem definidas e integradas tanto nos conteúdos como nas atividades acadêmicas, e por sua vez devem também estar vinculadas às demandas sociais, à evolução das profissões e ao mercado de trabalho. O enfoque da educação segundo o modelo de competências significa o estabelecimento e a consolidação das relações entre docentes, discentes, profissionais, universidades e locais/ cenários de trabalho profissional. Só assim ocorrerá um *feedback*, uma retroalimentação essencial à introdução de modificações no desenho curricular continuamente, posto que em geral a sociedade muda mais rapidamente que os sistemas educacionais (LIZARRAGA, 2010).

Não obstante, apesar da estruturação curricular baseada em competências ser uma terminologia muito utilizada no Brasil desde a edição das DCN, na prática parece que grande parte dos docentes, gestores universitários e discentes não estão preparados para desenvolver um currículo por competências (BOLLELA; MACHADO, 2010; COTTA *et al.*, 2011). Sendo assim, é neste contexto que o presente projeto se justifica.

Assim, o foco deste estudo se volta, para a formação do nutricionista em nível de graduação. Considera o papel das universidades de promover o desenvolvimento das competências necessárias para inserção do nutricionista na atuação, formulação, implementação e avaliação de políticas, programas e projetos em APS, missão que conforma tanto as representações sociais da profissão, quanto o delineamento do perfil profissional inscritos nas DCN.

Pretende-se, assim, subsidiar a reflexão sobre a implementação das DCN nos currículos dos cursos de nutrição do País, na perspectiva das necessidades de saúde da população brasileira.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Identificar, delinear, classificar e categorizar as competências (gerais e específicas) necessárias aos nutricionistas que atuam na APS,

3.2. Específicos

- Realizar uma revisão crítica dos estudos que orientam a formação e prática dos nutricionistas na APS no contexto do SUS (Artigo 1).

- Contribuir para a discussão da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde (MAANABS) em relação à formação e prática dos nutricionistas no contexto da APS por meio de revisão bibliográfica (Artigo 1).

- Apresentar as diretrizes e orientações para aplicação da técnica *Delphi* on-line (Artigo 2).

- Identificar e delinear as competências necessárias aos nutricionistas que atuam na APS (Artigo 3).

- Classificar as competências do nutricionista para atuação em nível da APS em ordem de prioridade (Artigo 3).

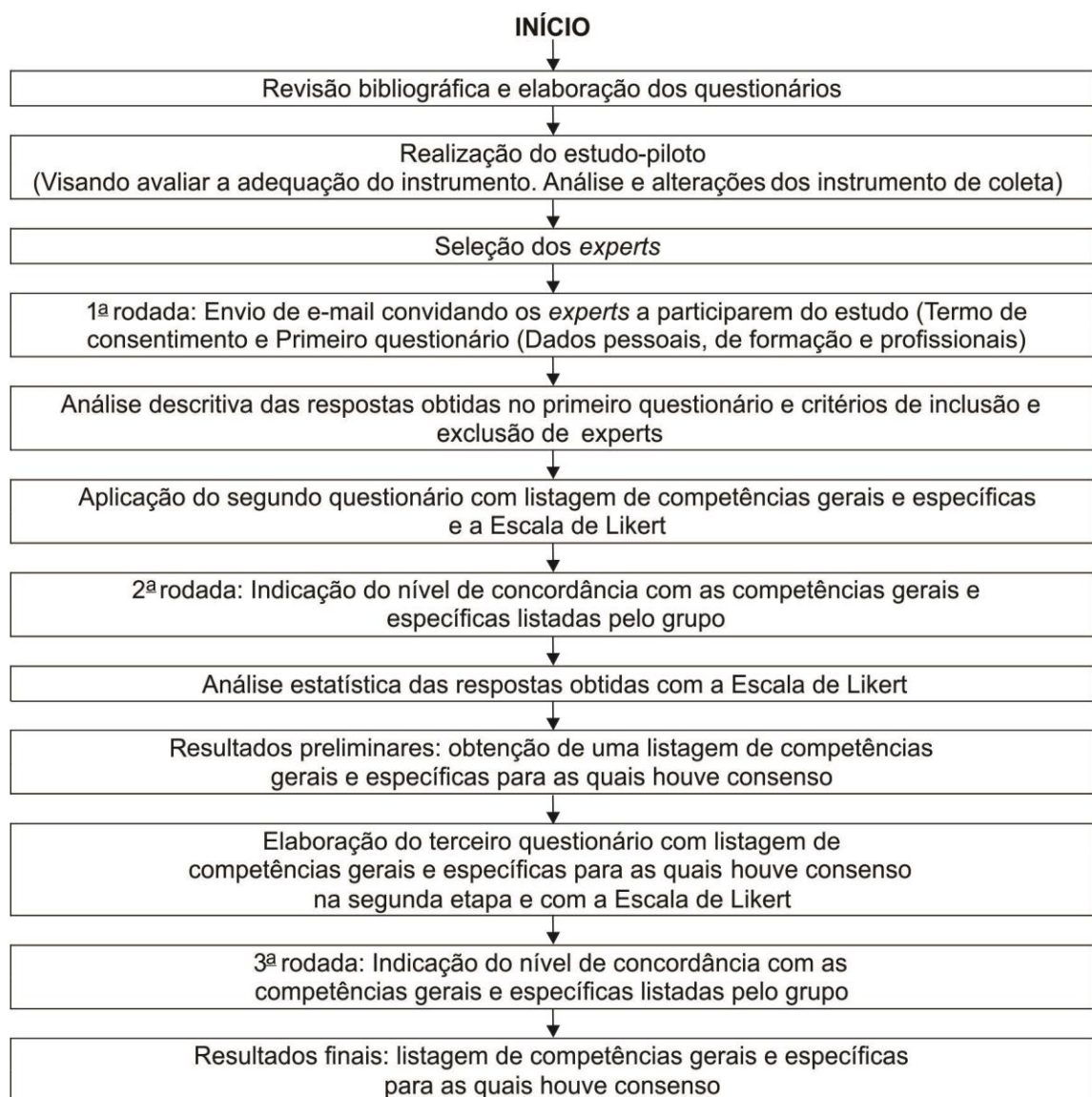
- Subsidiar a reflexão sobre a formação por competências nos cursos de graduação em nutrição nas universidades brasileiras, visando o fomento de uma adequação na formação do nutricionista frente às demandas e necessidades de saúde da população no contexto do SUS (Artigos 1, 2 e 3).

- Subsidiar a reflexão sobre a prática do nutricionista na APS tendo como referência as necessidades de saúde da população (Artigos 1, 2 e 3).

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho e sujeitos do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, que utilizou a técnica Delphi. É exploratório porque este é um tipo de estudo realizado quando uma nova área ou tópico está sendo investigada, sendo o tema pouco explorado. É descritivo porque objetiva a identificação e divulgação de conhecimentos construídos pelos sujeitos da pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) (Figura 1).



Fonte: adaptada de Giovinazzo (2001).

Figura 1 – Fluxograma de execução do estudo sobre as Competências profissionais para o trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil, 2013.

Participaram do estudo 52 *experts* divididos em dois grupos: nutricionistas docentes e nutricionistas da rede, ou seja, que trabalham diretamente na APS. Assim, os critérios utilizados para o grupo de docentes foi ter graduação em nutrição e exercer a função de professor na área de saúde pública e/ou nutrição social, ou ser coordenador da disciplina estágio curricular em nutrição social em instituição de ensino superior. Para o grupo de profissionais atuantes em APS, o critério foi experiência profissional em nutrição na APS.

4.2. Coleta de dados

4.2.1. Métodos e instrumentos de pesquisa

A técnica Delphi foi definida por Spínola (1984, p. 5), como *técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular; assim, promove convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância, seja completada.*

A técnica *Delphi* desenvolvida por Helmer e Dalkey baseia-se na intuição de grupos para ampliar projeções individuais. Utilizada desta maneira pela American Rand Corporation, durante o período da Guerra Fria para analisar e prever os acontecimentos, sendo que a partir de 1960 começou a ser aplicada na previsão de acontecimentos em vários setores (SPÍNOLA, 1984).

Esta técnica é largamente utilizada por uma variedade áreas como economia, administração, ciências sociais, e outras. Sendo também aplicada na pesquisa em educação para resolução de problemas, planejamento e avaliação (GRANT; KINNEY, 1992).

Na educação, a técnica Delphi tem sido utilizada para selecionar competências, objetivos, conteúdos de cursos ou de disciplinas, dos currículos dos cursos da área da saúde, principalmente dos cursos de medicina e enfermagem. Nos cursos de nutrição destacam-se os trabalhos de SIMS (1979); HUGHES (2003; 2004); e LABRAÑA; DURÁN; SOTO (2005).

A utilização dessa técnica para definição de objetivos para o desenvolvimento curricular permite analisar problemas, identificar soluções e detalhar o processo curricular. A participação do corpo docente no processo de seleção de competências possibilita legitimar, junto a esses atores, os objetivos e o desenho curricular.

Segundo Silva e Tanaka, (1999, p. 209), a técnica Delphi é constituída pelas seguintes etapas de execução:

1. informações referentes às questões são postadas individualmente a cada membro do painel, que então reponde para o pesquisador; este procedimento é anônimo e confidencial;

2. as respostas são escrutinadas e coletadas pelo pesquisador;

3. o pesquisador compila uma lista com todas as respostas e envia novamente para os membros do grupo;

4. os *experts* são solicitados a reanalisar a lista e responder indicando sua concordância ou não com os itens da lista; e

5. respostas são coletadas mais uma vez pelo pesquisador e o processo é repetido até o consenso ser alcançado.

Há quatro características principais da técnica Delphi que a distingue de outros processos de decisão de grupo, quais sejam: anonimato dos participantes, interação com *feedback* controlado, respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o especialista traz, para o grupo. Essa última é condição essencial para o trabalho, exige, assim, que o especialista tenha um real conhecimento do tema em discussão (GOODMAN, 1987).

A técnica Delphi tem uma flexibilidade a qual permite considerável diversidade em sua aplicação. Assim ela tem sido modificada, quando aplicada em alguns estudos e pesquisas, principalmente aquelas em que a variável tempo necessita ser controlada (SILVA; TANAKA, 1999).

A modificação mais frequente ocorrida na técnica Delphi refere-se à busca do consenso. Na forma convencional da técnica Delphi as cinco etapas de execução são subsequentemente repetidas, solicitando para os participantes do painel de *experts* sua reconsideração frente ao resultado da etapa anterior, até que haja consenso entre os participantes. Na técnica denominada de Delphi modificada, propõe-se um limite no número de ciclo de execução, para a qual têm sido propostos dois a quatro ciclos para a busca do consenso. Assim, o *consenso representa o nível conseguido na última etapa determinada, geralmente num ponto de corte previamente definido pelo pesquisador* (SILVA; TANAKA, 1999).

Segundo Reid (1988), a principal vantagem da técnica é que ela remove os fatores interpessoais que frequentemente influenciam os grupos ou comitês de consenso, quando os participantes estão frente a frente. Esta técnica encoraja opiniões honestas

devido a não existência de pressão do grupo. Outras vantagens apresentadas por Reid (1988) são:

- remove a dificuldade que as pessoas têm de rever opiniões emitidas previamente;
- permite tempo para pensar individualmente;
- permite uma ampla participação de pessoas de diversas especialidades e experiências sem problemas de comunicação;
- permite o envolvimento de um maior número de pessoas que uma conferência normalmente pode efetivar; e
- reduz custo por não precisar reunir todos os participantes.

4.2.2. Instrumentos e coleta de dados

Spinola, (1984) afirma que o questionário é considerado o instrumento mais adequado para a produção das informações, inexistindo, porém, um modelo padronizado para a sua elaboração. É aplicável a diversos estudos, sendo em alguns trabalhos indicado o emprego de questões estruturadas e em outros não. Também é possível ser fixado o número de questionários a serem enviados aos informantes. A forma e número destes instrumentos estão diretamente relacionados com a natureza do problema a ser investigado e, evidentemente, também são seus determinantes, os recursos materiais e humanos existentes.

A técnica *Delphi* requer um conjunto de questionários para a obtenção de opiniões dos *experts*, também denominados juízes ou painelistas. O primeiro questionário, de maneira geral diferencia-se dos demais por ser mais abrangente, tendo o objetivo de gerar a lista dos itens que irão compor os questionários posteriores. Ainda, em algumas pesquisas, utilizam-se escalas de valores onde se fixam as respostas (SPÍNOLA, 1984). Nos demais questionários, a construção ocorre no sentido de facilitar a compreensão do assunto estudado pelos envolvidos; para tanto as competências são detalhadamente esclarecidas e acompanhadas de comentários, críticas e opiniões (SPÍNOLA, 1984).

4.2.3. Pressupostos organizacionais do instrumento de coleta de dados

O questionário do presente estudo, intitulado matriz de competências do nutricionista na atenção primária, continha orientações explicativas sobre o conceito de competências do nutricionista em APS. Foram obtidos também os dados pessoais, acadêmicos e profissionais dos *experts*.

Para construção deste questionário utilizou-se como principal referencial teórico a *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde* (BRASIL, 2009), que considera elementos e conceitos estratégicos e de cunho organizacionais vinculados à realidade do SUS. Esses pressupostos são: Sujeitos das ações: o indivíduo, a família e a comunidade; Níveis de intervenção Gestão das ações de alimentação e nutrição que engloba Planejamento, Organização, Direção, Controle; Cuidado nutricional que engloba ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência.

Constava no questionário listas de competências gerais e específicas compiladas pela revisão bibliográfica envolvendo estudos nacionais e internacionais sobre o tema. A estas listagens, foi adicionada uma escala de Likert com escores de 1 (sem importância) a 5 (extrema importância), para obter o grau de concordância dos participantes com as competências listadas por cada grupo. A literatura demonstra que o escala de análise de dados mais comumente utilizado em um estudo *Delphi*, e que é provavelmente mais facilmente entendido entre os profissionais de saúde, é a Escala de Likert (ROBERTS-DAVIS; READ, 2001).

A escala de Likert foi utilizada por ser uma escala simples de mensuração de atitude, na qual cada participante atribui pontos de forma independente, sendo que os escores alcançados pelas proposições enunciadas podem ser correlacionados com os totais alcançados (SILVA; TANAKA, 1999).

Esse instrumento foi submetido a um pré-teste com um grupo de nutricionistas que atuam na APS (os quais foram excluídos da amostra) para verificar a sua aplicabilidade e se o mesmo não apresentava ambiguidades e se as instruções estão claras e de fácil compreensão. Com as respostas obtidas foram testados os coeficientes de confiabilidade para todos os grupos de competências do questionário através do teste de confiabilidade alfa de Cronbach. Assim, cumpriram-se os preceitos metodológicos no sentido de adaptar os questionários às sugestões dadas pelos nutricionistas.

Desta forma, o questionário foi dividido da seguinte forma (Tabela 1).

Tabela 1 – Organização e número de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual

Sujeitos das Ações	Níveis de Intervenção			
	Gestão das ações de alimentação e nutrição			
	Planejamento	Organização	Direção	Controle
Indivíduo, Família e Comunidade	7	13	5	3
	Cuidado Nutricional			
	Diagnóstico	Promoção da Saúde	Prevenção de Doenças e Distúrbios Nutricionais	Assistência, Tratamento e Cuidado
Indivíduo	8	9	5	16
Família	13	9	17	12
Comunidade	9	13	8	6

4.2.4. Seleção da amostra

Neste estudo, realizou-se um levantamento das instituições brasileiras de ensino superior que tem cursos de graduação em nutrição. A fonte principal foi o site da Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), que disponibiliza cerca de 300 sites das instituições de ensino com curso superior em nutrição, além das entidades de classe de nutrição. Através destes *sites*, fez-se a consulta de e-mails ou telefones dos *experts* ou dos coordenadores dos cursos de nutrição, para que estes indicassem os prováveis *experts* em nutrição com experiências em APS para participação da pesquisa (Figura 2).

Caso os sites das instituições de ensino não tivessem os contatos, enviou-se *e-mail* para a direção da instituição de ensino solicitando o contato. Outra forma de contatar as instituições foi através da ouvidoria destas. Os contatos dos *experts* nutricionistas atuantes na APS foram cedido pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição – Universidade de Brasília (OPSAN/UnB).

A seleção dos painelistas se deu através da análise dos questionários com identificação pessoal e profissional enviados junto ao termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B). Após a seleção, os painelistas foram contatados individualmente pela equipe coordenadora por meio de endereço eletrônico.

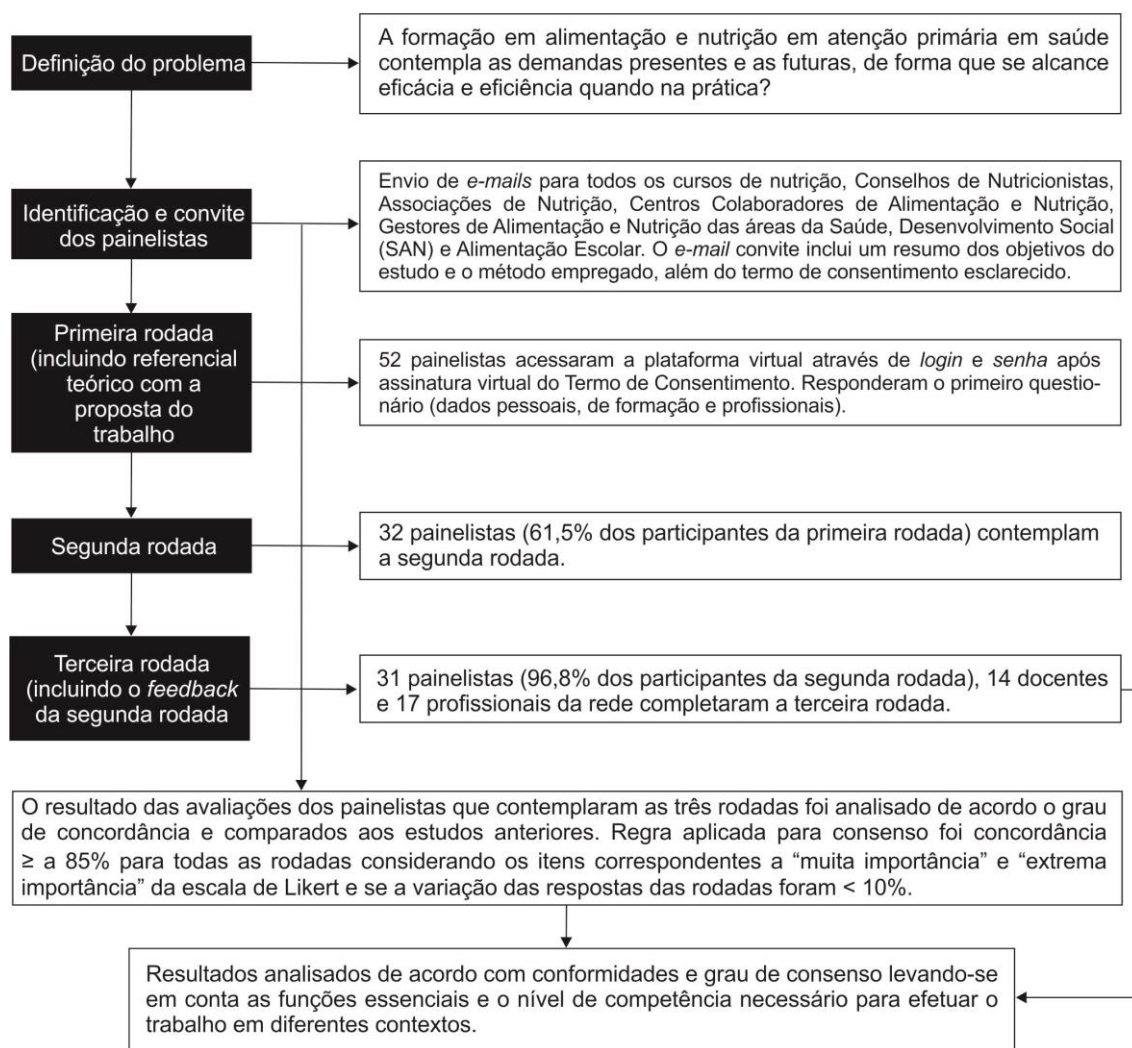


Figura 2 – Panorama do processo *Delphi* do consenso sobre competências profissionais dos nutricionistas no âmbito da atenção primária em saúde no Brasil, 2013.

Visando alcançar representatividade nacional foram selecionados *experts* de todas as regiões geográficas do país. Estes foram distribuídos em dois grupos da APS, um grupo de nutricionistas que exercem atividade profissional na rede de Atenção primária a saúde e de docentes que atuam nessa área.

A seleção dos participantes considerou que a pesquisa *Delphi* não pretende fazer um levantamento estatisticamente representativo da opinião de um determinado grupo amostrado, sendo que a confiabilidade dos resultados depende do grau de experiência dos *experts* em relação à área de formação do consenso (WILLIAMS; WEBB, 1994). No caso deste estudo, experiência em docência e atividade profissional em nutrição na APS.

A composição do grupo variou de acordo com o fenômeno em estudo e com os critérios definidos pelo pesquisador, sendo que um número de 15 a 30 *experts* ou juízes

é considerado bom o suficiente para gerar informações relevantes (VICHAS, 1982; DUFFIELD, 1993).

O principal critério de escolha dos *experts* centrou-se na valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes, que, de uma forma dirigida, coloca à apreciação coletiva seus julgamentos, que, apesar de serem subjetivos, são resultados de um processo de sistematização do conhecimento adquirido na prática e transformado no julgamento individual subjetivo (DUNCAN; SCHMIDT, 1992).

4.3. Análise dos dados

Neste estudo, foram utilizadas as ações advindas da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2009) para a produção dos enunciados das competências (competências listada) conforme descrito na literatura (SOUSA; FRADE; MENDONÇA, 2005).

Das informações contidas na referida Matriz, termos-chave auxiliaram a agrupar os componentes comuns, formando, então o enunciado da competência. Para a padronização dos enunciados, foi adotado um formato consistente com um verbo e um substantivo, partindo do entendimento de que a competência é indissociável da ação (RAMOS, 2001).

Além disso, na padronização dos enunciados, buscou-se contemplar os seguintes critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde para uso internacional ou nacional:

as competências devem ser abrangentes o suficiente para serem aplicadas internacionalmente ou nacionalmente; ao mesmo tempo, devem ser específicas o suficiente para fornecer orientação para a tomada de decisões; e devem ser relevantes para a prática (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A análise quantitativa dos dados visou estabelecer consenso entre os respondentes através da Técnica Delphi. As respostas provenientes de cada etapa (*round*) da pesquisa com a técnica *Delphi* foram arquivadas e posteriormente transferidas para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17, visando efetuar a análise dos dados. A análise descritiva ocorreu por meio das distribuições de frequências das respostas separadas segundo as etapas do estudo.

Realizou-se o teste do qui-quadrado para verificar a associação entre a existência de consenso nas competências avaliadas e a forma de atuação do profissional. O teste de

Fisher foi empregado quando as diferenças nas distribuições esperadas foram ≤ 5 . O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$.

Realizou-se o teste de normalidade Kolmogorov Smirnov para verificar a distribuição das variáveis que mensuraram o grau de importância das competências segundo a escala Likert. Posteriormente, procedeu-se o teste de Mann-Whitney para comparar os valores da escala entre o grupo de atuantes em docência e na rede básica de saúde.

Também foram analisados os coeficientes de confiabilidade (alfa de Cronbach) para cada grupo da Matriz de competências.

4.3.1. Definições e estabilidade de consenso

É recomendado, na etapa final de rodadas dos instrumentos de coleta, um nível mínimo de concordância de 70% (GRANT; KINNEY, 1992). Kiss (1982) considerou que houve consenso durante a aplicação de Delphi, quando duas categorias contíguas receberam mais do que dois terços de respostas afirmativas. Também, Salmond (1994) aponta que o nível de consenso é reservado ao investigador. Esta autora faz uma breve revisão da literatura e mostra a variedade nos níveis de consenso como em 50% (HUCKFELDT, 1975), 66% (RIZZOLO, 1990) e 80% (CARTY, 1993).

Neste estudo o padrão arbitrário inicial de concordância foi de 85% para todas as rodadas. Assim, adotou-se como consenso o escore igual ou superior a 85% para cada competência, considerando os itens correspondentes a muita importância e extrema importância, da escala de Likert, depois de duas rodadas. Outro método utilizado foi a contagem de mudanças por rodadas $\leq 10\%$ entre as respostas dos participantes como indicativo de estabilidade de consenso (concordância).

4.4. Aspectos éticos

Este estudo foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Ref. nº 031/2012/CEP, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Foi solicitado consentimento livre e esclarecido dos indivíduos para participarem do estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações e o anonimato dos mesmos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A. C. D. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, p. 98-101, 2006.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. C. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999. 2 v.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 3 set. 2012.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 136-146, 2005.

AMORIM, S. T. S. P. D.; MOREIRA, H.; CARRARO, T. E. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. **Revista de Nutrição**, v. 14, p. 111-118, 2001.

ARETIO, L. G.; CORDELLA, M. R.; BLANCO, M. G. **Claves para la educación – actores, agentes y escenarios en La sociedad actual**. Madrid: Narcea AS Ediciones; 2009. 340 p.

ASSIS, A. M. O. *et al.* O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 3, p. 255-266, set./dez. 2002.

BARNES, D.; ERIBES C.; JUARBE T.; NELSON, M.; PROCTOR, S.; SAWYER, L. SHAUL, M.; MELEIS, A. I. Primary health care and primary care: a confusion of philosophies. **Nursing Outlook**, St. Louis, v. 43, n. 1, p. 7-16, Jan./Feb. 1995.

BLANCO, A. **Desarrollo y evaluación de competencias em educación superior**. Madrid: Narcea AS Ediciones, 2009. 185 p.

BOLLELA, V. B; MACHADO, J. L. M. **Internato baseado em competências – “Bridging the gaps”**. São Paulo: MedVance, 2010. 99 p.

BOLOGNA WORKING GROUP ON QUALIFICATIONS FRAMEWORK. **A framework for qualifications of the european higher education area**. Copenhagen: Ministry of Science, Technology and Innovation, 2005.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996

_____. **A face oculta da nutrição: Ciência e ideologia**. Rio de Janeiro, 1998. 220 p.

_____. Trabalho e subjetividade: cargas e sofrimento na prática da nutrição social. **Revista de Nutrição**, v. 13, p. 107-115, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000. 762 p.

____. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição.** Resolução CNE/CES 5, de 7 de novembro de 2001. EDUCAÇÃO, M. D. E. C. N. D. Brasília: Diário Oficial da União. Seção 1, 2001. 39 p.

____. **A educação permanente entra na roda: Pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Saúde, M. D. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

____. **Avaliação externa das instituições do ensino superior começa em 2007.** Educação, M. D. Brasília: Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=content&task=view&id=6303&FlagNoticias=1&Itemid=6>>. 2007a. 452 p.

____. **Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde.** Educação, M. D. S. M. D., Brasília, 2007b.

____. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 2. ed. rev. Brasília: MS, 2003.

____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008.** Trata dos núcleos de apoio à saúde da família – NASF.

____. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher.** Brasília: PNDS 2006, 2006 (resultados preliminares).

____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2003. 604 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/legislacaodosus.pdf>>. Acesso em: 4 out. 2013.

CAMPOS, F. E. D.; BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 9, p. 133-142, ago. 2001.

CARDOSO, A. *et al.* Trajetórias ocupacionais, desemprego e empregabilidade. Há algo de novo na agenda dos estudos sociais do trabalho no Brasil? **Contemporaneidade e Educação**, v. 2, n. 1, p. 52-67, maio 1997.

CASALI, A. *et al.* **Empregabilidade e educação: novos caminhos no mundo do trabalho.** São Paulo: Educ, 1997.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação dos profissionais de saúde sobre o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.

COFFITO. Diretrizes curriculares. Conselhos profissionais contestam CNE e defendem qualidade nos cursos de saúde. **Revista O COFFITO**, Ocupacional, C. F. D. F. E. T., n. 14, 2004.

COSTA, H. Em defesa da saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 6 jul. 2003. Caderno A3.

COSTA, Glauce Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FERREIRA, Maria de Lurdes da Silva Marques; REIS, José Roberto; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-8, jan.-fev. 2009.

COTTA, R. M. M.; SILVA, L. S. D.; LOPES, L. L.; GOMES, K. D. O.; COTTA, F. M.; LUGARINHO, R. *et al.* Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Rev. C. S. Col.**, out. 2010 Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5343&var=1>. Acesso em: 2 out. 2010.

COTTA, R. M. M.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, 2011. (no prelo).

COTTA, R. M. M.; GOMES, Andréia Patrícia; MAIA, Társis de Mattos; MAGALHÃES; ALVES, Kelly; MARQUES, Emanuele Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 278-286, 2007.

COTTA, R. *et al.* Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 16, p. 7, 2006.

DELORS, J. **Educação**. Um tesouro a descobrir. Relatório para Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília: Unesco; 1999.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. **Boletim Técnico do Senac**, v. 27, n. 3, set./dez. 2001.

_____. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim do Senac**, v. 30, n. 3, set./dez. 2004.

_____. **Formação do trabalhador: produtividade & cidadania**. Rio de Janeiro: Shape, 1995.

DESAULNIERS, J. B. R. **Formação & trabalho & competências**. Rio Grande do Sul: Edipucrs, 1998.

DIETITIANS OF CANADA. **The role of the registered dietitian in primary health care: a national perspective**. Canada, May 2001.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Caderno Ensino e Currículo**, v. 3, n. 4, p. 12, 2001a.

_____. Impulsionando o movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde. **Olho Mágico**, v. 8, n. 2, p. 3, 2001b.

_____. Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. In: MARINS, J. J. N. (Ed.). **Educação médica em transformação: instrumento para a construção de novas realidades.** Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.

FULLAN, M. **O significado da mudança educacional.** Porto Alegre: Artmed. 2009.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 490-498, 2005.

GOMES, K. O.; COTTA, MITRE, Rosângela M.; CHERCHIGLIA, M. L.; MITRE, S. M.; BATISTA, R. S. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ARAÚJO, Raquel Maria Amaral; CHERCHIGLIA Mariângela Leal; MARTINS Tatiana de Castro Pereira. Atenção primária à saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 881-892, 2011. (Supl. 1)

GRANT, J. S.; KINNEY, M. S. Using the Delphi Technique to examine the content validity of nursing diagnoses. **Nursing Diagnosis**, v. 3, n. 1, p. 12-22, 1992.

GUEDES, G. G. As habilidades e o pensamento sistêmico: fatores decisivos na formação do administrador. **Global Manager. Caxias do Sul**, v. 5, p. 45-59, 2003.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In: FERRETI, C. *et al.* (Org.) **Tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar.** Petrópolis: Vozes, 1994.

HUGHES, R. Definitions for public health nutrition: a developing consensus. **Public Health Nutr**, v. 6, n. 6, p. 615-20, Sept. 2003.

_____. Competencies for effective public health nutrition practice: a developing consensus. **Public Health Nutr.**, v. 7, n. 5, p. 683-91, Aug. 2004.

LABRAÑA, T. A. M.; DURÁN, F. E.; SOTO A. D. Competencias del nutricionista en el ámbito de atención primaria de salud. **Revista Chilena de Nutrición**, v. 32, p. 239-246, 2005.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil.** Tipologia das escolas. Rio de Janeiro/São Paulo: Hucitec-Abem, 2002.

LIZARRAGA, M. L. S. D. A. **Competencias cognitivas en educacion superior.** Madrid: Universitária, 2010.

MACHADO, N. M. V. *et al.* **Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família.** 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia_01_09_06.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2008.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H.(Ed.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 101-133.

MARINS, J. J. N. *et al.* **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Huciteced, 2004.

MASETTO, M. T. Discutindo o processo de ensino/aprendizagem no ensino superior. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Ed.) **Educação médica**. São Paulo: Santos, 1998. p. 11-19.

MAUÉS, O. C. W.; CALIXTE, E.; GAUTHIER, C. Duas perspectivas diferentes em relação à abordagem por competências no ensino: os casos do Brasil e do Quebec. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 25., Caxambu, MG. **Resumos...** Caxambu: ANPED, 2002.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORETTO, Vasco Pedro. **Prova um momento privilegiado de estudo, não um acerto de contas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

MOURA E SILVA, Z. A. P. Falando de competências e habilidades. **APASE, Suplemento pedagógico**. 2002. Disponível em: <http://www.apase.hpg.ig.com.br/separata_10_2002_0002.htm>. Acesso em: 12 fev. 2012.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 30-37, jan./dez. 2004.

NOGUERO, F. L. **Metodologías participativas em la enseñanza universitaria**. 2. ed. Madrid: Narcea, S.A. Ediciones, 2007. 175 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. UNICEF. **Atención primaria de salud**. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Competency in nursing**. Ginebra: OMS, 2003.

PAIVA, V. Desmistificações das profissões: quando as competências reais moldam as formas de inserção no mundo do trabalho. **Contemporaneidade e Educação**, v. 1, p. 19- 37, maio 1997.

PASQUIM, E. M. Nutrição no programa de saúde da família: Conhecimentos e obstáculos entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde de duas cidades do Distrito Federal. **Nutrição em Pauta**, v. 55, p. 12-21, 2002.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artemed, 1999

PERRENOUD, Philippe. **A prática no ofício de professor: profissionalização razão pedagógica**. Porto Alegre: ArtMed., 2002. 232 p.

PINHEIRO, A. R. O. *et al.* Nutrição em saúde pública: os potenciais de inserção na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Revista Eletrônica Tempus**, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://164.41.105.3/portalnesp/ojs-2.1.1/index.php/tempus>>. Acesso em: 18 out. 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KISS, M. A. P. D. **Avaliação sistêmica de formação de recursos humanos para pesquisa em educação física e esporte**. 1982. 167 p. Tese (Livre Docência) – São Paulo, 1982.

RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Saúde**, Brasília: M. D., p. 17-27, 2001.

____. A educação profissional pela pedagogia das competências: para além da superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc. Campinas**, v. 23, n. 80, p. 401-422, set. 2002.

____. **Pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

____. **Pedagogia das competências**. Dicionário Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pedcom.html>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

RIBEIRO, A. B.; CARDOSO, M. A. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 2, p. 239-245, maio/ago. 2002.

RIBEIRO, Amanda G; RIBEIRO, Sônia M. R.; DIAS, Cristina M. G. C.; RIBEIRO, Andréia Q.; CASTRO, Fátima A. F.; SUÁREZ-VARELA, Maria M.; COTTA, Rosângela M. M. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, v. 11, p. 637, 2011.

ROBERTS-DAVIS, M.; READ, S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between nurse practitioners and clinical nurse specialists. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 33-43, 2001.

SALMOND, S. W. Orthopedic nursing research priorities: a Delphi study. **Orthop. Nurs.**, v. 13, n. 2, p. 31-45, 1994.

SANTOS, M. M. A. D. S. Problemas concretos, dinâmica e movimentos de mudança nos cursos de Nutrição com base nas diretrizes curriculares. **Caderno CE**, v. Comunicação, n. 3, n.4, p. 64-65, dez. 2001.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 257-265, set./dez. 2005.

SCFRN. Sistema Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas. **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília, 2008.

SCHÖN, Donald. **Educando o profissional reflexivo** – um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: ArtMed, 2000. 265 p.

SICHERI, R.; NASCIMENTO, S. **O custo da obesidade para o Sistema Único de Saúde**. Perspectivas para as próximas décadas. Jornadas Científicas do Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional. Coordenador José Augusto Taddei, Barueri, SP: Minha Editora, 2007.

SILVA, Nelcy Ferreira. **O nutricionista na atenção básica**. Conselho Federal de Nutrição, 2008. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Artigos/51.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

SILVA, C. V. C. Estrutura e características do modelo de organização curricular aprovado pelo Conselho Nacional de Educação – implicações para a prática curricular e pedagógica e condições de implantação. **Caderno CE**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 7, dez. 2001.

SILVA, Roseli Ferreira da; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [online], v. 33, n. 3, p. 207-216, 1999.

SILVEIRA, J. L. G. C. Formação, integralidade e educação popular. In: SILVEIRA, J. L. G. C. (Org.). **Liga de saúde coletiva: extensão popular em busca da integralidade**. Blumenau: EDIFURB, 2008. 128 p.

SIMS, L. S. Identification and evaluation of competencies of public health nutritionists. **Am. J. Public Health**, v. 69, n. 11, p. 1099-1105, Nov.1979.

SOARES, N. T. **Diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em nutrição e competências profissionais para atuação em segurança alimentar e nutricional: perspectivas de docentes do Ceará**. 2007. 212 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SOARES, N. T.; AGUIAR, A. C. D. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 895-905, 2010.

SOUSA, P. A. F.; FRADE, M. H. L. B. C.; MENDONÇA, D. M. M. V. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 368-81, 2005.

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TANGUY, L.; ROPÉ, F. **Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. São Paulo: Papyrus, 1997.

VICHAS, R. P. How to mine a natural deposit of dazzling opinions with the Delphi Technique. In: _____. (Ed.). **Complete handbook of profitable marketing research techniques**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, 1982.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi – uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, p. 54-65, 2000.

WILLIAMS, P. L.; WEBB, C. The Delphi technique: a methodological discussion. **J. Adv. Nurs.**, v. 19, n. 2, p. 180-186, 1994.

WITT, R. R. **Competências da enfermeira na atenção básica**: Contribuição à construção das funções essenciais de saúde pública. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005.

WORLD CANCER RESEARCHER FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington, DC: AICR, 2007.

ZABALZA, M. A. **Competencias docentes del profesorado universitario – calidad y desarrollo profesional**. 2. ed., Narcea AS, 2009. 229 p.

ZACHARIAS, V. L. C. F. **Competências e habilidades**. Disponível em: <<http://www.centrorefeducacional.pro.br/compehab.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2004.

ZARIFFIAN, P. **Objective competence**. Paris: Liasion, 1999.

Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências¹

Resumo: Tendo em vista a importância de discutir a formação dos nutricionistas frente às necessidades impostas no cotidiano profissional do SUS, o presente estudo teve duplo objetivo: realizar uma revisão crítica dos estudos que orientam a formação e prática dos nutricionistas no contexto da Atenção Primária em Saúde (APS) no SUS, e avaliar a contribuição da Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde para esta discussão. Foi desenvolvido um protocolo para conduzir de forma sistematizada a revisão. Para a seleção dos estudos, foram consultadas as principais bases de dados em saúde onde se utilizou interseções dos conjuntos dos termos: Nutricionista, Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Diretrizes Curriculares Nacionais na saúde, Educação baseada em competências; APS. A matriz de ações pode contribuir para formação do nutricionista dentro do contexto da educação por competências ao servir de referencial de ações, competências e habilidades ao se formar indivíduos mais capazes de lidar com as necessidades da população com ênfase no SUS. Ao utilizá-la como referencial de formação pode-se contribuir com o aperfeiçoamento desta e das ações governamentais a partir da adoção de ações de alimentação e nutrição na APS, num esforço convergente às demais ações dos programas de saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chaves: nutricionista; atenção primária em saúde; diretrizes curriculares nacionais na saúde; formação em saúde.

¹ Artigo publicado: Revista Ciência e Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=14552&var=1>.

Introdução

No Brasil, a adequada formação profissional na área de saúde deve ter como referência o Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, as instituições de ensino superior, pautadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), devem construir e/ou reconstruírem seus projetos pedagógicos visando tanto a formação dos estudantes como a Educação Permanente dos profissionais em serviços, para atender as demandas e diretrizes do nosso sistema nacional de saúde – o SUS.

As DCN preveem mudanças curriculares que orientem uma formação profissional segundo as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde, considerando as necessidades de saúde individuais e coletivas e reorientando o modelo assistencial, de forma a valorizar a promoção da saúde, salientando os seus determinantes sociais.¹

Desde esta perspectiva, o SUS foi concebido tendo como referência a ideia de mudanças paradigmáticas: do paradigma biomédico/mecanicista, baseado no padrão reducionista, orientado para a doença, centrado no hospital e na especialização presente na tradicional lógica educacional das universidades e, por conseguinte na prestação dos serviços de saúde, para o paradigma da Produção Social da Saúde, com sua concepção holística e sistêmica do processo saúde-doença-adoecimento, orientado pela humanização, alteridade e trabalho em equipe interdisciplinar, cuja ênfase está na Atenção Primária à Saúde (APS).^{2,3,4} Assim, os estudantes, futuros profissionais nutricionistas, devem ser formados segundo os marcos das DCN para atuar no SUS.⁵

Destaca-se a necessidade de que se implementem mudanças paradigmáticas também nas universidades, orientando os currículos para a formação por competências. Segundo Lizarraga⁶ e Siqueira-Batista *et al.*¹, a educação centrada em competências refere-se a uma aprendizagem baseada nos conhecimentos, atitudes e habilidades, necessária para que os estudantes e profissionais atuem de maneira ativa, responsável e criativa na construção de seu projeto de vida, tanto pessoal e social como profissional.

Em contra partida, a evidência científica destaca que na prática, os currículos dos cursos de nível superior em nutrição do Brasil se caracterizam pela ênfase no perfil profissional, objetivos e grade curricular, não apresentando, portanto, um projeto pedagógico fundamentado por princípios filosóficos e psicopedagógicos explícitos, necessários à definição das competências, dos objetivos de aprendizagem a serem

alcançados, das estratégias educacionais e metodológicas e do sistema de avaliação da aprendizagem.^{5,7,8,9}

Destarte, o mundo contemporâneo aponta para a necessidade de se repensar as práticas de formação dos nutricionistas. A legitimação dos órgãos oficiais, como o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), no que tange à mudança, já foi lançada. Contudo, as mudanças não ocorrem somente por meio de decretos, leis e diretrizes, é preciso também transformar pessoas já que os relacionamentos humanos faz parte fundamental do processo de mudança.^{10,11}

O ano de 2000 marca a implantação das DCN.¹² Para os cursos de graduação em Nutrição a referência é Resolução nº 5 CES/CNE, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação, que define os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos nutricionistas.¹³

Esta reorientação do processo de formação dos profissionais da saúde, em resposta às necessidades do sistema de saúde pública, deve ser pautada pela melhoria da qualidade e da resolubilidade da atenção prestada por meio da integração da rede pública de serviços de saúde e a formação de profissionais de saúde e da educação permanente através da incorporação e educação integral do processo saúde-doença-adoecimento, da promoção de saúde e do sistema de referência e contrarreferência.^{5,14,15}

Nesta perspectiva, a formação por competência na atualidade apresenta uma importância essencial, já que esta facilita: *a capacidade de afrontar demandas complexas, em um contexto determinado, pondo em relação e mobilizando pré-requisitos psicossociais que incluem aspectos tanto cognitivos como não cognitivos*¹⁶; e demanda a integração de saberes essenciais que constituem o núcleo da competência, tendo como referência as formas de atuar mediante as quais se aplica o conhecimento e se resolvem os problemas tanto pessoais como profissionais nos diferentes cenários da sociedade do conhecimento.¹⁷

Assim, a formação do nutricionista deverá primar por um processo de ensino e aprendizagem capaz de colocar no mercado de trabalho, profissionais que, além da competência técnica, estejam preparados para compreender, analisar e intervir nos problemas socio sanitários dos locais e cenários onde atuam, tendo como referência a formação cidadã e a busca da justiça social.^{9,17}

Nesta conjuntura, foi lançada em 2009, a *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde*¹⁸ (MAANABS), elaborada pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília –

OPSAN/UnB, cujo objetivo principal é o de sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas na atenção básica à saúde.¹⁸

Tendo em vista a importância de avaliar a discussão da formação dos nutricionistas frente às necessidades impostas no cotidiano profissional no contexto do SUS, o presente estudo, de caráter bibliográfico, teve duplo objetivo: realizar uma revisão crítica dos estudos que orientam a formação e prática dos nutricionistas no contexto da ABS no SUS, e avaliar a contribuição da (MAANABS)¹⁸ para esta discussão.

Métodos

Realizou-se uma revisão bibliográfica, tendo como pergunta norteadora: *Como a matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde pode contribuir para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências no mundo contemporâneo?*

Critérios de inclusão e exclusão de estudos

Foram levantados estudos publicados até fevereiro de 2013, nos idiomas português, inglês ou espanhol realizados no Brasil ou no exterior que abordassem a formação por competências dos nutricionistas e/ou a atuação destes na ABS no Brasil. Ou seja, os estudos que não envolviam o SUS, que tinham como foco outros níveis de atenção que não a primária, não envolviam a alimentação e nutrição, formação do nutricionista e publicações de outra natureza foram excluídos.

Estratégia de busca e seleção de estudos

Foi desenvolvido um protocolo para conduzir de forma sistematizada a revisão (Figura 1). Para a seleção dos estudos, foram consultadas as seguintes bases de dados em saúde:

Scientific Electronic Library Online Brasil (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, Ministério da Saúde, Brasil) que inclui como base dados – Ciências da Saúde em Geral: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane; Portal de

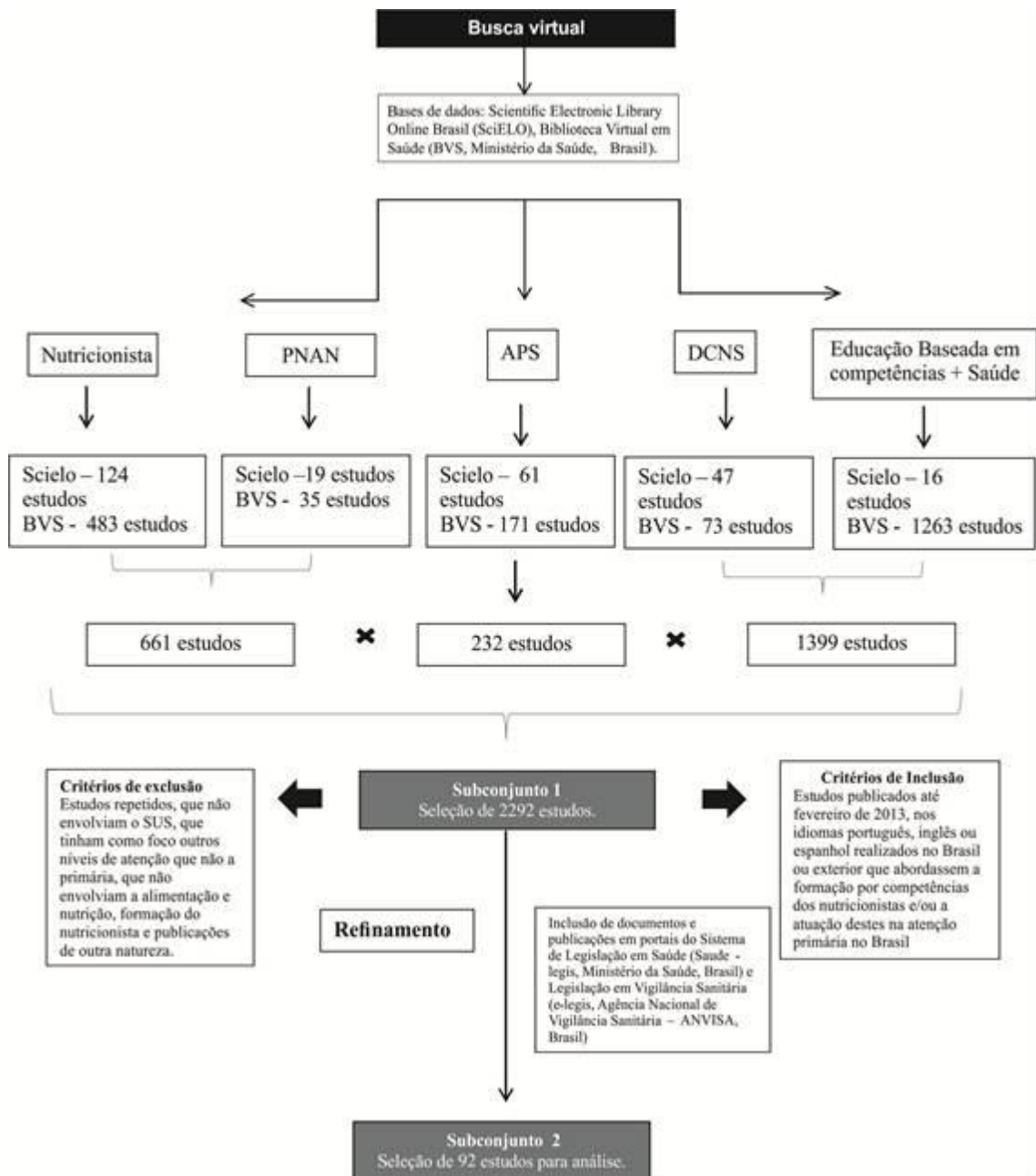


Figura 1 – Protocolo de busca nas bases de dados científicas e critérios de seleção dos estudos para análise até fevereiro de 2013.

Evidências Revisões Sistemáticas, Ensaios Clínicos, Sumários de Evidência, Avaliações Econômicas em Saúde, Avaliações de Tecnologias em Saúde, Diretrizes para Prática Clínica; Áreas Especializadas CidSaúde, DESASTRES, HISA, HOMEINDEX, LEYES, MEDCARIB, REPIDISCA; Organismos Internacionais PAHO, WHOLIS; LIS-Localizador de Informação em Saúde; DeCS- Terminologia em Saúde; Acesso a Documentos SCAD-serviço de cópia de documentos, Catálogo de revistas científicas.

Três conjuntos de intersecção de termos de busca bibliográfica foram combinados: Nutricionista [*Nutritionist*], Política Nacional de Alimentação e Nutrição [PNAN]; Diretrizes Curriculares Nacionais na saúde, Educação baseada em competências; Atenção primária à saúde [*atenção primária à saúde/cuidados primários de saúde/atenção básica à saúde (primary health care), saúde da família (family health), centros de saúde/unidades básicas de saúde (community health centers), serviços de saúde (health services)*].

Cada termo foi cruzado individualmente com outro, de forma que garantisse a inclusão de todos os estudos relacionados ao tema. Foram pesquisadas também as listas de referência dos estudos, a fim de identificar estudos relevantes não identificados na busca. Os nomes dos autores dos estudos considerados mais relevantes também foram utilizados nas buscas de outros estudos.

Como primeira avaliação, foram observados o título e o resumo dos artigos, sendo rejeitados aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão ou apresentavam algum critério de exclusão. Nos casos de incerteza, o texto completo foi consultado para confirmar a elegibilidade do estudo.

De forma complementar, foram pesquisados documentos e publicações em portais do Sistema de Legislação em Saúde (*Saude-legis*, Ministério da Saúde, Brasil) e Legislação em Vigilância Sanitária (*e-legis*, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Brasil).

A atenção primária à saúde e a atuação do nutricionista

O marco histórico da APS foi a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978.¹⁹

De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Desde então, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS, destacando-se os estudos da pesquisadora Bárbara Starfield, referência adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil.²⁰

Segundo Starfield²¹, a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção dos sistemas de saúde, promovendo a organização e

racionalização da utilização dos recursos, tanto primários como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário, a porta, para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

Neste nível, o trabalho baseia-se em uma nova concepção de saúde, não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e na intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intrasetoriais.

No contexto brasileiro, expansão da atenção primária, impulsionada pelo processo de descentralização do SUS, além de operar mudanças na gestão e prestação de serviços no setor, também vem transformando o mercado de trabalho em saúde, sendo que a descentralização dessa força de trabalho constitui, atualmente, uma realidade. Nos dias atuais, a busca da integralidade é fundamental para a formação de cada profissional da área da saúde. Sendo assim, surge em 1994 no cenário brasileiro a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como estratégia de reorientação do modelo assistencial, justificada pela necessidade de substituição do modelo historicamente centrado na doença e assistência médica individualizada, curativa e medicamentosa por um novo modelo sintonizado com os princípios do SUS, tais como universalidade, equidade, hierarquização, integralidade da atenção e participação social.²²

Dentro deste contexto, o Brasil ainda é marcado pela dupla carga de doenças, com a convivência de doenças infecciosas e transmissíveis, desnutrição e carências nutricionais específicas e de Doença Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, em todas as faixas de renda da população, em particular entre as famílias de menor poder socioeconômico.²³

Compõem ainda esse quadro de insegurança alimentar e nutricional presente entre parcela significativa das famílias brasileiras, as infecções e as doenças transmissíveis quase sempre associadas a situações de pobreza e precariedade nas condições de alimentação e do espaço geográfico em que vivem. A eliminação da desnutrição infantil – atualmente expressa por déficits de crescimento – e das carências nutricionais por micronutrientes, como anemia e hipovitaminose A, ainda constituem

desafios para os gestores do SUS e para todos os sujeitos envolvidos na atenção à saúde.²⁴

Esses problemas de saúde e nutrição determinam uma mobilização de recursos econômicos, financeiros, políticos e sociais que poderiam ser evitados a partir de ações de promoção e prevenção, reduzindo também os custos no sistema de saúde.^{25, 26}

Nesse sentido, a APS pode constituir uma medida de alta relevância para o desenvolvimento social de um país, quando atua de maneira oportuna e evita a referência de casos, ou mesmo a procura direta aos níveis de média e alta complexidade do sistema de saúde, sabidamente mais escassos e onerosos. Fortalecer e qualificar o cuidado nutricional no âmbito da atenção primária é uma forma mais econômica, ágil, sustentável e eficiente de prevenir a ocorrência de novos casos de obesidade e doenças associadas à má alimentação do que referenciá-los para o atendimento hospitalar, num futuro próximo, em decorrência de suas complicações.²⁷

Desde esta perspectiva, salienta-se a importância estratégica da atuação do profissional nutricionista na APS, visto que este é o profissional capacitado para agir na resolução de problemas alimentares e nutricionais, e na promoção da saúde e prevenção de agravos e enfermidades relacionadas à insegurança alimentar.

No contexto da reorganização da atenção à saúde no âmbito do trabalho com grupos populacionais, comunidade e famílias, a abordagem de problemas relacionados com a alimentação e nutrição vêm tornando-se necessária, visto o atual perfil de morbimortalidade da população brasileira, o qual indica elevação das DCNT como o *diabetes mellitus*, a obesidade, neoplasias, a hipertensão arterial e hiperlipidemias; que por sua vez estão diretamente relacionadas com a alimentação, nutrição e estilo de vida da população.^{28, 29}

Destaca-se, portanto, o importante papel do nutricionista na promoção de reeducação dos hábitos alimentares da população fazendo a prevenção de doenças e a promoção da saúde por meio do estímulo à mudança de estilo de vida e da incorporação de hábitos de vida saudáveis com consecutiva melhoria da qualidade de vida³⁰.

Estas questões foram corroboradas no estudo desenvolvido por Santos,³⁰ onde médicos e enfermeiros salientaram as dificuldades que possuem para orientar seus pacientes sobre alimentação e relataram também que não têm formação adequada na área de nutrição, sendo esses os profissionais que dão orientações dietéticas quando não há um nutricionista na ESF. Assim, a inclusão do nutricionista na APS apresenta-se como uma necessidade político-social relevante.

Sua inserção apoia-se principalmente na aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição pelo Ministério da Saúde, a qual delega ao setor a realização de ações e formulação de políticas públicas voltadas à alimentação e nutrição, direcionadas à promoção de saúde, à prevenção e controle de deficiências nutricionais e DCNT³¹.

Nesse sentido, em janeiro de 2008 entrou em vigor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde através da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, para melhorar a qualidade da APS através de equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o nutricionista, contribuindo com a promoção de práticas alimentares saudáveis.³²

O NASF vem pôr em prática o compromisso da integração de alimentação e nutrição com o setor saúde em relação aos componentes de Segurança Alimentar e Nutricional visando o direito humano à alimentação adequada, através da inserção do nutricionista na APS. Com a atuação do nutricionista, a comunidade local é beneficiada por um profissional capacitado para apoiar a realização de ações educativas sobre a alimentação e a nutrição. A competência do nutricionista para integrar a equipe ESF está estabelecida em sua formação acadêmica a qual o instrumentaliza a realizar o diagnóstico nutricional da população, tornando-o, assim, o único profissional a receber uma instrução específica que lhe permite, a partir desse diagnóstico e da observação dos valores socioculturais, propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos da unidade familiar, à cultura, às condições fisiológicas dos grupos e à disponibilidade de alimentos.³⁰

Nos serviços de saúde, através das consultas com monitoramento do estado nutricional, há possibilidade de diagnósticos longitudinais, o que é de grande importância para a melhoria das condições alimentares e nutricionais da comunidade. Com a coleta de dados antropométricos integrados a outros marcadores de saúde como hipertensão e diabetes, há uma resposta mais efetiva em relação à necessidade de cada paciente.³³

Trata-se, portanto, de um profissional apto a participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil, nos moldes idealizados pelo movimento da reforma sanitária. Por este caminho, pode-se afirmar que uma assistência à saúde da família brasileira, cujo objetivo seja transformar a história das práticas e dos resultados das intervenções, não poderá prescindir da atuação do nutricionista.

Além das questões alimentares, o nutricionista em seu trabalho deve incentivar a produção agrícola local, o que levará à geração de renda e empregos na região.³⁴

Para atuar na saúde da família, o nutricionista necessita de uma formação voltada para questões sociais, com uma capacidade de leitura de problemas locais, como saneamento e habitação, em todo raio de abrangência, por exemplo, do NASF. Além de ser um especialista em alimentação humana, ele é um profissional de saúde coletiva. Como a interiorização de todos esses serviços ainda deixa a desejar em todo o Brasil acredita-se que haja número insuficiente de nutricionistas em diversas áreas, onde a desnutrição e a má alimentação se manifestam de forma preocupante.³⁴

Com vistas a todos esses benefícios da atuação do nutricionista junto à comunidade, é dever das universidades formar profissionais com este perfil sensibilizando os municípios para a necessidade de que o nutricionista integre suas equipes de saúde.

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em nutrição

Nas DCN destaca-se a conformação diferenciada em relação ao extinto currículo mínimo. A ênfase não é mais em disciplinas, conteúdos e carga horária, mas no delineamento do perfil do egresso que cada universidade pretende formar e entregar à sociedade ao final da graduação, considerando as necessidades da sociedade local regional³⁵. Inclui elementos que visam subsidiar os estudantes para compreender e atuar diante das necessidades de saúde da população.

Dentre as inovações propostas, destacam-se: a) o estímulo à realização de atividades complementares (estágios, cursos, monitorias, projetos de extensão), que devem ocorrer ao longo do curso; b) flexibilização do regime de oferta das disciplinas (seriado semestral, seriado anual, créditos, módulos); c) incorporação de exigências para a gestão do curso, como a elaboração participativa do projeto pedagógico e d) direcionamento para uma distribuição equitativa da carga horária de estágio (20% do total) nas três principais áreas de atuação do nutricionista (nutrição clínica, nutrição social, administração de refeições coletivas).⁹

As DCN também abordam as avaliações do desempenho dos alunos, que deverão incluir competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), que incentivem a auto avaliação do próprio curso, em consonância *com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela Instituição de Ensino Superior (IES)*.¹³

As DCN apontam para o perfil do egresso do curso de nutrição, que a universidade deve formar, reforçando a formação generalista e ampliando suas competências e espectro de atuação:

I – Nutricionista, com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar, visando à segurança alimentar e à atenção dietética, em todas as áreas do conhecimento em que alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para a promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural; II – Nutricionista com Licenciatura em Nutrição capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Nutrição.¹³

Observa-se, por meio das DCN, que o conteúdo principal não deve centrar-se em matérias, disciplinas e carga horária, mas no delineamento do perfil profissional, dos princípios que devem reger a prática do nutricionista, na discriminação das competências requeridas e, objetivando tornar o aluno mais capaz de lidar com as necessidades de saúde-doença da população e suas características culturais e regionais. A formação do nutricionista deve contemplar as necessidades sociais e de saúde, com ênfase no SUS.¹³

Um ponto convergente entre o currículo praticado desde 1975 e as DCN é a manutenção da orientação dos conteúdos de estudo, excetuando a delimitação dos ciclos profissional e básico.⁷ Os conteúdos propostos pelas DCN são: ciências biológicas e da saúde; ciências sociais, humanas e econômicas; ciências da alimentação e nutrição, e ciência dos alimentos.¹³ Ressalta-se que esta convergência expressa, na verdade, uma ambiguidade. Para Santos,³⁰ permanece o quadro teórico fragmentário, contrapondo o *preceito da aplicação de conhecimentos com visão holística do ser humano*, defendido nas DCN.

Um aspecto positivo a ser destacado é o direcionamento para uma distribuição equitativa da carga horária de estágio nas três principais áreas de atuação do nutricionista, a saber: nutrição clínica, nutrição social e administração de refeições coletivas. Outras inovações que se observam são: a) orientação de atividades complementares, com ênfase de que devem ser conduzidas ao longo do curso; b) flexibilização do regime de oferta das disciplinas (seriado semestral, seriado anual, créditos, módulos); e c) incorporação de exigências para a organização do curso, como a elaboração participativa de um projeto pedagógico.⁷ Destaca-se ainda que a questão da

segurança alimentar, embora não seja uma atribuição nova, aparece pela primeira vez explícita em parâmetro curricular oficial de Nutrição.⁹

Assim, fica evidenciado, que as DCN representam, no momento, o que de mais atualizado existe em termos de orientação regulamentar para o curso de Nutrição em âmbito nacional. A seu favor cooperaram reflexões e sugestões da própria categoria, com participação das universidades.

As DCNs fruto de uma construção coletiva, marcam uma nova fase do currículo de Nutrição, constituem hoje um instrumento oficial de orientação a ser considerado na criação de cursos de Nutrição e avaliação/reformulação dos que já estão instituídos, como também do que se conseguiu produzir após longos anos de reflexão, debate e proposições. Por fim, considerando que as DCN introduzem a formação por competências no Brasil, a seguir apresentar-se-á um recorte do debate sobre o conceito de competências que tem sido travado na área de Educação, com o intuito de contextualizar a discussão.

Formação por competências

O termo *competência* é polissêmico, complexo e controverso, e inicialmente se presta a múltiplas interpretações e matiz.⁶ No Brasil, esta complexidade gerou e ainda gera muita discussão, porque a partir da entrada em vigência da LDB/1996 o ensino por competências passou a ser palavra de ordem.³⁶ Segundo as DCN, o sistema universitário brasileiro deve se centrar em competências, sejam estas gerais ou transversais e específicas ou técnicas.

A noção de competências é de tal forma polissêmica que se pode listar um conjunto de definições a ela conferida. Sem embargo, Deluiz³⁷ aponta três tipos de riscos na abordagem acrítica do conceito de competência. O primeiro seria a mera adequação da formação às necessidades da reestruturação econômica e às exigências empresariais. O segundo privilegia a sua *abordagem individualizada e individualizante*, desconsiderando que as competências são construídas ao longo de um percurso, onde se sobressai a vivência coletiva. O terceiro risco seria ... *a preocupação com o produto (resultados) e não com o processo de construção das competências*, sem questionar como as competências se desenvolvem, transmitem e devem ser avaliadas.

Por sua vez, a definição de competências destacadas por Perrenoud³⁸, que tem sido compartilhada por outros autores^{7,38,39} enfatiza competência como *uma capacidade*

de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. A competência não é visível e se constrói a partir de situações que o indivíduo enfrenta com maior frequência. Já a habilidade seria um esquema com certa complexidade, existindo o estágio prático, que procede em geral de um treinamento intensivo.

Ao ser utilizada no âmbito do trabalho, essa noção torna-se plural, buscando designar os conteúdos particulares de cada função em uma organização de trabalho. A transferência desses conteúdos para a formação, orientada pelas competências que se pretende desenvolver nos educandos, dá origem ao que chamamos de ‘pedagogia das competências’, isto é, uma pedagogia definida por seus objetivos e validada pelas competências que produz.³⁸

Esse deslocamento da qualificação para as competências no plano do trabalho produziu, no plano pedagógico, outro deslocamento, a saber: do ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas e que visa a essa produção, que caracteriza a ‘pedagogia das competências’. Essas competências devem ser definidas com referência às situações que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar. A ‘pedagogia das competências’ passa a exigir, então, tanto no ensino geral quanto no ensino profissionalizante, que as noções associadas (saber, saber-fazer) sejam acompanhadas de uma explicitação das atividades (ou tarefas) em que elas podem se materializar e se fazer compreender, explicitação esta que revela a impossibilidade de se dar uma definição a essas noções separadamente das tarefas nas quais elas se materializam.⁴⁰

A ‘pedagogia das competências’ é caracterizada por uma concepção eminentemente pragmática, capaz de gerir as incertezas e levar em conta mudanças técnicas e de organização do trabalho às quais deve se ajustar.⁴¹

O MEC, por meio, do Conselho Nacional de Educação (CNE) homologou as DCN com o entendimento de que um currículo baseado em competência parte da análise do processo de trabalho, da qual se constrói uma matriz referencial a ser transposta pedagogicamente para uma organização modular, adotando-se uma abordagem metodológica baseada em projetos ou resolução de problemas.⁴¹

O CNE define competência profissional como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho.^{7, 9}

Duas posições contrárias são identificadas entre os autores que analisam o encaminhamento dado pelo MEC. A primeira associa tal orientação curricular com o avanço da ideologia neoliberal, que buscaria subordinar a educação aos interesses de mercado⁴². A segunda correlaciona as DCN com a aprendizagem significativa, na perspectiva de uma nova pedagogia, que se opõe ao modelo clássico de ensino, de superação da valorização do conhecimento teórico em detrimento da prática⁴³. O texto das DCN permite, por suas ambiguidades, apropriação total ou parcial de ambas concepções.⁷

Além de atender o propósito de reordenar a relação entre escola/universidade e emprego, a ‘pedagogia das competências’ visa também a institucionalizar novas formas de educar os trabalhadores no contexto político-econômico neoliberal, entremeado a uma cultura chamada de pós-moderna. Por isto, a ‘pedagogia das competências’ não se limita à escola/universidade, mas visa a se instaurar nas diversas práticas sociais pelas quais as pessoas se educam. Nesse contexto, a noção de competência vem compor o conjunto de novos signos e significados talhados na cultura expressiva do estágio de acumulação flexível do capital, desempenhando um papel específico na representação dos processos de formação e de comportamento do trabalhador na sociedade.³⁸

Assim, o desenvolvimento de uma pedagogia centrada nessa noção possui validade econômico-social e também cultural, posto que à educação se confere a função de adequar psicologicamente os trabalhadores aos novos padrões de produção. O novo senso comum, de caráter conservador e liberal, compreende que as relações de trabalho atuais e os mecanismos de inclusão social se pautam pela competência individual.³⁸

Nesta perspectiva, a competência, inicialmente um aspecto de diferenciação individual, é tomada como fator econômico e se reverte em benefício do consenso social, envolvendo todos os trabalhadores supostamente numa única classe: a capitalista; ao mesmo tempo, forma-se um consenso em torno do capitalismo como o único modo de produção capaz de manter o equilíbrio e a justiça social. Em síntese, a questão da luta de classe é resolvida pelo desenvolvimento e pelo aproveitamento adequado das competências individuais, de modo que a possibilidade de inclusão social subordina-se à capacidade de adaptação natural às relações contemporâneas. Assim, a flexibilidade econômica vem acompanhada da psicologização da questão social.³⁸

A noção de competência situa-se, então, no plano de convergência entre a teoria integracionista da formação do indivíduo e da teoria funcionalista da estrutura social. A primeira demonstra que a competência torna-se uma característica psicológico-subjetiva

de adaptação do trabalhador à vida contemporânea. A segunda situa a competência como fator de consenso necessário à manutenção do equilíbrio da estrutura social, na medida em que o funcionamento desta última ocorre muito mais por fragmentos do que por uma sequência de fatos previsíveis.³⁸

O processo de construção do conhecimento pelo indivíduo, por sua vez, seria o próprio processo de adaptação ao meio material e social. Nesses termos, o conhecimento não resultaria de um esforço social e historicamente determinado de compreensão da realidade para, então, transformá-la, mas sim, das percepções e concepções subjetivas que os indivíduos extraem do seu mundo experiencial. O conhecimento ficaria limitado aos modelos viáveis de inteiração com o meio material e social, não tendo qualquer pretensão de ser reconhecido como representação da realidade objetiva ou como verdadeiro.⁴⁰

A ‘pedagogia das competências’ reconfigura, então, o papel da escola/universidade. Se a escola moderna comprometeu-se com a sustentação do núcleo básico da socialização conferido pela família e com a construção de identidades individuais e sociais, contribuindo, assim, para a identificação dos projetos subjetivos com um projeto de sociedade; na pós-modernidade a escola é uma instituição mediadora da constituição da alteridade e de identidades autônomas e flexíveis, contribuindo para a elaboração dos projetos subjetivos no sentido de torná-los maleáveis o suficiente para se transformarem no projeto possível em face da instabilidade da vida contemporânea.⁴⁰

Atuar na elaboração dos projetos possíveis é construir um novo profissionalismo que implica preparar os indivíduos para a mobilidade permanente entre diferentes ocupações numa mesma empresa, entre diferentes empresas, para o subemprego, para o trabalho autônomo ou para o não trabalho. Em outras palavras, a ‘pedagogia das competências’ pretende preparar os indivíduos para a adaptação permanente ao meio social instável da contemporaneidade.⁴¹

Competência: um conceito polissêmico

As competências englobam várias habilidades harmonicamente desenvolvidas. Elas norteiam a seleção de conteúdos, sua apropriação, comunicação, produção ou reconstrução. Assim, uma competência possibilita a mobilização de conhecimentos e esquemas para o enfrentamento de situações diversas. Seria a capacidade de encontrar recursos e respostas criativas e eficazes para problemas inéditos que se apresentam. Este

alcance dependeria de uma formação calcada numa prática pedagógica contextualizada e interdisciplinar, onde o aluno desempenha um papel de sujeito, com incorporação de *todos os fatores que fazem parte do ser unitário, ou seja, fatores afetivos, sociais e cognitivos*.³⁹

De forma complementar, segundo Lizarraga⁶ *a competência faz referência a uma capacidade que se projeta na forma em que uma pessoa utiliza todos os seus recursos pessoais (habilidades, conhecimentos, atitudes e experiências) para resolver adequadamente uma tarefa em um contexto definido (...)*.

Por sua vez, Aretio, Codella e Blanco¹⁶, destacam que *educar não implica imprimir sem sentido uns conteúdos ou destrezas aprendidos, sem saber dotar-lhes de sentido e saber aplicá-los em cada situação de forma autônoma e responsável*. Nesta linha, vem cobrando uma importância muito singular a formação por competências ao entender que esta nos ajudará a compreender melhor este novo desenho de aprendizagem, ou seja, a demonstrada capacidade de utilizar conhecimentos, destrezas e habilidades pessoais, sociais e/ou metodológicas, em situações de estudo ou de trabalho e em desenvolvimento profissional e/ou pessoal para poder realizar-se e participar ativamente na sociedade, ser capaz de aprender ao longo de toda sua vida e estar preparada para as demandas em permanentes mudanças que se apresentam na sociedade do conhecimento na qual vivemos. O que vai requerer um:

- Saber: conhecimentos teóricos específicos de cada âmbito profissional ou de uma área acadêmica.
- Saber fazer: conjunto de habilidades e destrezas cognitivas, emocionais, sociais ou procedimentais que permitem aplicar o conhecimento que se possui.
- Saber conviver: atitudes pessoais e interpessoais, habilidades... que facilita a convivência e o trabalho com os demais (trabalho em equipe).
- Saber utilizar estrategicamente o conhecimento e aperfeiçoar-se, graças as competências metacognitivas.
- Saber ser: ajustes de valores, princípios, crenças e atitudes profissionalmente válidas, modo de perceber-se e viver no mundo .

A escolha do trabalho com competências aporta muitas vantagens à educação superior, destacando-se: o fomento a transparência dos programas acadêmicos e ênfase nos resultados da aprendizagem; assume uma educação centrada nos estudantes, e em suas capacidades de aprender e em seus compromissos e responsabilidades, satisfaz as demandas de uma sociedade em constante mudança e com novos desafios formativos, e busca maiores níveis de ocupação profissional e compromissos com a cidadania.⁶

Por fim, Epstein e Hunert *apud* Bollela e Manchado¹⁶ definem competência profissional a partir de uma ampla revisão de literatura como: *o uso habitual e criterioso da comunicação, do conhecimento, do raciocínio, da capacidade de integração de dados, habilidade técnica, emoções, capacidade reflexiva, e capacidade de se manter atualizado, que o nutricionista lança mão para servir as pessoas e as comunidades que dele necessitam.*

A matriz de ações de alimentação e nutrição na APS

A matriz de ações de alimentação e nutrição é proposta ao se considerar as atribuições e responsabilidades elencadas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A PNAN traz em sua concepção – e explicitamente em seu texto introdutório – que *a a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.* Estes atributos estão ainda consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada em 1948, que foram reafirmados no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e incorporados à legislação nacional em 1992.³¹

Desta forma, a PNAN estabelece atribuições para o Ministério da Saúde (gestor federal da PNAN) como: estabelecer normas e prestar cooperação técnica aos estados e municípios, voltadas à implementação desta Política, sistematizando, inclusive, medidas de prevenção e manejo de problemas de nutrição em escala individual, familiar e comunitária; criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde; estimular e apoiar a realização de pesquisas estratégicas no contexto desta Política.³¹

Já os gestores municipais, foram incumbidos de responsabilidades como: promover a capacitação de recursos humanos para operacionalizar as atividades específicas na área de alimentação e nutrição; implantar o atendimento da clientela portadora de agravos nutricionais instalados, envolvendo: a assistência alimentar, o controle de doenças intercorrentes e a vigilância dos irmãos e contatos, garantindo a simultaneidade da execução de ações específicas de nutrição e de ações convencionais de saúde; uniformizar procedimentos relativos à avaliação de casos, à eleição de beneficiários, ao acompanhamento e recuperação de desnutridos, bem como à prevenção e manejo de doenças que interferem no estado nutricional; identificar e

atender situações individuais e coletivas de risco nutricional; obter informações representativas do consumo alimentar.³¹

Destarte, ao analisar o propósito principal da matriz (MAANABS) que é de sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas na APS seu objetivo contribui com o aperfeiçoamento da ação governamental, especificamente aquela sob responsabilidade e gestão da PNAN (Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999), da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648, de 28 de março de 2006) e de Promoção da Saúde (Portaria nº 687, de 30 de março de 2006), a partir da adoção de ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde, num esforço convergente e complementar às demais ações que já vêm sendo implementadas pelos diversos programas públicos de saúde ofertados, em especial a Estratégia Saúde da Família.

Na construção da matriz se considerou, previamente, alguns elementos e conceitos estratégicos e de cunho organizacional. Esses pressupostos são: sujeitos das ações (o indivíduo, a família e a comunidade); níveis de intervenção (gestão das ações de alimentação e nutrição e cuidado nutricional propriamente dito) – o cuidado nutricional engloba ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento/cuidado/assistência; caráter das ações (universais – aplicáveis a quaisquer fases do curso da vida e específicas – aplicáveis a determinada(s) fase(s) do curso da vida)¹⁸.

A matriz (MAANABS) elenca ações prioritárias e algumas delas dizem respeito ao conhecimento técnico específico da formação do nutricionista, quais sejam, as relações entre o homem e o alimento. Muitas delas são relacionadas ao cuidado nutricional direcionado aos indivíduos, e tiveram como base as determinações legais para a atuação profissional e os princípios que regem o SUS¹⁸.

De forma complementar, destacam-se outras atribuições a serem compartilhadas entre os membros da equipe, podendo o nutricionista assumir o papel de profissional-referência para o desenvolvimento das ações, tendo a responsabilidade de orientar a abordagem mais adequada, estabelecer protocolos de atenção em nutrição, de referência e contra referência, desde que sejam preservadas as suas atribuições privativas.

Há ainda outro grupo de atribuições, especialmente aquelas relacionadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças, que são de responsabilidade do conjunto de profissionais de saúde.

Inúmeros protocolos e condutas já estabelecidas na rede SUS dão suporte para esse tipo de ação. Neste caso, a matriz procura abranger ações de nutrição que venham a integrar o rol das ações já desenvolvidas pelas equipes de saúde. Assim, MAANABS elenca como referencial teórico, documentos legais (Tabela 1) e técnicos de apoio (Tabela 2) para o desenvolvimento das ações.

Tabela 1 – Documentos legais de apoio para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição citados na MAANABS

Tipo de Documento	Número	Ano	Descrição
Lei	8.080	1999	Lei Orgânica do SUS
Lei	11346	2006	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
Portaria	710	1999	Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição
Portaria	2.246	2004	Institui e divulga as orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional no âmbito das ações básicas de saúde no Sistema Único de Saúde – SUS.
Portaria	2.509	2004	Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família
Portaria	2.608	2005	Define recursos financeiros da vigilância em saúde para incentivar a estruturação de ações de vigilância e prevenção de doenças e de agravos não transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais brasileiras.
Portaria	399	2006	Contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.
Portaria	648	2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
Portaria	1.010	2006	Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas.
Portaria	687	2006	Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.
Portaria	1.097	2006	Dispõe sobre as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde.
Portaria	154	2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Tabela 2 – Documentos técnicos de apoio para o desenvolvimento das ações de alimentação e nutrição citados na MAANABS

Tipo de Documento	Órgão Executor	Ano	Nome
Manual	MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição.	2005	Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar
Guia alimentar	Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde.	2002	Guia alimentar para crianças menores de dois anos
Guia alimentar	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição	2006	Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável
Cadernos	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica	2006	Obesidade
Normas e Manuais Técnicos	Brasil. Ministério da Saúde. Unicef.	2007	Carências de Micronutrientes
Normas e Manuais Técnicos	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.	2007	Alimentação e nutrição para as famílias do Programa Bolsa Família: manual para os agentes comunitários de saúde
Manual	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição.	2005	Manual de Orientações sobre o Bolsa Família.
Comunicação e Educação em saúde	Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição	2002	Alimentos regionais brasileiros
Manual	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica	2008	Manual Técnico e Operacional do Pró-Iodo
Normas e Manuais Técnicos	Ministério da Saúde	2004	Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde
Guia	Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição	2002	Dez passos da Alimentação Saudável para crianças menores de 2 anos
Normas e Manuais Técnicos	Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.	2004	Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais
Guia	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde	2004	Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas
Normas e Manuais Técnicos	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS	2006	Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV
Comunicação e Educação em Saúde	Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids.	2006	Alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e Aids

Considerações finais

Ao dar mais visibilidade às ações de alimentação e nutrição na ABS e fomentar a sua adequada gestão e execução no âmbito dos municípios brasileiros, a MAANABS trilha os caminhos que o SUS vem percorrendo, nesses últimos 20 anos, para municipalizar suas ações e garantir o direito à saúde a toda a população. Pensar na inserção do Nutricionista na ABS é investir em mudanças de realidades, que ocorram de modo permanente desde a graduação até o investimento em Educação Permanente.

Assim é função da academia dotar a sociedade de profissionais capazes de transformar e contribuir com as políticas públicas, direcionando-as à promoção da saúde da população, mostrando que estas não devam ser de exclusividade do Estado, mas do resultado de pactuação entre setores, empoderamento da sociedade organizada, da distribuição de direitos e deveres entre o estado e a sociedade, entre indivíduos e coletivos e entre público e privado.

Desta forma, a Matriz de ações contribui para formação do nutricionista dentro do contexto da educação por competências ao servir de referencial de ações e competências para formar indivíduos mais capazes de lidar com as necessidades do processo saúde-doença da população e suas características culturais e regionais com ênfase no SUS.

Espera-se também que ao utilizar a Matriz como referencial de formação, contribuir com o aperfeiçoamento desta e das ações governamentais, especificamente aquelas sob responsabilidade e gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN, da Política Nacional de Atenção Básica e de Promoção da Saúde, a partir da adoção de ações de alimentação e nutrição na atenção primária em saúde, num esforço convergente e complementar às demais ações que já vêm sendo implementadas pelos diversos programas públicos de saúde ofertados, em especial a Estratégia Saúde da Família.

Referências Bibliográficas

1. Siqueira-Batista, R; Gomes, AP; Albuquerque, VS; Cavalcanti, FOL; Cotta, RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Cien. Saúde Colet.**, 18(1): 159-170, jan. 2013.
2. Capra, F. **Alfabetização ecológica**. São Paulo: Cultrix, 2006.
3. Mendes, EV. *Uma agenda para a saúde*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
4. Cotta, RMM.; Silva, LS; Lopes, LL; Gome, KO; Cotta, FM; Lugarinho, R; Mitre, SM. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. **Rev. Med. Minas Gerais**, 16: 7, 2006.
5. Cotta, RMM; Mendonça, ET; Costa, GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, 30(5): 415-421, nov. 2011.
6. Lizarraga, MLSDA. **Competencias cognitivas en educacion superior**. Madrid: Universitaria, 2010.
7. Soares, NT. **Diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em nutrição e competências profissionais para atuação em segurança alimentar e nutricional**: perspectivas de docentes do Ceará. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. 212 p.
8. Costa NSC. **A formação do nutricionista, educação e contradição**. 2. ed. Goiânia: UFG, 2002.
9. Soares, NT. e Aguiar, ACD. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Revista de Nutrição**, 23: 895-905, 2010.
10. Feuerwerker, LCM. *Gestão dos processos de mudança na graduação em Medicina*. In: MARINS, JJN. (Ed.). **Educação médica em transformação**: instrumento para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2004.
11. Fullan, M. **O significado da mudança educacional**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
12. Pasquim, EM. Nutrição no Programa de Saúde da Família: Conhecimentos e obstáculos entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde de duas cidades do Distrito Federal. **Nutrição em Pauta**, 55: 12-21, 2002.
13. Brasil. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. Resolução CNE/CES 5, de 7 de novembro de 2001. EDUCAÇÃO, M. D. E. C. N. D. Brasília: **Diário Oficial da União**. Seção 1, 2001. 39 p.
14. Brasil. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE. EDUCAÇÃO Brasília: M. D. S. M. D., 2007.

15. Ribeiro, AG, Ribeiro, SMR, Dias, CMGC, Ribeiro, AQ, Castro, FAF, Suárez-Varela, MM, *et al.* Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, 11: 637, 2011.
16. Aretio, LG; Cordella, MR; Blanco, MG. **Claves para la educación** – actores, agentes y escenarios en La sociedad actual. Madrid: Narcea AS Ediciones, 2009. 340 p.
17. Cotta, RMM., Silva, LSD., LOPES, LL., GOMES, KDO., COTTA, FM., Lugarinho, R. *et al.* Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Cien. Saude Colet.**, 17(3): 787-796, 2012.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: MS, 2009.
19. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. **Alma Ata**, Cazaquistão, p. 6-12, 1978.
20. Gomes, KO, Cotta, RMM, Araújo, RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção Primária à Saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Cien. Saude Colet.**, 16: 881-892, 2011 (Supl. 1).
21. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
22. Gomes, KO, Cotta, RMM, CHERCHIGLIA, ML, MITRE, SM, BATISTA, RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc.**, 18(4): 744-755, 2009.
23. Sistema Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas. (SCFRN). **O papel do nutricionista na atenção primária à saúde**. Brasília, 2008.
24. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília, DF: PNDS 2006 – resultados preliminares, 2006.
25. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR). **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of Cancer: a global perspective**. Washington DC: AICR, 2007.
26. Sichieri, R.; Nascimento, S. **O custo da obesidade para o Sistema Único de Saúde**. Perspectivas para as próximas décadas. Jornadas Científicas do Núcleo Interdepartamental de Segurança Alimentar e Nutricional. Coordenador José Augusto Taddei, Barueri, SP. Minha Editora, 2007.
27. Dietitians of Canada. **The role of the registered dietitian in primary health care: a national perspective**. Canada, May, 2001.

28. Ribeiro, AB.; Cardoso, MA. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Rev Nutr.**, 15(2): 239-245, 2002.
29. Assis, AMO. *et al.* O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, 15(3): 255-266, 2002.
30. Santos, AC. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, 7(3): 257-265, 2005.
31. Brasil. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2003.
32. Brasil Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008**. Trata dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.
33. Machado, NMV. *et al.* **Reflexões sobre saúde, nutrição e a estratégia de saúde da família**. 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/noticia_01_09_06.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2008.
34. Silva, NF. O nutricionista na atenção básica. Conselho Federal de Nutrição, 51(1): 3, 2008. Disponível em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/Artigos/51.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
35. Bollela, VB; Machado, JLM. **Internato baseado em competências – Bridging the gaps**. São Paulo: MedVance, 2010.
36. Moura e Silva, ZAP. Falando de competências e habilidades. APASE, 2002. Disponível em: <http://www.apase.hpg.ig.com.br/separata_10_2002_0002.htm>. Acesso em: 25 nov. 2008. (Supl. pedagógico).
37. Deluiz, A. Globalização econômica e os desafios à formação profissional. **Boletim do Senac**, 30(3): 1, 2004.
38. Perrenoud, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artemed; 1999.
39. Ramos, MN. **Qualificação, competências e certificação: visão educacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
40. Guedes, GG. As habilidades e o pensamento sistêmico: fatores decisivos na formação do administrador. **Global Manager**, 5: 45-59, 2003.
41. Ramos, MN. **Pedagogia das competências**. Rio de Janeiro: Dicionário Fiocruz. 2008.
42. Ramos, MN. A educação profissional pela pedagogia das competências: para além da superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc.**, Campinas, 23(80): 401-422, 2002.

43. Maués, OCW; Calixte, E; Gauthier, C. Duas perspectivas diferentes em relação à abordagem por competências no ensino: os casos do Brasil e do Quebec. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 25., Caxambu, 2002. **Resumos...** Caxambu: ANPED, 2002.
44. Feuerwerker, LCM. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Caderno Ensino e Currículo**, 3(4): 12, 2001.

Aplicação da técnica Delphi *on-line* no âmbito da formação por competências do nutricionista

Resumo: Tendo em vista a importância de pesquisar, refletir e discutir sobre a formação dos nutricionistas na atualidade a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), é objetivo deste ensaio apresentar as diretrizes e orientações para aplicação da técnica *Delphi on-line*, no âmbito da formação por competências deste profissional. Como forma de ilustração apresenta-se uma discussão dialógica do estudo desenvolvido por nossa equipe de pesquisadores, que teve como proposta essencial a identificação e o delineamento das competências necessárias aos nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). A identificação dessas competências tem como objetivos o delineamento das diretrizes norteadoras para a implementação das reformas pedagógicas contemporâneas no âmbito das universidades brasileiras, orientadas pelas orientações internacionais e as DCN. Apresentam-se as diferentes etapas da estruturação do trabalho, desde o planejamento até a execução e resultados, detalhando os instrumentos de coleta de dados, seus pressupostos organizacionais, bem como os passos, dificuldades e critérios de seleção dos participantes. Também se apresenta a listagem de todas as competências trabalhadas, o que seguramente servirá de subsídios para os pesquisadores e estudiosos do tema, destacando-se as orientações para a utilização da técnica *Delphi on-line*. Por fim, salienta-se que os resultados deste ensaio servirão de subsídios para a conformação de diretrizes norteadoras para a implementação das reformas pedagógicas contemporâneas no âmbito das universidades brasileiras.

Termos de indexação: nutricionista; atenção primária em saúde; diretrizes curriculares nacionais na saúde; formação em saúde, técnica Delphi.

Introdução

A técnica *Delphi* desenvolvida por Helmer e Dalkey (1963)¹ na década de 1950 baseia-se na intuição de grupos para ampliar projeções individuais. Foi definida por Spínola (1984)², como *técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular; assim, promove convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância, seja completada.*

Esta técnica é largamente utilizada por uma variedade áreas como economia, administração, ciências sociais, e outras. Sendo também aplicada na pesquisa em educação para resolução de problemas, planejamento e avaliação (GRANT; KINNEY, 1992).

Na educação, a técnica *Delphi* tem sido utilizada para selecionar competências, objetivos, conteúdos de cursos ou de disciplinas, dos currículos dos cursos da área da saúde, principalmente dos cursos de medicina e enfermagem. Nos cursos de nutrição destacam-se os trabalhos de SIMS (1979); HUGHES (2003; 2004); e LABRAÑA; DURÁN; SOTO (2005)^{5,6,7,8}.

A utilização dessa técnica para definição de objetivos para o desenvolvimento curricular permite analisar problemas, identificar soluções e detalhar o processo curricular. A participação do corpo docente no processo de seleção de competências possibilita legitimar, junto a esses atores, os objetivos e o desenho curricular.

Segundo Silva e Tanaka (1999),⁹ a técnica *Delphi* é constituída pelas seguintes etapas de execução: informações referentes às questões é postada individualmente a cada membro do painel, que então reponde para o pesquisador; este procedimento é anônimo e confidencial; as respostas são escrutinadas e coletadas pelo pesquisador; o pesquisador compila uma lista com todas as respostas e envia novamente para os membros do grupo; neste estágio, os especialistas são solicitados a reconsiderar a lista e responder indicando sua concordância ou não com os itens da lista; respostas são coletadas uma vez mais e o processo repetido até o consenso ser alcançado.

Há quatro características principais da técnica *Delphi* que a distingue de outros processos de decisão de grupo, quais sejam: anonimato, interação com *feedback* controlado, respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o especialista traz, para o grupo. Essa última é condição essencial para o trabalho, exige, assim, que o especialista tenha um real conhecimento do tema em discussão.¹⁰

Uma vantagem da técnica *Delphi* refere-se à sua flexibilidade, a qual permite considerável diversidade em sua aplicação. Assim ela tem sido modificada, quando aplicada em alguns estudos e pesquisas, principalmente aquelas em que a variável tempo necessita ser controlada.⁹

A modificação mais frequente ocorrida na técnica *Delphi* refere-se à busca do consenso. Na forma convencional da técnica *Delphi* as cinco etapas de execução são subsequentemente repetidas, solicitando para os participantes do painel de *experts* sua reconsideração frente ao resultado da etapa anterior, até que haja consenso entre os participantes. Na técnica denominada de *Delphi* modificada, propõe-se um limite no número de ciclo de execução, para a qual tem sido propostos dois à quatro ciclos para a busca do consenso. Assim o *consenso* representa o nível conseguido na última etapa determinada, geralmente num ponto de corte previamente definido pelo pesquisador.⁹

Segundo Reid (1988),¹¹ a principal vantagem da técnica *Delphi* é que ela remove os fatores interpessoais que frequentemente influenciam os grupos ou comitês de consenso, quando os participantes estão frente a frente. Esta técnica encoraja opiniões honestas devido a não existência de pressão do grupo. Outras vantagens apresentadas por este autor, refecerem-se ao fato de que: remove a dificuldade que as pessoas têm de rever opiniões emitidas previamente; permite tempo para pensar individualmente; permite uma ampla participação de pessoas de diversas especialidades e experiências sem problemas de comunicação; permite o envolvimento de um maior número de pessoas que uma conferência normalmente pode efetivar; reduz custo por não precisar reunir todos os participantes.

Destarte, é objetivo deste ensaio apresentar as diretrizes e orientações para aplicação da técnica *Delphi on-line*, expondo como forma de ilustração, o estudo desenvolvido por nossa equipe de pesquisadores, que teve como proposta essencial a identificação e o delineamento das competências necessárias aos nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), visando classificar essas competências, apontando, assim, diretrizes norteadoras para a implementação das reformas pedagógicas contemporâneas no âmbito das universidades brasileiras, orientadas pelas direções internacionais e as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Metodologia

Instrumentos e coleta de dados

Na técnica *Delphi* utiliza-se questionários para coleta de dados, sendo que a forma e número destes estão diretamente relacionados com a natureza do problema a ser investigado e, evidentemente, aos recursos materiais e humanos existentes. Spínola, (1984)¹ afirma que o questionário é considerado o instrumento mais adequado para a produção das informações, inexistindo, porém, um modelo padronizado para a sua elaboração, aplicável a diversos estudos.

A técnica *Delphi* requer um conjunto de questionários para a obtenção de opiniões dos *experts* ou juízes. O primeiro deles, de maneira geral diferencia-se dos demais por ser mais abrangente, tendo o objetivo de gerar a lista dos itens que irão compor os questionários posteriores¹. Ainda, em algumas pesquisas, utilizam-se escalas de valores onde se fixam as respostas.

Nos demais questionários, a construção ocorre no sentido de facilitar a compreensão do estudado pelos envolvidos; para tanto as questões são detalhadamente esclarecidas e se fazem acompanhar de comentários, críticas e opiniões. Nestes questionários posteriores, não se utiliza mais a fixação das respostas em escalas de valores.¹

O apoio de um programador/desenvolvedor de sistemas, na elaboração de um portal virtual onde os participantes podem acessar seus questionários através de *login* e senha. Este processo permite autonomia no uso do tempo pelos participantes e a segurança no sigilo e arquivamento das suas respostas.

O primeiro questionário, enviado aos *experts* teve como objetivo obter os dados pessoais, acadêmicos e profissionais. Estes dados também serviram como critérios de inclusão e exclusão do estudo. O primeiro questionário também conteve orientações explicativas sobre a pesquisa *Delphi*, os objetivos do estudo e conceitos considerados importantes para o entendimento dos participantes, além de conter links onde os profissionais podem acessar para consulta aos conceitos importantes e referencial teórico.

O segundo questionário, continha uma lista com as competências gerais e as específicas compiladas pela revisão bibliográfica envolvendo estudos nacionais e internacionais sobre a temática em questão. Especificamente, no nosso estudo elaborou-se uma lista de 155 competências gerais e específicas compiladas. A estas listagens, foi adicionada uma escala de *Likert* com escores de 1 (sem importância) a 5 (extrema

importância), para obter o grau de concordância dos participantes com as competências listadas por cada grupo. A literatura demonstra que o escala de análise de dados mais comumente utilizado em um estudo *Delphi*, e que é provavelmente mais facilmente entendido entre os profissionais de saúde, é a Escala de *Likert*.¹²

Assim, a escala de *Likert* foi utilizada por ser uma escala simples de mensuração de atitude, na qual cada participante atribui pontos de forma independente, sendo que os escores alcançados pelas proposições enunciadas podem ser correlacionados com os totais alcançados⁹.

Para cada item, o nutricionista também foi convidado a indicar se esta atividade em particular era realizada por ele em seu trabalho rotineiro.

Seguindo as orientações da literatura científica, os instrumentos foram submetidos a um pré-teste com um grupo de nutricionistas que atuam na APS (os quais foram extraídos da amostra) para verificar a sua aplicabilidade, se o mesmo não apresentava ambiguidades e se as instruções estavam claras e de fácil compreensão. Assim, cumpriram-se os preceitos metodológicos no sentido de adaptar os questionários às sugestões dadas pelos nutricionistas.

Aspectos éticos: este estudo submetido à análise e aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Viçosa processo número 031/2012/CEP. Os participantes receberam informações detalhadas a respeito dos objetivos e procedimentos do trabalho, bem como tiveram seus dados coletados mediante autorização por escrito fornecida no primeiro instrumento de coleta de dados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pressupostos organizacionais do questionário utilizado como instrumento de coleta dos dados

Para construção deste questionário utilizou-se como referencial teórico orientador a *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde*¹³ que considera elementos e conceitos estratégicos e de cunho organizacionais. Esses pressupostos são: Gestão das ações de alimentação e nutrição que engloba: Planejamento, Organização, Direção, Controle (Quadro 1); Cuidado nutricional que engloba ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, cuidado, assistência; Sujeitos das ações: o indivíduo (Quadro 2), a família (Quadro 3) e a comunidade (Quadro 4); e Níveis de intervenção.

Quadro 1 – Organização de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual – Gestão das ações de alimentação e nutrição

Sujeitos das Ações	Indivíduo, Família e Comunidade
Níveis de intervenção	Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição
Planejamento	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Definir e Implantar fluxos e mecanismos de referência e contra referência para o cuidado nutricional (ACS, ESF, NASF, UBS, centros de especialidade, hospital, equipes de internação domiciliar, etc.). 2. Planejar e organizar a capacitação das equipes da SF e das UBS para aplicação das rotinas de atenção nutricional e atendimento às doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, e com os processos de referência e contra referência do atendimento, estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. 3. Criar mecanismos para melhor acolhimento dos usuários e para humanização do cuidado nutricional. 4. Identificar, selecionar e utilizar de um elenco mínimo de indicadores de segurança alimentar e nutricional local, em articulação com o CONSEA municipal ou instância congênera, quando houver (ex.: monitoramento da sazonalidade de emprego e renda, abastecimento e preços dos alimentos, produção, consumo e práticas alimentares predominantes). 5. Organizar em conjunto com outros setores, governamentais e não governamentais, as prioridades e os fluxos de encaminhamento das pessoas em situação de vulnerabilidade nutricional para atendimento em programas de assistência alimentar e proteção social ou de transferência de renda. 6. Participação e apoio à implantação, à implementação e ao fortalecimento da Vigilância Epidemiológica, da Vigilância Sanitária e da Vigilância Alimentar e Nutricional no município. 7. Planejamento e execução de programas de treinamento, aperfeiçoamento e educação continuada para profissionais de saúde, bem como estágios para alunos de nutrição, quando aplicável. 	
Organização	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar as ações de alimentação e nutrição no âmbito do sistema municipal de saúde tendo em conta a estrutura da rede de serviços (recursos humanos, equipamentos, estabelecimentos de saúde). 2. Participar da elaboração do Plano Plurianual (PPA), do Plano Municipal Saúde, do Termo de Gestão e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), em época oportuna, visando a incorporação das ações de alimentação e nutrição. 3. Elaborar a programação anual de saúde, definindo as ações, metas, objetivos, indicadores e recursos financeiros que serão aplicados nas ações de cuidado nutricional na atenção primária de saúde. 4. Monitorar, avaliar e divulgar os resultados previstos no Plano de Saúde relativos à alimentação e nutrição. 5. Pactuar as ações de alimentação e nutrição no conselho municipal de saúde e no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite. 6. Assessorar a participação da Secretaria Municipal de Saúde nos conselhos de saúde, de segurança alimentar e nutricional e outros de áreas afins para contribuir na elaboração, acompanhamento e fiscalização de projetos e programas voltados à população em vulnerabilidade alimentar e nutricional. 7. Coordenar a elaboração, revisão, adaptação e padronização de procedimentos, processos e protocolos de atenção e cuidado relativos à área de alimentação e nutrição, em consonância com as normas e diretrizes locais. 8. Identificação de estrutura comunitária (pública e privada) de apoio às famílias ou segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade tais como centro de convivências de idosos, associações de portadores de patologias, grupos de terceira idade, creches etc. 9. Fortalecer o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional do município principalmente em relação à vigilância alimentar e nutricional, à Promoção da Alimentação Saudável e à vigilância sanitária dos alimentos. 10. Articular os serviços de saúde com instituições e entidades locais, escolas e ONGs para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional. 11. Articular com as estratégias de educação permanente em saúde visando à integração dos nutricionistas da rede básica de saúde. 12. Participar de fóruns de governo e de controle social, promovendo articulações e parcerias interssetoriais e interinstitucionais. 13. Fomentar a integração e/ou articulação entre programas e processos de trabalho nas diversas áreas e políticas existentes no município com vistas à implementação da Política de Alimentação e Nutrição. 	
Direção	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordenar a elaboração da Política Municipal de Alimentação e Nutrição com base no perfil alimentar e nutricional da população em consonância com as políticas nacional e estadual de saúde e de nutrição. 2. Dimensionar a estrutura de recursos humanos para atender as metas de alimentação e nutrição estabelecidas nos Planos Plurianual e Municipal de Saúde. 3. Fortalecer os meios de interlocução, participação e atendimento ao cidadão, que o informe a respeito de seus interesses e direitos. 4. Coordenar e supervisionar a implantação e da implementação do SISVAN em colaboração com o SIAB. 5. Promover participação e divulgação de estudos e pesquisas na sua área de abrangência, promovendo o intercâmbio técnico-científico. 	
Controle	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar o elenco de indicadores prioritários para o diagnóstico alimentar e nutricional municipal, com apoio dos NASF e das equipes de Saúde da Família, respeitando os parâmetros estabelecidos pelos gestores nacional e estadual de alimentação e nutrição, quando existirem. 2. Avaliar o resultado das ações de alimentação e nutrição sobre a população assistida, no âmbito do município, por meio da análise do alcance das metas e indicadores de alimentação e nutrição previstos, aprimorando as ações quando necessário. 3. Estabelecer parâmetros e procedimentos técnicos que orientem uniformemente e integrem as atividades de planejamento local, gestão, execução, avaliação e monitoramento das ações de alimentação e nutrição, no âmbito das regionais/distritos de saúde, unidades básicas de saúde, núcleos de apoio à Saúde da Família e equipes de Saúde da Família. 	

Quadro 2 – Organização de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual – Cuidado nutricional – indivíduo

Cuidado Nutricional – Indivíduo	
Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosticar, avaliar e monitorar o estado nutricional, com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos (verificação do peso e da altura), de acordo com a fase do curso da vida. 2. Identificar os portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, incluindo desnutrição infantil, má nutrição por micronutrientes e baixo peso, para o atendimento nutricional específico. 3. Identificar os portadores de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras) para o cuidado nutricional específico. 4. Identificar os distúrbios associados à alimentação (anorexia, bulimia, compulsão alimentar e outros transtornos alimentares). 5. Identificar fatores de risco para o estado nutricional em quaisquer fases do curso da vida. 6. Identificar as condições gerais de saúde e de problemas de saúde bucal, encaminhando ao atendimento profissional específico, quando necessário. 7. Identificar possível existência de doenças infecciosas e parasitárias. 8. Avaliar e monitorar o consumo alimentar.
Promoção da Saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover e realizar educação alimentar e nutricional com ênfase na Promoção da Alimentação Saudável. 2. Orientar a alimentação saudável em todas as fases do curso da vida. 3. Promover orientação alimentar, com ênfase em práticas alimentares saudáveis e no consumo de alimentos regionais, com abordagem adequada à realidade local e às distintas fases do curso da vida. 4. Desenvolver ações educativas de Promoção da Alimentação Saudável considerando os fatores da vida moderna que influenciam os modos de vida: alimentação fora de casa, falta de tempo, limitações físicas etc. 5. Promover a adoção de modos de vida saudáveis. 6. Promover a manutenção do estado nutricional adequado em todas as fases do curso da vida. 7. Promover o peso saudável. 8. Orientar sobre a valorização e apoio ao aleitamento materno. 9. Desenvolver ações para fortalecimento do vínculo de cada indivíduo para com sua família, no âmbito de sua relação com o estado nutricional
Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhar a alimentação dos indivíduos em todas as fases do curso da vida. 2. Realizar educação em saúde com enfoque na orientação sobre noções básicas de higiene (corporal, ambiental, domiciliar, na manipulação de alimentos, saneamento ambiental, saúde bucal). 3. Organizar ações educativas e de orientação para a prevenção das doenças mais prevalentes relacionadas à alimentação e nutrição (deficiências de micronutrientes – ferro, iodo e cálcio, ácido fólico, vitamina A e outras –, desnutrição e baixo peso, obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis e dos transtornos alimentares – anorexia, bulimia e outros). 4. Acompanhar periodicamente os casos de doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição, baixo peso e transtornos alimentares; 5. Realizar educação alimentar específica para problemas e situações de saúde que demandam dietas especiais.
Assistência, tratamento e cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio. 2. Elaborar prescrição dietética, com base no diagnóstico nutricional, adequando-a à evolução do estado nutricional. 3. Realizar acompanhamento da evolução nutricional com registro no prontuário e no cartão de saúde. 4. Solicitar exames complementares necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional do usuário dos serviços ou programas, quando pertinente. 5. Definir os procedimentos complementares da assistência nutricional ao usuário, em interação com a equipe multiprofissional. 6. Encaminhar os usuários a outros profissionais habilitados, quando necessário, considerando os protocolos adotados pelo serviço. 7. Referenciar os usuários a outros estabelecimentos de atenção à saúde, visando à complementação do tratamento, sempre que necessário de acordo com os protocolos do serviço. 8. Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais, em conformidade com a legislação vigente e com as normas (diretrizes terapêuticas) estabelecidas pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, quando necessários à complementação da dieta. 9. Orientar o usuário e seus familiares/responsáveis, quanto às técnicas higiênicas e dietéticas, relativas à alimentação. 10. Avaliar a adesão do usuário ao tratamento dietoterápico. 11. Elaborar tratamento os casos de anemia e de hipovitaminose A ou outras deficiências de micronutrientes. 12. Elaborar tratamento dietético com ênfase nos indivíduos com baixo peso, sobrepeso, portadores de doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, osteoporose, dislipidemias, obesidade) ou transtornos alimentares (anorexia, bulimia e compulsão alimentar). 13. Elaborar tratamento para recuperação/manutenção do estado nutricional. 14. Encaminhar usuários em risco de insegurança alimentar e nutricional para programas de assistência alimentar, de geração de renda ou outras alternativas de proteção social, quando oportuno. 15. Realizar acompanhamento intensivo dos casos de usuários com comprometimento nutricional grave e persistente. 16. Realizar orientação alimentar e nutricional às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Quadro 3 – Organização de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual – Cuidado nutricional – Família

Cuidado Nutricional – Família	
Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar as famílias em vulnerabilidade nutricional (variáveis: renda e escolaridade, condições de saneamento e de moradia, número de filhos/dependentes e características familiares: estrutura e dinâmica familiar, desagregação e caracterização da chefia familiar). 2. Identificar as características de consumo alimentar da família: produção, disponibilidade de alimentos, aquisição, consumo, distribuição intrafamiliar, preparo de alimentos, cultura alimentar, participação em programas de assistência alimentar. 3. Identificar as percepções, práticas alimentares aceitas e valores associados à alimentação da família e à alimentação da gestante, da nutriz, do pré-escolar, do escolar, do adolescente, do adulto e do idoso. 4. Identificar fatores associados ao comprometimento do estado nutricional das pessoas de quaisquer fases do curso da vida (gestantes, nutriz, crianças, adolescentes, adultos ou idosos). 5. Identificar as famílias com portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição. 6. Identificar as famílias com gestantes em vulnerabilidade nutricional e/ou com adolescentes grávidas. 7. Identificar as percepções, práticas alimentares e valores associados à alimentação na gestação e durante o período da amamentação. 8. Identificar o comportamento familiar para reforço da atitude da mãe e familiares, em relação ao aleitamento materno e aos cuidados com a criança. 9. Avaliar a relação da criança com a família e dos cuidados da família para com a criança. 10. Identificar o(s) responsável(is) pelos cuidados com a criança (quem cuida da criança e quem é responsável pelo preparo e oferta dos alimentos). 11. Identificar as percepções, práticas alimentares e valores associados à alimentação da criança (fases da transição e de alimentação complementar). 12. Avaliar a relação do idoso com a família e dos cuidados da família para com o idoso. 13. Identificar o(s) responsável(is) pelos cuidados com o idoso com algum grau de dependência (quem cuida do idoso e quem é responsável pelo preparo e oferta de alimentos).
Promoção da Saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover e realizar educação alimentar e nutricional com ênfase na promoção da Alimentação Saudável. 2. Realizar ações educativas para a valorização do consumo de alimentos regionais e, se pertinente, incentivo à produção doméstica de Frutas, Legumes e Verduras (FLV). 3. Realizar ações de valorização da alimentação como momento de convívio familiar. 4. Incentivar a adoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis no núcleo familiar/domicílio por todos os integrantes da família e de acordo com a fase do curso de vida. 5. Orientar a respeito da influência da alimentação da família na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças e adolescentes. 6. Desenvolver ações para fortalecimento do vínculo criança-família no âmbito de sua relação com o estado nutricional. 7. Realizar orientação para organização da estrutura de apoio familiar aos idosos e promoção da integração do idoso à família. 8. Desenvolver ações de incentivo e apoio ao idoso para participação em grupos de convívio social (vizinhos, grupos de maior idade, atividades lúdicas, etc).
Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar as dificuldades da família que possam interferir na saúde e nutrição das pessoas das famílias, de quaisquer fases do curso da vida. 2. Apoiar a reorganização e reversão da situação de insegurança alimentar e nutricional da família. 3. Elaborar orientações básicas sobre higiene corporal e dos alimentos, saúde bucal, saneamento do domicílio e peridomicílio, com encaminhamento a estratégias de proteção e inclusão social, quando oportuno. 4. Realizar ações educativas de prevenção das deficiências de micronutrientes (ferro, ácido fólico, vitamina A, iodo e cálcio), da desnutrição e do baixo peso e dos transtornos alimentares (anorexia, bulimia e outros). 5. Realizar ações educativas de prevenção da deficiência de micronutrientes, do baixo peso e da obesidade na gestante, do diabetes gestacional, dos distúrbios hipertensivos da gravidez e outros. 6. Realizar ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância (inclusive doenças infecciosas e parasitárias). 7. Realizar ações educativas para o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e outras) e para o envelhecimento saudável. 8. Realizar ações educativas para incentivo à alimentação saudável, adaptada para as condições fisiológicas e de saúde do idoso. 9. Participar das ações educativas para prevenção de doenças infecciosas e parasitárias e as DST-AIDS. 10. Realizar orientações para organização do apoio familiar à mulher durante o período gestacional, puerperal e no período de amamentação. 11. Preparar a família, em especial o companheiro conjugal, para o aleitamento materno. 12. Observar as dificuldades da família em decorrência de alterações da dinâmica familiar devidas à presença do bebê. 13. Reforçar e acompanhar as orientações sobre a alimentação complementar da criança, com ênfase no esclarecimento de dúvidas existentes e condições higiênicas de preparo e armazenamento dos alimentos oferecidos às crianças. 14. Esclarecer os membros da família, em especial às pessoas mais velhas e que têm influência sobre a mulher, a respeito da introdução de alimentos complementares no esquema alimentar da criança. 15. Observar as dificuldades da família que possam vir a interferir na saúde e nutrição do idoso, com ênfase naquelas relativas aos aspectos de integração/interação do idoso à família, limitações físicas e/ 16. Realizar orientação para organização da estrutura de apoio familiar aos idosos com limitações físicas e/ou psíquicas. 17. Realizar orientação para organização da estrutura de apoio familiar a pessoas portadoras de deficiências físicas e/ou psíquicas.

Continua...

Quadro 3, cont.

Assistência, tratamento e cuidado	<ol style="list-style-type: none">1. Orientar e monitorar, quando pertinente, os procedimentos de preparo, manipulação, armazenamento, conservação e administração da alimentação, considerando os hábitos e condições sociais da família, de modo a garantir a qualidade higiênico-sanitária e o aporte nutricional adequado.2. Encaminhar famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional para atendimento em programas de assistência alimentar, de geração de renda, inclusão social ou assistencial: programas de transferência de renda, estratégias ou ações locais de segurança alimentar e nutricional, de iniciativa pública ou não (ONGs e instituições filantrópicas), ou outras alternativas de proteção social disponíveis.3. Realizar vigilância e apoio às famílias nas situações de desestruturação familiar (alcoolismo do pai ou mãe, abandono do lar), violência doméstica e abuso físico, sexual, psicológico (casos suspeitos ou confirmados), exploração do trabalho infantil, situação de abandono, buscando articulação e encaminhamento para setores públicos que tenham competência para solucionar essas dificuldades.4. Encaminhar para confirmação do diagnóstico e tratamento os indivíduos de quaisquer fases do curso da vida que apresentem vulnerabilidade de deficiência de micronutrientes, desnutrição, sobrepeso ou doenças crônicas não transmissíveis e outras morbidades associadas ao estado nutricional (distúrbios nutricionais e transtornos alimentares).5. Orientar e apoiar para a adequação da situação alimentar da família.6. Realizar acompanhamento e assistência específica a famílias em vulnerabilidade nutricional.7. Orientar para a organização do apoio familiar nos casos de membros portadores de distúrbios nutricionais e/ou transtornos alimentares.8. Orientar para a organização do apoio familiar ao indivíduo com limitações psíquicas e/ou físicas e idosos com algum grau de dependência que tenham impacto na alimentação.9. Orientar para a organização do apoio familiar à gestante, em especial à gestante adolescente.10. Orientar para a organização do apoio familiar à mãe para contribuir com a prática da amamentação e com os cuidados com a criança.11. Intensificar a assistência às famílias com casos de distúrbios e transtornos alimentares e outras morbidades associadas ao estado nutricional.12. Intensificar as visitas às famílias com pessoas com desnutrição, anemia e/ou limitações físicas e/ou psíquicas que interfiram na alimentação.
--	---

Quadro 4 – Organização de competências por níveis de intervenção e sujeitos das ações na matriz virtual – Cuidado nutricional – Comunidade

Cuidado Nutricional – Comunidade	
Diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapear as áreas de risco de insegurança alimentar e nutricional (favelas, ocupações urbanas e rurais, áreas rurais e urbanas vulneráveis). 2. Identificar grupos na comunidade com maior vulnerabilidade à saúde e nutrição (agricultura de subsistência, áreas de extrativismo sazonal, povos indígenas, populações tradicionais, desempregados, subempregados etc). 3. Identificar as estratégias de segurança alimentar e nutricional disponíveis na comunidade (produção e disponibilidade de alimentos; rede de apoio alimentar, geração de emprego e renda e programas sociais). 4. Identificar as características da comunidade tais como condições de saneamento (água, esgoto, lixo), infraestrutura de abastecimento de alimentos, comércio e preços dos alimentos, renda e empregos, cultura alimentar predominante, lideranças locais e levantamento dos principais problemas da comunidade. 5. Identificar a estrutura e a disponibilidade de serviços de saúde, educação (escolas e creches), centros profissionalizantes, culturais ou de socialização e centros de apoio/assistência social à população ou a segmento populacional em situação de vulnerabilidade social/exclusão disponíveis no local. 6. Identificar determinantes ambientais e econômicos na comunidade que podem afetar o estado nutricional e a saúde dos moradores de quaisquer fases do curso da vida. 7. Coletar, consolidar, analisar e avaliar os dados de vigilância alimentar e nutricional da população. 8. Identificar a relação de integração dos serviços de saúde com as escolas e outros equipamentos sociais da comunidade. 9. Identificar a estrutura comunitária de apoio aos cuidados com a criança e com as gestantes (creches, escolas, associações, grupos de mulheres, casas-abrigo, casas-lares, conselhos tutelares). 10. Identificar a estrutura comunitária de apoio à prática de amamentação (creches, escolas, associações, sindicatos patronais e de trabalhadores, grupos de mulheres). 11. Identificar a estrutura comunitária de apoio às famílias com idosos em vulnerabilidade nutricional (centros de convivência de idosos, clubes, associações, grupos da terceira idade, casas de repouso e acolhimento de idosos, grupos de mulheres).
Promoção da Saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover a Alimentação Saudável e de ações de educação alimentar e nutricional em espaços comunitários. 2. Promover as boas práticas de higiene e manipulação dos alimentos colocados para consumo na comunidade (comercialização e manipulação/oferta de alimentos preparados) e saneamento do ambiente e articulação com a vigilância em saúde local para intensificação de ações de controle sanitário. 3. Valorizar e estimular a produção, comercialização e consumo de alimentos regionais saudáveis. 4. Estimular a utilização de alimentos regionais saudáveis na alimentação da comunidade (nas casas e nas instituições). 5. Realizar ações educativas na escola, creches e outros equipamentos sociais para fomentar hábitos alimentares adequados. 6. Discutir com a comunidade sobre os determinantes do estado nutricional de seus integrantes. 7. Discutir com a comunidade sobre segurança alimentar e nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada. 8. Incentivar e criar estratégias de apoio comunitário à prática do aleitamento materno. 9. Divulgar as orientações para a introdução de alimentos complementares no esquema alimentar da criança, identificando estratégias locais de comunicação e informação. 10. Orientar a introdução de alimentação complementar segundo a cultura alimentar local, nas instituições e equipamentos sociais que acolhem e cuidam de crianças da comunidade. 11. Fomentar a formação de grupos comunitários para discussão e esclarecimentos sobre os problemas de saúde e ações de proteção e inclusão social disponíveis. 12. Desenvolver ações para promover ambientes saudáveis em espaços comunitários como escolas, locais de trabalho, creches etc. 13. Promover a integração do idoso à comunidade.
Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar ações educativas de prevenção das deficiências de micronutrientes (ferro, ácido fólico, vitamina A, iodo e cálcio), da desnutrição e do baixo peso e dos transtornos alimentares (anorexia, bulimia e outros). 2. Realizar ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância (inclusive doenças infecciosas e parasitárias). 3. Realizar ações educativas para o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e outras) e para o envelhecimento saudável. 4. Realizar ações educativas para incentivo a alimentação saudável, adaptada para as condições fisiológicas e de saúde dos idosos. 5. Realizar ações educativas sobre cuidados com a manipulação de alimentos, higiene corporal e bucal e saneamento ambiental. 6. Divulgar e reforçar as orientações sobre alimentação infantil e higiene na manipulação dos alimentos. 7. Divulgar as orientações sobre alimentação do escolar e do adolescente, e sobre o comportamento alimentar com ênfase na prevenção dos distúrbios alimentares e da obesidade nos espaços de convívio desses grupos na comunidade. 8. Associar-se a instituições, escolas e Organizações Não Governamentais para desenvolvimento de ações educativas em alimentação e nutrição.
Assistência, tratamento e cuidado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar acompanhamento e apoio comunitário aos grupos de elevada vulnerabilidade social (gestantes carentes, gestantes adolescentes, agricultores sem terra, povos indígenas, populações tradicionais, população residente em áreas de risco de insegurança alimentar e nutricional, desempregados, população albergada etc.). 2. Fortalecer as estratégias locais de segurança alimentar e nutricional com priorização das famílias e de pessoas em quaisquer fases do curso da vida que estejam em situação de vulnerabilidade. 3. Elaborar orientação da rede de apoio e de ambiente social para acolhimento e cuidado às famílias e às pessoas em vulnerabilidade nutricional ou com casos de deficiências de micronutrientes e morbidades associadas ao estado nutricional. 4. Estimular a inclusão de alimentos saudáveis nos programas e ações de assistência alimentar disponíveis na comunidade, com ênfase nos regionais produzidos localmente. 5. Estimular a participação organizada da comunidade nos conselhos de controle social. 6. Realizar busca ativa casos/pessoas de maior vulnerabilidade nutricional.

Sujeitos do estudo e critérios de seleção da amostra

A seleção dos participantes na pesquisa *Delphi* não pretendeu fazer um levantamento estatisticamente representativo da opinião de um determinado grupo amostrado, sendo que a confiabilidade dos resultados depende do grau de experiência dos *experts* em relação à área de formação do consenso¹⁴. No caso deste estudo, considerou-se a experiência em docência e a atividade profissional em nutrição na APS.

A composição do grupo deve variar de acordo com o fenômeno em estudo e com os critérios definidos pelos pesquisadores, sendo que um número de 15 a 30 *experts* ou juízes é considerado bom o suficiente para gerar informações relevantes^{15, 16}.

Como principal critério de escolha dos *experts* ressalta-se a valorização da experiência e do conhecimento de cada um dos participantes, que, de uma forma dirigida, coloca à apreciação coletiva seus julgamentos, que, apesar de serem subjetivos, são resultados de um longo processo de sistematização do conhecimento adquirido na prática e transformado no julgamento individual.¹⁷

No estudo apresentado aqui como forma de ilustração, visando alcançar representatividade nacional foram selecionadas *experts* de todas as regiões geográficas do Brasil. Esses foram incluídos em dois grupos em APS – um grupo de nutricionistas que exerce atividade profissional em APS e outro de docentes que atuam nessa área.

Assim, os critérios utilizados para o grupo de docentes foi ter graduação em nutrição e exercer a função de professor na área de saúde pública ou nutrição social, ou ser coordenador da disciplina estágio curricular em nutrição social em instituição de ensino superior. Para o grupo de profissionais atuantes em APS, o critério foi experiência profissional em nutrição na atenção primária.

Resultados e discussão

Em nosso estudo, realizou-se um levantamento das instituições brasileiras de ensino superior que tem cursos de graduação em nutrição. A fonte principal foi o *site* da Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), que disponibiliza cerca de 300 *sites* das instituições de ensino com curso superior em nutrição, além das entidades de classe de nutrição. Através destes *sites*, fez-se a consulta de *e-mails* ou telefones dos *experts* ou dos coordenadores dos cursos de nutrição, para que estes indicassem os prováveis *experts* em nutrição com experiências em APS para participação da pesquisa (Figura 1).

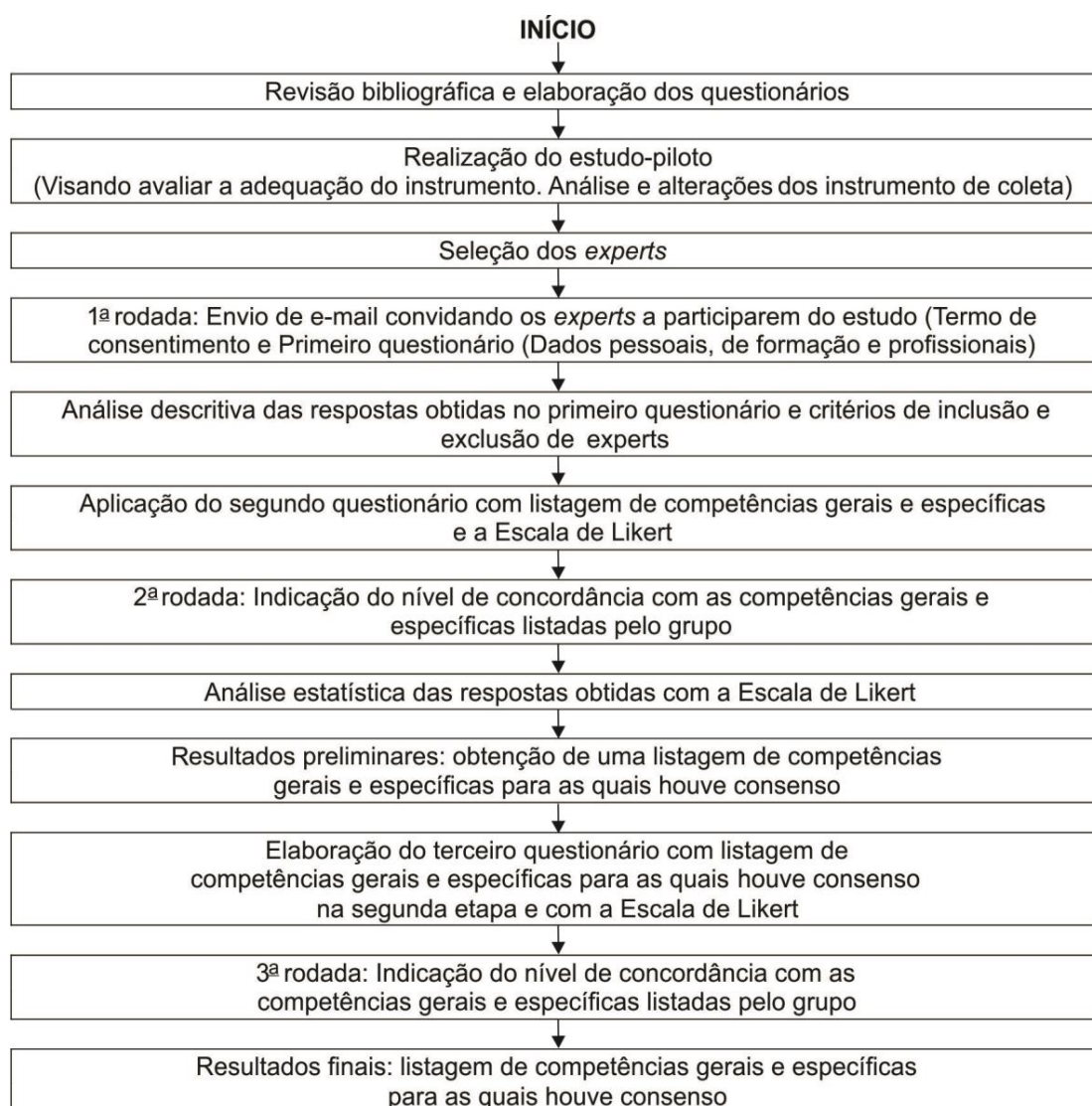


Figura 1 – Fluxograma de execução do estudo sobre as Competências profissionais para o trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil, 2013.

Fonte: adaptada de GIOVINAZZO (2001)²².

Caso os *sites* das instituições de ensino não tivessem os contatos, enviou-se *e-mail* para a direção da instituição de ensino solicitando o contato. Outra forma de contatar as instituições foi através da ouvidoria destas. Os contatos dos *experts* nutricionistas atuantes na APS foram cedidos pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição – Universidade de Brasília (OPSAN/UnB).

Após a seleção, os participantes foram contatados individualmente pela equipe coordenadora por meio de endereço eletrônico. De acordo com o retorno dos *experts* contatados, foram enviados o instrumento de validação de competências para o respectivo docente ou profissional. Procedeu-se então a seleção dos participantes

através da análise dos questionários com identificação pessoal e profissional enviados junto ao termo de consentimento livre e esclarecido.

O tempo médio de duas semanas para o retorno dos questionários tem sido indicado pela literatura como suficiente.¹⁸ Nesta pesquisa, o tempo necessário para o retorno ficou em torno de oito semanas, semelhante àqueles observados nos estudos realizados com a técnica *Delphi* tradicional no Brasil.^{19,20}

Alguns autores referem que a técnica de amostragem deve se basear no interesse e na vontade dos participantes em dedicar tempo e energia a pesquisa,²¹ exigindo que estes tenham habilidades de escrita e uma alta motivação para participar.¹⁸ Dito isto, ressalta-se que como dificuldades deste estudo, além do alto tempo de retorno dos questionários pelos *experts*, a dificuldade de conseguir contatar os *experts*, pois em função de tratar-se de uma pesquisa *on-line*, nem sempre os endereços eletrônicos disponibilizados eram corretos, o que exigiu por parte da equipe coordenadora um dispêndio de tempo na busca e certificação dos endereços.

Como forma de amenizar os problemas relacionados às respostas pelos *experts*, a equipe elaborou um protocolo de lembretes virtuais, através dos endereços eletrônicos, onde foram feitos contatos telefônicos e enviados *e-mails* para os participantes reforçando a importância da participação na pesquisa a cada 15 dias.

O processo de busca e convite aos possíveis participantes do estudo levou 52 *experts* a acessarem a plataforma virtual. Todos concordaram com as normas do estudo através do consentimento livre e esclarecido de participação e responderam o primeiro questionário com seus dados pessoais, acadêmicos e profissionais.

O estudo obteve participação de *experts* de todas as regiões geográficas do país, sendo que estes representavam mais de 18 estados da nação, além do Distrito Federal.

Na pesquisa em questão, a análise do segundo questionário enviado aos *experts*, possibilitou a identificação de competências para as quais se esperava consenso. Segundo Roberts-Davis e Read (2001),¹² se um nível de consenso predeterminado for alcançado para alguns itens, então estes itens não necessitam ser apresentados novamente. Por isso, o terceiro questionário conteve uma análise das competências para as quais não houve consenso na segunda etapa, com a média das respostas da escala likert obtida para cada competência listada e o escore individual apresentado no questionário anterior, conforme recomendado por Wright e Giovinazzo (2000).²²

As competências para as quais houve consenso foram apresentadas para conhecimento dos participantes, junto à solicitação de comentários adicionais. Da

mesma forma que para o primeiro questionário, esse também foi enviado a todos nutricionistas atuantes e a todos os docentes.

A abordagem para análise dos dados deve ser quantitativa, visando estabelecer consenso entre os respondentes. Williams e Webb (1994)²³ consideram o nível de consenso arbitrário e decidido antes da análise dos dados e isso significa que o conceito de consenso é proposto pelo pesquisador e, a menos que um valor seja estipulado; a noção de um alto nível de consenso poderia ser flexível o qual é unilateralmente decidido pelo pesquisador, explicitado anteriormente. Comumente, o consenso é relacionado a um valor numérico.

Kiss (1982)²⁴ considerou que houve consenso durante a aplicação de *Delphi*, quando duas categorias contíguas receberam mais do que dois terços de respostas afirmativas. Também, Salmond (1994)²⁵ após fazer uma breve revisão da literatura, encontrou uma variedade nos níveis de consenso de 50% (HUCKFELDT, 1975), 66% (RIZZOLO, 1990) e 80% (CARTY, 1993), apontando que o nível de consenso é reservado ao investigador.

É recomendado, na etapa final, um nível mínimo de concordância de 70%.⁴ Assim, deve ser calculada também a frequência média e a mediana das respostas obtidas com a escala de *Likert*, visando fornecer um *feedback* do nível de concordância das respostas aos dois grupos de participantes da pesquisa.

Neste estudo o padrão arbitrário inicial de concordância foi de 85% para todas as rodadas. Assim, adotou-se como consenso o escore igual ou superior a 85% para cada competência, considerando os itens correspondentes a muita importância e extrema importância, da escala de *Likert*, depois de duas rodadas. Outro método utilizado foi a contagem de mudanças por rodadas $\leq 10\%$ entre as respostas dos participantes como indicativo de estabilidade de consenso (concordância).

As respostas provenientes de cada etapa da pesquisa com a técnica *Delphi* foram arquivadas e posteriormente transferidas para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17, visando efetuar a análise dos dados.

A análise descritiva ocorreu por meio das distribuições de frequências das respostas separadas segundo as etapas do estudo.

Realizou-se o teste do qui-quadrado para verificar a associação entre a existência de consenso nas competências avaliadas e a forma de atuação do profissional. O teste de Fisher foi empregado quando as diferenças nas distribuições esperadas foram ≤ 5 . O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$.

Realizou-se o teste de normalidade Kolmogorov Smirnov para verificar a distribuição das variáveis que mensuraram o grau de importância das competências segundo a escala Likert. Posteriormente, procedeu-se o teste de Mann-Whitney para comparar os valores da escala entre o grupo de atuantes em docência e na rede primária de saúde. O nível de significância considerado para os testes estatísticos foi de $p < 0,05$.

A confiabilidade interna do questionário em relação aos constructos propostos, ou seja, se cada item tem relação com o conceito sobre o qual ele está inserido foi verificada a partir do alfa de Cronbach.

Considerações finais

Destaca-se como contribuição deste estudo, a apresentação das diretrizes e orientações para aplicação da técnica *Delphi on-line*, contribuindo assim, para os pesquisadores interessados em desenvolver estudos nesta temática, apresentando como forma de ilustração a experiência dos autores na aplicação desta técnica.

Há que se ressaltar a importância do rigor metodológico a respeito da pesquisa utilizando instrumentos virtuais, além da grande importância da participação dos *experts*, já que se constituem em elementos fundamentais para a realização de estudos com a utilização da técnica *Delphi*.

Um dos maiores limitantes da pesquisa que utiliza a técnica *Delphi*, citada na literatura e comprovada neste estudo, refere-se à dificuldade de motivar os *experts* a participar do estudo respondendo as perguntas até o final do questionário, bem como o tempo gasto para responder o questionário até o final. A taxa de retorno constitui-se em um importante problema a ser enfrentado.

A atuação de um bom programador é de grande importância, pois este além de dar apoio na plataforma de pesquisa, garante o armazenamento dos dados, evitando assim a perda dos resultados.

O planejamento de todas as etapas é de extrema importância, pois mesmo tendo percalços durante o estudo, um bom protocolo de pesquisa ajuda na continuidade e finalização da pesquisa com respaldo para sua finalização e publicação.

Por fim, espera-se que este estudo, sirva de orientação a outros pesquisadores para a utilização da técnica *Delphi on-line*, subsidiando assim, a conformação de diretrizes norteadoras para a implementação das reformas pedagógicas contemporâneas no âmbito das universidades brasileiras.

Referências bibliográficas

1. Dalkey NC, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. **Management Science**, 9(3): 458-467, 1963.
2. Spínola AWP. **Delphi**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, 1984.
3. Hsu C, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. **Practical Assessment, Research and Evaluation**, n. 12, 2007.
4. Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. **Nurs. Diagn.**, v. 3, n. 1, p. 12-22, 1992.
5. Sims LS. Identification and evaluation of competencies of public health nutritionists. **Am. J. Public Health**, v. 69, n. 11, p. 1099-1105, Nov. 1979.
6. Hughes R. Competencies for effective public health nutrition practice: a developing consensus. **Public Health Nutr.**, v. 7, n. 5, p. 683-91, Aug. 2003.
7. Hughes R. Definitions for public health nutrition: a developing consensus. **Public Health Nutr.**, v. 6, n. 6, p. 615-20, Sept. 2002.
8. Labraña TAM, Durán FE, Soto AD. Competencias del nutricionista en el ámbito de atención primaria de salud. **Revista Chilena de Nutrición**, v. 32, p. 239-246, 2005.
9. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 207-216, 1999.
10. Goodman CM. The Delphi technique: a critique. **J. Adv. Nurs.**, v. 12, n. 6, p. 729-34, 1987.
11. Reid N. The Delphi technique: its contribution to the evaluation of professional practice. In: ELLIS, R. (Org.) **Professional competence and quality assurance in the caring professions**. London: Crom Helm, 1988. p. 230-62.
12. Roberts-Davis M, Read S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between nurse practitioners and clinical nurse specialists. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 33-43, 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: MS, 2009.
14. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 180-186, 1994.
15. Vichas RP. **Complete handbook of profitable marketing research techniques**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982.

16. Duffield C. The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 30, n. 3, p. 227-237, 1993.
17. Duncan BB, Schmidt M. Diretrizes e estratégias da Rede IDA. **Boletim Informativo da Rede IDA**, v. 9, n. 7, p. 6-7, 1992.
18. Cassiani SHB, Rodrigues LP. A técnica Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. **Acta Paul Enferm.** 9(3):76-83, 2000.
19. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. Essential public health functions: results of the international Delphi study. **World Health Stat Q.**, 51(1):44-55, 1998.
20. Silva RF. **Generic competencies required by nurses and doctors in a primary health care team** [dissertation]. Dundee: Centre of Medical Education, University of Dundee, 1998.
21. Hitch PJ, Murgatroyd JD. Professional communications in cancer care: a Delphi survey of hospital nurses. **J. Adv. Nurs.**, 8(5):413-22, 1983.
22. Giovinazzo RA. Modelo de aplicação da Metodologia Delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Adm.**, v. 2, n. 2, mar. 2008.
23. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. **J. Adv. Nurs.**, v. 19, n. 2, p. 180-6, 1994.
24. Kiss MAPD. **Avaliação sistêmica de formação de recursos humanos para pesquisa em Educação Física e Desporto**. 1982. 167 f. Tese (Livre Docência), São Paulo.
24. SALMOND, S.W. Orthopedic nursing research priorities: a Delphi study. **Orthop. Nurs.**, v. 13, n.2, p. 31-45, 1994.

Consenso sobre as competências do nutricionista no âmbito da atenção primária à saúde: subsídios para a formação universitária contemporânea

Resumo: **Objetivos:** identificar, delinear e classificar as competências necessárias aos nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), visando apontar diretrizes para a implementação das reformas pedagógicas contemporâneas no âmbito das universidades brasileiras, norteadas pelas orientações internacionais e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). **Métodos:** técnica *Delphi* em três momentos distintos (*rounds*), a fim de alcançar um nível de consenso esperado entre os *experts*. A confiabilidade interna do questionário em relação aos constructos propostos foi verificada a partir do alfa de Cronbach. Realizou-se análise descritiva, pela distribuição de frequências; teste do qui-quadrado ou Exato de Fisher para verificar a associação entre a existência de consenso nas competências avaliadas e a forma de atuação do profissional; distribuição das variáveis avaliada pelo teste Kolmogorov Smirnov; teste de Mann-Whitney para comparar os valores da escala entre grupo de docentes a profissionais da rede de serviços. Neste estudo o padrão arbitrário inicial de concordância foi de 85% para todas as rodadas. Assim, adotou-se como consenso o escore igual ou superior a 85% para cada competência, considerando os itens correspondentes a muita importância e extrema importância, da escala de Likert, depois de duas rodadas. **Resultados:** 52 sujeitos divididos em 2 grupos: nutricionistas docentes e nutricionistas atuantes na APS de todas regiões do país. O consenso sobre as competências gerais e específicas dos nutricionistas que atuam na APS foi apresentado com 133 competências consideradas essenciais para a formação do nutricionista, destas 80 (60,1%) competências gerais e 53 (39,9%) competências específicas; além de 22 (14,7%) competências que foram consideradas como não essenciais para a formação do nutricionista. Das 29 competências relacionadas à gestão das ações de Alimentação e Nutrição, 23 (79,3%) atingiram consenso. Em relação às competências sobre o cuidado nutricional, tendo como os sujeitos das ações indivíduos, família e comunidade, 110 competências foram consensuadas. **Conclusão:** evidenciou-se nesta investigação que os conhecimentos, tanto conceitual, procedimental e contextual quanto de planejamento, organização, direção e controle são componentes importantes da competência profissional na área de atuação do nutricionista. Este estudo representou um importante passo no estímulo do processo de construção e reflexão sobre a formação deste profissional. Sugere-se a realização de novos estudos de forma a complementar os achados no âmbito da atuação do nutricionista na APS.

Palavras-chave: nutricionista; atenção primária em saúde; formação em saúde; técnica *Delphi*.

Introdução

Diante das necessidades impostas pelo cotidiano profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), muito se tem discutido sobre a necessidade de reformulação da formação dos nutricionistas. Neste contexto, o processo de ensino e aprendizagem deste profissional deve ser estruturado visando capacitar acadêmicos em nutrição para além da competência técnica, de modo que seja capaz de atuar de forma crítica, reflexiva e autônoma, estando preparado para compreender, analisar e intervir nos problemas socio sanitários dos locais e cenários onde atua, tendo como referência a formação cidadã e a busca da justiça social.^{1,2,3}

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a organização dos currículos universitários deve estar direcionada para o desenvolvimento de competências, entendidas como conhecimentos, habilidades e atitudes^{4,5}, necessárias à adequada atuação profissional.⁶ Quanto ao curso de nutrição, as diretrizes curriculares preconizam um profissional com formação generalista, humanista e crítica, para atuar em todas as áreas do conhecimento em que a alimentação e a nutrição se apresentem fundamentais, baseada em princípios éticos e com reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural.⁷

Visando formar profissionais com estes perfis delineados pelas DCN, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, assegura uma maior flexibilidade à organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade, tanto da formação prévia como das expectativas e dos interesses dos estudantes.⁶

Destarte, salienta-se a necessidade de que se implementem mudanças paradigmáticas nas universidades, orientando os currículos para a formação por competências. Segundo Lizarraga⁸; Cotta *et al.* (2011; 2013)^{4,5} e Siqueira-Batista *et al.*,⁹ a educação centrada em competências refere-se a uma aprendizagem baseada nos conhecimentos, atitudes e habilidades, (...) *necessária para que os estudantes e profissionais atuem de maneira ativa, responsável e criativa na construção de seu projeto de vida, tanto pessoal e social como profissional.*⁴

Nesta perspectiva, na atualidade, a formação por competência apresenta uma importância essencial, uma vez que facilita *a capacidade de afrontar demandas complexas, em um contexto determinado, pondo em relação e mobilizando pré-requisitos psicossociais que incluem aspectos tanto cognitivos como não cognitivos*¹⁰. Além disso, demanda a integração de saberes essenciais que constituem o núcleo da

competência, tendo como referência as formas de atuar mediante as quais se aplica o conhecimento e se resolvem os problemas tanto pessoais como profissionais nos diferentes cenários da sociedade do conhecimento².

Na educação, a técnica *Delphi* tem sido utilizada para selecionar competências, objetivos, conteúdos de cursos ou de disciplinas, dos currículos dos cursos da área da saúde, principalmente dos cursos de medicina e enfermagem. Nos cursos de nutrição destacam-se os trabalhos de; JONSDOTTIR (2010; 2012) HUGHES (2003; 2004); e LABRAÑA; DURÁN; SOTO (2005); RECINE (2013)¹¹⁻¹⁸.

A utilização dessa técnica para definição de objetivos para o desenvolvimento curricular permite analisar problemas, identificar soluções e detalhar o processo curricular. A participação do corpo docente e dos profissionais que atuam nos serviços, no processo de seleção de competências possibilita legitimar, junto a esses atores, os objetivos e o desenho curricular. O resultado final poderá ser um documento político no qual todos os profissionais se comprometam com o consenso formado.

Destarte, este estudo tem por objetivo identificar, delinear, classificar e categorizar as competências necessárias aos nutricionistas que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), visando apontar diretrizes para a implementação das reformas pedagógicas contemporâneas no âmbito das universidades brasileiras, norteadas pelas orientações internacionais e pelas DCN.

Metodologia

A técnica Delphi para o desenvolvimento de consenso

Neste estudo utilizou-se uma versão modificada da técnica *Delphi*. A pesquisa se baseou em discussões intra e entre equipes bem como em estudos prévios internacionais e nacionais envolvendo consensos, visando à construção de uma matriz sobre competências em nutrição em atenção primária.^{3,11-24} A Figura 1 apresenta um detalhamento do processo da pesquisa: definição da questão/problema, identificação e convite dos painelistas, e os resultados provenientes de cada uma das três rodadas realizadas.

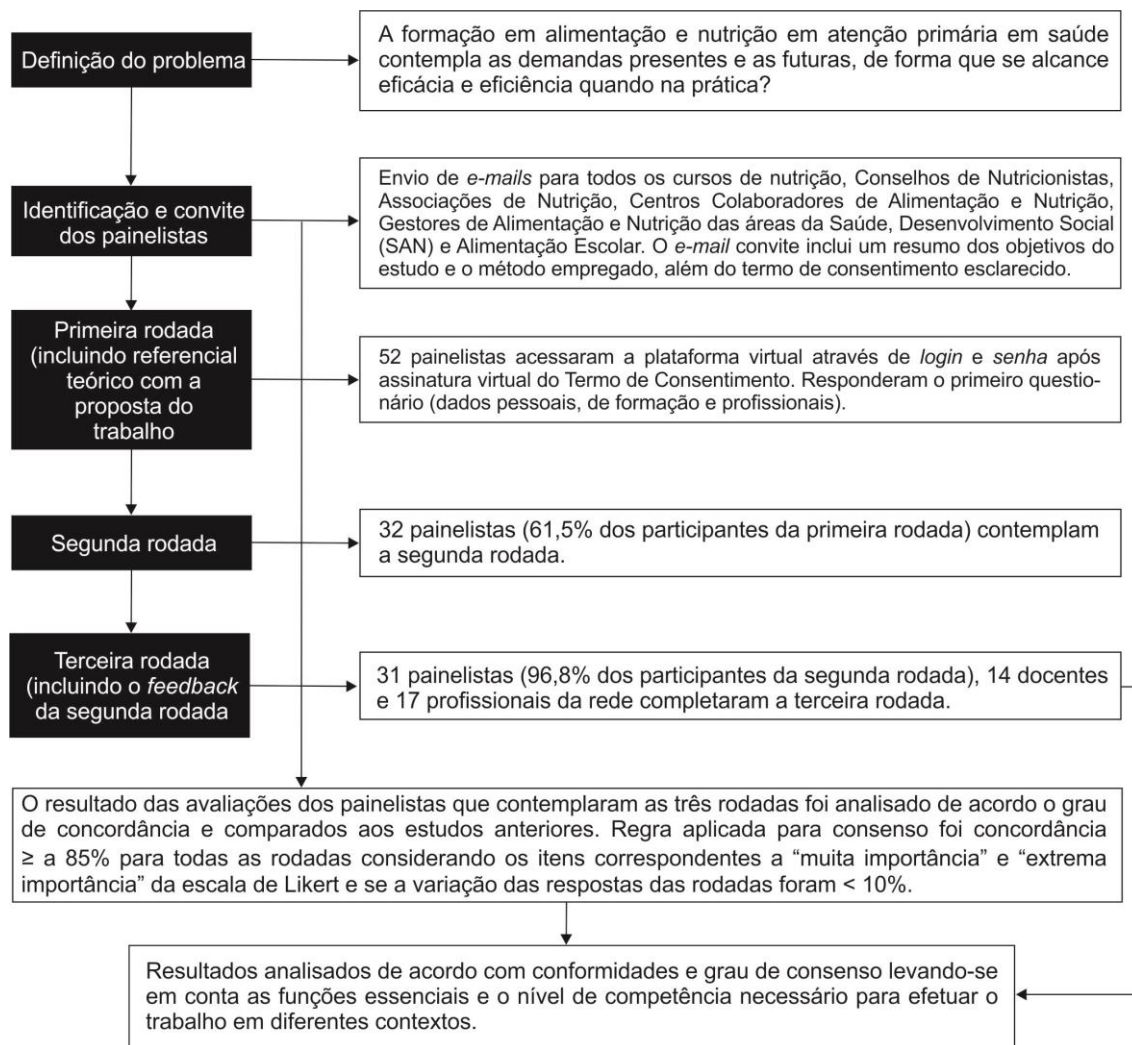


Figura 1 – Panorama do processo *Delphi* do consenso sobre competências profissionais dos nutricionistas no âmbito da atenção primária em saúde no Brasil, 2013.

Identificação e convite ao painel de participantes

Os painelistas foram convidados a participar deste Consenso, considerando 2 grupos: nutricionistas docentes e nutricionistas da rede de serviços de saúde, ou seja, que trabalham diretamente na APS. Assim, os critérios utilizados para o grupo de docentes foi ser graduado em nutrição e exercer a função de professor na área de saúde pública ou nutrição social, ou ser coordenador da disciplina estágio curricular em nutrição social em instituição de ensino superior. Para o grupo de profissionais atuantes na APS, o critério foi experiência profissional em nutrição na atenção primária.

O contato inicial com os sujeitos da pesquisa se deu pelo envio de *e-mails* para todos os cursos de nutrição de escolas públicas e privadas, Conselhos Regionais de

Nutricionistas, Conselho Federal de Nutricionistas, Associação Brasileira e Associações Estaduais de Nutrição, Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN) e Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição do Escolar (CECANE).

Além destes, foram contatados gestores federais e estaduais e municipais de Alimentação e Nutrição das áreas da Saúde (Programa de Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)), Desenvolvimento Social e Alimentação Escolar, coordenadores técnicos de alimentação e nutrição do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), coordenadores de alimentação escolar e Nutrição e pesquisadores ligados ao campo de Nutrição em Saúde Coletiva.

Os e-mails enviados continham o endereço online da Matriz de competências. O acesso à matriz ocorreu por meio de uma senha, no endereço eletrônico formulado exclusivamente para o consenso. A matriz continha orientações explicativas sobre a pesquisa *delphi*, os objetivos do estudo e conceitos considerados importantes para o entendimento dos participantes, além de conter *links* onde os profissionais podiam consultar o referencial teórico e os conceitos dos termos contidos no consenso.

A primeira etapa consistia em preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido dos dados de identificação pessoal e profissional do participante. Uma vez completada a primeira etapa, os participantes foram convidados a iniciarem o Consenso.

Instrumentos para a pesquisa

Os elementos da matriz foram apresentados por meio de uma lista de 155 competências compiladas pela revisão bibliográfica envolvendo estudos nacionais e internacionais sobre a temática em questão. Utilizou-se como referencial teórico orientador a *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde*²⁵ que considera elementos e conceitos estratégicos e de cunho organizacionais. Esses pressupostos são: Sujeitos das ações: o indivíduo, a família e a comunidade; Níveis de intervenção – Gestão das ações de alimentação e nutrição que engloba: Planejamento, Organização, Direção, Controle; Cuidado nutricional que engloba ações de diagnóstico, promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, cuidado, assistência.

As competências foram divididas em blocos onde cada participante poderia emitir sua opinião, por meio de uma escala de tipo *Likert*, com escores de 1 (sem importância) a 5 (extrema importância), para obter o grau de importância ou

concordância destas, para a formação do nutricionista. Cada participante também classificou cada competência como Geral ou Específica. Havia disponível, ao final de cada bloco, um módulo para manifestação livre.

Análise dos dados

As respostas provenientes de cada etapa da pesquisa com a técnica Delphi foram arquivadas e posteriormente transferidas para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17, visando efetuar a análise dos dados.

A análise descritiva ocorreu por meio das distribuições de frequências das respostas separadas segundo as etapas do estudo.

Realizou-se o teste do qui-quadrado para verificar a associação entre a existência ou não de consenso das competências avaliadas e a forma de atuação do profissional. O teste de Fisher foi empregado quando as diferenças nas distribuições esperadas foram ≤ 5 . O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$.

Realizou-se o teste de normalidade Kolmogorov Smirnov para verificar a distribuição das variáveis que mensuraram o grau de importância das competências segundo a escala Likert. Posteriormente, procedeu-se o teste de Mann-Whitney para comparar os valores da escala entre o grupo de atuantes em docência e o da rede primária de saúde. O nível de significância considerado para os testes estatísticos foi de $p < 0,05$.

A confiabilidade interna do questionário em relação aos constructos propostos, ou seja, se cada item tem relação com o conceito sobre o qual ele está inserido foi verificada a partir do alfa de Cronbach.

Definições e estabilidade de consenso

A literatura recomenda, na etapa final, um nível mínimo de concordância de 70%.²⁶ Assim, deve ser calculada também a frequência média e a mediana das respostas obtidas com a escala de Likert, visando fornecer um feedback do nível de concordância das respostas aos grupos de participantes da pesquisa.

Neste estudo o padrão arbitrário inicial de concordância foi de 85% para todas as rodadas, ou seja, adotou-se como consenso, concordância igual ou superior a 85% para cada competência, considerando os itens correspondentes a *muita importância* e

extrema importância da escala de Likert, depois de duas rodadas. Outro método utilizado foi a contagem de mudanças por rodadas $\leq 10\%$ entre as respostas dos participantes como indicativo de estabilidade de consenso (concordância). Este padrão tem sido utilizado em estudos prévios internacionais sobre habilidades e competências em nutrição em saúde coletiva.¹¹⁻¹⁸

Estudo-piloto

Seguindo as orientações da literatura científica, especificamente neste estudo, os instrumentos foram submetidos a um pré-teste com um grupo de nutricionistas que atuam na APS (os quais foram extraídos da amostra) para verificar a sua aplicabilidade, se o mesmo não apresentava ambiguidades e se as instruções estavam claras e eram de fácil compreensão.

Foram testados e analisados os coeficientes de confiabilidade interna para todos os grupos de competências da Matriz em relação aos constructos propostos, ou seja, se cada item tem relação com o conceito sobre o qual ele está inserido a partir do alfa de Cronbach. Considerou-se os valores do índice acima de 0,70 como indicador de um bom constructo.²⁷ Assim, cumpriram-se os preceitos metodológicos no sentido de adaptar os questionários às sugestões dadas pelos nutricionistas.

Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido à análise e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa REF. número - 031/2012/CEP. De acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitado consentimento livre e esclarecido dos indivíduos para participarem do estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações e o anonimato dos mesmos.

Resultados

Caracterização dos participantes do painel

O estudo contemplou 52 informantes na primeira rodada, 32 na Segunda Rodada e 31 na terceira rodada. Considerando os sujeitos que responderam a primeira rodada do questionário da matriz, observou-se que o estudo conseguiu representatividade nacional,

pois obteve participação de *experts* de todas as regiões geográficas do país, sendo que estes representavam mais de 18 estados da nação, além do Distrito Federal.

Observou-se que 92% (n = 48) eram do sexo feminino e a média de idade encontrada foi de 37 anos ($\pm 9,18$). Todos os voluntários relataram ter cursado pós-graduação (25% doutores; 42,3% mestres, 32,7% especialistas). Ao considerar o tempo de atuação na APS encontrou-se que a média deste tempo foi de 10 anos ($\pm 8,4$).

Em relação ao emprego atual, apenas 13,4% alegaram desinteresse em continuar a trabalhar naquele emprego, tendo como causa mais comum a aprovação em concurso público. A área de atuação mais recorrente foi a docência com cerca de 71%, seguido pelo NASF com 29%. Ressalta-se que 44,2% dos entrevistados tinham mais de um emprego.

Competências dos nutricionistas na atenção primária à saúde

As competências foram divididas e classificadas de acordo com as perspectivas adotadas nesse estudo seguindo os grupos da *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde*²⁵; e, representam os itens classificados como consenso pela maioria dos participantes, segundo os eixos temáticos (Tabela 1).

Ao analisar o constructo da matriz de competências, pôde-se observar por meio dos coeficientes de confiabilidade (alfa de Cronbach) que estes foram classificados como excelentes ($> 0,9$) em todos os grupos relacionados ao cuidado nutricional (indivíduo, família e comunidade) e em dois grupos (Planejamento e Direção) relacionados à gestão de ações de nutrição e alimentação. Os grupos restantes, relacionados à gestão de ações de nutrição e alimentação, foram classificados como de boa confiabilidade ($> 0,8$ e $< 0,9$) (Tabela 1).

O processo de rodadas resultou em 133 competências consideradas essenciais para a formação do nutricionista. Sendo que destas 80 (60,1%) foram consideradas competências gerais e 53 (39,9%) consideradas competências específicas. Além disso, 23 (14,7%) competências foram consideradas como não essenciais para a formação do nutricionista.

Das 29 competências relacionadas à gestão das ações de Alimentação e Nutrição, 23 (79,3%) atingiram consenso (sete referentes ao planejamento, 11 à organização, três à direção e duas ao controle).

Tabela 1 – Distribuição e classificação das competências identificadas em Consenso com nutricionistas docentes e atuantes na atenção primária no Brasil

	Competências – Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
Do Planejamento Alpha de Cronbach 0,891	Planejar e organizar a capacitação das equipes da SF e das UBS para aplicação das rotinas de atenção nutricional e atendimento às doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, e com os processos de referência e contra referência do atendimento, estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde..	96,8	4,65±0,551	Específica
	Definir e Implantar fluxos e mecanismos de referência e contra referência para o cuidado nutricional (ACS, ESF, NASF, UBS, centros de especialidade, hospital, equipes de internação domiciliar, etc.).	93,5	4,61±0,61	Geral
	Criar mecanismos para melhor acolhimento dos usuários e para humanização do cuidado nutricional.	100	4,61±0,495	Geral
	Participação e apoio à implantação, à implementação e ao fortalecimento da Vigilância Epidemiológica, da Vigilância Sanitária e da Vigilância Alimentar e Nutricional no município.	100	4,58±0,502	Geral
	Planejamento e execução de programas de treinamento, aperfeiçoamento e educação continuada para profissionais de saúde, bem como estágios para alunos de nutrição, quando aplicável.	100	4,58±0,502	Específica
	Organizar em conjunto com outros setores, governamentais e não-governamentais, as prioridades e os fluxos de encaminhamento das pessoas em situação de vulnerabilidade nutricional para atendimento em programas de assistência alimentar e proteção social ou de transferência de renda.	100	4,42±0,502	Geral
	Identificar, selecionar e utilizar de um elenco mínimo de indicadores de segurança alimentar e nutricional local, em articulação com o CONSEA municipal ou instância congênera, quando houver (ex.:monitoramento da sazonalidade de emprego e renda, abastecimento e preços dos alimentos, produção, consumo e práticas alimentares predominantes).	90,3	4,26±0,631	Geral
Organização Alpha de Cronbach – 0,929	Organizar as ações de alimentação e nutrição no âmbito do sistema municipal de saúde tendo em conta a estrutura da rede de serviços (recursos humanos, equipamentos, estabelecimentos de saúde).	100	4,68 ±0,475	Específica
	Articular com as estratégias de educação permanente em saúde visando à integração dos nutricionistas da rede básica de saúde.	96,8	4,58 ±0,564	Específica
	Fortalecer o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional do município principalmente em relação à vigilância alimentar e nutricional, à Promoção da Alimentação Saudável e à vigilância sanitária dos alimentos.	90,3	4,52 ±0,677	Geral
	Coordenar a elaboração, revisão, adaptação e padronização de procedimentos, processos e protocolos de atenção e cuidado relativos à área de alimentação e nutrição, em consonância com as normas e diretrizes locais.	90,3	4,48±0,667	Específica
	Articular os serviços de saúde com instituições e entidades locais, escolas e ONGs para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional	93,5	4,42 ±0,62	Geral
	Monitorar, avaliar e divulgar os resultados previstos no Plano de Saúde relativos à alimentação e nutrição.	90,3	4,39 ±0,667	Específica
	Pactuar as ações de alimentação e nutrição no conselho municipal de saúde e no âmbito da Comissão IntergestoresBipartite.	90,3	4,39 ±0,667	Geral
	Assessorar a participação da Secretaria Municipal de Saúde nos conselhos de saúde, de segurança alimentar e nutricional e outros de áreas afins para contribuir na elaboração, acompanhamento e fiscalização de projetos e programas voltados à população em vulnerabilidade alimentar e nutricional.	93,5	4,39 ±0,615	Específica
	Fomentar a integração e/ou articulação entre programas e processos de trabalho nas diversas áreas e políticas existentes no município com vistas à implementação da Política de Alimentação e Nutrição.	90,3	4,32 ±0,748	Geral
	Participar da elaboração do Plano Plurianual (PPA), do Plano Municipal Saúde, do Termo de Gestão e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), em época oportuna, visando a incorporação das ações de alimentação e nutrição.	93,5	4,29 ±0,693	Geral
	Elaborar a programação anual de saúde, definindo as ações, metas, objetivos, indicadores e recursos financeiros que serão aplicados nas ações de cuidado nutricional na atenção primária de saúde.	90,3	4,29±0,643	Geral

Continua...

Tabela 1, cont.

Direção <i>Alpha de Cronbach</i> 0,874	Competências – Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
		Coordenar a elaboração da Política Municipal de Alimentação e Nutrição com base no perfil alimentar e nutricional da população em consonância com as políticas nacional e estadual de saúde e de nutrição.	87,1	4,55±0,723
	Promover participação e divulgação de estudos e pesquisas na sua área de abrangência, promovendo o intercâmbio técnico-científico.	93,5	4,48±0,626	Específica
	Dimensionar a estrutura de recursos humanos para atender as metas de alimentação e nutrição estabelecidas nos Planos Plurianual e Municipal de Saúde.	96,8	4,42±0,564	Geral
Controle - <i>Alpha de Cronbach</i> 0,932	Avaliar o resultado das ações de alimentação e nutrição sobre a população assistida, no âmbito do município, por meio da análise do alcance das metas e indicadores de alimentação e nutrição previstos, aprimorando as ações quando necessário.	90,3	4,52±0,769	Específica
	Elaborar o elenco de indicadores prioritários para o diagnóstico alimentar e nutricional municipal, com apoio dos NASF e das equipes de Saúde da Família, respeitando os parâmetros estabelecidos pelos gestores nacional e estadual de alimentação e nutrição, quando existirem.	90,3	4,48±0,677	Específica
Diagnóstico - <i>Alpha de Cronbach</i> 0,951	Competências Cuidado Nutricional - Indivíduo	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
	Identificar os portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, incluindo desnutrição infantil, má-nutrição por micronutrientes e baixo peso, para o atendimento nutricional específico.	100	4,74 ±0,445	Específica
	Diagnosticar, avaliar e monitorar o estado nutricional, com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos (verificação do peso e da altura), de acordo com a fase do curso da vida.	100	4,71 ±0,461	Específica
	Identificar os portadores de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras) para o cuidado nutricional específico.	100	4,71 ±0,461	Específica
	Identificar fatores de risco para o estado nutricional em quaisquer fases do curso da vida.	93,5	4,65 ±0,608	Específica
	Identificar os distúrbios associados à alimentação (anorexia, bulimia, compulsão alimentar e outros transtornos alimentares).	96,8	4,55 ±0,568	Específica
	Avaliar e monitorar o consumo alimentar.	90,3	4,55 ±0,675	Específica
Promoção da Saúde- <i>Alpha de Cronbach</i> 0,949	Promover orientação alimentar, com ênfase em práticas alimentares saudáveis e no consumo de alimentos regionais, com abordagem adequada à realidade local e às distintas fases do curso da vida.	93,5	4,6 1 ±0,615	Específica
	Promover e realizar educação alimentar e nutricional com ênfase na Promoção da Alimentação Saudável.	100	4,7±0,4454	Específica
	Promover a manutenção do estado nutricional adequado em todas as fases do curso da vida	93,5	4,65±0,608	Específica
	Orientar a alimentação saudável em todas as fases do curso da vida.	96,8	4,61±0,588	Geral
	Desenvolver ações educativas de Promoção da Alimentação Saudável considerando os fatores da vida moderna que influenciam os modos de vida: alimentação fora de casa, falta de tempo, limitações físicas etc.	96,8	4,61±0,558	Específica
	Promover a adoção de modos de vida saudáveis.	96,8	4,61±0,5581	Gera
	Promover o peso saudável.	87,1	4,39±0,803	Geral
	Promover orientação alimentar, com ênfase em práticas alimentares saudáveis e consumo de alimentos regionais, com abordagem adequada à realidade local e às distintas fases do curso da vida.	93,5	4,6 1 ±0,615	Específica
Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais <i>Alpha de Cronbach</i> 0,926	Acompanhar periodicamente os casos de doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição, baixo peso e transtornos alimentares;	96,8	4,61 ±0,558	Específica
	Acompanhar a alimentação dos indivíduos em todas as fases do curso da vida.	93,5	4,52 ±0,851	Específica
	Organizar ações educativas e de orientação para a prevenção das doenças mais prevalentes relacionadas à alimentação e nutrição (deficiências de micronutrientes - ferro, iodo e cálcio, ácido fólico, vitamina A e outras -, desnutrição e baixo peso, obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis e dos transtornos alimentares - anorexia, bulimia e outros).	87,1	4,48 ±0,724	Geral
	Realizar educação alimentar específica para problemas e situações de saúde que demandam dietas especiais.	93,5	4,48 ±0,724	Específica

Continua...

Tabela 1, cont.

Assistência, Tratamento e cuidado <i>alpha</i> de Cronbach 0,976	Competências Cuidado Nutricional - Indivíduo	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
	Realizar acompanhamento da evolução nutricional com registro no prontuário e no cartão de saúde.	93,5	4,65±0,709	Específica
	Elaborar tratamento para recuperação/manutenção do estado nutricional.	93,5	4,65±0,724	Específica
	Definir os procedimentos complementares da assistência nutricional ao usuário, em interação com a equipe multiprofissional.	96,8	4,61±0,558	Específica
	Realizar orientação alimentar e nutricional às pessoas vivendo com HIV/AIDS.	93,5	4,55±0,62	Específica
	Referenciar os usuários a outros estabelecimentos de atenção à saúde, visando à complementação do tratamento, sempre que necessário de acordo com os protocolos do serviço.	93,5	4,48±0,724	Geral
	Elaborar tratamento dietético com ênfase nos indivíduos com baixo peso, sobrepeso, portadores de doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, osteoporose, dislipidemias, obesidade) ou transtornos alimentares (anorexia, bulimia e compulsão alimentar).	93,5	4,48±0,723	Específica
	Encaminhar usuários em risco de insegurança alimentar e nutricional para programas de assistência alimentar, de geração de renda ou outras alternativas de proteção social, quando oportuno.	96,8	4,48±0,551	Geral
	Elaborar prescrição dietética, com base no diagnóstico nutricional, adequando-a à evolução do estado nutricional.	96,8	4,45±0,675	Específica
	Encaminhar os usuários a outros profissionais habilitados, quando necessário, considerando os protocolos adotados pelo serviço.	90,3	4,45±0,768	Geral
	Realizar atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio.	90,3	4,42±0,765	Específica
	Avaliar a adesão do usuário ao tratamento dietoterápico.	90,3	4,42±0,765	Específica
	Realizar acompanhamento intensivo dos casos de usuários com comprometimento nutricional grave e persistente.	90,3	4,42±0,851	Específica
	Diagnóstico <i>Alpha</i> de Cronbach 0,972	Competências Cuidado Nutricional - Família	% Repostas Afirmativas	Média±DP
Avaliar a relação da criança com a família e dos cuidados da família para com a criança.		93,5	4,61±0,495	Geral
Identificar as percepções, práticas alimentares e valores associados à alimentação na gestação e durante o período da amamentação.		100	4,55±0,624	Geral
Identificar as famílias com gestantes em vulnerabilidade nutricional e/ou com adolescentes grávidas.		93,5	4,55±0,568	Geral
Identificar as características de consumo alimentar da família: produção, disponibilidade de alimentos, aquisição, consumo, distribuição intrafamiliar, preparo de alimentos, cultura alimentar, participação em programas de assistência alimentar.		90,3	4,55±0,624	Geral
Identificar as famílias com portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição.		93,5	4,52±0,508	Geral
Identificar as famílias em vulnerabilidade nutricional (variáveis: renda e escolaridade, condições de saneamento e de moradia, número de filhos/dependentes e características familiares: estrutura e dinâmica familiar, desagregação e caracterização da chefia familiar).		93,5	4,48±0,677	Geral
Identificar as percepções, práticas alimentares e valores associados à alimentação da criança (fases da transição e de alimentação complementar).		93,5	4,48±0,626	Geral
Identificar o comportamento familiar para reforço da atitude da mãe e familiares, em relação ao aleitamento materno e aos cuidados com a criança.		100	4,45±0,624	Geral
Identificar o(s) responsável(eis) pelos cuidados com o idoso com algum grau de dependência (quem cuida do idoso e quem é responsável pelo preparo e oferta de alimentos).		93,5	4,45±0,624	Geral
Identificar o(s) responsável(eis) pelos cuidados com a criança (quem cuida da criança e quem é responsável pelo preparo e oferta dos alimentos).		93,5	4,45±0,624	Geral
Identificar fatores associados ao comprometimento do estado nutricional das pessoas de quaisquer fases do curso da vida (gestantes, nutrízes, crianças, adolescentes, adultos ou idosos).		96,8	4,39±0,844	Geral
Avaliar a relação do idoso com a família e dos cuidados da família para com o idoso.		93,5	4,35±0,608	Geral

Continua...

Tabela 1, cont.

Promoção da Saúde Alpha de Cronbach 0,950	Competências Cuidado Nutricional - Família	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
	Orientar para valorização e apoio ao aleitamento materno.	100	4,71±0,461	Geral
	Promover e realizar educação alimentar e nutricional com ênfase na promoção da Alimentação Saudável.	96,8	4,65±0,551	Geral
	Orientar a respeito da influência da alimentação da família na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças e adolescentes.	100	4,58±0,461	Geral
	Realizar ações educativas para a valorização do consumo de alimentos regionais e, se pertinente, incentivo à produção doméstica de Frutas, Legumes e Verduras (FLV).	100	4,55±0,506	Geral
	Incentivar a adoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis no núcleo familiar/domicílio por todos os integrantes da família e de acordo com a fase do curso de vida.	93,5	4,45±0,624	Geral
	Desenvolver ações para fortalecimento do vínculo criança-família no âmbito de sua relação com o estado nutricional.	100	4,32±0,502	Geral
	Competências Cuidado Nutricional – Família	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
Promoção da Saúde Alpha de Cronbach 0,950	Realizar ações de valorização da alimentação como momento de convívio familiar.	87,1	4,29±0,693	Geral
	Realizar orientação para organização da estrutura de apoio familiar aos idosos e promoção da integração do idoso à família.	90,3	4,29±0,653	Geral
	Desenvolver ações de incentivo e apoio ao idoso para participação em grupos de convívio social (vizinhos, grupos de maior idade, atividades lúdicas, etc.).	87,1	4,23±0,693	Geral
	Competências Cuidado Nutricional - Família	% Repostas afirmativas	Média±DP	Classificação
Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais Alpha de Cronbach 0,985	Reforçar e acompanhar as orientações sobre a alimentação complementar da criança, com ênfase no esclarecimento de dúvidas existentes e condições higiênicas de preparo e armazenamento dos alimentos oferecidos às crianças.	100	4,61±0,805	Específica
	Esclarecer os membros da família, em especial às pessoas mais velhas e que têm influência sobre a mulher, a respeito da introdução de alimentos complementares no esquema alimentar da criança.	96,8	4,58±0,495	Específica
	Realizar ações educativas para o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e outras) e para o envelhecimento saudável.	93,5	4,48±0,703	Geral
	Apoiar a reorganização e reversão da situação de insegurança alimentar e nutricional da família.	90,3	4,45±0,72	Geral
	Observar as dificuldades da família que possam interferir na saúde e nutrição das pessoas das famílias, de quaisquer fases do curso da vida.	87,1	4,42±0,762	Geral
	Realizar ações educativas de prevenção da deficiência de micronutrientes, do baixo peso e da obesidade na gestante, do diabetes gestacional, dos distúrbios hipertensivos da gravidez e outros.	90,3	4,39±0,661	Específica
	Realizar ações educativas para incentivo à alimentação saudável, adaptada para as condições fisiológicas e de saúde do idoso.	90,3	4,39±0,626	Específica
	Realizar orientações para organização do apoio familiar à mulher durante o período gestacional, puerperal e no período de amamentação.	90,3	4,39±0,773	Geral
	Realizar ações educativas de prevenção das deficiências de micronutrientes (ferro, ácido fólico, vitamina A, iodo e cálcio), da desnutrição e do baixo peso e dos transtornos alimentares (anorexia, bulimia e outros).	90,3	4,35±0,87	Específica
	Realizar orientação para organização da estrutura de apoio familiar aos idosos com limitações físicas e/ou psíquicas.	90,3	4,32±0,693	Geral
	Observar as dificuldades da família que possam vir a interferir na saúde e nutrição do idoso, com ênfase naquelas relativas aos aspectos de integração/interação do idoso à família, limitações físicas e/	87,1	4,29±0,564	Geral
	Participar das ações educativas para prevenção de doenças infecciosas e parasitárias e as DST-AIDS.	87,1	4,26±0,667	Geral

Continua...

Tabela 1, cont.

	Competências Cuidado Nutricional - Família	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
	Assistência, tratamento e cuidado Alpha de Cronbach 0,970	Orientar e monitorar, quando pertinente, os procedimentos de preparo, manipulação, armazenamento, conservação e administração da alimentação, considerando os hábitos e condições sociais da família, de modo a garantir a qualidade higiênico-sanitária e o aporte nutricional adequado.	96,8	4,35±0,815
Encaminhar famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional para atendimento em programas de assistência alimentar, de geração de renda, inclusão social ou assistencial: programas de transferência de renda, estratégias ou ações locais de segurança alimentar e nutricional, de iniciativa pública ou não (ONGs e instituições filantrópicas), ou outras alternativas de proteção social disponíveis.		87,1	4,32±0,551	Geral
Realizar vigilância e apoio às famílias nas situações de desestruturação familiar (alcoolismo do pai ou mãe, abandono do lar), violência doméstica e abuso físico, sexual, psicológico (casos suspeitos ou confirmados), exploração do trabalho infantil, situação de abandono, buscando articulação e encaminhamento para setores públicos que tenham competência para solucionar essas dificuldades.		87,1	4,23±0,702	Geral
Encaminhar para confirmação do diagnóstico e tratamento os indivíduos de quaisquer fases do curso da vida que apresentem vulnerabilidade de deficiência de micronutrientes, desnutrição, sobrepeso ou doenças crônicas não transmissíveis e outras morbidades associadas ao estado nutricional (distúrbios nutricionais e transtornos alimentares).		90,3	4,39±0,762	Geral
Orientar e apoiar para a adequação da situação alimentar da família.		87,1	4,32±0,702	Geral
Realizar acompanhamento e assistência específica a famílias em vulnerabilidade nutricional.		90,3	4,39±0,761	Específica
Orientar para a organização do apoio familiar nos casos de membros portadores de distúrbios nutricionais e/ou transtornos alimentares.		87,1	4,26±0,682	Geral
Orientar para a organização do apoio familiar ao indivíduo com limitações psíquicas e/ou físicas e idosos com algum grau de dependência que tenham impacto na alimentação.		90,3	4,26±0,631	Geral
Orientar para a organização do apoio familiar à gestante, em especial à gestante adolescente.		93,5	4,32±0,599	Geral
Orientar para a organização do apoio familiar à mãe para contribuir com a prática da amamentação e com os cuidados com a criança.		93,5	4,45±0,624	Geral
Intensificar a assistência às famílias com casos de distúrbios e transtornos alimentares e outras morbidades associadas ao estado nutricional.		90,3	4,26±0,631	Geral
Intensificar as visitas às famílias com pessoas com desnutrição, anemia e/ou limitações físicas e/ou psíquicas que interfiram na alimentação.		96,8	4,35±0,511	Específica
		Cuidado Nutricional - Comunidade	% Repostas afirmativas	Média±DP
Diagnóstico Alpha de Cronbach 0,976	Coletar, consolidar, analisar e avaliar os dados de vigilância alimentar e nutricional da população.	90,3	4,58±0,672	Específica
	Identificar as estratégias de segurança alimentar e nutricional disponíveis na comunidade (produção e disponibilidade de alimentos; rede de apoio alimentar, geração de emprego e renda e programas sociais).	93,5	4,52±0,626	Geral
	Mapear as áreas de risco de insegurança alimentar e nutricional (favelas, ocupações urbanas e rurais, áreas rurais e urbanas vulneráveis).	93,5	4,48±0,724	Geral
	Identificar grupos na comunidade com maior vulnerabilidade à saúde e nutrição (agricultura de subsistência, áreas de extrativismo sazonal, povos indígenas, populações tradicionais, desempregados, subempregados etc).	90,3	4,42±0,672	Geral
	Identificar a estrutura e a disponibilidade de serviços de saúde, educação (escolas e creches), centros profissionalizantes, culturais ou de socialização e centros de apoio/assistência social à população ou a segmento populacional em situação de vulnerabilidade social/exclusão disponíveis no local.	90,3	4,39±0,667	Geral
	Identificar a relação de integração dos serviços de saúde com as escolas e outros equipamentos sociais da comunidade.	96,8	4,39±0,558	Geral
	Identificar a estrutura comunitária de apoio às famílias com idosos em vulnerabilidade nutricional (centros de convivência de idosos, clubes, associações, grupos da terceira idade, casas de repouso e acolhimento de idosos, grupos de mulheres).	93,5	4,39±0,615	Geral
	Identificar a estrutura comunitária de apoio aos cuidados com a criança e com as gestantes (creches, escolas, associações, grupos de mulheres, casas-abrigo, casas-lares, conselhos tutelares).	90,3	4,35±0,661	Geral
	Identificar a estrutura comunitária de apoio à prática de amamentação (creches, escolas, associações, sindicatos patronais e de trabalhadores, grupos de mulheres).	90,3	4,32±0,653	Geral

Continua...

Tabela 1, cont.

	Cuidado Nutricional - Comunidade	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
	Diagnóstico Alpha de Cronbach 0,976	Promover a Alimentação Saudável e de ações de educação alimentar e nutricional em espaços comunitários.	96,8	4,61+0,558
Realizar ações educativas na escola, creches e outros equipamentos sociais para fomentar hábitos alimentares adequados.		96,8	4,58+0,564	Específica
Valorizar e estimular a produção, comercialização e consumo de alimentos regionais saudáveis.		90,3	4,48+0,677	Geral
Divulgar as orientações para a introdução de alimentos complementares no esquema alimentar da criança, identificando estratégias locais de comunicação e informação.		90,3	4,45+0,675	Específica
Orientar a introdução de alimentação complementar segundo a cultura alimentar local, nas instituições e equipamentos sociais que acolhem e cuidam de crianças da comunidade.		96,8	4,45+0,568	Específica
Promover as boas práticas de higiene e manipulação dos alimentos colocados para consumo na comunidade (comercialização e manipulação/oferta de alimentos preparados) e saneamento do ambiente e articulação com a vigilância em saúde local para intensificação de ações de controle sanitário.		96,8	4,42+0,564	Geral
Estimular a utilização de alimentos regionais saudáveis na alimentação da comunidade (nas casas e nas instituições).		90,3	4,42+0,672	Geral
	Cuidado Nutricional - Comunidade	% Repostas Afirmativas	Média±DP	Classificação
Promoção da Saúde Alpha de Cronbach 0,950	Discutir com a comunidade sobre os determinantes do estado nutricional de seus integrantes.	93,5	4,42±0,62	<u>Geral</u>
	Incentivar e criar estratégias de apoio comunitário à prática do aleitamento materno.	87,1	4,42±0,72	<u>Geral</u>
	Discutir com a comunidade sobre segurança alimentar e nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada.	87,1	4,39±0,803	<u>Geral</u>
	Promover a integração do idoso à comunidade.	90,3	4,32±0,748	<u>Geral</u>
	Fomentar a formação de grupos comunitários para discussão e esclarecimentos sobre os problemas de saúde e ações de proteção e inclusão social disponíveis.	87,1	4,29±0,693	<u>Geral</u>
Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais Alpha de Cronbach 0,965	Realizar ações educativas para incentivo a alimentação saudável, adaptada para as condições fisiológicas e de saúde dos idosos.	93,5	4,58±0,62	Geral
	Divulgar as orientações sobre alimentação do escolar e do adolescente, e sobre o comportamento alimentar com ênfase na prevenção dos distúrbios alimentares e da obesidade nos espaços de convívio desses grupos na comunidade.	93,5	4,58±0,62	Específica
	Realizar ações educativas para o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e outras) e para o envelhecimento saudável.	96,8	4,55±0,568	Geral
	Divulgar e reforçar as orientações sobre alimentação infantil e higiene na manipulação dos alimentos.	90,3	4,45±0,675	Específico
	Realizar ações educativas de prevenção das deficiências de micronutrientes (ferro, ácido fólico, vitamina A, iodo e cálcio), da desnutrição e do baixo peso e dos transtornos alimentares (anorexia, bulimia e outros).	93,5	4,35±0,608	Específico
	Realizar ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância (inclusive doenças infecciosas e parasitárias).	96,8	4,35±0,551	Geral
Assistência, tratamento e cuidado Alpha de Cronbach 0,948	Estimular a inclusão de alimentos saudáveis nos programas e ações de assistência alimentar disponíveis na comunidade, com ênfase nos regionais produzidos localmente.	96,8	4,68±0,541	Específico
	Realizar busca ativa casos/pessoas de maior vulnerabilidade nutricional.	93,5	4,45±0,624	Geral
	Fortalecer as estratégias locais de segurança alimentar e nutricional com priorização das famílias e de pessoas em quaisquer fases do curso da vida que estejam em situação de vulnerabilidade.	90,3	4,42±0,672	Geral
	Elaborar orientação da rede de apoio e de ambiente social para acolhimento e cuidado às famílias e às pessoas em vulnerabilidade nutricional ou com casos de deficiências de micronutrientes e morbidades associadas ao estado nutricional.	93,5	4,42±0,62	Geral
	Estimular a participação organizada da comunidade nos conselhos de controle social.	87,1	4,42±0,72	Geral

Em relação às competências sobre o cuidado nutricional, tendo como os sujeitos das ações indivíduos, família e comunidade, 110 competências foram consensuadas, sendo que destas, 27 eram relacionadas ao diagnóstico, 29 à promoção da saúde, 22 à prevenção de doenças e 32 ao tratamento (Tabela 1).

Concordâncias entre diferentes ocupações a respeito das competências

O estudo mostrou que houve convergência de opiniões sobre o a inclusão ou não das competências no consenso entre os diferentes grupos de atuação (nutricionistas docentes e nutricionistas da rede) em 116 competências, ou seja, em 74,4% das competências estudadas o resultado para o grupo dos docentes e para o grupo dos nutricionistas atuantes na rede foi o mesmo. Em duas competências das 22 que foram consideradas não essenciais tanto pelos nutricionistas da rede como pelos docentes o resultado do consenso foi o mesmo, para as demais não houve consenso.

Independente do grupo de atuação (docente ou profissionais da rede), os resultados do consenso foram os mesmos no que se refere às competências relacionadas aos eixos temáticos planejamento e promoção da saúde do indivíduo. Os eixos temáticos que mostraram maior diferença entre resultado consensual quando se separa a área de atuação dos painelinistas foram prevenção de doença na família em que 40,7% das competências tiveram o mesmo resultado, além do grupo de competências relacionadas ao controle na gestão das ações de alimentação e nutrição onde, em 50% das competências haveria coincidência de resultados para docentes e nutricionistas da rede. Cabe ressaltar que houve associação ($p < 0,001$) entre a existência de consenso e a atuação profissional apenas para a competência prevenção de doenças na família.

Ao comparar o grau de importância das competências mensurado pela escala *likert* entre os grupos de docentes e nutricionistas da rede, não houve diferença estatística para nenhuma das 133 competências estudadas ($p > 0,05$).

Discussão

O presente estudo, pioneiro na avaliação das competências do nutricionista na área de APS no Brasil, contou com a participação de profissionais de diferentes localizações do Brasil.

Convém lembrar que na técnica *Delphi*, utilizada neste estudo, a seleção dos participantes não pretende fazer um levantamento estatisticamente representativo da opinião de um determinado grupo amostrado, sendo que a confiabilidade dos resultados depende do grau de experiência dos *experts* em relação à área de formação do consenso²⁴. Neste estudo, considerou-se a experiência em docência e a atividade profissional em nutrição na APS como critérios de inclusão.

A representatividade, por sua vez, é alcançada e avaliada, levando-se em consideração as qualidades específicas do grupo de participantes, em vez do número total dos mesmos.²⁰⁻²⁴ O número de participantes parece ter pouca evidência empírica na confiabilidade ou validade dos processos para o alcance de consenso.²⁰ Assim, uma orientação específica se estende para o número mínimo e máximo de participantes, levando-se em consideração o senso comum e o processo logístico para a pesquisa na prática.¹⁸⁻²⁴

Estudos prévios internacionais, considerando consensos sobre competências, apresentaram painéis variando entre 20 a 52 participantes.¹¹⁻¹⁸ No presente trabalho contou-se com 31 indivíduos no último *round*, número adequado dada a natureza do estudo.

Os resultados deste consenso demonstraram homogeneidade de resultados entre os experientes painelinistas de diferentes áreas de ocupação em nutrição e de diferentes regiões do país, importante na identificação e classificação das competências dos nutricionistas na APS para a formação corroborando estudos nacionais e internacionais em nutrição e saúde coletiva.¹¹⁻¹⁸

Discutem-se as evoluções relativas à educação e à saúde com a clareza da necessidade de mudanças substanciais no processo de formação do profissional, sobretudo no que se refere ao perfil profissional desejado e ao modelo pedagógico adotado. Desta forma, preconiza-se maior integração entre o mundo do ensino e o do trabalho, ênfase na formação generalista, trabalho multiprofissional, diversificação dos cenários de prática e a adoção de metodologias ativas de aprendizagem.

Diante da necessidade de aliar a teoria à prática, a tradução dessas demandas em conteúdos e atividades curriculares, vem apresentando poucos avanços. As experiências docente-assistenciais têm apontado para esta direção; contudo, a sua incorporação nos currículos formais da área de saúde confronta-se com a rigidez dos modelos curriculares tradicionais, o que se observa intensamente no âmbito da formação dos nutricionistas.^{1-3,9}

Estudos e eventos procuram caracterizar o processo de formação do nutricionista, discutindo, basicamente, o currículo e o perfil profissional desejado, não obstante, estes estudos nem mesmo conseguiram definir de maneira clara o esboço do perfil ideal dos egressos destes cursos. Identificaram, ainda, como principais problemas curriculares, a existência de um hiato entre os conhecimentos biológicos e sociais, entre a teoria e a prática, e entre o ciclo básico e o profissionalizante.²⁸

A necessidade de um alto grau de coerência entre as demandas dos serviços e o aprimoramento da formação profissional aumenta a importância da iniciativa de se criar uma matriz de competências originada por uma matriz de ações na rede de serviços de saúde, e assim espera-se que o presente estudo contribua para formação do nutricionista no contexto da educação por competências ao servir de referencial de ações na formação de indivíduos capacitados para lidar com as necessidades do processo saúde-doença da população e suas características culturais e regionais com ênfase no SUS.

O objetivo é priorizar o aprimoramento na formação profissional vinculada à teoria e à prática, possibilitando uma ação profissional mais eficiente e eficaz nas funções relativas à gestão e na ação em nutrição na APS, em todas as suas fases, ou seja, da concepção à avaliação, passando por toda fase de implementação.

Um aspecto que ficou evidente nesta investigação é que os conhecimentos, tanto conceitual, procedimental e contextual, quanto de planejamento, organização, direção e controle são componentes importantes das competências profissionais na área de atuação do nutricionista. Estes grupos de competências foram considerados imprescindíveis para a solução dos problemas enfrentados, bem como constituem fatores limitantes do desempenho profissional do indivíduo.

Espera-se ao utilizar a matriz elaborada como referencial de formação, contribuir com o aperfeiçoamento desta demanda tanto na formação como nas ações governamentais, especificamente aquelas sob responsabilidade e gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), da Política Nacional de Atenção Básica e de Promoção da Saúde, a partir da adoção de ações de alimentação e nutrição na APS, num esforço convergente e complementar às demais ações que já vêm sendo implementadas pelos diversos projetos públicos de saúde ofertados, em especial a Estratégia Saúde da Família.

O nutricionista egresso neste novo modelo de formação pode servir como referência para o desenvolvimento das ações, tendo a responsabilidade de orientar a

abordagem mais adequada, estabelecer protocolos de atenção em nutrição, de referência e contra referência, preservando as suas atribuições privativas.³

Os achados deste estudo mostraram que as competências identificadas se inter-relacionam tanto com as outras áreas da nutrição como com as demais áreas da saúde. Segundo Starfield,²⁹ na APS, os problemas e necessidades são muito pouco definidos e diferenciados. A diversidade decorrente dessa situação, ao mesmo tempo em que impede que o planejamento seja organizado, prescrevendo todos os atos da equipe de saúde, requer programação das ações de saúde para lidar com a complexidade dos seus problemas, elaborados a partir do diagnóstico da população, com o uso da informação em saúde.

Neste contexto, ressalta-se que o consenso resultado deste estudo vem ao encontro das necessidades do SUS ao aproximar a formação profissional às questões rotineiras dos serviços de saúde, destacando-se a importância da construção de competências elaboradas com a ajuda dos próprios profissionais que estão na rede. Assim a matriz de competências ao mesmo tempo em que ajuda a orientar a atuação dos nutricionistas pode melhorar o direcionamento das atividades de todos os profissionais que atuam na APS.

Considerações finais

O nutricionista tem o importante papel na saúde da população no âmbito da APS desde a promoção de hábitos saudáveis até a intervenção em casos especiais, visando sempre a melhoria das condições alimentares e nutricionais da comunidade.

O consenso é um importante passo para se pensar a formação do profissional que tenha o perfil para atuar dentro da necessidade da população no âmbito do SUS, pois conta com a participação de sujeitos que por sua *expertise*, colaboram com a formulação de diretrizes para o subsídio da formação de nutricionista para o Brasil.

Uma vez identificadas e caracterizadas as competências o passo seguinte é a identificação de estratégias de preparação, desenvolvimento e avaliação do processo de formação continuada e permanente dos nutricionistas visando o alcance da eficácia e eficiência nas ações profissionais. Para tanto a participação de docentes, pesquisadores, profissionais e gestores no campo da APS foi fundamental para a caracterização das funções do nutricionista.

A convergência de opiniões entre os profissionais da rede de serviços de saúde e os docentes é um importante achado para a formação do consenso e pode se constituir no *link* para diminuir o hiato entre a formação e a práxis no contexto do SUS, estreitando desta forma, as lacunas entre a universidade e a atuação na APS.

Não se pretende com este estudo esgotar o assunto sobre as competências do nutricionista na atenção primária. Mas trata-se de um importante passo no estímulo do processo de construção e reflexão sobre a formação deste profissional. Sugere-se a realização de novos estudos de forma a complementar os achados no âmbito da atuação do nutricionista na APS.

Referências bibliográficas

1. Soares, NT, Aguiar, ACD. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Revista de Nutrição**, v. 23, p. 895-905, 2010.
2. Silva, LSD, LOPES, LL, GOMES, KDO, COTTA, FM, Lugarinho, R. *et al.* Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciê. Saúde Colet.**, 17(3): 787-796, 2012.
3. Junqueira, TS, Cotta, RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. **Ciê. Saúde Colet.**, 1(1), 2013.
4. Cotta, RMM, Mendonça, ET, Costa, GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam. Salud Pub.**, 30(5): 415-421, 2011.
5. Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1847-1856, 2013.
6. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, 1996. 23 dez., p. 27833-41, Seção 1.
7. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição. **Diário Oficial da União**, 2001. 9 nov., p. 39, Seção 1.
8. Lizarraga, MLSDA. **Competencias cognitivas en educacion superior**. Madrid: Universitaria; 2010.
9. Siqueira-Batista, R, Gomes, AP, Albuquerque, VS, Cavalcanti, FOL, Cotta, RMM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? **Ciê. Saúde Colet.**, 18(1): 159-170, jan. 2013.

10. Aretio, LG, Cordella, MR, Blanco, MG. **Claves para la educación** – actores, agentes y escenarios en La sociedad actual. Madrid: Narcea AS Ediciones, 2009. 340 p.
11. Jonsdottir S, Hughes R, Thorsdottir I, Yngve A. Consensus on the competencies required for public health nutrition workforce development in Europe – the JobNut project. **Public Health Nutrition**, 14(8):1439-49, 2010.
12. Hughes R. A conceptual framework for intelligence-based public health nutrition workforce development. **Public Health Nutrition**, 6(6):599-605, 2003.
13. Hughes R. Public health nutrition workforce composition, core functions, competencies and capacity: perspectives of advanced-level practitioners in Australia. **Public Health Nutrition**, 6(6):607-13, 2003.
14. Hughes R. Competency development needs of the Australian public health nutrition workforce. **Public Health Nutrition**, 6(8):839-47, 2003.
15. Hughes R. Competencies for effective public health nutrition practice: a developing consensus. **Public Health Nutrition**, 7(5):683-91, 2004.
16. Labraña AMT, Durán EF, Soto DA. Competencias del nutricionista em el âmbito de tención primaria de salud. **Revista Chilena de Nutrición**, 32(3):239-46, 2005.
17. Jonsdottir S, Thorsdottir I, Kugelberg S, Yngve A, Kennedy NP, Hughes R. Core functions for the public health nutrition workforce in Europe: a consensus study. **Public Health Nutrition**, 15(11):1999-2004, 2012.
18. Recine, E. Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva. Elisabetta Recine, Andrea Sugai Mortoza. Brasília: Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição, 2013.
19. Rowe G, Wright G. The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. **International Journal of Forecasting**, 15(1):353-75, 1999.
20. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Rev. Esc. Enferm., USP [on-line]**, v. 33, n.3, p. 207-216, 1999.
21. Goodman CM. The Delphi technique: a critique. **J. Adv. Nurs.**, v. 12. n. 6, p. 729-34, 1987.
22. Reid N. The Delphi technique: its contribution to the evaluation of professional practice. In: ELLIS, R. (Org.). **Professional competence and quality assurance in the caring professions**. London: Crom Helm, 1988. p. 230-62.
23. Roberts-Davis M, Read S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 33-43, 2001.
24. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 180-186, 1994.

25. Brasil. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: MS, 2009.
26. GRANT, J. S.; KINNEY, M. S. Using the Delphi Technique to examine the content validity of nursing diagnoses. **Nursing Diagnosis**, v. 3, n. 1, p. 12-22, 1992.
27. Gliem, JA e Gliem, RR Calculating, interpreting and reporting Cronback's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. Disponível em: <<https://scholarworks.iupui.edu/bitstream/handle/>>. Acesso em: 21 out. 2013.
28. Recine E, Gomes RCF, Fagundes A, Pinheiro ARO, Teixeira BA, Sousa JS, Toral N, 47 Monteiro RA. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. **Revista de Nutrição**, 25(1)21-33, 2012.
29. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

5. CONCLUSÕES GERAIS

1. A *Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde* contribui para formação do nutricionista dentro do contexto da educação por competências ao servir de referencial de ações, competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para a formação de profissionais mais capacitados para lidar com as necessidades do processo saúde-doença-adoecimento da população e suas características culturais e regionais.

2. Ao utilizar *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde* como referencial de formação, espera-se contribuir também para o aperfeiçoamento das ações governamentais, especificamente aquelas sob responsabilidade e gestão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN e da Política Nacional de Atenção Básica e de Promoção da Saúde, pois por meio do consenso estas ações propostas pela *Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde* foram analisadas. Destaca-se o *feedback* aos especialistas que participaram do estudo num esforço convergente e complementar de discussão frente às necessidades da rede de serviços de saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família e adaptação do processo de formação a estas necessidades identificadas.

3. O consenso via técnica *Delphi on-line* mostrou-se como uma importante estratégia para a orientação de (re)formulação curricular segundo a práxis de formação do profissional nutricionista visando a futura atuação no SUS tendo como âncora as necessidades da população que vive e trabalha em um determinado território. Destaca-se ainda a importância da definição e/ou construção de competências a partir das necessidades identificadas pelos profissionais nutricionistas que atuam na rede de serviços de saúde, bem como dos docentes inseridos nos cenários de práticas relacionados à APS.

4. Os achados deste estudo mostraram que as competências identificadas se inter-relacionam tanto com as outras áreas da nutrição como com as demais áreas da saúde. Neste contexto, ressalta-se que o consenso resultado deste estudo, vem ao encontro das necessidades do SUS ao aproximar a formação profissional às questões cotidianas dos serviços de saúde,

5. O nutricionista egresso neste novo modelo de formação, orientado pelas DCN tem como responsabilidade a orientação e a abordagem adequada às reais necessidades de saúde-doença-adoecimento da população de um determinado território, além de

pensar e estabelecer protocolos de atenção em alimentação e nutrição, de referência e contra referência, preservando as suas atribuições específicas.

6. A convergência de opiniões entre os profissionais da rede de serviços de saúde e os docentes na formação do consenso é uma importante contribuição deste estudo, podendo se constituir no *link* para diminuir o hiato entre a formação universitária e a práxis no contexto do SUS, contribuindo também para estreitar as lacunas entre a universidade e os serviços de saúde.

7. O consenso mostrou-se um importante passo no estímulo do processo de construção e reflexão sobre a formação profissional. Sugere-se a realização de novos estudos de forma a complementar os achados no âmbito da atuação do nutricionista na APS e nos demais cenários de práticas.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Tabela 1A – Competências não consensuadas

Níveis de intervenção	% Repostas Afirmativas		
	Final	Docente	Rede
Gestão das ações de alimentação e nutrição – Organização Alpha de Cronbach – 0,929			
Identificação de estrutura comunitária (pública e privada) de apoio às famílias ou segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade tais como centro de convivências de idosos, associações de portadores de patologias, grupos de terceira idade, creches, etc.	80,6	71,4	88,2
Participar de fóruns de governo e de controle social, promovendo articulações e parcerias intersetoriais e interinstitucionais.	83,9	85,7	82,4
Gestão das ações de alimentação e nutrição - Direção - Alpha de Cronbach 0,774			
Fortalecer os meios de interlocução, participação e atendimento ao cidadão, que o informe a respeito de seus interesses e direitos.	80,6	71,4	88,2
Coordenar e supervisionar a implantação e da implementação do SISVAN em colaboração com o SIAB.	83,9	85,7	82,4
Gestão das ações de alimentação e nutrição Controle - Alpha de Cronbach 0,932			
Estabelecer parâmetros e procedimentos técnicos que orientem uniformemente e integrem as atividades de planejamento local, gestão, execução, avaliação e monitoramento das ações de alimentação e nutrição, no âmbito das regionais/distritos de saúde, unidades básicas de saúde, núcleos de apoio à Saúde da Família e equipes de Saúde da Família.	80,6	71,4	82,4
Cuidado nutricional – Indivíduo - Diagnóstico – Alpha de Cronbach 0,951			
Identificar as condições gerais de saúde e de problemas de saúde bucal, encaminhando ao atendimento profissional específico, quando necessário.	83,9	78,6	88,9
Identificar possível existência de doenças infecciosas e parasitárias.	83,9	78,6	88,9
Cuidado nutricional – Indivíduo – Promoção da Saúde - Alpha de Cronbach 0,949			
Desenvolver ações para fortalecimento do vínculo de cada indivíduo para com sua família, no âmbito de sua relação com o estado nutricional.	80,6	78,6	82,4
Cuidado nutricional – Indivíduo – Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais Alpha de Cronbach 0,926			
Realizar educação em saúde com enfoque na orientação sobre noções básicas de higiene (corporal, ambiental, domiciliar, na manipulação de alimentos, saneamento ambiental, saúde bucal).	80,6	85,7	76,5
Cuidado nutricional – Indivíduo – Assistência, tratamento e cuidado Alpha de Cronbach 0,976			
Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais, em conformidade com a legislação vigente e com as normas (diretrizes terapêuticas) estabelecidas pelas Secretaria Estadual e Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, quando necessários à complementação da dieta.	80,6	85,7	77,8
Cuidado nutricional – Família – Diagnóstico Alpha de Cronbach 0,972			
Identificar as percepções, práticas alimentares aceitas e valores associados à alimentação da família e à alimentação da gestante, da nutriz, do pré-escolar, do escolar, do adolescente, do adulto e do idoso.	83,9	78,6	88,9
Cuidado nutricional – Família – Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais Alpha de Cronbach 0,985			
Elaborar orientações básicas sobre higiene corporal e dos alimentos, saúde bucal, saneamento do domicílio e peridomicílio, com encaminhamento a estratégias de proteção e inclusão social, quando oportuno.	74,2	64,3	83,3
Realizar ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância (inclusive doenças infecciosas e parasitárias).	83,9	71,4	94,4
Preparar a família, em especial o companheiro conjugal, para o aleitamento materno.	83,9	78,6	88,9

Continua...

Tabela 1A, cont.

Níveis de intervenção	Final	Docente	<u>Rede</u>
Observar as dificuldades da família em decorrência de alterações da dinâmica familiar devidas à presença do bebê.	83,9	78,6	88,9
Realizar orientação para organização da estrutura de apoio familiar a pessoas portadoras de deficiências físicas e/ou psíquicas.	83,9	78,6	88,9
Cuidado nutricional – Comunidade – Diagnóstico Alpha de Cronbach 0,976			
Identificar as características da comunidade tais como condições de saneamento (água, esgoto, lixo), infraestrutura de abastecimento de alimentos, comércio e preços dos alimentos, renda e empregos, cultura alimentar predominante, lideranças locais e levantamento dos principais problemas da comunidade.	83,9	85,7	83,3
Identificar determinantes ambientais e econômicos na comunidade que podem afetar o estado nutricional e a saúde dos moradores de quaisquer fases do curso da vida.	83,9	78,6	88,9
Cuidado Nutricional – Comunidade – Promoção da Saúde Alpha de Cronbach 0,950			
Desenvolver ações para promover ambientes saudáveis em espaços comunitários como escolas, locais de trabalho, creches, etc.	83,9	78,6	88,9
Cuidado Nutricional – Comunidade – Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais Alpha de Cronbach 0,965			
Realizar ações educativas sobre cuidados com a manipulação de alimentos, higiene corporal e bucal e saneamento ambiental.	83,9	78,6	88,9
Associar-se a instituições, escolas e Organizações Não Governamentais para desenvolvimento de ações educativas em alimentação e nutrição.	83,9	71,4	94,4
Cuidado Nutricional – Comunidade – Assistência, tratamento e cuidado Alpha de Cronbach 0,948			
Realizar acompanhamento e apoio comunitário aos grupos de elevada vulnerabilidade social (gestantes carentes, gestantes adolescentes, agricultores sem terra, povos indígenas, populações tradicionais, população residente em áreas de risco de insegurança alimentar e nutricional, desempregados, população albergada, etc.).	83,9	85,7	83,3

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO 1ª ETAPA DA MATRIZ



Consenso nacional sobre as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil



UFV - Universidade Federal de Viçosa



no contexto do SUS.

Acreditamos que os resultados dessa pesquisa terão grande relevância científica no que se refere a reflexão do planejamento curricular dos cursos de graduação em Nutrição no país, além de delinear as Diretrizes para o ensino dos cursos de graduação em nutrição e para a prática dos profissionais na APS. Portanto, a sua participação é fundamental para a formação deste consenso.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFV, No 031/2012/CEP. Abaixo apresento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Só após ler o TCLE, estar de acordo com as condições da pesquisa e acessar o questionário através do seu login, você estará participando da pesquisa.

Após responder este questionário, você receberá toda a análise dos resultados e será convidado a participar das outras etapas do projeto que são baseadas na [técnica Delphi](#). Caso queiram tirar alguma dúvida ou enviar alguma sugestão encaminhe para o meu e-mail: tuliojunqueira@gmail.com

Desde já muito obrigado pela sua valiosa colaboração. Túlio da Silva Junqueira

[\(Clique aqui para acessar o TCLE\) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO](#)

Consenso nacional sobre as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Ao acessar o login do questionário concordo voluntariamente em participar do Consenso nacional sobre as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil, cujo objetivo principal é identificar as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Sou sabedor que não terei nenhum tipo de vantagem econômica ou material por participar do estudo, além de poder abandonar a pesquisa em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Estou em conformidade que os resultados obtidos sejam divulgados no meio científico sempre resguardando a individualidade e identificação em participar da pesquisa. Estou suficientemente informado pelos membros do presente estudo, sobre as condições descritas abaixo em que irão ocorrer a pesquisa sob responsabilidade da Profa. Dra. Rosângela Minardi Mitre Cotta e sua equipe de trabalho.

Condições

Benefícios para os indivíduos - Retornar à sociedade/comunidade envolvida os resultados da pesquisa

Riscos para os indivíduos - Não há riscos

Direito dos indivíduos de recusar-se a participar ou retirar-se do estudo - A participação no estudo é voluntária e ao indivíduo se confere o direito para recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou justificativa.

Direitos dos indivíduos quanto à privacidade - Os resultados da pesquisa serão analisados e aos envolvidos será assegurada a privacidade.

Publicação das informações - Os dados obtidos estarão disponíveis para a agência financeira e equipe envolvida na pesquisa. Poderão ser publicados.

Informação financeira - Os indivíduos que irão compor os grupos experimentais serão voluntários sem contrato de trabalho e sem remuneração para esta pesquisa.

Dano à saúde - Qualquer enfermidade ocorrida durante a pesquisa não é de responsabilidade da equipe, uma vez que a mesma não está associada a nenhum dano à saúde. Assim, a equipe de trabalho fica isenta da obrigação de tratamento de enfermidade durante o estudo.

Aceitos as condições estabelecidas neste termo

Confirmar

Em desenvolvimento



Consenso nacional sobre as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Login

Faça seu login para acessar a pesquisa

Email:

Senha:

LOGIN

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charles

Consenso nacional sobre as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

- Identificação Preencher
- Pressupostos

Gestão das ações de alimentação e nutrição

- Planejamento (Responder questionário)
- Organização (Responder questionário)
- Direção (Responder questionário)
- Controle (Responder questionário)

Cuidado nutricional no indivíduo

- Diagnóstico (Responder questionário)
- Promoção da saúde (Responder questionário)
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais (Responder questionário)
- Assistência, tratamento e cuidado (Responder questionário)

Cuidado nutricional da família

- Diagnóstico (Responder questionário)
- Promoção da saúde (Responder questionário)
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais (Responder questionário)
- Assistência, tratamento e cuidado (Responder questionário)

Cuidado nutricional da comunidade

- Diagnóstico (Responder questionário)
- Promoção da saúde (Responder questionário)
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais (Responder questionário)
- Assistência, tratamento e cuidado (Responder questionário)

[Finalizar questionário](#)

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charles

Consenso nacional sobre as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Identificação

a) Nome:

CRN:

b) Sexo:
 Masculino Feminino

c) Idade:

Data de nascimento:

d) Naturalidade:

Formação

a) Idade de ingresso no curso de Nutrição:

b) Instituição de ensino que se formou:

c) Ano de conclusão do curso superior em nutrição:

d) Você faz algum curso complementar à sua formação acadêmica?
 Sim Não

e) Você pretende continuar aperfeiçoando os seus conhecimentos?
 Sim Não

h) Pretende fazer pós graduação?
 Sim Não

Atuação Profissional

a) Há quanto tempo atua em Atenção Primária em Saúde [APS](#) (em meses).

b) Empregador(es) atual(is):
 Quantos empregos você tem atualmente?
Selecione

g) Qual a forma ao qual é contratado:
Selecione

h) Pretende continuar trabalhando neste local:
 Sim Não

i) Área de atuação (Poderá marcar mais de uma opção):
 Docente
 Programa de saúde da Família
 NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
 Merenda Escolar
 Atendimento Ambulatorial/Policlínica
 Outras(Especifique abaixo)

j) Marque as principais ações abordadas no(s) emprego(s) atual(is):

1) Incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno.
 Sim Não

2) Vigilância alimentar e nutricional (SISVAN).
 Sim Não



Bem Vindo: charles

- Sim Não

5) Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.
- Sim Não

6) Realiza o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população com a identificação de áreas geográficas e segmentos de maior risco aos agravos nutricionais, grupos em situação de insegurança alimentar e nutricional com base no sistema de vigilância alimentar e nutricional e em inquéritos locais e outras fontes de informação pertinentes, considerando intersectorialidade e a multicausalidade da situação alimentar.
- Sim Não

7) A partir da identificação de situações de risco, favorece a inclusão social por meio da ampliação do acesso à informação sobre programas sociais e direitos relacionados à alimentação e ao estabelecimento de parcerias locais interinstitucionais e comunitárias, incentivando a inserção das famílias e indivíduos nos programas e nos equipamentos sociais disponíveis e a busca de redes de apoio.
- Sim Não

8) Auxilia na identificação de características domiciliares e familiares que orientem a detecção precoce de dificuldades que possam afetar o estado nutricional e a segurança alimentar e nutricional da família.
- Sim Não

9) Avalia, em conjunto com as Equipes Saúde da Família e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações de saúde e de alimentação e nutrição e seu impacto na população.
- Sim Não

10) Desenvolve ações de distintas naturezas para a promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do curso da vida e em resposta às principais demandas assistenciais quanto aos transtornos e aos distúrbios alimentares, estabelecendo estratégias conjuntas com diferentes setores e atuando nos espaços sociais da comunidade.
- Sim Não

11) Socializa o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos saudáveis. Para além do nutriente, da doença, da dieta, da restrição, da reflexão sobre a alimentação cotidiana da população, essa estratégia deve incorporar os saberes sobre a comida, a culinária, a cultura, o prazer, a saúde e a qualidade do alimento, tanto do ponto de vista sanitário quanto nutricional.
- Sim Não

12) Elabora, em conjunto com a equipe de saúde, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à alimentação e à nutrição, de acordo com protocolos de APS 1, organizando a referência e a contra referência.
- Sim Não

13) Atua na formação e na educação continuada das equipes de saúde e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, Doenças Crônicas Não transmissíveis e desnutrição;
- Sim Não

14) Elabora planos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pela equipe de saúde, realizando ações multiprofissionais e interdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.
- Sim Não

15) Desenvolve, coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.
- Sim Não

Enviar

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Consenso nacional sobre as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Pressupostos conceituais e organizacionais da Matriz

Pressupostos conceituais

Atenção Primária em Saúde (APS)

De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Segundo Starfield (2002), a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto primários como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário, a porta, para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

Competências

A investigação de competências conduzida neste estudo buscou os elementos centrais, constitutivos, inerentes à prática de nutrição na atenção primária à saúde. A abordagem que adotamos se aproxima da abordagem construtivista com origem na França, e que tem como característica a contribuição dos trabalhadores, buscando construir uma análise integrada e participativa dos processos de trabalho. A adoção dessa abordagem de investigação se deve ao entendimento da competência como a mobilização de um saber em ato, construída na relação com o outro, ou seja, no processo cotidiano de trabalho. A definição de competências destacada por Perrenoud (1999, p. 27), que tem sido compartilhada por outros autores (RAMOS, 2001; GUEDES, 2003; SOARES, 2007) enfatiza competência como: "uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles". A competência não é visível e se constrói a partir de situações que o indivíduo enfrenta com maior frequência. As competências englobam várias habilidades harmonicamente desenvolvidas. Elas norteiam a seleção de conteúdos, sua apropriação, comunicação, produção ou reconstrução. Assim, uma competência possibilita a mobilização de conhecimentos e esquemas para o enfrentamento de situações diversas. Seria a capacidade de encontrar recursos e respostas criativas e eficazes para problemas inéditos que se apresentam. Este alcance dependeria de uma formação calcada numa prática pedagógica contextualizada e interdisciplinar, onde o estudante desempenha um papel de sujeito, com incorporação de todos os fatores que fazem parte do ser unitário, ou seja, fatores afetivos, sociais e cognitivos (GUEDES, 2003, p. 25). De forma complementar, segundo Lizarraga, 2011 "a competência faz referência a uma capacidade que se projeta na forma em que uma pessoa utiliza todos os seus recursos pessoais (habilidades, conhecimentos, atitudes e experiências) para resolver adequadamente uma tarefa em um contexto definido (...)"

Competências Gerais

As competências gerais são fundamentais para o desempenho adequado ou desenvolvimento das tarefas em equipe. Elas são comuns a todos e partilhadas pelos membros da equipe e permitem que os profissionais se adaptem às novas condições de trabalho, se mantenham atualizados e superem os problemas que precisam enfrentar em seus respectivos postos de trabalho (OPAS, 2009).

Competências Específicas

As competências específicas são próprias das funções que devem ser realizadas por uma unidade organizacional, como equipes de APS. Elas se relacionam aos processos e contribuições individuais e coletivas que dependem de conhecimentos e aptidões. São inerentes a todas as profissões e predominam os aspectos técnicos. São aquelas diretamente relacionadas com o exercício de ocupações concretas, não sendo facilmente transferíveis de um a outro âmbito profissional. Ou seja, são aquelas que garantem a realização correta das tarefas que demanda o exercício de uma determinada profissão. São competências próprias de um perfil formativo e profissional. Supõe um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e condicionais sobre quando e como executar determinadas ações (OPAS, 2009; LIZARRAGA, 2010).

Técnica Delphi

Técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direcionar julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular; assim, promove convergência de opiniões (SPÍNOLA, 1984, p. 5). Na educação, a técnica Delphi tem sido utilizada para selecionar competências, objetivos, conteúdos de cursos ou de disciplinas, dos currículos dos cursos da área da saúde. A técnica Delphi é constituída pelas seguintes etapas de execução:

1. Informações referentes às questões são postadas individualmente a cada membro do consenso, que então respondem as questões ao pesquisador. Este procedimento é anônimo e confidencial;
2. As respostas são escrutinadas e coletadas pelo pesquisador;
3. O pesquisador compila uma lista com análise de todas as respostas e envia novamente para os membros do grupo que são solicitados a reconsiderar a lista e responder indicando sua concordância ou não com os itens da matriz;
5. As respostas são novamente coletadas e analisadas e este processo é repetido até o consenso ser alcançado.

Há quatro características principais da técnica Delphi que a distingue de outros processos de decisão de grupo, quais sejam: anonimato, interação com feedback controlado, respostas com informações estatísticas e o conhecimento que o expert traz para o grupo. (GOODMAN, 1987).

A literatura aponta que a escala de análise de dados mais comumente utilizado em um estudo Delphi, e que é provavelmente mais facilmente entendido entre os profissionais de saúde, é a Escala de Likert (ROBERTS-DAVIS; READ, 2001). A escala de Likert será utilizada por ser uma escala



Início Sair

Bem Vindo: charles

Para construção deste questionário utilizou-se como referencial a "Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde" (link de acesso a matriz) que considera elementos e conceitos estratégicos e de cunho organizacionais. Esses pressupostos são:

- Sujeitos das ações: o indivíduo, a família e a comunidade.
- Níveis de intervenção:

Gestão das ações de alimentação e [nutrição](#) que engloba: [Planejamento](#), [Organização](#), [Direção](#), [Controle](#).

Cuidado nutricional que engloba ações de [diagnóstico](#), [promoção da saúde](#), [prevenção de doenças](#), [tratamento/cuidado/assistência](#).

Desta forma o questionário é dividido assim:

Gestão das ações de alimentação e [nutrição](#) (28 competências)

- Planejamento – 7 competências
- Organização – 13 competências
- Direção – 5 competências
- Controle – 3 competências

Cuidado nutricional do indivíduo (38 competências)

- Diagnóstico – 8 competências
- Promoção da Saúde – 9 competências
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais – 5 competências
- Assistência, tratamento e cuidado – 16 competências

Cuidado nutricional da família (51 competências)

- Diagnóstico – 13 competências
- Promoção da Saúde – 9 competências
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais – 17 competências
- Assistência, tratamento e cuidado – 12 competências

Cuidado nutricional da comunidade (38 competências)

- Diagnóstico – 11 competências
- Promoção da Saúde – 13 competências
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais – 8 competências
- Assistência, tratamento e cuidado – 6 competências

[Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica de Saúde](#)

Referências bibliográficas

- STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. [documento da Internet] 2008 [acessado 2008 jul. 16]; [726 p.]. Disponível em: http://www.unesco.org.br/publicacoes/livros/atencaprimaria/mostra_documento.
- PERRENOUD, P. Construir as Competências Desde a Escola. Porto Alegre: Artemed. 1999
- RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. SAÚDE, M. D. Brasília: 17-27 p. 2001.
- GUEDES, G. G. As habilidades e o pensamento sistêmico: fatores decisivos na formação do administrador. . Global Manager. Caxias do Sul v.5, p.45-59. 2003.
- SOARES, N. T. Diretrizes curriculares nacionais para cursos de graduação em nutrição e competências profissionais para atuação em segurança alimentar e nutricional: perspectivas de docentes do Ceará. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 212 p.
- LIZARRAGA, M. L. S. D. A. Competencias cognitivas en educacion superior. Madrid 2010 (Universitaria).
- OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. "Sistemas de saúde com base na atenção primária: Estratégias para o desenvolvimento de equipes de atenção primária em saúde (APS)". Washington, D.C.: OPAS, © 2009.
- SPÍNOLA A.W. P. Delfos: proposta tecnológica alternativa São Paulo. Faculdade de Saúde Publica Universidade de São Paulo. 1984.
- GOODMAN, CM. The Delphi technique: a critique. J. Adv. Nurs., v. 12. n. 6. p. 729-34. 1987.
- ROBERTS-DAVIS, M.; READ, S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between Nurse Practitioners and Clinical Nurse Specialists. Journal of Clinical Nursing, Oxford, v. 10, n. 1, p. 33-43, 2001.
- SILVA, Roseli Ferreira da and TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. Rev. esc. enferm. USP [online]. 1999, vol.33, n.3, pp. 207-216. ISSN 0080-6234.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: MS; 2009



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da **competência**. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Planejamento

- 1** Definir e Implantar fluxos e mecanismos de referência e contra referência para o cuidado nutricional (Agente Comunitário de Saúde, Equipe de Saúde da Família, NASF, UBS, centros de especialidade, hospital, equipes de internação domiciliar, etc.).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 2** Planejar e organizar a capacitação das equipes da SF e das UBS para aplicação das rotinas de atenção nutricional e atendimento às doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de [APS](#), e com os processos de referência e contra referência do atendimento, estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 3** Criar mecanismos para melhor acolhimento dos usuários e para humanização do cuidado nutricional.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 4** Identificar, selecionar e utilizar de um elenco mínimo de indicadores de segurança alimentar e nutricional local, em articulação com o CONSEA municipal ou instância congênera, quando houver (ex.: monitoramento da sazonalidade de emprego e renda, abastecimento e preços dos alimentos, produção, consumo e práticas alimentares predominantes).

Respondido


*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

 **Início**
 **Sair**

Bem Vindo: charlles

1 - Sem importância
 2 - Pouca importância
 3 - Mediana importância
 4 - Grande importância
 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#)
 [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim
 Não

6 **Participação e apoio à implantação, à implementação e ao fortalecimento da Vigilância Epidemiológica, da Vigilância Sanitária e da Vigilância Alimentar e Nutricional no município.**

Respondido

1 - Sem importância
 2 - Pouca importância
 3 - Mediana importância
 4 - Grande importância
 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#)
 [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim
 Não

7 **[Planejamento](#) e execução de programas de treinamento, aperfeiçoamento e educação continuada para profissionais de saúde, bem como estágios para alunos de nutrição, quando aplicável.**

Respondido

1 - Sem importância
 2 - Pouca importância
 3 - Mediana importância
 4 - Grande importância
 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#)
 [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim
 Não

Sugestão de novas competências:

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da [competência](#). PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Organização

- 1** Organizar as ações de alimentação e nutrição no âmbito do sistema municipal de saúde tendo em conta a estrutura da rede de serviços (recursos humanos, equipamentos, estabelecimentos de saúde).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 2** Participar da elaboração do Plano Plurianual (PPA), do Plano Municipal Saúde, do Termo de Gestão e da Programação Pactuada e Integrada (PPI), em época oportuna, visando a incorporação das ações de alimentação e nutrição.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 3** Elaborar a programação anual de saúde, definindo as ações, metas, objetivos, indicadores e recursos financeiros que serão aplicados nas ações de cuidado nutricional na [APS](#).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 4** Monitorar, avaliar e divulgar os resultados previstos no Plano de Saúde relativos à alimentação e nutrição.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Pactuar as ações de alimentação e nutrição no conselho municipal de saúde e no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite.



Início Sair

Bem Vindo: charlles

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

6 Assessorar a participação da Secretaria Municipal de Saúde nos conselhos de saúde, de segurança alimentar e nutricional e outros de áreas afins para contribuir na elaboração, acompanhamento e fiscalização de projetos e programas voltados à população em vulnerabilidade alimentar e nutricional.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

7 Coordenar a elaboração, revisão, adaptação e padronização de procedimentos, processos e protocolos de atenção e cuidado relativos à área de alimentação e nutrição, em consonância com as normas e diretrizes locais.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

8 Identificação de estrutura comunitária (pública e privada) de apoio às famílias ou segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade tais como centro de convivências de idosos, associações de portadores de patologias, grupos de terceira idade, creches etc.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

9 Fortalecer o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional do município principalmente em relação à vigilância alimentar e nutricional, à Promoção da Alimentação Saudável e à vigilância sanitária dos alimentos.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

10 Articular os serviços de saúde com instituições e entidades locais, escolas e ONGs para desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição e de segurança alimentar e nutricional.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência



Bem Vindo: charles

Respondido

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral * Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

12 Participar de fóruns de governo e de controle social, promovendo articulações e parcerias intersetoriais e interinstitucionais.

Respondido

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim * Não

13 Fomentar a integração e/ou articulação entre programas e processos de trabalho nas diversas áreas e políticas existentes no município com vistas à implementação da Política de Alimentação e Nutrição.

Respondido

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim * Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da competência. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Direção

1 Coordenar a elaboração da Política Municipal de Alimentação e Nutrição com base no perfil alimentar e nutricional da população em consonância com as políticas nacional e estadual de saúde e de nutrição.

Respondido

* 1 - Sem importância * 2 - Pouca importância * 3 - Mediana importância * 4 - Grande importância * 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) * [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

2 Dimensionar a estrutura de recursos humanos para atender as metas de alimentação e nutrição estabelecidas nos Planos Plurianual e Municipal de Saúde.

Respondido

* 1 - Sem importância * 2 - Pouca importância * 3 - Mediana importância * 4 - Grande importância * 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) * [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

3 Fortalecer os meios de interlocução, participação e atendimento ao cidadão, que o informe a respeito de seus interesses e direitos.

Respondido

* 1 - Sem importância * 2 - Pouca importância * 3 - Mediana importância * 4 - Grande importância * 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) * [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

4 Coordenar e supervisionar a implantação e da implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em colaboração com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Respondido

* 1 - Sem importância * 2 - Pouca importância * 3 - Mediana importância * 4 - Grande importância * 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) * [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

 
Início **Sair**

Bem Vindo: charles

* 1 - Sem importancia - 2 - Pouca importancia - 3 - mediana importancia - 4 - Grande importancia - 5 - Extrema importancia

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim * Não

Sugestão de novas competências

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da competência. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Controle

1 Elaborar o elenco de indicadores prioritários para o diagnóstico alimentar e nutricional municipal, com apoio dos NASF e das equipes de Saúde da Família, respeitando os parâmetros estabelecidos pelos gestores nacional e estadual de alimentação e nutrição, quando existirem.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

2 Avaliar o resultado das ações de alimentação e nutrição sobre a população assistida, no âmbito do município, por meio da análise do alcance das metas e indicadores de alimentação e nutrição previstos, aprimorando as ações quando necessário.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

3 Estabelecer parâmetros e procedimentos técnicos que orientem uniformemente e integrem as atividades de planejamento local, gestão, execução, avaliação e monitoramento das ações de alimentação e nutrição, no âmbito das regionais/distritos de saúde, unidades básicas de saúde, núcleos de apoio à Saúde da Família e equipes de Saúde da Família.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir



Bem Vindo: charles

Consenso nacional sobre as competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

- Identificação Preencher
- Pressupostos

Gestão das ações de alimentação e nutrição

- Planejamento (Questionário respondido)
- Organização (Questionário respondido)
- Direção (Questionário respondido)
- Controle (Questionário respondido)

Cuidado nutricional no indivíduo

- Diagnóstico (Questionário respondido)
- Promoção da saúde (Responder questionário)
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais (Responder questionário)
- Assistência, tratamento e cuidado (Responder questionário)

Cuidado nutricional da família

- Diagnóstico (Responder questionário)
- Promoção da saúde (Responder questionário)
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais (Responder questionário)
- Assistência, tratamento e cuidado (Responder questionário)

Cuidado nutricional da comunidade

- Diagnóstico (Responder questionário)
- Promoção da saúde (Responder questionário)
- Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais (Responder questionário)
- Assistência, tratamento e cuidado (Responder questionário)

[Finalizar questionário](#)

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da **competência**. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Diagnóstico / Cuidado nutricional no indivíduo

1 Diagnosticar, avaliar e monitorar o estado nutricional, com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos (verificação do peso e da altura), de acordo com a [fase do curso da vida](#).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

2 Identificar os portadores de patologias e deficiências associadas à nutrição, incluindo desnutrição infantil, má-nutrição por micronutrientes e baixo peso, para o atendimento nutricional específico.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

3 Identificar os portadores de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial, obesidade, entre outras) para o cuidado nutricional específico.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

4 Identificar os distúrbios associados à alimentação (anorexia, bulimia, compulsão alimentar e outros transtornos alimentares).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Identificar fatores de risco para o estado nutricional em quaisquer [fases do curso da vida](#).



Bem Vindo: charles

[* Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

6 Identificar as condições gerais de saúde e de problemas de saúde bucal, encaminhando ao atendimento profissional específico, quando necessário.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[* Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

7 Identificar possível existência de doenças infecciosas e parasitárias.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[* Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

8 Avaliar e monitorar o consumo alimentar.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[* Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir

Em desenvolvimento



Início Sair

Bem Vindo: charles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da competência. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Promoção da saúde/ Cuidado nutricional no indivíduo

1	<p>Promover e realizar educação alimentar e nutricional com ênfase na Promoção da Alimentação Saudável.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
2	<p>Orientar a alimentação saudável em todas as <u>fases do curso da vida</u>.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
3	<p>Promover orientação alimentar, com ênfase em práticas alimentares saudáveis e no consumo de alimentos regionais, com abordagem adequada à realidade local e às distintas <u>fase do curso da vida</u>.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
4	<p>Desenvolver ações educativas de Promoção da Alimentação Saudável considerando os fatores da vida moderna que influenciam os modos de vida: alimentação fora de casa, falta de tempo, limitações físicas etc.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
	<p>Promover a adoção de modos de vida saudáveis.</p>



Início Sair

Bem Vindo: charlles

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

6 Promover a manutenção do estado nutricional adequado em todas as [fase do curso da vida](#). Diagnosticar, avaliar e monitorar o estado nutricional, com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos (verificação do peso e da altura), de acordo com a [fase do curso da vida](#).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

7 Promover o peso saudável.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

8 Orientar sobre a valorização e apoio ao aleitamento materno

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

9 Desenvolver ações para fortalecimento do vínculo de cada indivíduo para com sua família, no âmbito de sua relação com o estado nutricional.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir

Em desenvolvimento



Início Sair

Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da [competência](#). PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais / Cuidado nutricional no indivíduo

1 Acompanhar a alimentação dos indivíduos em todas as [fase do curso da vida](#). Diagnosticar, avaliar e monitorar o estado nutricional, com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos (verificação do peso e da altura), de acordo com a [fases do curso da vida](#).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

2 Realizar educação em saúde com enfoque na orientação sobre noções básicas de higiene (corporal, ambiental, domiciliar, na manipulação de alimentos, saneamento ambiental, saúde bucal).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

3 Organizar ações educativas e de orientação para a prevenção das doenças mais prevalentes relacionadas à alimentação e nutrição (deficiências de micronutrientes - ferro, iodo e cálcio, ácido fólico, vitamina A e outras -, desnutrição e baixo peso, obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis e dos transtornos alimentares - anorexia, bulimia e outros).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

4 Acompanhar periodicamente os casos de doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição, baixo peso e transtornos alimentares;

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não



Bem Vindo: charles

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências:

Sugerir

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da [competência](#). PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais / Cuidado nutricional no indivíduo

1 Acompanhar a alimentação dos indivíduos em todas as [fase do curso da vida](#). Diagnosticar, avaliar e monitorar o estado nutricional, com base nos dados dietéticos, clínicos, bioquímicos e antropométricos (verificação do peso e da altura), de acordo com a [fases do curso da vida](#).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

2 Realizar educação em saúde com enfoque na orientação sobre noções básicas de higiene (corporal, ambiental, domiciliar, na manipulação de alimentos, saneamento ambiental, saúde bucal).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

3 Organizar ações educativas e de orientação para a prevenção das doenças mais prevalentes relacionadas à alimentação e nutrição (deficiências de micronutrientes - ferro, iodo e cálcio, ácido fólico, vitamina A e outras -, desnutrição e baixo peso, obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis e dos transtornos alimentares - anorexia, bulimia e outros).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

4 Acompanhar periodicamente os casos de doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição, baixo peso e transtornos alimentares;

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não



Bem Vindo: charles

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências:

Sugerir

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da **competência**. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Assistência, tratamento e cuidado / Cuidado nutricional no indivíduo

1	<p>Realizar atendimento nutricional individual, em ambulatório ou em domicílio.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
2	<p>Elaborar prescrição dietética, com base no diagnóstico nutricional, adequando-a à evolução do estado nutricional.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
3	<p>Realizar acompanhamento da evolução nutricional com registro no prontuário e no cartão de saúde.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
4	<p>Solicitar exames complementares necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional do usuário dos serviços ou programas, quando pertinente.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
5	<p>Definir os procedimentos complementares da assistência nutricional ao usuário, em interação com a equipe multiprofissional.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p>



Início Sair

Bem Vindo: charles

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

6 Encaminhar os usuários a outros profissionais habilitados, quando necessário, considerando os protocolos adotados pelo serviço.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

7 Referenciar os usuários a outros estabelecimentos de atenção à saúde, visando à complementação do tratamento, sempre que necessário de acordo com os protocolos do serviço.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

8 Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais, em conformidade com a legislação vigente e com as normas (diretrizes terapêuticas) estabelecidas pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e Ministério da Saúde, quando necessários à complementação da dieta.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

9 Orientar o usuário e seus familiares/responsáveis, quanto às técnicas higiênicas e dietéticas, relativas à alimentação.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

10 Avaliar a adesão do usuário ao tratamento dietoterápico.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Elaborar tratamento os casos de anemia e de hipovitaminose A ou outras deficiências de micronutrientes.



Início Sair

Bem Vindo: charlles

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

12 **Elaborar tratamento dietético com ênfase nos indivíduos com baixo peso, sobrepeso, portadores de doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, osteoporose, dislipidemias, obesidade) ou transtornos alimentares (anorexia, bulimia e compulsão alimentar).**

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

13 **Elaborar tratamento para recuperação/manutenção do estado nutricional.**

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#) * [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

14 **Encaminhar usuários em risco de insegurança alimentar e nutricional para programas de assistência alimentar, de geração de renda ou outras alternativas de proteção social, quando oportuno.**

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

15 **Realizar acompanhamento intensivo dos casos de usuários com comprometimento nutricional grave e persistente.**

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

16 **Realizar orientação alimentar e nutricional às pessoas vivendo com HIV/AIDS.**

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#) * [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim * Não



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da [competência](#). PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Diagnóstico / Cuidado nutricional da família

1 Identificar as famílias em vulnerabilidade nutricional (variáveis: renda e escolaridade, condições de saneamento e de moradia, número de filhos/dependentes e características familiares: estrutura e dinâmica familiar, desagregação e caracterização da chefia familiar).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

2 Identificar as características de consumo alimentar da família: produção, disponibilidade de alimentos, aquisição, consumo, distribuição intrafamiliar, preparo de alimentos, cultura alimentar, participação em programas de assistência alimentar.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

3 Identificar as percepções, práticas alimentares aceitas e valores associados à alimentação da família e à alimentação da gestante, da nutriz, do pré-escolar, do escolar, do adolescente, do adulto e do idoso.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

4 Identificar fatores associados ao comprometimento do estado nutricional das pessoas de quaisquer [fases do curso da vida](#). (gestantes, nutrízes, crianças, adolescentes, adultos ou idosos).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não



Início Sair

Bem Vindo: charlles

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

6 Identificar as famílias com gestantes em vulnerabilidade nutricional e/ou com adolescentes grávidas.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

7 Identificar as percepções, práticas alimentares e valores associados à alimentação na gestação e durante o período da amamentação.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

8 Identificar o comportamento familiar para reforço da atitude da mãe e familiares, em relação ao aleitamento materno e aos cuidados com a criança.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

9 Avaliar a relação da criança com a família e dos cuidados da família para com a criança.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

10 Identificar o(s) responsável(eis) pelos cuidados com a criança (quem cuida da criança e quem é responsável pelo preparo e oferta dos alimentos).

Respondido



*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

 
Início Sair

Bem Vindo: charlles

* 1 - Sem importância - 2 - Pouca importância - 3 - Mediana importância - 4 - Grande importância - 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:
[* Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência
[* Sim](#) [Não](#)

12 Avaliar a relação do idoso com a família e dos cuidados da família para com o idoso.

Respondido

* 1 - Sem importância - 2 - Pouca importância - 3 - Mediana importância - 4 - Grande importância - 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:
[* Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência
[* Sim](#) [Não](#)

13 Identificar o(s) responsável(els) pelos cuidados com o idoso com algum grau de dependência (quem cuida do idoso e quem é responsável pelo preparo e oferta de alimentos).

Respondido

* 1 - Sem importância - 2 - Pouca importância - 3 - Mediana importância - 4 - Grande importância - 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:
[* Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência
[* Sim](#) [Não](#)

Sugestão de novas competências

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da **competência**. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Promoção da saúde / Cuidado nutricional da família

1	<p>Promover e realizar educação alimentar e nutricional com ênfase na promoção da Alimentação Saudável.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* <input checked="" type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
2	<p>Realizar ações educativas para a valorização do consumo de alimentos regionais e, se pertinente, incentivo à produção doméstica de Frutas, Legumes e Verduras (FLV).</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
3	<p>Realizar ações de valorização da alimentação como momento de convívio familiar.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
4	<p>Incentivar a adoção de práticas alimentares e modos de vida saudáveis no núcleo familiar/domicílio por todos os integrantes da família e de acordo com a fase do curso de vida.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância</p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">Geral Específica</p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
	<p>Orientar para valorização e apoio ao aleitamento materno.</p>



Bem Vindo: charlles

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

6 Orientar a respeito da influência da alimentação da família na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças e adolescentes.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

7 Desenvolver ações para fortalecimento do vínculo criança-família no âmbito de sua relação com o estado nutricional.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

8 Realizar orientação para organização da estrutura de apoio familiar aos idosos e promoção da integração do idoso à família.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

9 Desenvolver ações de incentivo e apoio ao idoso para participação em grupos de convívio social (vizinhos, grupos de maior idade, atividades lúdicas, etc).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir

Em desenvolvimento



Início Sair

Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da competência. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais / Cuidado nutricional da família

1 Observar as dificuldades da família que possam interferir na saúde e nutrição das pessoas das famílias, de quaisquer fases do curso da vida.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

2 Apoiar a reorganização e reversão da situação de insegurança alimentar e nutricional da família.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

3 Elaborar orientações básicas sobre higiene corporal e dos alimentos, saúde bucal, saneamento do domicílio e peridomicílio, com encaminhamento a estratégias de proteção e inclusão social, quando oportuno.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

4 Realizar ações educativas de prevenção das deficiências de micronutrientes (ferro, ácido fólico, vitamina A, iodo e cálcio), da desnutrição e do baixo peso e dos transtornos alimentares (anorexia, bulimia e outros).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

Realizar ações educativas de prevenção da deficiência de micronutrientes, do baixo peso e da obesidade na gestante, do diabetes



Início Sair

Bem Vindo: charlles

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

6 Realizar ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância (inclusive doenças infecciosas e parasitárias).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

7 Realizar ações educativas para o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e outras) e para o envelhecimento saudável.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

8 Realizar ações educativas para incentivo à alimentação saudável, adaptada para as condições fisiológicas e de saúde do idoso.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

9 Participar das ações educativas para prevenção de doenças infecciosas e parasitárias e as DST-AIDS.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

10 Realizar orientações para organização do apoio familiar à mulher durante o período gestacional, puerperal e no período de amamentação.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não



Início Sair

Bem Vindo: charlles

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

12 Observar as dificuldades da família em decorrência de alterações da dinâmica familiar devidas à presença do bebê.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

13 Reforçar e acompanhar as orientações sobre a alimentação complementar da criança, com ênfase no esclarecimento de dúvidas existentes e condições higiênicas de preparo e armazenamento dos alimentos oferecidos às crianças.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

14 Esclarecer os membros da família, em especial às pessoas mais velhas e que têm influência sobre a mulher, a respeito da introdução de alimentos complementares no esquema alimentar da criança.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

15 Observar as dificuldades da família que possam vir a interferir na saúde e nutrição do idoso, com ênfase naquelas relativas aos aspectos de integração/interação do idoso à família, limitações físicas e/ou psíquicas.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

16 Realizar orientação para organização da estrutura de apoio familiar aos idosos com limitações físicas e/ou psíquicas.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não



Bem Vindo: charles

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências:

Sugerir

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da [competência](#). PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Assistência, tratamento e cuidado / Cuidado nutricional da família

- 1** Orientar e monitorar, quando pertinente, os procedimentos de preparo, manipulação, armazenamento, conservação e administração da alimentação, considerando os hábitos e condições sociais da família, de modo a garantir a qualidade higiênico-sanitária e o aporte nutricional adequado.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 2** Encaminhar famílias em risco de insegurança alimentar e nutricional para atendimento em programas de assistência alimentar, de geração de renda, inclusão social ou assistencial: programas de transferência de renda, estratégias ou ações locais de segurança alimentar e nutricional, de iniciativa pública ou não (ONGs e instituições filantrópicas), ou outras alternativas de proteção social disponíveis.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 3** Realizar vigilância e apoio às famílias nas situações de desestruturação familiar (alcoólismo do pai ou mãe, abandono do lar), violência doméstica e abuso físico, sexual, psicológico (casos suspeitos ou confirmados), exploração do trabalho infantil, situação de abandono, buscando articulação e encaminhamento para setores públicos que tenham competência para solucionar essas dificuldades.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

- 4** Encaminhar para confirmação do diagnóstico e tratamento os indivíduos de quaisquer [fases do curso da vida](#) que apresentem vulnerabilidade de deficiência de micronutrientes, desnutrição, sobrepeso ou doenças crônicas não transmissíveis e outras morbididades associadas ao estado nutricional (distúrbios nutricionais e transtornos alimentares).



Início Sair

Bem Vindo: charlles

<p>Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p>* Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/></p>	
5	<p>Orientar e apoiar para a adequação da situação alimentar da família.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância <input type="radio"/> 2 - Pouca importância <input type="radio"/> 3 - Mediana importância <input type="radio"/> 4 - Grande importância <input type="radio"/> 5 - Extrema importância <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral <input type="radio"/> Específica <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/></p>
6	<p>Realizar acompanhamento e assistência específica a famílias em vulnerabilidade nutricional.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância <input type="radio"/> 2 - Pouca importância <input type="radio"/> 3 - Mediana importância <input type="radio"/> 4 - Grande importância <input type="radio"/> 5 - Extrema importância <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral <input type="radio"/> Específica <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/></p>
7	<p>Orientar para a organização do apoio familiar nos casos de membros portadores de distúrbios nutricionais e/ou transtornos alimentares.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância <input type="radio"/> 2 - Pouca importância <input type="radio"/> 3 - Mediana importância <input type="radio"/> 4 - Grande importância <input type="radio"/> 5 - Extrema importância <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral <input type="radio"/> Específica <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/></p>
8	<p>Orientar, para a organização do apoio familiar ao indivíduo com limitações psíquicas e/ou físicas e idosos com algum grau de dependência que tenham impacto na alimentação.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância <input type="radio"/> 2 - Pouca importância <input type="radio"/> 3 - Mediana importância <input type="radio"/> 4 - Grande importância <input type="radio"/> 5 - Extrema importância <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral <input type="radio"/> Específica <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/></p>
9	<p>Orientar, para a organização do apoio familiar, à gestante, em especial à gestante adolescente.</p> <p style="text-align: center;">Respondido</p> <p>* 1 - Sem importância <input type="radio"/> 2 - Pouca importância <input type="radio"/> 3 - Mediana importância <input type="radio"/> 4 - Grande importância <input type="radio"/> 5 - Extrema importância <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua opinião essa competência é:</p> <p style="text-align: center;">* Geral <input type="radio"/> Específica <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência</p> <p style="text-align: center;">* Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/></p>
10	<p>Orientar, para a organização do apoio familiar, à mãe para contribuir com a prática da amamentação e com os cuidados com a criança.</p>



Bem Vindo: charles

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

11 Intensificar a assistência às famílias com casos de distúrbios e transtornos alimentares e outras morbidades associadas ao estado nutricional.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

12 Intensificar as visitas às famílias com pessoas com desnutrição, anemia e/ou limitações físicas e/ou psíquicas que interferiram na alimentação.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da [competência](#). PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Diagnóstico / Cuidado nutricional da comunidade

1 Mapear as áreas de risco de insegurança alimentar e nutricional (favelas, ocupações urbanas e rurais, áreas rurais e urbanas vulneráveis).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

2 Identificar grupos na comunidade com maior vulnerabilidade à saúde e nutrição (agricultura de subsistência, áreas de extrativismo sazonal, povos indígenas, populações tradicionais, desempregados, subempregados etc).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

3 Identificar as estratégias de segurança alimentar e nutricional disponíveis na comunidade (produção e disponibilidade de alimentos; rede de apoio alimentar, geração de emprego e renda e programas sociais).

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

4 Identificar as características da comunidade tais como condições de saneamento (água, esgoto, lixo), infraestrutura de abastecimento de alimentos, comércio e preços dos alimentos, renda e empregos, cultura alimentar predominante, lideranças locais e levantamento dos principais problemas da comunidade.

Respondido

*1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não



Início Sair

Bem Vindo: charlles

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral * Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

6 Identificar determinantes ambientais e econômicos na comunidade que podem afetar o estado nutricional e a saúde dos moradores de quaisquer fases do curso da vida.

Respondido

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral * Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

7 Coletar, consolidar, analisar e avaliar os dados de vigilância alimentar e nutricional da população.

Respondido

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral * Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

8 Identificar a relação de integração dos serviços de saúde com as escolas e outros equipamentos sociais da comunidade.

Respondido

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral * Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

9 Identificar a estrutura comunitária de apoio aos cuidados com a criança e com as gestantes (creches, escolas, associações, grupos de mulheres, casas-abrigo, casas-lares, conselhos tutelares).

Respondido

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral * Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

10 Identificar a estrutura comunitária de apoio à prática de amamentação (creches, escolas, associações, sindicatos patronais e de trabalhadores, grupos de mulheres).

Respondido

*1 - Sem importância *2 - Pouca importância *3 - Mediana importância *4 - Grande importância *5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral * Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência



Bem Vindo: charles

Respondido

* 1 - Sem importância * 2 - Pouca importância * 3 - Mediana importância * 4 - Grande importância * 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral * [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim * Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências:

Sugerir

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da competência. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais / Cuidado nutricional da comunidade

1 Realizar ações educativas de prevenção das deficiências de micronutrientes (ferro, ácido fólico, vitamina A, iodo e cálcio), da desnutrição e do baixo peso e dos transtornos alimentares (anorexia, bulimia e outros).

Responder

1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

2 Realizar ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância (inclusive doenças infecciosas e parasitárias).

Responder

1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

3 Realizar ações educativas para o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e outras) e para o envelhecimento saudável.

Responder

1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

4 Realizar ações educativas para incentivo a alimentação saudável, adaptada para as condições fisiológicas e de saúde dos idosos.

Responder

1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

Realizar ações educativas sobre cuidados com a manipulação de alimentos, higiene corporal e bucal e saneamento ambiental.



Início Sair

Bem Vindo: charlles

[Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

6 Divulgar e reforçar as orientações sobre alimentação infantil e higiene na manipulação dos alimentos.

Responder

1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

7 Planejar, elaborar e divulgar as orientações sobre alimentação do escolar e do adolescente, e sobre o comportamento alimentar com ênfase na prevenção dos distúrbios alimentares e da obesidade nos espaços de convívio desses grupos na comunidade.

Responder

1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

8 Associar-se a Instituições, escolas e Organizações Não Governamentais para desenvolvimento de ações educativas em alimentação e nutrição.

Responder

1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir

Em desenvolvimento



Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da competência. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Prevenção de doenças e distúrbios nutricionais / Cuidado nutricional da comunidade

1 Realizar ações educativas de prevenção das deficiências de micronutrientes (ferro, ácido fólico, vitamina A, iodo e cálcio), da desnutrição e do baixo peso e dos transtornos alimentares (anorexia, bulimia e outros).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

2 Realizar ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância (inclusive doenças infecciosas e parasitárias).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

3 Realizar ações educativas para o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose e outras) e para o envelhecimento saudável.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

4 Realizar ações educativas para incentivo a alimentação saudável, adaptada para as condições fisiológicas e de saúde dos idosos.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

[Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

Sim Não

Realizar ações educativas sobre cuidados com a manipulação de alimentos, higiene corporal e bucal e saneamento ambiental.



Início Sair

Bem Vindo: charlles

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

6 Divulgar e reforçar as orientações sobre alimentação infantil e higiene na manipulação dos alimentos.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

7 Planejar, elaborar e divulgar as orientações sobre alimentação do escolar e do adolescente, e sobre o comportamento alimentar com ênfase na prevenção dos distúrbios alimentares e da obesidade nos espaços de convívio desses grupos na comunidade.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

8 Associar-se a Instituições, escolas e Organizações Não Governamentais para desenvolvimento de ações educativas em alimentação e nutrição.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir

Em desenvolvimento



Início Sair

Bem Vindo: charlles

Matriz de competências necessárias ao trabalho do nutricionista em Atenção Primária no Brasil

Em cada questão, você deverá marcar o grau de importância da competência. PARA A FORMAÇÃO DO NUTRICIONISTA, conforme a legenda abaixo.

- 1 - Sem importância;
- 2 - Pouca importância;
- 3 - Mediana importância;
- 4 - Grande importância;
- 5 - Extrema importância

Ao final de cada grupo de competências você é convidado a sugerir novas competências ou propor reformulação de alguma.

Assistência, tratamento e cuidado / Cuidado nutricional da comunidade

1 Realizar acompanhamento e apoio comunitário aos grupos de elevada vulnerabilidade social (gestantes carentes, gestantes adolescentes, agricultores sem terra, povos indígenas, populações tradicionais, população residente em áreas de risco de insegurança alimentar e nutricional, desempregados, população albergada, pessoas com deficiência, transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, etc.).

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

2 Fortalecer as estratégias locais de segurança alimentar e nutricional com priorização das famílias e de pessoas em quaisquer fases do curso da vida que estejam em situação de vulnerabilidade.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

3 Elaborar orientação da rede de apoio e de ambiente social para acolhimento e cuidado às famílias e às pessoas em vulnerabilidade nutricional ou com casos de deficiências de micronutrientes e morbidades associadas ao estado nutricional.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

4 Estimular a inclusão de alimentos saudáveis nos programas e ações de assistência alimentar disponíveis na comunidade, com ênfase nos regionais produzidos localmente.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* [Geral](#) [Específica](#)

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não



Bem Vindo: charles

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

6

Realizar busca ativa casos/pessoas de maior vulnerabilidade nutricional.

Respondido

* 1 - Sem importância 2 - Pouca importância 3 - Mediana importância 4 - Grande importância 5 - Extrema importância

Em sua opinião essa competência é:

* Geral Específica

Em sua rotina no trabalho, você realiza/aborda essa competência

* Sim Não

Salvar Questionário

Sugestão de novas competências

Sugerir

Em desenvolvimento

ANEXO

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS-CEPH

Campus Universitário – Divisão de Saúde -Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-3783

Of. Ref. Nº 031/2012/CEPH

Viçosa, 16 de abril de 2012

Prezada Professora:

Cientificamos V. S^a. de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 1^a Reunião de 2012 (segunda sessão), realizada nesta data, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto intitulado *Competências necessárias ao trabalho do nutricionista na atenção primária à saúde: (re)pensando a formação profissional no Brasil.*

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Patrícia Aurélio Del Nero'.

Professora Patrícia Aurélio Del Nero

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEPH
Presidente

À Professora
Rosângela Minardi Mitre Cotta
Departamento de Nutrição e Saúde - DNS

/rhs.