

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

THAISE ANATALY MARIA DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DOS
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

JOÃO PESSOA

2018

THAISE ANATALY MARIA DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DOS
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba em cumprimento aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição.

Área de concentração: Ciências da Nutrição

Linha de Pesquisa: Nutrição Clínica e Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

JOÃO PESSOA

2018

A663a Araújo, Thaise Anataly Maria de.

Avaliação da atenção nutricional no âmbito dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil / Thaise Anataly Maria de Araújo. - João Pessoa, 2018.
113 f.

Orientação: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Avaliação em Saúde. 2. Política Nutricional. 3. Atenção Básica. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo. II. Título.

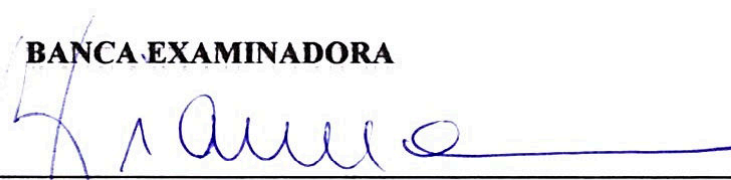
UFPB/BC

THAISE ANATALY MARIA DE ARAÚJO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DOS
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

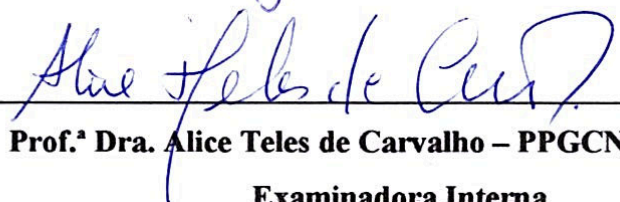
Dissertação _____ em ____/____/2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna – PPGCN/CCS/UFPB

Coordenador da Banca Examinadora



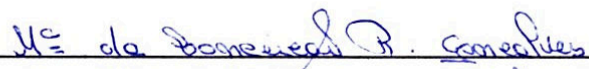
Prof.ª Dra. Alice Teles de Carvalho – PPGCN/CCS/UFPB

Examinadora Interna



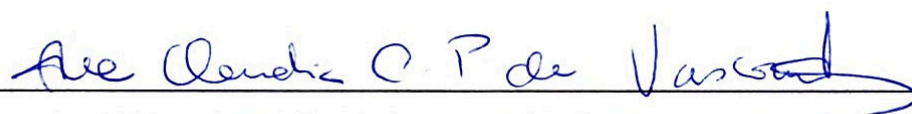
Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte

Examinador Externo



Prof.ª Dra. Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves – PPGCN/CCS/UFPB

Examinadora Suplente Interna



Prof.ª Dra. Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Examinadora Suplente Externa

Ao meu soberano **Deus**, que tudo pode e realiza sonhos maiores que os idealizados por mim,
Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que realiza seus milagres a cada dia e me permitiu chegar até aqui. O mestrado foi um sonho desde a graduação, mas que só se concretizou no tempo d'Ele e, em decorrência dos caminhos por onde me levou, capacitando-me pessoal e profissionalmente. Que eu seja sempre instrumento Teu, Senhor.

À Virgem Maria Santíssima, medianeira em tudo que faço, Àquela que passa à frente e torna meus caminhos apazíveis, mesmo quando os desafios aparecem.

A minha mãe, Aurelâne, que é a mulher mais encantadora que conheço, possuidora de virtudes admiráveis, Serva amada do Senhor. Mainha, só Deus explica os sobrenaturais que cercam nossas vidas, essa vitória também é tua, que luta por mim, sempre me incentivou e inspirou a galgar os melhores princípios da vida.

A minha avó, Raimunda, e meu avô, João (in memoriam), que é/foi de uma importância singular em meus aprendizados e na formação da pessoa que sou. Seres de sabedoria rara e sinônimo de proatividade, capazes de superar desafios e transformar as realidades dos que os circundam/circundavam. A generosidade é uma característica peculiar do casal e que quero estimular a cada dia em minhas ações.

Aos meus tios e tias: Luciano, Sônia, Carlos, Rosemary, Zélia, Arnaldo, Solane, Clóvis e Helânia, que auxiliaram em meu desenvolvimento humano. Em especial demonstro gratidão aos anjos de luz que compartilharam: a ida com mainha ao hospital, no dia do meu nascimento; minhas apresentações na escola; apoiaram nos trabalhos acadêmicos e suas apresentações em outros estados, ao auxílio no desafio que foi meu primeiro emprego e todas as maravilhas que me proporcionaram/proporcionam cotidianamente.

Ao meu noivo e – dentro em breve – esposo, Danielson, por ser um homem especial, compreensivo, por me apoiar em cada escolha profissional, as quais impactaram nossa vida pessoal. Desejo que possamos continuar comemorando nossas vitórias, resultantes das bênçãos do Senhor Jesus.

Aos familiares do meu noivo, que sempre estiveram disponíveis ao que eu necessitasse. Que a união se faça sempre presente entre nós.

Aos amigos conquistados ao longo de uma vida, que ofertaram momentos melhores aos meus dias. Tenho certeza que foram colocados por Deus em meus caminhos, e quero destacar cada local onde os conheci, para que se reconheçam (a partir dos espaços citados), sintam-se abraçados e compreendam que aprendi e ressignifiquei olhares, por meio de vocês: primos, amigos de escola, da graduação e do Projeto Práticas Integrativas na Atenção Básica (assim intitulado, quando fazia parte dele), do Exército Brasileiro (conquistados por conta do noivo), da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, da minha amada Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar, deste mestrado e das iniciativas do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês.

Ao meu orientador, Rodrigo, por ter um perfil docente pautado na autonomia, no incentivo e na valorização do educando, aspectos muito enaltecidos por mim, uma vez que favorecem a postura crítico-reflexiva do profissional da saúde. Sem você, jamais chegaria até aqui! Fiz quatro especializações em Processos Educacionais na Saúde, para tentar otimizar minhas habilidades no processo ensino-aprendizagem, tornando-me mais leve e construtivista. Você, entretanto, tem estas características inerentes... E isso é inspirador para mim e me conferiu ensinamentos preciosos.

À professora e membro da banca Alice, que aceitou nosso convite e abrilhantou as possibilidades de melhoria deste trabalho. Sua prontidão e competência me estimulam ao desenvolvimento de habilidades no escopo da docência.

Ao professor e membro da banca, Franklin, inspiração para mim, exemplo de professor parceiro, humilde, partícipe, impulsionador no ato de trilhar caminhos preciosos no campo profissional e pessoal. Não tinha como não incluir admirável ser humano em mais essa conquista.

À professora Conceição, que atendeu ao nosso pedido de participação na banca com prontidão. Sua leveza nos processos educacionais e compromisso enquanto docente, são bons exemplos que quero seguir no trilhar de minhas jornadas.

À professora Ana Cláudia, por quem nutro uma admiração inenarrável, mulher de fibra, coragem, brilho no olho, quando o assunto é nutrição social. Tenha certeza que fostes responsável por construções importantes nessa caminhada.

Aos professores que encontrei ao longo da vida e que me foram verdadeiros mestres, àqueles das escolas e, no caso da graduação, dentre tantas pessoas que me acrescentaram, destaco **Laine e Maria José**, que confiaram nas capacidades que já tinha adquirido, bem como nas habilidades que poderia desenvolver e me conferiram oportunidades inestimáveis na monitoria e na experiência com a iniciação científica, respectivamente.

Aos Senhores Carlos e Marcos, lotados na coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, pela paciência, conselhos, bons tratos, auxílio e por estarem sempre dispostos a serem resolutivos nas demandas por mim solicitadas.

A todos que de alguma forma me auxiliaram nesta trajetória, mesmo que indiretamente, por exemplo: auxiliares que limpezam, que higienizam e organizam as salas e outros espaços que utilizamos; e técnicos administrativos vinculados à Universidade, os quais montaram estrutura favorecedora dos processos educacionais.

Aos envolvidos com todas as fases do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, pois – sem esta onda de participantes – o banco de dados utilizado nesta pesquisa não existira, o que inviabilizaria sua análise e o conteúdo disposto neste documento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo incentivo à realização de pesquisas qualificadas, que – mesmo em meio aos duros golpes do governo atual – permaneceu concedendo a bolsa, auxiliadora de minha manutenção, mediante as dificuldades do alto custo de vida no Brasil e, sem a qual, não teria possibilidade de concluir esse processo.

“Bem-aventurado o homem que encontra sabedoria, e o homem que adquire conhecimento, pois ela é mais proveitosa do que a prata, e dá mais lucro do que o ouro”. Provérbios 3:13,14.

Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas. Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do voo. Pássaros engaiolados são pássaros sob controle. [...] Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em voo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o voo, isso elas não podem fazer, porque o voo já nasce dentro dos pássaros. O voo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado. Rubem Alves.

“Vá firme na direção de suas metas, porque o pensamento cria, o desejo atrai e a fé realiza”.

Florence Nightingale

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu em meio aos movimentos políticos e sociais do Brasil. Um de seus componentes, a Atenção Básica (AB), inclui a Estratégia Saúde da Família (ESF), cujos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) vinculam-se e possuem, dentre suas ações, a atenção nutricional – AN. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), instituído em 2011, possui a Avaliação Externa (AE) como uma de suas fases, podendo seus resultados reorientarem as ações em saúde. Esta investigação objetiva avaliar a AN no âmbito do NASF em todo Brasil, a partir da AE do PMAQ – AB. Trata-se de estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa e base secundária. Dotou-se de sete passos, compostos por análises estatísticas (análise descritiva, teste qui-quadrado de *Pearson* e regressão logística binária). As indagações da AE, referentes ao eixo da AN, constituíram as variáveis dependentes, enquanto as independentes abarcaram os demais eixos, selecionadas após cada passo metodológico. Desconsideraram-se os modelos com coeficientes de determinação baixos e as variáveis independentes omissas na regressão. Os resultados estão expostos sob medidas de efeito (*Odss Ratio* – OR). Dentre os principais achados, têm-se que o apoio do NASF ao desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) foi favorecido pela disponibilização de consultório compartilhado (OR = 0,704), análise do número de encaminhamentos equivocados ou desnecessários para atenção especializada (OR = 0,749) e monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção (OR = 0,749). O aspecto menos contributivo para as ações de VAN foi o apoio à oferta do cuidado às pessoas com doenças crônicas (OR = 6,431), que também competiu com ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável – PAAS (OR = 4,634); com às voltadas aos agravos relacionados à alimentação e nutrição (OR = 3,862) e à articulação intersetorial, para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional – SAN (OR = 3,722). A qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção foi o que mais fortaleceu a efetivação das ações de PAAS (OR = 0,679). A realização de orientações familiares otimizou o desenvolvimento de ações voltadas aos agravos relacionados à alimentação e nutrição (OR = 0,497). Concernente às ações de articulação intersetorial, para garantia da SAN, destacaram-se como elementos propulsores: a existência de cronogramas ou escalas de utilização das salas (OR = 0,726), a análise de indicadores de saúde da população do território (OR = 0,706) e o monitoramento dos usuários em outros pontos de atenção (OR = 0,787). Mediante a avaliação externa do PMAQ – AB, infere-se que a AN fortaleceu-se no escopo da AB, intermediada pelos

profissionais do NASF. Todavia, e em consonância com suas diretrizes, ainda se faz necessário fortalecer a intersetorialidade, articulação entre profissionais do NASF, equipes de Saúde da Família e usuários, assim como a formação voltada ao SUS e a efetivação da Educação Permanente. Este estudo pode suscitar a análise de novos ciclos do PMAQ – AB, viabilizando a comparação dos resultados e fomento ao planejamento estratégico em saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Política Nutricional. Atenção Básica. Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS, in portuguese) emerged amidst the political and social movements of Brazil. One of its components, Basic Care (AB), includes the Family Health Strategy (ESF), whose Family Health Support Centers (NASF) are linked and have, among their actions, nutritional care - AN. The National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ – AB), established in 2011, has External Evaluation (AE) as one of its phases, and its results can reorient health actions. This research aims to evaluate A within the scope of the NASF throughout Brazil, from the AE of the PMAQ – AB. This is a cross-sectional and analytical study, with a quantitative approach and a secondary basis. It consisted of seven steps, composed of statistical analyzes (descriptive analysis, Pearson's chi-square test and binary logistic regression). The AE questions related to the AN axis constituted the dependent variables, while the independent ones covered the other axes, selected after each methodological step. We disregarded the models with low determination coefficients and the independent variables omitted in the regression. The results are exposed under measures of effect (*Odss Ratio* - OR). Among the main findings, NASF support to the development of Food and Nutrition Surveillance (VAN) actions was favored by the provision of a shared office (OR = 0,704), analysis of the number of erroneous or unnecessary referrals for specialized care (OR = 0,749) and monitoring of follow-up users at other points of attention (OR = 0.749). The least contributory aspect of VAN's actions was support to the provision of care for people with chronic diseases (OR = 6,431), who also competed with actions to Promote Adequate and Healthy Food (PAAS) (OR = 4,634); diseases related to food and nutrition (OR = 3.862) and to the intersectoral articulation, to guarantee Food and Nutritional Security – SAN (OR = 3.722). The qualification of referrals to other points of attention was the one that most strengthened the effectiveness of PAAS actions (OR = 0.679). The accomplishment of family orientations optimized the development of actions directed to the aggravations related to the feeding and nutrition (OR = 0,497). Concerning the actions of intersectoral articulation, in order to guarantee SAN, the following elements were highlighted: the existence of schedules or scales of use of the rooms (OR = 0,726), analysis of health indicators of the population of the territory (OR = 0,706) and monitoring of users at other points of attention (OR = 0,787). Through the external evaluation of the PMAQ – AB, it is inferred that the AN strengthened within the AB scope, mediated by the NASF professionals. However, and in line with its guidelines, it is still necessary to strengthen intersectorality, articulation among NASF professionals, Family

Health teams and users, as well as the training focused on SUS and the implementation of Permanent Education. This study can stimulate the analysis of new cycles of the PMAQ – AB, making possible the comparison of the results and fomentation to the strategic planning in health.

Keywords: Health Evaluation. Nutrition Policy. Primary Health Care. Health Services Accessibility. Quality of Health Care.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Medida de efeito (Razão de chances) entre as variáveis relacionadas ao bloco da vigilância alimentar e nutricional e as demais variáveis de avaliação do NASF. Brasil, 2013. (n=1773)
- Tabela 2 – Medida de efeito (Razão de chances) entre as variáveis relacionadas ao bloco da promoção da alimentação adequada e saudável e as demais variáveis de avaliação do NASF. Brasil, 2013. (n=1773)
- Tabela 3 – Medida de efeito (Razão de chances) entre as variáveis relacionadas ao bloco de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição e as demais variáveis de avaliação do NASF. Brasil, 2013. (n=1773)
- Tabela 4 – Medida de efeito (Razão de chances) entre as variáveis relacionadas ao bloco de ações voltadas ações de articulação intersetorial, para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional as demais variáveis de avaliação do NASF. Brasil, 2013. (n=1773)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Avaliação Externa
AN	Atenção Nutricional
CAB	Caderno de Atenção Básica
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EP	Educação Permanente
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OR	<i>Odss Ratio</i>
PAAS	Promoção da Alimentação Adequada e Saudável
PAS	Programa Academia da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSE	Programa Saúde na Escola
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	19
2.2 INSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
2.3 A ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	24
2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	27
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	31
3.1 TIPO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....	31
3.1.1 Análise dos Dados: Quantitativa.....	31
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A – Passo 2: quadro destinado à especificação dos campos e numeração correspondente das variáveis incluídas neste passo do estudo.....	51
APÊNDICE B – Passo 5: quadro destinado à especificação das variáveis retiradas por valor-p não significante, após teste qui-quadrado de <i>Pearson</i>	52
APÊNDICE C – Passo 5: quadro destinado à especificação das variáveis que continuaram no estudo, após teste qui-quadrado de <i>Pearson</i> , por terem resultado em valor-p significante.....	53
APÊNDICE D – Artigo Original.....	57
APÊNDICE E – Considerações da Pesquisadora.....	86
ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	88
ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.....	89
ANEXO C - MÓDULO IV – Entrevista com profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade de Saúde.....	92
ANEXO D – Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa que participaram da avaliação externa do PMAQ – AB.....	112

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu em meio a diversas discussões no âmbito político e social no Brasil. Sua criação ocorreu atrelada ao desenvolvimento da Constituição Federal de 1988, conhecida como “constituição cidadã”, integrando em seus preceitos, no Artigo 196: a “saúde direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). O SUS é compreendido como uma inovação institucional, com a proposta de fomentar uma assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso equânime, organização hierarquizada e gestão descentralizada. Firmando-se enquanto princípios norteadores do SUS têm-se: universalidade; integralidade; controle social e descentralização (MAIO; LIMA, 2009).

Programas, Estratégias e Políticas foram criadas, implantadas e implementadas ao longo dos anos e, apenas em 2006, em virtude da aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648 (BRASIL, 2006a), foram estabelecidas as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), posteriormente atualizadas pela Portaria nº 2.488/2011 e revisadas pela Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2016a, 2017). A PNAB resultou da articulação entre diversos atores sociais envolvidos historicamente com o alicerce e concretização do SUS, tal qual preconizam suas diretrizes (BRASIL, 2016a).

A concepção e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo território nacional, visou que esta fosse primordial à estruturação da AB (MALTA et al., 2016). Com intuito de ampliar a capacidade da ESF, consolidando a AB, ao ofertar um escopo de ações mais abrangente e resolutivas, foi criado pela Portaria 154 do Gabinete do Ministro, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; BRASIL, 2016b).

O trabalho dos profissionais inseridos no NASF deve ocorrer em parceria com os das equipes de Saúde da Família (eSF), havendo associação entre as dinâmicas de funcionamento de ambas e fortalecimento da interprofissionalidade; o que requer corresponsabilidade e desenvolvimento de ações compartilhadas, favorecendo a realização da clínica ampliada na AB (OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012; BARROS et al., 2015).

A prestação de cuidados pelo NASF deve superar a lógica curativa, especializada e fragmentada, apesar da composição por diversos núcleos profissionais, incluindo-se, além dos aspectos já explanados, o envolvimento dos usuários e a consideração de suas singularidades nos projetos desenvolvidos, perpassando-se ainda a educação popular, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009).

Associado às diretrizes do NASF, há o campo da alimentação e nutrição, respaldado primordialmente na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e na Política ao Direito Humano à Alimentação Adequada. Dentre o arcabouço da PNAN, tem-se a organização da atenção nutricional (AN), que “compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos” (BRASIL, 2012a, p. 26)

A AN deve perpassar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a conferir amplitude e integralidade às ações de alimentação e nutrição, sempre pautadas no perfil epidemiológico dos territórios; sendo necessária a articulação com diversos setores e o enfoque na vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012a; JAIME; SANTOS, 2014; JAIME, et al. 2018).

O explicitado se associa à compreensão de que a AN vincula-se a todas as fases da vida, considerando suas especificidades e as singularidades dos indivíduos, bem como a influência da família e comunidade no que tange à alimentação e nutrição; devendo-se esta área efetivar-se junto ao SUS, uma vez que se associa à qualificação, integração, resolutividade e humanização da RAS (BRASIL, 2012a).

Reforça-se que, apesar do nutricionista não ser o único responsável pela organização e implementação da AN, a importância de sua inserção baseia-se no cenário atual da epidemiologia da população brasileira, ainda permeada por doenças infecciosas, além da crescente demanda relativa às doenças crônicas e seus fatores de riscos, vinculados aos hábitos e estilo de vida da sociedade moderna e do aumento da violência e morte por causas externas (FITIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017).

Nas diretrizes do NASF estão descritos os eixos estratégicos das ações de alimentação e nutrição, os quais devem nortear a atuação das eSF, apoiadas pelos profissionais daquele núcleo, como: incentivar atividades que promovam práticas alimentares saudáveis, individual e coletivamente; participação no desenvolvimento de estratégias que auxiliem na promoção, prevenção e monitoramento de demandas assistenciais relacionadas à alimentação e nutrição, a citar as doenças crônicas não transmissíveis; realizar, no território de atuação, diagnóstico alimentar e nutricional e; fomentar a segurança alimentar e nutricional, almejando o direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2009).

Faz-se necessário, todavia, refletir sobre a formação em saúde, cujas bases ainda se encontram arraigadas em conteúdos biológicos, com frágil articulação às práticas sociais, o que pode desfavorecer o olhar ampliado para atuação no NASF (RECINE et al., 2014). Destaca-se,

pois, o importante papel da academia no processo ensino-aprendizagem de profissionais hábeis em transformar e colaborar com as políticas públicas, em especial aquelas vinculadas à PNAN (JUNQUEIRA; COTTA, 2014).

Nesta conjuntura, concebe-se essencial a inclusão de um elemento importante no âmbito das políticas públicas: a avaliação. Sua utilização tem sido reconhecida, nacional e internacionalmente, como imprescindível, devendo-se estimular uma cultura avaliativa constante e cíclica, destinada ao monitoramento da qualidade dos serviços prestados, planejamento das ações e melhoria dos desafios enfrentados; o que ainda é pouco realizado e publicizado, por meio de pesquisas que envolvam à AB no Brasil (ALENCAR et al., 2014; FRACOLLI et al., 2014; AKERMAN; FURTADO, 2016; NEVES et al., 2018).

Outrossim, sua implementação no SUS pode auxiliar na tomada de decisões, inclusive potencializando a racionalização do gasto público, sendo ainda uma ferramenta destinada à melhoria do desempenho dos programas, bem como do aperfeiçoamento e adequação das práticas (HARTZ, 1997; FELISBERTO, 2016).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB) surge como proposta ao fomento de uma cultura de análise, avaliação e intervenção por parte das equipes da ESF e dos NASF, que impactem em mudanças nas práticas dos serviços (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Ressalta-se que o PMAQ – AB é um programa nacional e abrangente, que coletou uma grande quantidade de dados, formando um extenso banco de dados, sendo premente a utilização, análise e compreensão dessas informações, não apenas pelo investimento empregado, mas – principalmente – para conferir devolutiva aos serviços (profissionais, usuários e gestores) e, com isso, otimizar a integralidade do cuidado.

Esta investigação objetiva avaliar a AN no âmbito do NASF em todo Brasil, a partir da AE do PMAQ – AB. Se justifica na medida em que conferirá informações a respeito das ações de NA realizadas pelos profissionais do NASF, sendo uma importante estratégia para verificar se suas diretrizes estão sendo implementadas, podendo orientar ações governamentais efetivas e provocar nos profissionais envolvidos reflexão e/ou transformação das práticas desempenhadas no cotidiano dos serviços.

Como objetivos específicos, destacam-se: a) Descrever as informações da avaliação externa do PMAQ – AB no tocante à atenção nutricional dos NASF; e, b) avaliar a implementação da AN pelos profissionais dos NASF, considerando suas diretrizes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O advento do SUS é dotado de marcos históricos que incluem não apenas eventos do campo da saúde, mas políticos e sociais. Nesse interim, cita-se a “Conferência Internacional sobre cuidados Primários em Saúde”, ocorrida em 1978, que originou a “Declaração de Alma-Ata”, a qual subsidiou – em anos posteriores – muitos dos preceitos do SUS. A exemplo disso, aborda que os cuidados primários em saúde devem ser prestados universalmente e representar o primeiro nível de assistência aos usuários (OMS, 1978).

Ademais, Alma-Ata ampliou a compreensão do contexto que permeia a saúde, na medida que explora a complexidade do aspecto social nessa conjuntura, elencando-o como condicionante e determinante do processo saúde-doença da população (TEJADA DE RIVERO, 2013). Dessa forma, valores e princípios dessa declaração permanecem relevantes e de implementação desafiadora (TULENKO et al., 2013).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, por sua vez, configura-se enquanto importante movimento de mobilização, sendo inclusive considerada determinante para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e SUS (SOUZA; COSTA, 2010; STEDILE et al., 2015).

A RSB emergiu em um processo pela redemocratização no país e se contrapunha ao modelo de saúde vigente até a segunda metade do século XX, semelhante ao descrito em Alma-Ata, recomendava o acesso universal e a ampliação do conceito da saúde (LARA; GUARESCHI; BERNARDES, 2016).

A construção do SUS modificou o modo meritocrático como a assistência à saúde ocorria no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, que passa a considerar a saúde como direito; tendo sido o projeto político da RSB base para o desenvolvimento do capítulo sobre a saúde (MENICUCCI, 2014). É nesse contexto que se inserem a Plenária das Entidades de Saúde e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, responsáveis pela importante transformação da redação da Constituição na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências” (BRASIL, 1990a, p. 01; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Ainda no âmbito do arcabouço legal do SUS, é válido citar a Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b, p. 01). A partir da vigência dessas leis, os municípios passam a ser os principais responsáveis pelas ações de saúde, tornando o processo descentralizado, como já sugestionado na VIII Conferência de Saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Os princípios doutrinários do SUS são a universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2012b). A compreensão desses princípios pelos profissionais de saúde, possibilita mudança de práticas, com vistas ao conceito ampliado de saúde, a humanização da assistência prestada, estabelecimento de vínculo com os usuários, sendo importante assegurar a participação destes na tomada de decisões nos serviços de saúde (LINARD et al., 2011; PONTES; OLIVEIRA; GOMES, 2014). Diante do advento do SUS e de seus princípios e diretrizes, o cuidado em saúde passou por um processo de transformação, sendo mais amplamente incluídas ações de prevenção, assistência e reabilitação (LANCMAN et al., 2013).

Ações e procedimentos do SUS estão dispostos em dois blocos: Atenção Básica e Média e Alta Complexidade. Ressalta-se que a presente explanação conferirá foco ao primeiro bloco citado. Nesse contexto tem-se a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, que aprova a PNAB (BRASIL, 2006a), atualizada pela Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, a qual revisa as diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011a).

Em 2017, novamente foram revisadas as diretrizes da PNAB, no âmbito do SUS, através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017; a qual teve sua proposta discutida e passou por Consulta Pública anterior à aprovação, destacando-se como propostas de modificação: validação da composição das equipes, a partir das necessidades dos territórios; inclusão de gerente nas Unidades Básicas de Saúde; após credenciamento, a partir de Portaria, a gestão municipal possui prazo máximo de quatro meses, para implantação da equipe; ampliar a atuação do NASF no escopo da AB; redução da população adscrita para 2.000 a 3.500 pessoas acompanhadas por equipe; efetivar o uso de prontuário eletrônico; bem como, ampliar o fomento à integração entre a vigilância em saúde e a AB (BRASIL, 2017).

Salienta-se que a AB é encarada como ordenadora da atenção, sendo estruturante do sistema de saúde e, por conseguinte, a ampliação da sua resolutividade é uma busca constante e um dos grandes desafios do SUS (RIZZOTTO et al., 2014).

A implantação da ESF pretendeu aproximar e conferir ampliação do acesso do usuário aos serviços de saúde e gerar a expansão destes, com intuito de reorientar o modelo assistencial e, nas últimas década, ampliou consideravelmente sua cobertura, porém em proporções diferentes entre as regiões do país (RODRIGUES; SANTOS; PEREIRA, 2014; MALTA et al., 2016). A ESF se configura enquanto prioridade para estruturação da AB, devendo subsidiar suas ações tanto as diretrizes e princípios do SUS quanto o desenvolvimento de ações com impacto favorável nas condições de saúde da população adscrita (LIMA et al., 2016).

A ESF é composta por equipe multiprofissional, tendo em si a justificativa de que o processo saúde-doença é multicausal e, dessa forma, pretende-se consolidar a integralidade do cuidado à população. Todavia, os desafios ainda permanecem, no tocante ao ajuste dessa multiprofissionalidade na perspectiva da interprofissionalidade, que de fato se evolve com a efetividade das ações (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

2.2 INSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O NASF foi instituído pela Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008). Sua criação busca ampliar a resolutividade da ESF, ao fomentar a retaguarda assistencial e técnico-pedagógica às eSF, consideradas equipes de referência. As ações de seus profissionais devem pautar-se nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade, favorecendo a clínica ampliada (BRASIL, 2008; OLIVEIRA; ROCHA; CUTOLO, 2012). Nessa perspectiva, em 2017, na portaria que revisa a PNAB (discutida no tópico 2.1), houve a proposta de alteração de sua nomenclatura, para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB), tendo em vista a prerrogativa de que complementem os diversos formatos das equipes de AB (BRASIL, 2017). Todavia, nesta pesquisa, o termo e preceitos anteriores continuarão em pauta, uma vez que o contexto em discussão ocorreu anterior a esta implantação.

Dentre as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) que podem compor o NASF, tem-se: Médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica), veterinário e médico do trabalho; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; profissional com formação em arte e educação (arte educador), além de profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2009).

No tocante às áreas estratégicas que o compõem, citam-se: a) saúde da criança/do adolescente e do jovem; b) saúde mental; c) reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; d) alimentação e nutrição; e) serviço social; f) saúde da mulher; g) assistência farmacêutica; h) atividade física/práticas corporais e i) práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

Nesse âmbito, cabe mencionar que os NASF são divididos em modalidades, cuja Portaria de nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012, redefiniu os parâmetros de vinculação dos NASF no tocante às Modalidades 1 e 2, bem como criou a Modalidade NASF 3 e conferiu outras providências (BRASIL, 2012c). As modalidades em pauta possuem características específicas quanto à carga horária semanal a ser cumprida e quantidade de eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) as quais se vinculam, sendo organizadas da seguinte maneira:

- NASF 1 – cada profissional poderá trabalhar entre 20 (vinte) e 80 (oitenta) horas semanais, conferindo um total mínimo de 200 (duzentas) horas semanais por equipe, com vinculação entre 5 (cinco) e 9 (nove) equipes;
- NASF 2 – cada categoria profissional deve trabalhar entre 20 (vinte) e 40 (quarenta) horas semanais, resultando a soma das cargas horárias da equipe em ao menos 120 (cento e vinte) horas semanais e deve vincular-se entre no mínimo 3 (três) e a no máximo 4 (quatro) equipes;
- NASF 3 – carga horária mínima de 20 (vinte) e máxima de 40 (quarenta) horas semanais por categoria profissional e mínimo de 80 (oitenta) horas semanais da soma de todos os profissionais que o compõe, atrelando-se entre 1 (uma) ou 2 (duas) equipes, de modo a inserir-se como equipe ampliada, estando vinculada de modo específico ao processo de trabalho da equipe de referência (BRASIL, 2012c).

As atribuições do NASF relacionam-se diretamente às da(s) equipe(s) de referência, fazendo com que ambas tenham seu processo de trabalho afetado. O Ministério da Saúde (MS) e as gestões municipais possuem diretrizes que norteiam os trabalhos desenvolvidos por essas equipes, orientando-as em relação ao território adscrito, as características da população atendida e aos eixos prioritários a serem seguidos (BARROS et al., 2015).

A exemplo do descrito tem-se o Caderno de Atenção Básica (CAB) de número 27, que trata das Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009) e sua versão atualizada CAB 39 NASF – volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (BRASIL, 2014). Ressalta-se, entretanto, que o presente trabalho desenvolveu-se alicerçado na versão de 2009, uma vez que a nova versão ainda não havia sido lançada, quando ocorreu o 2º Ciclo do Programa Nacional

de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, cujo banco de dados subsidiou este estudo.

Conforme explicitado no início dessa seção, o NASF pode desempenhar ações de cunho assistencial, contanto que a coordenação do cuidado seja das eSF ou das equipes vinculadas a populações específicas, bem como e associado à isso, conferir ênfase ao apoio matricial. Dessa forma, existe uma diversidade de atividades que perpassam a atuação dos trabalhadores dessas equipes, influenciadas pelos variáveis arranjos organizacionais que sua proposta permite, estando potencialmente priorizadas aquelas que convergem ao apoio matricial, uma vez que a quebra de paradigma do modelo de atenção, com vistas à integralidade do cuidado vem sendo mote de discussões no cenário nacional (GONÇALVES et al., 2015; PATROCINIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Na lógica do apoio matricial, fomenta-se o desenvolvimento de práticas em um movimento dialógico, em espaços que proporcionem a reflexão daquelas, exercitando cotidianamente a promoção de processos de interdisciplinaridade, necessários à consolidação da ESF (BARROS et al., 2015). Todavia, o direcionamento a essas ações ocorre em consonância à política de saúde que cada gestão municipal pretende adotar, ou seja, há interferência de aspectos políticos e econômicos, por exemplo, no que perpassa o modelo técnico-assistencial em saúde pelo qual se opta (SAMPAIO et al., 2013). Assim sendo, as ações dos trabalhadores do NASF, segundo pesquisa realizada por Lancman et al. (2013), são complexas e diversificadas e requerem rearranjos constantes.

O advento do NASF propende-se à corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, inclusive inserindo nesse contexto os usuários e suas singularidades, o que requer revisão crítico-reflexiva do processo de formação acadêmica em saúde, que por vezes não reforça a importância do usuário como centro da atenção. Dessa forma, apenas com a construção adequada das competências dos trabalhadores desse núcleo, é que – de fato – pode haver contribuição com a ampliação da resolutividade da AB (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014). Talvez por essas características e pela reivindicação de trabalhadores de outras ocupações em participarem da ESF, que predominantemente os NASF têm sido compostos por profissionais não médicos em âmbito nacional (PATROCINIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Estudo realizado por Volponi, Garanhani e Carvalho (2015) procurou demonstrar que, em determinada medida, os NASF constituíram-se enquanto dispositivos capazes de provocar mudanças ao processo de trabalho e produção do cuidado, o que os enquadra em conformidade aos seus preceitos.

Entretanto, os desafios também são detectados no cotidiano desses núcleos, assim como das equipes às quais se encontram vinculados. Entre eles associa-se à constatação de Araújo e Galimbertti (2013), sobre a ineficácia das práticas colaborativas, dificuldades na organização dos processos de trabalho, incluindo-se o destaque ao trabalho assistencial, minimizando o desenvolvimento do apoio matricial. Esta última explanação foi similar a encontrada nas discussões de Bonaldi e Ribeiro (2014), que trataram da promoção da saúde vinculada aos NASF e perceberam que o foco nas doenças, indicadores e metas permanecem arraigados na conjuntura de atuação desses trabalhadores. Em ambos os estudos, há questionamentos sobre às condições de trabalho ofertadas, tanto no tocante à estrutura quanto ao planejamento e gestão em saúde.

Além do descrito, outro aspecto desafiador nos NASF, bem como na ESF em geral, é a alta rotatividade de trabalhadores, fato que influencia a vinculação entre as equipes e a comunidade e a longitudinalidade do cuidado (GIOVANI; VIEIRA, 2013). Corroborando o elucidado, em pesquisa desenvolvida no município de João Pessoa, a rotatividade também foi elencada como algo que fragiliza as ações dos NASF, citando-se ainda, nessa mesma perspectiva, a diminuta qualificação dessas equipes (VASCONCELOS; MAGALHÃES, 2016). O explicitado gera descontinuidade ao trabalho desenvolvido, o que deve ser repensado e superado, para que não haja ruptura com o modelo de saúde em vigência.

Salienta-se que a literatura sobre NASF necessita ser melhor explorada, mediante sua relevância ao SUS, ao passo que se vincula à reorganização da demanda por serviços especializados e à qualificação do cuidado em saúde (SILVA et al., 2012). Assim sendo, o uso de tecnologias inovadoras a que se propõe os NASF necessita ter sua operacionalização analisada em meio às diversas maneiras como vem sendo implantado e implementado, possibilitando orientação à tomada de decisão pelos gestores nas três esferas de governo (LANCMAN et al., 2013; SAMPAIO et al., 2013). Sendo esse um dos resultados esperados para o estudo em tela.

2.3 A ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição foi publicada em 1999 e atualizada em 2012, reforçando em suas diretrizes, a importância da atenção nutricional (AN) para a integralidade do cuidado em saúde e alicerçando-a na vigilância alimentar e nutricional (VAN),

promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS), assim como prevenção e controle de agravos vinculados à nutrição (BRASIL, 2012a; JAIME et al. 2018).

No tocante à VAN, explicita-se sobre sua primordial função no auxílio à organização e avaliação da AN, pois se utiliza das informações geradas a partir do registro de dados antropométricos e do consumo alimentar, para o planejamento de estratégias que otimizem as ações do componente da alimentação e nutrição, com vistas à melhoria da atenção à saúde, incentivada pela práxis dos profissionais que a desenvolvem (JAIME; SANTOS, 2014; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017).

A PAAS, por sua vez, compõe um dos aspectos discutidos pela Política Nacional de Promoção da Saúde, uma vez que se constitui como um direito básico e fundamental, além de ser determinante e condicionante da saúde em seu contexto ampliado, por isso, deve ser tema central da AN e fortalecida pelas ações do NASF, inclusive na direção de favorecer a disponibilidade, adequação e acesso a uma alimentação adequada e saudável (QUEIROZ; MOTA; CARDOSO, 2015).

Nessa conjuntura, ainda emerge a relevância da segurança alimentar e nutricional (SAN), pautada na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, a qual dispõe sobre sua definição e institui o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), visando à concretização de seus preceitos (BRASIL, 2006b). A SAN vem sendo discutida mundialmente, por se tratar da efetivação do direito ao acesso a alimentos, com qualidade e quantidade suficientes, de modo a não intervir nas demais necessidades essenciais; requerendo a articulação intersetorial e a descentralização das ações, para que sua ocorrência seja qualificada e voltada à melhoria das condições de vida da população assistida (SUZART, FERREIRA, 2018; VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

Entretanto, a insegurança alimentar e nutricional ainda é considerável no cenário brasileiro, englobando aspectos como a transição nutricional, as deficiências de nutrientes e estando também relacionada às doenças crônicas não transmissíveis e outros agravos na perspectiva do campo da alimentação e nutrição. É neste sentido que políticas e programas têm sido implementados, apoiados na intersetorialidade, tendo suas construções dotadas de planejamento compartilhado, o que compreende desde o traçar dos objetivos aos modelos de monitoramento e avaliação (ALVES; JAIME, 2014). Estas autoras ainda explanam sobre a relevância de alinhamento no próprio setor saúde, vislumbrando-se uma melhor articulação entre PNAN e Política Nacional de SAN e entre SUS e SISAN, o que pode ser favorável as suas implementações.

O contexto exposto respalda a importância da inserção da AN nas diretrizes do NASF, as quais ainda abarcam a PNAB e o Direito Humano à Alimentação Adequada, conferindo o arcabouço do campo da alimentação e nutrição (BRASIL, 2009). Assim sendo, subsidiar as ações da AN mediante o perfil epidemiológico da população adscrita faz-se necessário, assim como o estímulo ao acompanhamento longitudinal dos usuários, à articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e dos diversos setores, com consequente enfoque na vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012a; JAIME; SANTOS, 2014; JAIME, et al. 2018).

Ademais, uma leitura da situação epidemiológica nacional reitera quão necessárias são as ações de AN no escopo da AB, tendo em vista o necessário acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, permeado pelo incentivo à amamentação e posterior alimentação complementar, do período gestacional, de usuários acometidos por doenças e agravos não transmissíveis, com vistas à promoção de hábitos alimentares e modos de vida saudáveis, ampliando a qualidade das intervenções realizadas nesse nível de atenção à saúde (CERVATO-MANCUSO et al., 2012; MAIS et al., 2015).

Na direção do explicitado, destaca-se que a formação em saúde precisa conferir enfoque nos elementos abordados nesta seção e fomentar abordagens profissionais que considerem o contexto biopsicossocial e espiritual dos usuários, bem como suas necessidades e vulnerabilidades identificadas, favorecendo a harmonização entre teoria e prática (LEITE; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2014). Inclusive, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), deve-se primar por uma formação generalista e ampla, com enfoque nas necessidades de saúde da população brasileira e no SUS, visando o trabalho multiprofissional e interprofissional, tal qual preconizado pelos eixos norteadores do NASF (COSTA, 2009; PINHEIRO et al., 2012; TEO; ALVES; GALLINA, 2016).

Nesse escopo, e visando que a AN auxilie à produção do cuidado, há o requerimento da vinculação entre ensino, serviço e sociedade, objetivando instigar a utilização de inovadoras estratégias no cerne do ensino-aprendizagem, incluindo-se a aquisição de habilidades e desempenhos transdisciplinares, proporcionados pelo desenvolvimento de múltiplas ações, cuja abordagem da prática educativa em alimentação e nutrição, ocorra de modo horizontal e perpassada pela criticidade e amorosidade (PINHEIRO et al., 2012; CRUZ; MELO NETO, 2014; JÚNIOR; ALBERTO, 2016).

Conforme já abordado, o nutricionista não é o único responsável pela efetivação das ações de AN no âmbito do NASF, inclusive porque podem existir equipes sem esse profissional

em sua composição. Entretanto, a presença dele torna-se relevante, por poder fortalecer o apoio matricial às equipes de AB, ao compartilhar conhecimentos sobre as diversas facetas da área da alimentação e nutrição e construir uma rede de apoio, que pode impulsionar o preconizado à AN (FITTIPALDI; BARROS; ROMANO, 2017).

Assim sendo, o compartilhamento de saberes, práticas e responsabilidades entre os profissionais das ESF e do NASF deve ser estimulado. Além disso, a lógica individual que perpassa, por vezes, o processo de formação desses trabalhadores necessita ser superada e novas habilidades adquiridas, como planejamento em saúde e a capacidade de gestão. Essas novas dimensões contempladas pelas diretrizes do NASF no âmbito da nutrição, constituem-se marco da inserção dessas políticas e programas sociais para além dos que possuem enfoque na alimentação e nutrição (RODRIGUES; BOSI, 2014).

2.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação implica em atribuir valor ao desenvolvimento das práticas, visando refletir sobre seu desempenho e possibilidades de melhoria, o que necessita da utilização de ferramentas que ofereçam informações fidedignas e de modo contínuo (ALENCAR et al., 2014; NICOLA; PELEGRINI, 2018). No setor saúde, a valorização da avaliação é crescente, dada possibilidade de incluir a participação de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços, em processos de monitoramento que lhes aproximem do modelo de atenção adotado e suas características, podendo auxiliar na qualificação das políticas de saúde (ALENCAR et al., 2014; FRACOLLI et al., 2014; GONTIJO et al., 2017).

Nesta direção, o processo avaliativo relaciona-se não apenas à qualidade da assistência prestada, mas dos custos implicados nisso. A partir dela é possível inferir se o preconizado teoricamente e os resultados esperados para Programas, Políticas ou Estratégias estão sendo efetivados, ofertando panorama de como estão ocorrendo as associações entre as ações desenvolvidas e os efeitos provenientes delas, bem como da possibilidade de tomadas de decisões mais adequadas e eficazes (ALVES; LACERDA, 2015; MAGALHÃES, 2016).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a avaliação considera atributos essenciais e derivados. Os primeiros citados são compostos por: acessibilidade ao primeiro contato do usuário em relação ao serviço procurado; longitudinalidade do cuidado; integralidade da atenção à saúde; e coordenação desta atenção (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Já os atributos derivados, classificam-se por: orientação familiar e comunitária, assim como competência cultural (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

A APS vem sendo implantada com conformações diferentes, dependentes do modelo de proteção social à saúde adotado pelos países (AKERMAN; FURTADO, 2016). Por isso que estes autores reforçam a importância de publicações que abordem o tema, vislumbrando-se compreender as peculiaridades nacionais e internacionais da avaliação sobre o funcionamento da APS.

A avaliação em saúde no Brasil perpassa diversos contextos históricos, inclusive no tocante aos resultados da organização do SUS (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Essa cultura avaliativa vem sendo estimulada, tal qual movimentos internacionais, através da utilização de diferentes instrumentos e metodologias, vislumbrando-se que – ao monitorar as ações desenvolvidas – as políticas públicas e programas sejam melhor planejados e geridos, corroborando o já explicitado nesta seção (SANTOS; RAUPP, 2015; AKERMAN; FURTADO, 2016; NICOLA; PELEGRINI, 2018).

Hartz (1999) afirma que a avaliação necessita possuir multiplicidade de focos, mas que se conectem, pois – dessa forma – será possível demonstrar efetivamente a associação existente entre as intervenções realizadas e os estados de saúde observados. Assim sendo, os processos avaliativos relativos à AB necessitam extrapolar a histórica fragilidade de suas iniciativas e propostas, para que possa favorecer à transformação das práticas (CARVALHO et al., 2016).

Nesta conjuntura, Rocha et al. (2008) realizaram estudo sobre a avaliação do – à época – Programa de Saúde da Família, em 21 municípios do Nordeste, utilizando enquanto amostra: gestores, profissionais da eSF e usuários; e concluíram que a institucionalização de processos avaliativos em diversas dimensões, possibilita uma revisão contínua dos resultados, favorecendo ainda a autoavaliação, assim como a avaliação externa (ROCHA et al., 2008).

Dentre os instrumentos de avaliação da qualidade tem-se o *Primary Care Assessment Tool*, que foi validado para o Brasil e utiliza, conjuntamente, os atributos essenciais e derivados, de forma a identificar elementos de melhoria, para a adequação da atenção à saúde e tem sido o mais utilizado pelas pesquisas publicadas na área (ANTUNES; PADOIN; PAULA, 2018; NICOLA; PELEGRINI, 2018).

Esta investigação, entretanto, pauta-se no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), instituído pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde e considerado uma das primordiais políticas voltadas para a AB (BRASIL, 2011b). Essa Portaria apostila como principal objetivo do Programa:

Induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011b, p. 4)

Dessa forma, o PMAQ – AB vislumbra a organização da AB, com vistas ao fortalecimento das ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde da população nesse nível de atenção, ampliando a resolutividade, conforme preconizado (GALAVOTE et al., 2016).

A organização das ações desenvolvidas pelo PMAQ – AB encontra-se em quatro fases, continuamente cíclicas, a citar: adesão e contratualização; desenvolvimento; Avaliação Externa; e recontratualização (BRASIL, 2011b).

A avaliação é realizada através da parceria entre MS e diversas instituições de ensino e pesquisa (RODRIGUES; SANTOS; PEREIRA, 2014). Essa avaliação fixa-se nas atividades e ações desenvolvidas pelos profissionais, configurando-se enquanto processo participativo, uma vez que além dos pesquisadores e profissionais, os usuários são inclusos no processo. Através dela é possível detectar áreas prioritárias da atenção à saúde, podendo repercutir, por exemplo, no realinhamento das ações prestadas à população (TEIXEIRA et al., 2014).

Utilizar os resultados da avaliação do PMAQ – AB é uma possibilidade plausível de entender como as equipes vinculadas à AB ordenam o acesso à RAS e coordenam o cuidado à população adscrita (MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014). Essa compreensão é importante do ponto de vista dos NASF e do enfoque à atenção nutricional, pois a partir da inferência do modo de organização das equipes, de quais ações estão sendo priorizadas e de como seu desempenho está ocorrendo, torna-se possível pensar em transformações, caso necessárias, à melhoria do atendimento da população e avanço no bojo das políticas públicas do Brasil, com especial vinculação à AB e às ações de alimentação e nutrição (BARROS et al., 2015; GONÇALVES et al., 2015).

Nesse sentido, apesar do pouco tempo de implantação do PMAQ – AB, estudos vêm sendo publicados em diversas esferas do que este abarca. Dentre eles, o de Fontana, Lacerda e Machado (2016), realizado em municípios de Santa Catarina, concluiu que o Programa possui, independentemente do porte populacional, viável desempenho.

Além disso, os mesmos autores apostilaram a existência de avanços da gestão dos municípios pesquisados quanto ao processo de trabalho na AB, a citar a melhoria da infraestrutura ofertada às equipes. Todavia, também foi possível elencar lacunas no tocante à

aspectos como instrumentos de participação popular e articulação do trabalho, o que inclui a intersetorialidade. Diante disso, percebe-se que o PMAQ – AB pode ter sido um dos responsáveis pela otimização de estrutura física das Unidades de Saúde da Família, tendo ainda elucidado que há fragilidade em aspectos que são prementes à AB, o que provavelmente auxiliará na realização de ações com vistas à qualificação daquela, sem perder de vista a pluralidade de aspectos que possivelmente interferem no desempenho das equipes no Programa (CARVALHO et al., 2016).

A pesquisa realizada por Rocha et al. (2016) faz menção à autoavaliação e aos aspectos que se vinculam a ela por meio do PMAQ – AB, a citar o aperfeiçoamento profissional relacionado à Educação Permanente em Saúde. Diante disso, refletem sobre a premência da otimização da gestão da AB, com vistas a proporcionar processos inovadores, direcionados ao extrapolar do modelo biomédico, uma vez que há multiplicidade de aspectos que perpassam o cuidado em saúde nesse nível de atenção e cuja lógica organizativa não utilize de punição aos processos de trabalho incoerentes com o preconizado pela PNAB e demais diretrizes relacionadas.

Além da autoavaliação, outro mecanismo importante proposto pelo PMAQ – AB, e que vem sendo debatido pelos estudos, é o acompanhamento e análise de indicadores de saúde, tanto de monitoramento quanto de desempenho, que pode fortalecer a discussão coletiva e reflexão sobre a prática, orientando o planejamento e a realização de ações promotoras de mudanças, ao que tenha sido identificado como pouco satisfatório, almejando-se uma efetiva melhoria ao acesso e qualidade da AB, o que possivelmente será observado pela avaliação externa (CARVALHO et al., 2016; FEITOSA et al., 2016).

Dessa forma, é possível perceber o encadeamento entre as dimensões propostas pelo Programa e como os mecanismos utilizados contribuem positivamente com a qualificação da AB, sendo necessário que os envolvidos com o processo compreendam que eles devem ser contínuos, sempre com o foco nas necessidades de saúde da população (FEITOSA et al., 2016).

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 TIPO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Esta pesquisa refere-se a um estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados secundários de base nacional, coletados no 2º ciclo de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB), desenvolvido entre o ano de 2013 e o primeiro semestre de 2014, uma vez que – ao início desta pesquisa – constituía-se como o ciclo mais atualizado, com banco de dados completamente preenchido. A unidade de análise caracterizou-se como Unidade da Federação, correspondendo ao cenário das 1.773 Equipes dos NASF nos seus respectivos Estados, a partir de sua adesão voluntária ao PMAQ – AB.

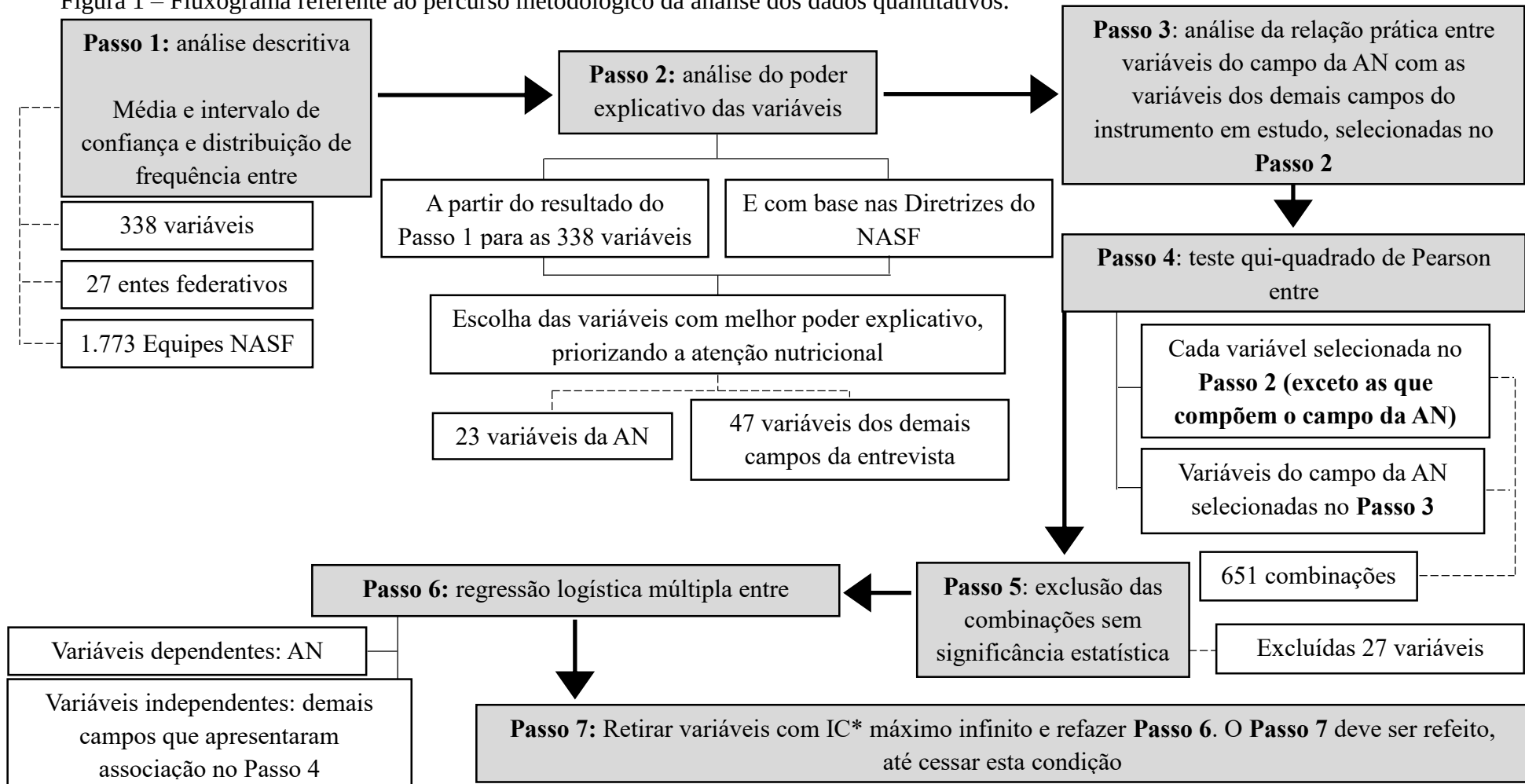
Todos os dados foram obtidos por meio das entrevistas estruturadas realizadas com as Equipes dos NASF contratualizadas, a partir do “*Instrumento de Avaliação Externa: Saúde Mais Perto De Você*”, referente ao “*Módulo IV - Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde*” (ANEXO C) (BRASIL, 2013).

As entrevistas, registradas mediante o uso de *tablets*, foram realizadas com um profissional do NASF, definido como sujeito da pesquisa, determinado à critério da equipe que compunha e contatado pelo entrevistador, integrante de uma equipe de avaliadores da qualidade, selecionados e capacitados por integrantes de Instituições de Ensino e Pesquisa em âmbito nacional, elencadas no ANEXO D, que apoiaram o Ministério da Saúde no desenvolvimento do 2º ciclo do PMAQ – AB.

3.1.1 Análise dos Dados Quantitativos

O banco de dados utilizado nesta pesquisa é de domínio público, passível de acesso, a partir do site <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo>, seguindo-se respectivamente as etapas: a) acessar aba “Microdados da avaliação Externa”; b) “Módulo IV NASF”; e, c) “Microdados NASF Brasil”. Todos os dados foram exportados para o programa estatístico StataSE, versão 14 e a análise constou de sete passos, com esquema explicativo disposto na Figura 1. Evidencia-se que cada indagação contida na entrevista foi considerada uma variável, tendo sido passíveis de estatísticas análises, conforme os passos descritos.

Figura 1 – Fluxograma referente ao percurso metodológico da análise dos dados quantitativos.



Fonte: Próprio autor.

*Intervalo de confiança

Inicialmente ocorreu a análise descritiva dos dados, obtendo-se médias e intervalos de confiança 95%, quando o dado foi contínuo; como também as distribuições de frequência das 338 variáveis contidas no instrumento do estudo. Ressalta-se que estas foram contabilizadas a partir do questionamento 3.1, excluídas as variáveis de “Identificação Geral” e “Identificação da Unidade”.

Cada variável foi analisada, considerando as frequências das suas categorias, para identificar o seu poder explicativo, ou seja, variáveis que tinham mais de 95% de suas respostas em somente uma categoria refletiam aspectos muito uniformes da atuação do NASF, não sendo capazes de agrupar equipes com características diferentes e, portanto, excluídas da análise. Todas as variáveis foram dicotomizadas nas categorias de análise: “sim” ou “não”, e as respostas “não se aplica” transformadas em “não”, de modo a ter a porcentagem absoluta de “sim” no universo da pesquisa, sendo as frequências expostas nas Tabelas da seção dos resultados do artigo (APÊNDICE D).

Diante disso e mediante a compreensão dos especialistas executores desta pesquisa sobre as diretrizes do NASF, foram excluídas as variáveis que apresentaram menor relação prática com a AN (Passo 2 e 3). Como resultado, foram selecionadas as 23 variáveis contidas no eixo específico da AN e mais 47, dos demais eixos do instrumento trabalhado. Na seção dos apêndices encontra-se quadro que expõe as variáveis do banco de dados incluídas, à título de análise, após os passos supracitados (APÊNDICE A).

No Passo 4 foi verificada a associação entre cada variável da AN e as variáveis dos demais eixos (47 variáveis), que correspondiam a questões referentes à: 1 Estrutura física, 2 Educação Permanente (EP), 3 Planejamento das ações do NASF, 4 Organização do apoio matricial às equipes de AB (eAB), 5 Gestão da demanda e da atenção compartilhada, 6 Atenção às pessoas com doenças crônicas, 7 Atenção à saúde materno-infantil, 8 Áreas específicas, 9 Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e 10 Apoio à organização do processo de trabalho das equipes, com a aplicação do teste qui-quadrado, considerando nível de significância de 5%.

Tais variáveis estão expostas no APÊNDICE B (Passo 5) e não participaram dos passos seguintes. Considerou-se relevante também expor as variáveis que continuaram no estudo, após este passo, as quais se encontram descritas no APÊNDICE C.

Os resultados do quarto passo subsidiaram a execução do Passo 5, que foi a exclusão das análises das variáveis sem associação estatística com as atividades de AN. Foram excluídas 27 associações, utilizando-se 624 para ocorrência dos modelos de regressão múltipla.

O Passo 6 compôs-se da construção de modelos de regressão logística múltipla, entre cada variável dependente, constituídas pelas 23 variáveis das ações de AN, e as variáveis independentes que apresentaram associação no Passo 5, compostas pelas indagações dos demais eixos da entrevista utilizada, as quais foram incluídas progressivamente, quando $p < 0,20$. Como critério de entrada no modelo, considerou-se valor de $p \leq 0,05$, sendo retirado do modelo $p > 0,10$, segundo a estatística *Wald* (Passo 7) (WALD, 1943). Segue, no Quadro 1, a apresentação geral das variáveis dependentes e independentes, utilizadas nos modelos. Explana-se que as variáveis dependentes podem ser classificadas por meio quatro perguntas centrais (em negrito) e seus desdobramentos, o que inclusive determinou a formação de cada Tabela exposta nos resultados.

Quadro 1 – Listagem das variáveis dependentes e independentes utilizadas no modelo de regressão logística.

Variáveis Dependentes
19.1 – O NASF apoia o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional?
19.2.1 – Esse apoio se dá por meio de: Coleta e registro de dados antropométricos dos usuários em prontuários e/ou cadernetas de saúde e/ou sistemas de informação
19.2.2 – Esse apoio se dá por meio de: Coleta e registro de dados de consumo alimentar dos usuários em prontuários e/ou cadernetas de saúde e/ou sistemas de informação
19.2.3 – Esse apoio se dá por meio de: Monitoramento da situação alimentar e nutricional e análise de informações para tomada de decisão
19.3 – O NASF apoia o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável?
19.4.1 – Esse apoio se dá por meio de: Promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável
19.4.2 – Esse apoio se dá por meio de: Desenvolvimento de ações junto ao Programa Saúde na Escola e/ou no âmbito escolar
19.4.3 – Esse apoio se dá por meio de: Desenvolvimento de ações junto aos polos do Programa Academia da Saúde ou programa similar de atividade física
19.4.4 – Esse apoio se dá por meio de: Desenvolvimento de ações nos grupos já desenvolvidos na UBS ou outros espaços do território
19.4.5 – Esse apoio se dá por meio de: Interlocução com setores responsáveis pela cadeia de produção agrícola

19.4.6 – Esse apoio se dá por meio de: Articulação intersetorial nos casos de risco de segurança alimentar e nutricional
19.5 – O NASF apoia o desenvolvimento de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição (exemplo: as carências de micronutrientes, desnutrição, obesidade, diabetes, intolerância e alergias alimentares)?
19.6.1 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Construção de Projeto de Saúde do Território
19.6.2 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Construção de Projeto Terapêutico Singular
19.6.3 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Qualificação das ações dos programas de suplementação de micronutrientes
19.6.4 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Processos de Educação Permanente nestes temas
19.6.5 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Atenção individual e/ou domiciliar aos casos priorizados junto às equipes de AB
19.6.6 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Articulação com outros pontos da rede de atenção para continuidade do cuidado
19.7 – O NASF apoia o desenvolvimento de ações de articulação intersetorial para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional?
19.8.1 – Esse apoio se dá por meio de: Articulação com espaços de produção, comercialização e distribuição de alimentos no território (como agricultura familiar, hortas urbanas, feiras, restaurantes populares, cozinhas comunitárias, supermercados e outros)
19.8.2 – Esse apoio se dá por meio de: Articulação com os equipamentos sociais do território
19.8.3 – Esse apoio se dá por meio de: Encaminhamento de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza para cadastro em programas sociais
19.8.4 – Esse apoio se dá por meio de: Disponibilização de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população adstrita para as instâncias de gestão e controle social
Variáveis independentes
4.1 – Existem cronogramas ou escalas de utilização das salas das unidades que contemplem as ações programadas para os profissionais do NASF?
4.2.2 – Quais espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades? Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS
4.2.3 – Quais espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades? Sala de reuniões na unidade

4.2.4 – Quais espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades? Espaços no território (exemplo: parques, escolas ou praças)
4.5 – A gestão disponibiliza os insumos necessários para o NASF realizar suas atividades?
6.4 – É oferecida educação permanente para os profissionais do NASF?
7.3.1 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Dados epidemiológicos do município
7.3.2 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Principais problemas de saúde do território
7.3.3 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Principais demandas das eAB
7.3.4 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Perfil da demanda atendida pelo NASF
7.3.5 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Desafios apontados na autoavaliação
7.8 – O NASF participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes da AB apoiadas?
9.5 – O NASF participa do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as eAB?
10.1 – O NASF monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada?
10.2.1 – O NASF avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para atenção especializada
10.2.2 – O NASF avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF
10.2.3 – O NASF avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Análise dos indicadores de saúde da população do território
10.2.4 – O NASF avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Análise das situações de saúde dos casos compartilhados
10.2.6 – O NASF avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Não avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas

12.3 – O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?
12.4.5 – De que forma se dá esse apoio? Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição
12.4.8 – De que forma se dá esse apoio? Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
12.4.9 – De que forma se dá esse apoio? Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico
14.3 – O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas?
14.4.3 – Quais ações o NASF realiza para o cuidado da saúde da mulher? Oferta atividades específicas para este momento do ciclo de vida (exemplo: orientação alimentar, práticas corporais, grupos, etc.)
14.4.4 – Quais ações o NASF realiza para o cuidado da saúde da mulher? Construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular nos casos de gestação de alto risco
14.4.5 – Quais ações o NASF realiza para o cuidado da saúde da mulher? Acompanhamento de visitas domiciliares no puerpério, auxiliando a equipe na identificação de necessidades de cuidado e nas intervenções
14.5 – O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças no território?
14.6.1 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Acompanhamento individual da criança
14.6.2 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Atendimento domiciliar à criança com algum agravo
14.6.3 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Orientações aos familiares
14.6.4 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Atendimento às situações em que há dificuldade na relação entre pais ou cuidadores e crianças
14.6.5 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Apoio na avaliação dos casos, identificando necessidades de cuidado
14.6.6 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Suporte na identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças
14.6.7 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar

14.6.8 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Articulação com escola e com o Programa Saúde na Escola, se houver
14.7 – O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde?
14.8.1 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes (exemplo: deficiência de ferro e vitamina A)
14.8.2 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Acompanhamento das crianças com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar
14.8.3 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Acompanhamento das crianças prematuras ou que tiveram restrição do crescimento intrauterino
14.8.6 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Suporte às equipes nas decisões acerca dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
16.1 – O NASF realiza ações em alguma dessas 5 áreas: Práticas Integrativas e Complementares, Assistência Farmacêutica, Atenção Nutricional, Saúde do Trabalhador, Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes?
16.2.3 – Em quais áreas? Escolha até duas opções: Assistência Nutricional
16.2.5 – Em quais áreas? Escolha até duas opções: Apoio à Organização do Processo do Trabalho
17.2.4 – Quais ações são realizadas? Plantas medicinais e fitoterapia
17.2.5 – Quais ações são realizadas? Homeopatia
21.1 – O NASF apoia a gestão e o planejamento da equipe AB?

Fonte: Próprio autor, baseado em Brasil (2013).

Para as variáveis independentes que ficaram no modelo final, foi estimado o valor do de cada uma sobre a variável dependente (referente à AN) do respectivo modelo. Este efeito foi expresso em *Odds Ratio*, com nível de significância de 5%.

A avaliação de cada modelo foi feita por meio das estatísticas de Função de Verossimilhança, Cox-Snell R^2 e Nagelkerke R^2 . Os modelos com coeficientes de determinação (R^2) menores que 0,25, foram desconsiderados, por isso, os resultados abordarão 21 variáveis dependentes, ao invés de 23 (excluídas neste processo: 19.4.5 e 19.8.1). Nas colunas indicadoras estão as variáveis independentes e no corpo da tabela os valores de OR ajustado de cada variável. As variáveis que não apresentaram nenhuma relação com as variáveis dependentes de cada tabela não são mostradas. Os valores dos coeficientes de determinação dos modelos são mostrados na primeira linha de cada tabela.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um subprojeto vinculado ao Projeto Integrado de título “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”. Este foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, recebendo o parecer de Nº 21.904, datado de 13 de Março de 2012 (ANEXO A), conforme preconizam as normas éticas e reivindicações legais em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d).

Todavia, visando facilitar os processos de publicação dos dados da pesquisa; o projeto que resultou neste trabalho foi apropriadamente cadastrado na Plataforma Brasil de Pesquisa Científica e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com parecer aprovado (número 2.175.310 e CAEE: 70038017.1.0000.5188), exposto no ANEXO B.

Salienta-se que os processos realizados na presente pesquisa não gerarão restrição de segurança à vida de seus participantes, bem como não vinculam problemáticas a aspectos éticos de experimentação com seres humanos.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 374 p. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

ALENCAR, M. N. de et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, fev. 2014.

ALVES, D. C. I.; LACERDA, R. A. Avaliação de Programas de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde de Hospitais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. spe, p. 65-73, dez. 2015.

ALVES, K. P. S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4331-4340, nov. 2014.

ANTUNES B. S., B. S.; PADOIN, S. M. M.; PAULA C. C. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde: criança e adolescente vivendo com HIV. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, e20170233, 2018.

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.

BONALDI, A. P.; RIBEIRO, M. D. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 195 – 203, abr/jun 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Congresso. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a, p. 1-13. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2016.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b, p. 1-2 Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – Republicada em 04 de março, Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica; n. 27** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 Jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011** – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-BA, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em: 19 Jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 84 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, DF, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – aceso e qualidade**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 15 Ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

CARVALHO, M. F. et al. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: estratégias utilizadas em dois estados nordestinos. **Rev. Gest. Saúde**, Brasília, v. 7, Supl. 1, p. 875-888, jul. 2016.

CASTRO, R. C. L. de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, set. 2012.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, Dec. 2012.

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de professores de nutrição: uma omissão consentida? **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 97-104, jan./fev. 2009.

CRUZ, P. J. S. C.; MELO NETO, J. F. de. Educação popular e nutrição social: considerações teóricas sobre um diálogo possível. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1365-1376, 2014.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S. P.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

FEITOSA, R. M. M. et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 821-829, 2016.

FELISBERTO, E. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, 2016.

FITTIPALDI, A. L. M.; BARROS, D. C. de; ROMANO, V. F. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 793-811, 2017.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, set. 2016.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, dez. 2014.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS – Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 1-14, dez. 2013.

GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, jun. 2015.

GONTIJO, T. L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, set. 2017.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>>. Acesso em: 10 Jul. 2016.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

JAIME, P. C.; SANTOS, L. M. P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. **Divulg. saúde debate.**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 72-85, out. 2014.

JAIME, P. C. et al. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, jun. 2018.

JÚNIOR, A. P. S.; ALBERTO, N. S. M. C. Teoria e prática em segurança alimentar e nutricional em cursos de nutrição do Piauí. **R. Interd.** Teresina, v. 9, n. 1, p. 191-206, jan./mar. 2016.

JUNQUEIRA; T. S.; COTTA, R. M. M. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro v. 19, n.5, p. 1459-1474, 2014.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, Campinas, v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013.

LARA, L.; GUARESCHI, N. M. F.; BERNARDES, A. G. Reforma Sanitária e a privatização da saúde em um contexto biopolítico de garantia de direitos. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 360-368, ago. 2016.

LEITE, D. F.; NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 507-525, 2014.

LIMA, E F. A. et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro v. 20, n. 2, p. 275-280, jun. 2016.

LINARD, A. G. et al. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n.1, p. 114-20, 2011.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1767-1776, jun. 2016.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, July 2009.

MAIS, L. A. et al. Formação de hábitos alimentares e promoção da saúde e nutrição: o papel do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Rev. APS.**, v. 18, n. 2, p. 248 – 255, abr./jun. 2015.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out. 2014.

MALTA, D. C. et al. Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, fev. 2016.

MENICUCCI, T. M. G. The history of the public health reform in Brazil and of the Sistema Único de Saúde: changes, continuities, and the current agenda. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, Mar. 2014.

NEVES, R. G. et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00072317, 2018.

NICOLA, T.; PELEGRINI, A. H. W. Avaliação em saúde nos serviços de atenção primária no Brasil: revisão integrativa da literatura. **J. nurs. health.**, Pelotas, v. 8, n. 1, e188102, 2018.

OLIVEIRA, I. C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas Palavras sobre o NASF: Relatando uma Experiência Acadêmica. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 574 – 580, 2012.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 Jul. 2016.

PATROCINIO, S. S. S. M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 105-119, dez. 2015.

PINHEIRO, A. R. O. et al. Percepção de professores e estudante em relação ao perfil de formação de nutricionista em saúde pública. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 5, p. 632-643, set./out. 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 358-372, out. 2014.

PONTES, A. P. M.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. The principles of the Brazilian Unified Health System, studied based on similitude analysis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 59-67, fev. 2014.

PRATES, M. L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, 2017.

QUEIROZ, A.; MOTA, I.; CARDOSO, S. O Direito à Alimentação Saudável no Contexto das Políticas Nutricionais. **Acta Port Nutr**, Porto, n. 2, p. 34-37, set. 2015.

RECINE, E. et al. Saúde coletiva nos cursos de Nutrição: análise de projetos político-pedagógicos e planos de ensino. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 27, n. 6, p. 747-760, nov./dez. 2014.

RIZZOTTO, M. L. F. et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 237-251, out. 2014.

ROCHA, E. S. et al. Perspectivas avaliativas da gestão da Atenção Básica em município de médio porte. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 01, p. 08-14, jan./jun. 2016.

ROCHA, P. M. et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, 2008.

RODRIGUES, D.C.M.; BOSI, M. L. M. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 27, n. 6, p. 735-746, nov./dez., 2014.

RODRIGUES, V.; SANTOS, C. R. I.; PEREIRA, M. C. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 173-181, out. 2014.

SAMPAIO, J. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: refletindo sobre as acepções emergentes da prática. **R bras ci Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 1, p. 47-54, 2013.

SANTOS, G. K.; RAUPP, F. M. Monitoramento e avaliação de resultados dos programas governamentais delineados no PPA. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 6, p. 1429-1451, dez. 2015.

SILVA, T. C. S. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, mar. 2016.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O. SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, Set. 2010.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **J. fam. pract.**, Nova Jersey, v. 50, n. 2, p.161-175, 2001.

STEDILE, N. L. R. et al. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2957-2971, out. 2015.

SUZART, A. S.; FERREIRA, A. P. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. **Interações**, Campo Grande, v. 19, n. 3, p. 585-595, set. 2018.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 52-68, out. 2014.

TEJADA DE RIVERO, D. A. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, Lima, v. 30, n. 2, p. 283-287, jun. 2013.

TEO, C. R. P. A.; ALVES, S. M.; GALLINA, L. S. Nas trilhas da utopia: tecendo o projeto político-pedagógico em um curso de nutrição. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 723-745, set./dez. 2016.

TULENKO, K. et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. **Bull World Health Organ**, Genebra, v. 91, n. 11, p. 847-852, nov. 2013.

VASCONCELOS, A. C. C. P.; MAGALHAES, R. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 99-110, mar. 2016.

VASCONCELLOS, A. B. P. A.; MOURA, L. B. A. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, e00206816, 2018.

VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M.; BARROS, D. C. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00014217, 2017.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 221-231, dez. 2015.

WALD, A. Tests of statistical hypothesis concerning several parameters aawhen the number of observations is large. **AMS**, Providence, v. 54, p. 426–482, 1943.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Passo 2: quadro destinado à especificação dos campos e numeração correspondente das variáveis incluídas neste passo do estudo

Campo: Estrutura Física						
4.1	4.2.2	4.2.3	4.2.4	4.5	-	-
Campo: Educação Permanente						
6.4	-	-	-	-	-	-
Campo: Planejamento das ações do NASF						
7.3.1	7.3.2	7.3.3	7.3.4	7.3.5	7.8	-
Campo: Organização do apoio matricial às eAB						
9.5	-	-	-	-	-	-
Campo: Gestão da demanda e da atenção compartilhada						
10.1	10.2.1	10.2.2	10.2.3	10.2.4	10.2.6	-
Campo: Atenção às pessoas com doenças crônicas						
12.3	12.4.5	12.4.8	12.4.9	-	-	-
Campo: Atenção à saúde materno-infantil						
14.3	14.4.3	14.4.4	14.4.5	14.5	14.6.1	14.6.2
14.6.3	14.6.4	14.6.5	14.6.6	14.6.7	14.6.8	14.7
14.8.1	14.8.2	14.8.3	14.8.6	-	-	-
Áreas específicas – Componente singular						
16.1	16.2.3	16.2.5	-	-	-	-
Campo: Práticas integrativas e complementares						
17.2.4	17.2.5	-	-	-	-	-
Campo: Apoio à organização do processo de trabalho das equipes						
21.1	-	-	-	-	-	-

Fonte: Próprio autor.

APÊNDICE B – Passo 5: quadro destinado à especificação das variáveis retiradas por valor-p não significante, após teste qui-quadrado de Pearson

Campo: Estrutura Física	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
4.2.4	19.4.5; 19.8.1
Campo: Educação Permanente	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
6.4	19.4.5
Campo: Planejamento das ações do NASF	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
7.3.4	19.3; 19.5
Campo: Organização do apoio matricial às eAB	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
9.5	19.5
Campo: Atenção à Saúde Materno-Infantil	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
14.4.4	19.3; 19.5
Campo: Áreas específicas – Componente singular	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
16.2.5	19.6.4; 19.6.6; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
Campo: Práticas integrativas e complementares	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
17.2.5	19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.5; 19.6.4
Campo: Áreas específicas – Componente singular	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
21.1	19.4.2; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.8.4

Fonte: Próprio autor.

APÊNDICE C – Passo 5: quadro destinado à especificação das variáveis que continuaram no estudo, após teste qui-quadrado de Pearson, por terem resultado em valor-p significante

Campo: Estrutura Física	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
4.1	19.2.1; 19.2.2; 19.5; 19.6.5
4.2.2	19.2.1; 19.2.2; 19.5; 19.6.5
4.2.3	19.6.1; 19.6.2; 19.6.4
4.2.4	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
4.5	19.2.1; 19.2.2; 19.4.2; 19.5; 19.6.3
Campo: Educação Permanente	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
6.4	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
Campo: Planejamento das ações do NASF	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
7.3.1	19.1; 19.5; 19.6.5; 19.7; 19.8.4
7.3.2	19.1; 19.2.3; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.4; 19.7; 19.8.2; 19.8.4
7.3.3	19.1; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.4; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.8.2; 19.8.4
7.3.4	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.5; 19.4.6; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
7.3.5	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
7.8	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.4.4; 19.5; 19.6.2; 19.6.3; 19.8.4
Campo: Organização do apoio matricial às eAB	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
9.5	19.4.6; 19.6.2; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3

Campo: Gestão da demanda e da atenção compartilhada	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
10.1	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6
10.2.1	19.6.6; 19.8.4
10.2.2	19.5; 19.6.5
10.2.3	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.4.4; 19.5; 19.8.2; 19.8.4
10.2.4	19.4.4; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
10.2.6	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
Campo: Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
12.3	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
12.4.5	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
12.4.8	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
12.4.9	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
Campo: Atenção à Saúde Materno-Infantil	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
14.3	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.4; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.4.3	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.3; 19.4.4; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4

14.4.4	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.4.4; 19.4.6; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.5; 19.6.6; 19.8.2; 19.8.3
14.4.5	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.5; 19.6.2; 19.6.5; 19.6.6
14.5	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.4; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.6.1	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.4; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.6.2	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.4; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.6.3	19.1; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.4; 19.5; 19.6.4
14.6.4	19.4.2; 19.4.6; 19.6.2; 19.8.2
14.6.5	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.6.6	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.3; 19.8.4
14.6.7	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.6; 19.5; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.6.8	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.2; 19.4.6; 19.5; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.7	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.6; 19.5; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.8.1	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.6; 19.5; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.8.2	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.6; 19.5; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
14.8.3	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.6; 19.5; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.5; 19.6.6
14.8.6	19.2.3; 19.6.4; 19.6.6; 19.8.2; 19.8.3
Campo: Áreas específicas – Componente singular	

Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
16.1	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
16.2.3	19.1; 19.2.1; 19.2.2; 19.2.3; 19.3; 19.4.1; 19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.4.5; 19.4.6; 19.5; 19.6.1; 19.6.2; 19.6.3; 19.6.4; 19.6.5; 19.6.6; 19.7; 19.8.1; 19.8.2; 19.8.3; 19.8.4
16.2.5	19.4.2; 19.4.4; 19.6.1; 19.6.2
Campo: Práticas integrativas e complementares	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
17.2.4	19.4.2; 19.4.3; 19.4.4; 19.5; 19.6.4; 19.8.1
17.2.5	19.8.1
Campo: Áreas específicas – Componente singular	
Variável da Linha	Variável(eis) da Coluna
21.1	19.4.3; 19.4.4

Fonte: Próprio autor.

APÊNDICE D – Artigo Original

**ATENÇÃO NUTRICIONAL NO CONTEXTO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE
DA FAMÍLIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PMAQ – AB****Autores:**

Thaise Anataly Maria de Araújo

Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Periódico: Cadernos de Saúde Pública

Área: Nutrição

Qualis: B1

Área: Saúde Coletiva

Qualis: A2

ISSN: 1678-4464

ATENÇÃO NUTRICIONAL NO CONTEXTO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PMAQ – AB

Thaise Anataly Maria de Araújo. Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, s/n, campus I, 2º andar do Centro de Ciências da Saúde, Castelo Branco I. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 58059-900. thaisearaujo_nutri@yahoo.com.br

Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna. Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, s/n, campus I, 2º andar do Centro de Ciências da Saúde, Castelo Branco I. João Pessoa, Paraíba, Brasil. 58059-900. rodrigopissoa@gmail.com

Título resumido: Atenção nutricional no NASF.

Área de Concentração: Nutrição e Saúde Coletiva.

RESUMO

Objetivou-se avaliar a atenção nutricional (AN) no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todo Brasil, a partir da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB). Trata-se de estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa de dados secundários. Foram construídos modelos de regressão logística, considerando as ações da AN como variáveis dependentes e os demais eixos trabalhados pela avaliação externa, como variáveis independentes. Dentre os principais achados, citam-se: o favorecimento ao desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional pela análise do número de encaminhamentos equivocados ou desnecessários para atenção especializada (OR = 0,75); o fortalecimento das ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável pela qualificação dos encaminhamentos a outros pontos de atenção (OR = 0,68); a otimização das ações voltadas aos agravos relacionados à alimentação e nutrição, quando houveram orientações aos familiares (OR = 0,5); e que o monitoramento dos usuários na rede de atenção auxiliou à articulação intersetorial, para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (OR = 0,79). Entretanto, a

oferta do cuidado às pessoas com doenças crônicas desfavoreceu todas as principais ações da AN. Diante dos resultados analisados, infere-se que a AN fortaleceu-se no escopo da AB, intermediada pelos profissionais do NASF, sendo necessário potencializar: a intersetorialidade; articulação entre NASF, equipes vinculadas e usuários; formação voltada ao SUS e Educação Permanente. Este estudo pode suscitar a análise entre novos ciclos do PMAQ – AB e contribuir para efetivação da AN.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Política Nutricional. Atenção Básica. Acesso aos Serviços de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a oferta de uma assistência integral, equânime e universal. Em 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família, consolidado em 2011 como Estratégia Saúde da Família (ESF), priorizando a reorganização dos cuidados primários, expansão da abrangência e qualidade da oferta de serviços de saúde, atuando como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e propiciando a intersetorialidade^{1,2}.

Apesar da melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira, como a redução da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil, de morte por causas evitáveis, da desnutrição infantil e do prolongamento da expectativa de vida³, ações estratégicas ainda necessitam ser implementadas, visando à superação dos desafios da ampliação da cobertura dos territórios, adaptação aos diversos contextos das populações adscritas e adequação da qualidade do serviço prestado, requerendo interesse político, emprego de recursos financeiros, técnicos e intelectuais^{1,2,4}.

Neste cenário, inserem-se os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criados em 2008⁵, devem se corresponsabilizar pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários da ESF, incorporando diversos núcleos profissionais, implicando em maior resolutividade das ações da Atenção Básica – AB, não apenas no campo assistencial, mas também no técnico-pedagógico; sempre na perspectiva da integralidade e longitudinalidade do cuidado⁶.

No escopo do NASF constam as ações de alimentação e nutrição, baseadas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e no Direito Humano à Alimentação Adequada⁷. A primeira diretriz da PNAN⁸ trata da organização da atenção nutricional (AN), que

“compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos” (p. 26).

A ações de AN devem perpassar a RAS e pautar-se no perfil epidemiológico dos territórios, no estímulo ao trabalho dialógico e crítico-reflexivo, na interprofissionalidade e articulação intersetorial; considerando o enfoque na vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde⁹⁻¹².

Nesse contexto, enfatiza-se a avaliação. Pesquisas nacionais e internacionais salientam a relevância do estímulo a uma cultura avaliativa constante e cíclica, destinada ao monitoramento da qualidade dos serviços prestados, planejamento das ações e enfrentamento aos desafios¹³⁻¹⁶.

Assim, foi instituído em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ – AB), por meio da Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde – MS^{2,17}. Uma das fases desse programa é a avaliação externa (AE), que se configura como estratégia de auxílio à gestão, pois as informações geradas podem fortalecer a capacidade organizacional do SUS como um todo^{2,18}. Um dos módulos da AE contempla aos profissionais do NASF e inclui a AN entre os eixos trabalhados.

Mediante os diversos aspectos de operacionalização da AB contemplados no instrumento da AE, infere-se que analisar suas respostas possibilitaria a identificação de fortalezas e desafios no cuidado à população na ESF, inclusive relativos à AN^{2,19}. Esta investigação objetiva avaliar a AN no âmbito do NASF em todo Brasil, a partir da AE do PMAQ – AB.

MÉTODOS

Esta pesquisa refere-se a um estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa. Utilizaram-se dados secundários de base nacional, coletados no 2º ciclo de AE do PMAQ – AB, desenvolvido entre o ano de 2013 e o primeiro semestre de 2014. Cada equipe do NASF consistiu na unidade de análise, totalizando 1.773 equipes, em todo território nacional.

As informações foram provenientes do “*Instrumento de Avaliação Externa: Saúde Mais Perto De Você*”, referente ao “*Módulo IV - Entrevista com Profissional do NASF e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde*”²⁰.

As entrevistas, registradas mediante o uso de *tablets*, foram realizadas com um profissional do NASF, definido como sujeito da pesquisa, previamente determinado à critério da equipe que compunha e contatado pelo entrevistador.

Todos os dados foram exportados do banco de dados do PMAQ – AB para o programa estatístico StataSE, versão 14. As variáveis deste estudo são constituídas pelas perguntas realizadas na entrevista supracitada. Todas as variáveis foram dicotomizadas nas categorias de análise: “sim” ou “não”, e as respostas “não se aplica” transformadas em “não”, de modo a ter a porcentagem absoluta de “sim” no universo da pesquisa.

A análise constou de sete passos. O primeiro deles referiu-se a análise descritiva, obtendo-se médias e intervalos de confiança 95%, quando o dado foi contínuo; como também as distribuições de frequência das 338 variáveis contidas no instrumento do estudo, excluídas as variáveis de “Identificação Geral” e “Identificação da Unidade”.

Diante da distribuição de frequências de cada uma das 338 variáveis, houve a análise do poder explicativo de seus resultados (Passo 2). Assim, as que apresentaram mais de 90% de suas respostas em somente uma categoria, refletiam aspectos muito uniformes da atuação do NASF, não sendo capazes de agrupar equipes com características diferentes e, portanto, foram excluídas dos passos seguintes desta análise.

Amparados pelas diretrizes do NASF e evidências científicas, dois especialistas selecionaram as variáveis que consideraram ter maior relação prática com a AN. Como resultado, permaneceram as 23 variáveis contidas no eixo específico da AN e mais 47, dos seguintes eixos do instrumento trabalhado: estrutura física; Educação Permanente (EP); planejamento das ações do NASF; organização do apoio matricial às equipes de AB (eAB); gestão da demanda e da atenção compartilhada; atenção às pessoas com doenças crônicas; atenção à saúde materno-infantil; áreas específicas; Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e apoio à organização do processo de trabalho das equipes.

Em seguida, observaram-se quais das 47 variáveis possuíam melhor vinculação para com cada uma das 23 variáveis da AN (Passo 3) e, a partir disso, foi aplicado o teste qui-quadrado de *Pearson* (Passo 4), considerando nível de significância de 5%. Os resultados do quarto passo subsidiaram a execução do Passo 5, que definiu a permanência das variáveis com associação estatística significativa, por meio do teste qui-quadrado; permanecendo 624 associações.

O Passo 6 compôs-se da construção de modelos de regressão logística múltipla, entre cada variável dependente, constituídas pelas 23 variáveis das ações de AN, e as variáveis

independentes que apresentaram associação no Passo 5 e que representam as indagações dos demais eixos da entrevista utilizada, as quais foram incluídas progressivamente, quando $p < 0,20$. Como critério de entrada no modelo, considerou-se valor de $p \leq 0,05$, sendo retirado do modelo $p > 0,10$, segundo a estatística *Wald* (Passo 7). Para as variáveis independentes que ficaram no modelo final, foi estimado o valor de cada uma sobre a variável dependente (referente à AN) do respectivo modelo. Este efeito foi expresso em *Odds Ratio*, com nível de significância de 5%.

O Quadro 1 expressa a apresentação geral das variáveis dependentes e independentes, utilizadas nos modelos. As variáveis dependentes podem ser classificadas por meio de quatro perguntas centrais (em negrito) e seus desdobramentos, o que inclusive determinou a conformação das Tabelas expostas nos resultados.

Quadro 1 – Listagem das variáveis dependentes e independentes utilizadas no modelo de regressão logística.

Variáveis Dependentes
19.1 – O NASF apoia o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional?
19.2.1 – Esse apoio se dá por meio de: Coleta e registro de dados antropométricos dos usuários em prontuários e/ou cadernetas de saúde e/ou sistemas de informação
19.2.2 – Esse apoio se dá por meio de: Coleta e registro de dados de consumo alimentar dos usuários em prontuários e/ou cadernetas de saúde e/ou sistemas de informação
19.2.3 – Esse apoio se dá por meio de: Monitoramento da situação alimentar e nutricional e análise de informações para tomada de decisão
19.3 – O NASF apoia o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável?
19.4.1 – Esse apoio se dá por meio de: Promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável
19.4.2 – Esse apoio se dá por meio de: Desenvolvimento de ações junto ao Programa Saúde na Escola e/ou no âmbito escolar
19.4.3 – Esse apoio se dá por meio de: Desenvolvimento de ações junto aos polos do Programa Academia da Saúde ou programa similar de atividade física
19.4.4 – Esse apoio se dá por meio de: Desenvolvimento de ações nos grupos já desenvolvidos na UBS ou outros espaços do território
19.4.5 – Esse apoio se dá por meio de: Interlocução com setores responsáveis pela cadeia de produção agrícola
19.4.6 – Esse apoio se dá por meio de: Articulação intersetorial nos casos de risco de segurança alimentar e nutricional
19.5 – O NASF apoia o desenvolvimento de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição (exemplo: as carências de micronutrientes, desnutrição, obesidade, diabetes, intolerância e alergias alimentares)?
19.6.1 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Construção de Projeto de Saúde do Território
19.6.2 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Construção de Projeto Terapêutico Singular
19.6.3 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Qualificação das ações dos programas de suplementação de micronutrientes
19.6.4 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Processos de Educação Permanente nestes temas
19.6.5 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Atenção individual e/ou domiciliar aos casos priorizados junto às equipes de AB

19.6.6 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Articulação com outros pontos da rede de atenção para continuidade do cuidado
19.7 – O NASF apoia o desenvolvimento de ações de articulação intersetorial para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional?
19.8.1 – Esse apoio se dá por meio de: Articulação com espaços de produção, comercialização e distribuição de alimentos no território (como agricultura familiar, hortas urbanas, feiras, restaurantes populares, cozinhas comunitárias, supermercados e outros)
19.8.2 – Esse apoio se dá por meio de: Articulação com os equipamentos sociais do território
19.8.3 – Esse apoio se dá por meio de: Encaminhamento de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza para cadastro em programas sociais
19.8.4 – Esse apoio se dá por meio de: Disponibilização de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população adstrita para as instâncias de gestão e controle social
Variáveis independentes
4.1 – Existem cronogramas ou escalas de utilização das salas das unidades que contemplem as ações programadas para os profissionais do NASF?
4.2.2 – Quais espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades? Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS
4.2.3 – Quais espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades? Sala de reuniões na unidade
4.2.4 – Quais espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades? Espaços no território (exemplo: parques, escolas ou praças)
4.5 – A gestão disponibiliza os insumos necessários para o NASF realizar suas atividades?
6.4 – É oferecida educação permanente para os profissionais do NASF?
7.3.1 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Dados epidemiológicos do município
7.3.2 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Principais problemas de saúde do território
7.3.3 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Principais demandas das eAB
7.3.4 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Perfil da demanda atendida pelo NASF
7.3.5 – Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento? Desafios apontados na autoavaliação
7.8 – O NASF participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes da AB apoiadas?
9.5 – O NASF participa do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as eAB?
10.1 – O NASF monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada?
10.2.1 – O NASF avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para atenção especializada
10.2.2 – O NASF avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF

10.2.3 – O NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Análise dos indicadores de saúde da população do território
10.2.4 – O NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Análise das situações de saúde dos casos compartilhados
10.2.6 – O NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/sinalizadores? Não avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas
12.3 – O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?
12.4.5 – De que forma se dá esse apoio? Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição
12.4.8 – De que forma se dá esse apoio? Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
12.4.9 – De que forma se dá esse apoio? Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico
14.3 – O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas?
14.4.3 – Quais ações o NASF realiza para o cuidado da saúde da mulher? Oferta atividades específicas para este momento do ciclo de vida (exemplo: orientação alimentar, práticas corporais, grupos, etc.)
14.4.4 – Quais ações o NASF realiza para o cuidado da saúde da mulher? Construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular nos casos de gestação de alto risco
14.4.5 – Quais ações o NASF realiza para o cuidado da saúde da mulher? Acompanhamento de visitas domiciliares no puerpério, auxiliando a equipe na identificação de necessidades de cuidado e nas intervenções
14.5 – O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças no território?
14.6.1 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Acompanhamento individual da criança
14.6.2 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Atendimento domiciliar à criança com algum agravo
14.6.3 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Orientações aos familiares
14.6.4 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Atendimento às situações em que há dificuldade na relação entre pais ou cuidadores e crianças
14.6.5 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Apoio na avaliação dos casos, identificando necessidades de cuidado
14.6.6 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Suporte na identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças
14.6.7 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar
14.6.8 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Articulação com escola e com o Programa Saúde na Escola, se houver
14.7 – O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde?
14.8.1 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes (exemplo: deficiência de ferro e vitamina A)
14.8.2 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Acompanhamento das crianças com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar
14.8.3 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Acompanhamento das crianças prematuras ou que tiveram restrição do crescimento intrauterino
14.8.6 – Esse apoio se dá por meio de ações de: Suporte às equipes nas decisões acerca dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
16.1 – O NASF realiza ações em alguma dessas 5 áreas: Práticas Integrativas e Complementares, Assistência Farmacêutica, Atenção Nutricional, Saúde do Trabalhador, Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes?

16.2.3 – Em quais áreas? Escolha até duas opções: Assistência Nutricional
16.2.5 – Em quais áreas? Escolha até duas opções: Apoio à Organização do Processo do Trabalho
17.2.4 – Quais ações são realizadas? Plantas medicinais e fitoterapia
17.2.5 – Quais ações são realizadas? Homeopatia
21.1 – O NASF apoia a gestão e o planejamento da equipe AB?

Fonte: adaptado de Brasil (2013)²⁰.

A avaliação de cada modelo foi feita por meio das estatísticas de Função de Verossimilhança, Cox-Snell R^2 e Nagelkerke R^2 . Os modelos com coeficientes de determinação (R^2) menores que 0,25, foram desconsiderados, por isso, os resultados abordarão 21 variáveis dependentes, ao invés de 23 (excluídas neste processo: 19.4.5 e 19.8.1). Nas colunas indicadoras estão as variáveis independentes e no corpo da tabela os valores de OR ajustado de cada variável. As variáveis que não apresentaram nenhuma relação com as variáveis dependentes de cada tabela não são mostradas.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com número CAEE: 70038017.1.0000.5188.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta que 70,2% dos profissionais entrevistados afirmam que o NASF apoia o desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). A pergunta principal concentrou o maior percentual, possivelmente por as demais configurarem-se como desdobramentos dela, padrão que se repetiu em todas as Tabelas.

Tabela 1

Medida de efeito (Razão de chances) entre as variáveis relacionadas ao bloco da vigilância alimentar e nutricional e as demais variáveis de avaliação do NASF. Brasil, 2013. (n=1773)

		O NASF apoia o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional?	Esse apoio se dá por meio de ações de:		
			Coleta e registro de dados antropométricos dos usuários em prontuários e/ou cadernetas de saúde e/ou sistemas de informação	Coleta e registro de dados de consumo alimentar dos usuários em prontuários e/ou cadernetas de saúde e/ou sistemas de informação	Monitoramento da situação alimentar e nutricional e análise das informações para a tomada de decisão
Frequência (% de “sim”)		70,2	66,8	57,0	61,5
R²		0,299	0,311	0,306	0,31
1	Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS	0,704	-	-	-
3	Participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes da AB apoiadas	-	-	0,723	-
4	O NASF participa do monitoramento dos PTS construídos com as eAB	-	-	-	1,403
	Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para atenção especializada	-	-	-	0,751
5	Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF	0,749	0,760	0,704	-
	Análise dos indicadores de saúde da população do território	-	-	-	0,607
	Apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas	6,431	5,126	3,227	5,703
6	Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição	0,118	0,112	0,108	0,112
	Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico	0,749	-	-	0,649
	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas	-	-	1,704	-
	Acompanhamento individual da criança	-	0,674	0,600	-
	Suporte na identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças	0,428	0,628	0,505	0,606
7	Elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar	1,824	-	-	-
	Apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde	-	1,683	2,183	2,343
	Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes	0,298	0,223	0,226	0,268
	Acompanhamento das crianças com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar	-	-	-	0,573
8	Apoio à Organização do Processo do Trabalho	1,353	1,374	-	1,307

Legenda: 1 Estrutura física; 2 Educação Permanente (EP); 3 Planejamento das ações do NASF; 4 Organização do apoio matricial às eAB; 5 Gestão da demanda e da atenção compartilhada; 6 Atenção às pessoas com doenças crônicas; 7 Atenção à saúde materno-infantil; 8 Áreas específicas; 9 Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e 10 Apoio à organização do processo de trabalho das equipes

Além disso, observa-se que a VAN foi favorecida, primordialmente, quando houve o compartilhamento dos consultórios com os profissionais da UBS, a análise de encaminhamentos desnecessários e o monitoramento de usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção.

Por outro lado, as ações de apoio e desenvolvimento, junto com as eAB, de estratégias de cuidado de pessoas com doenças crônicas, a elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar e o apoio à organização do processo de trabalho não contribuíram com o desenvolvimento das ações de VAN.

Quando se considera este apoio por meio das ações de coleta e registro de dados antropométricos e de consumo alimentar dos usuários em prontuários e/ou cadernetas de saúde e/ou sistemas de informação ou monitoramento da situação alimentar e nutricional e análise das informações para a tomada de decisão, as variáveis independentes se comportaram de modo semelhante. Destacando-se que a participação do NASF no monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as eAB apoiadas, auxiliou apenas o registro do consumo alimentar.

O monitoramento da situação alimentar e nutricional e análise das informações para a tomada de decisão, por sua vez, foi desfavorecido pelo apoio e desenvolvimento de ações voltadas para crianças com agravos à saúde e beneficiado pela análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para atenção especializada. As ações da AN desse bloco tiveram a probabilidade do desenvolvimento diminuída pelo apoio e desenvolvimento com as eAB de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas.

Na Tabela 2 todas as variáveis dependentes tiveram seu desempenho dificultado, quando houve apoio e desenvolvimento junto às eAB de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas.

Constatou-se a melhoria da promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) ao se valorizar a qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção e realizar orientações aos familiares.

Tabela 2

Medida de efeito (Razão de chances) entre as variáveis relacionadas ao bloco da promoção da alimentação adequada e saudável e as demais variáveis de avaliação do NASF. Brasil, 2013. (n=1773)

		O NASF apoia o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável?	Esse apoio se dá por meio de ações de:				Articulação intersetorial nos casos de risco de SAN
			Promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável	Desenvolvimento de ações junto ao PSE e/ou no âmbito escolar	Desenvolvimento de ações junto aos polos do Programa Academia da Saúde ou programa similar de atividade física	Desenvolvimento de ações nos grupos já realizados na UBS ou outros espaços do território	
Frequência (% de “sim”)		73,7	70,2	67,1	51,5	69,7	52,6
R²		0,28	0,317	0,298	0,252	0,288	0,274
1	Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS	-	-	-	-	0,651	-
	Espaços no território	-	-	-	0,573	-	-
4	Participa do monitoramento dos PTS construídos com as eAB	-	1,643	-	-	-	-
5	Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF	-	0,695	0,683	0,809	-	0,750
	Análise dos indicadores de saúde da população do território	-	-	-	0,746	-	0,716
6	Apoia e desenvolve com as eAB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas	4,634	3,062	3,762	2,871	3,508	2,654
	Realiza tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição	0,137	0,139	0,158	0,167	0,139	0,175
	Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção	0,679	-	-	0,668	0,612	-
	Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico	-	0,659	0,748	0,739	-	0,689
7	Acompanhamento de visitas domiciliares no puerpério, auxiliando a equipe na identificação de necessidades de cuidado e nas intervenções	-	-	-	-	-	0,740
	Apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças no território	-	-	2,066	-	-	-
	Orientações aos familiares	0,516	0,415	-	-	0,567	-
	Apoio na avaliação dos casos, identificando necessidades de cuidado	-	-	-	0,624	-	-
	Suporte na identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças	-	-	-	-	-	0,596
	Elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar	1,624	1,419	1,659	-	1,341	-
	Articulação com escola e com o Programa Saúde na Escola, se houver	-	-	0,190	-	-	-
	Apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde	-	2,416	1,634	-	-	3,024
	Acompanha crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes	0,275	0,305	0,234	0,434	0,295	0,272
	Acompanhamento das crianças com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar	-	0,463	-	-	-	-
8	Suporte às equipes nas decisões dos encaminhamentos	-	-	-	-	-	0,601
8	Apoio à Organização do Processo do Trabalho	1,511	-	1,320	1,751	1,587	1,377
9	Plantas medicinais e fitoterapia	-	-	0,484	-	-	-
10	Apoia a gestão e o planejamento da equipe AB	-	1,326	-	-	-	-

Legenda: 1 Estrutura física; 2 Educação Permanente (EP); 3 Planejamento das ações do NASF; 4 Organização do apoio matricial às eAB; 5 Gestão da demanda e da atenção compartilhada; 6 Atenção às pessoas com doenças crônicas; 7 Atenção à saúde materno-infantil; 8 Áreas específicas; 9 Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e 10 Apoio à organização do processo de trabalho das equipes

Todavia, a PAAS pareceu piorar, quando os profissionais do NASF participam da elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar; fato que também ocorreu com a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável, desenvolvimento de ações junto ao PSE e de ações nos grupos já desenvolvidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou outros espaços do território.

A promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável foi favorecida, dentre outros aspectos, ao se realizar o acompanhamento das crianças com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar e representou a única variável deste bloco a ser menos executada, mediante a participação dos profissionais no monitoramento dos PTS. Ademais, apenas ela não apresentou resultados, para o apoio à organização do processo do trabalho, uma vez que, decorrente disso, as demais variáveis dependentes foram menos desempenhadas.

Concernente ao desenvolvimento de ações junto ao PSE e/ou no âmbito escolar, a variável independente que mais a potencializou foi o monitoramento dos usuários em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico.

Dentre os aspectos apresentados na Tabela 2, o desenvolvimento de ações junto aos polos do Programa Academia da Saúde (PAS) ou programa similar de atividade física foi o que apresentou menor frequência quanto à afirmativa de sua ocorrência (51,5%). Contudo, foi incrementado pela maioria das variáveis independentes com resultados observáveis, a exemplo da disponibilidade de espaços no território e apoio na avaliação dos casos, identificando necessidades de cuidado.

A realização de ações nos grupos já desenvolvidos na UBS ou outros espaços do território, é auxiliada pelas variáveis compartilhamento de consultório(s) com os profissionais da UBS e o conferir orientações aos familiares.

Conforme aludido anteriormente, a ação que mais obteve respostas afirmativas, pelos profissionais do NASF, quanto à sua execução tratou-se do desenvolvimento de ações voltadas aos agravos relacionados à AN (73,1%). Em contraposição, na Tabela 3, a construção de Projeto de Saúde no Território (PST) agregou a menor frequência de confirmações sobre a sua realização (33,2%).

Tabela 3

Medida de efeito (Razão de chances) entre as variáveis relacionadas ao bloco de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição e as demais variáveis de avaliação do NASF. Brasil, 2013. (n=1773)

	O NASF apoia o desenvolvimento de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição?	Esse apoio se dá por meio de ações de:						
		Construção de PST	Construção de PTS	Qualificação das ações dos programas de suplementação de micronutrientes	Processos de EP nestes temas	Atenção individual e/ou domiciliar aos casos priorizados junto às eAB	Articulação com outros pontos da RAS para a continuidade do cuidado	
	Frequência (% de “sim”)	73,1	33,2	42,0	40,7	57,9	70,9	60,5
	R²	0,29	0,284	0,386	0,302	0,266	0,307	0,308
1	Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS	-	-	-	-	0,621	0,692	-
	Espaços no território	-	-	-	0,702	-	-	0,626
	A gestão disponibiliza os insumos necessários para o NASF realizar suas atividades	-	-	-	1,480	-	-	-
2	Oferecer EP para os profissionais do NASF	-	-	1,58 / 1,73	-	1,53 / 1,56	-	-
3	Informações de saúde: Principais problemas de saúde do território	-	-	-	0,611	-	-	-
4	Participa do monitoramento dos PTS construídos com as EAB	-	0,676	0,371	-	1,318	1,533	-
5	O NASF monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada	-	1,80 / 2,12	-	-	1,04 / 1,38	-	-
	Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para atenção especializada	-	-	-	0,713	-	-	-
	Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF	-	0,676	-	-	-	-	-
	Análise dos indicadores de saúde da população do território	-	0,639	0,707	0,611	-	-	0,710
	Análise das situações de saúde dos casos compartilhados	-	-	-	-	0,715	-	-
6	O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas	3,862	3,256	7,642	4,393	3,977	3,787	3,136
	Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição	0,126	0,255	0,204	0,118	0,136	0,120	0,160
	Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção	-	0,551	-	-	-	-	0,536
	Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico	-	-	0,463	-	0,654	0,660	-
7	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas	-	-	-	1,944	-	1,567	-
	Construção e acompanhamento de PTS nos casos de gestação de alto risco	-	0,547	0,588	0,744	-	-	-

Tabela 3 (continuação)

	O NASF apoia o desenvolvimento de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição?	Esse apoio se dá por meio de ações de:					
		Construção de PST	Construção de PTS	Qualificação das ações dos programas de suplementação de micronutrientes	Processos de EP nestes temas	Atenção individual e/ou domiciliar aos casos priorizados junto às eAB	Articulação com outros pontos da RAS para a continuidade do cuidado
	Acompanhamento de visitas domiciliares no puerpério, auxiliando a equipe na identificação de necessidades de cuidado e nas intervenções	-	-	0,656	-	-	-
	Acompanhamento individual da criança	-	-	0,598	-	-	-
	Orientações aos familiares	0,497	-	-	-	0,374	-
	Atendimento às situações em que há dificuldade na relação entre pais ou cuidadores e crianças	-	-	-	-	0,616	-
	Apoio na avaliação dos casos, identificando necessidades de cuidado	-	-	-	-	-	0,606
	Elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar	1,522	0,612	0,474	-	1,412	-
7	Articulação com escola e PSE, se houver	-	-	1,424	-	-	-
	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde?	-	2,191	-	2,572	-	2,931
	Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes	0,254	0,323	0,513	0,188	0,448	0,285
	Acompanhamento das crianças prematuras ou que tiveram restrição do crescimento intrauterino	-	-	-	0,652	-	-
	Suporte às equipes nas decisões acerca dos encaminhamentos para outros pontos de atenção	-	-	-	-	-	0,438
8	Apoio à Organização do Processo do Trabalho	1,422	1,474	1,635	1,363	-	1,373
9	Plantas medicinais e fitoterapia	-	-	0,596	-	-	0,511

Legenda: 1 Estrutura física; 2 Educação Permanente (EP); 3 Planejamento das ações do NASF; 4 Organização do apoio matricial às eAB; 5 Gestão da demanda e da atenção compartilhada; 6 Atenção às pessoas com doenças crônicas; 7 Atenção à saúde materno-infantil; 8 Áreas específicas; 9 Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e 10 Apoio à organização do processo de trabalho das equipes

Constatou-se, ainda, que na Tabela 3 se expôs o maior número de associações entre as variáveis independentes e as dependentes nela encontradas. Seis medidas de efeito podem ser observadas para a indagação sobre o apoio do NASF ao desenvolvimento de ações voltadas para os agravos relacionados à AN. Destas, a que mais o favoreceu abordava às orientações conferidas aos familiares. Já o que menos colaborou com esta ação foi o apoio e desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas.

Das 12 variáveis independentes com produtos resultantes da regressão para a construção de PST, quatro atravancaram seu desempenho, à exemplo do apoio e desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas; tendo esta também atenuado à promoção das demais variáveis dependentes expostas na Tabela 3. Entre as que reforçaram sua ocorrência, encontra-se a análise dos indicadores de saúde da população do território.

A construção de PTS foi menos realizada, quando se desempenhou articulação com escola e PSE e quando os profissionais do NASF se propuseram a participar da organização do processo de trabalho. Evidencia-se como auxiliadoras dessa construção, as variáveis independentes que abordam a participação na elaboração e monitoramento dos PTS construídos em conjunto com as eAB e o monitoramento dos usuários acompanhados em outros pontos da RAS.

A qualificação das ações dos programas de suplementação de micronutrientes, por sua vez, foi desestimulada pelo apoio e desenvolvimento de ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas, bem como ações voltadas para as crianças com agravos à saúde, organização do processo do trabalho e disponibilização dos insumos necessários.

Quando a variável dependente relacionou-se aos processos de EP vinculados aos agravos relacionados à AN, tem-se que a análise das situações de saúde dos casos compartilhados foi o que mais fortaleceu sua concretização.

Oferecer EP aos profissionais do NASF, participar do monitoramento dos PTS construídos com as eAB, das solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada, bem como apoiar e desenvolver estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas, compuseram as variáveis que afetaram a realização de EP nos temas de AN.

A realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição, o monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, o acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes, além da realização de atendimento às situações em que há dificuldade na relação entre pais ou cuidadores e crianças, contribuíram para realização da atenção individual e/ou domiciliar aos casos priorizados junto às eAB.

Ao contrário do explicitado, houve desfavorecimento da variável dependente em evidência, principalmente quando ocorreu o apoio e desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas e de ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas, pelos profissionais do NASF.

A articulação com outros pontos da RAS para a continuidade do cuidado contou com 7 resultados auxiliares ao seu desempenho: disponibilidade de espaços no território; análise dos indicadores de saúde da população do território; realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à AN; qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção; apoio na avaliação dos casos, identificando necessidades de cuidado; acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes; e, suporte às equipes nas decisões acerca dos encaminhamentos para outros pontos de atenção. Dentre os produtos adversos a esta ação, expõe-se o apoio e desenvolvimento às práticas voltadas para as crianças com agravos à saúde e organização do processo do trabalho.

Na Tabela 4 encontra-se, como variável dependente, o apoio ao desenvolvimento de ações de articulação intersetorial, para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional – SAN, que foi desfavorecida pelo apoio e desenvolvimento com as eAB de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas, por ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas, bem como à existência de apoio à organização do processo do trabalho. Este último também desfavoreceu os encaminhamentos de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza para cadastro em programas sociais.

Observa-se ainda que, o acesso aos dados epidemiológicos do município, a análise dos indicadores de saúde da população do território e o monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, por exemplo, colaboraram com a articulação intersetorial voltada à SAN.

Tabela 4

Medida de efeito (Razão de chances) entre as variáveis relacionadas ao bloco de ações voltadas ações de articulação intersetorial, para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional as demais variáveis de avaliação do NASF. Brasil, 2013. (n=1773)

		O NASF apoia o desenvolvimento de ações de articulação intersetorial, para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional?	Esse apoio se dá por meio de ações de:		
			Articulação com equipamentos sociais do território	Encaminhamentos de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza para cadastro em programas sociais	Disponibilização de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população adstrita para as instâncias de gestão e controle social
Frequência (% de “sim”)		60,1	39,1	56,2	42,2
R ²		0,292	0,27	0,278	0,311
1	Existência de cronogramas ou escalas de utilização das salas das unidades que contemplem as ações programadas para os profissionais do NASF	,726	,677	,728	,684
	Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS	-	,573	-	-
3	Informações de saúde: Dados epidemiológicos do município	,638	,608	,618	,666
	Participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde com as eAB	-	-	-	,661
5	Análise do nº de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF	-	,720	,740	,647
	Análise dos indicadores de saúde da população do território	,706	,687	-	,677
6	Apoia e desenvolve com as eAB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas	3,722	2,511	4,275	2,403
	Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição	,187	,288	,168	,223
	Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção	-	,615	-	-
	Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico	,787	-	,752	-
7	Apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas	1,524	1,652	-	1,630
	Construção e acompanhamento de PTS nos casos de gestação de alto risco	-	,698	-	,722
	Acompanhamento de visitas domiciliares no puerpério, auxiliando a equipe na identificação de necessidades de cuidado e nas intervenções	,646	-	,635	-
	Acompanhamento individual da criança	,586	,524	,689	-
	Articulação com escola e com o Programa Saúde na Escola, se houver	-	-	-	,454
	Apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde	-	-	-	3,379
	Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes	,302	,413	,333	,314
	Acompanhamento das crianças com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar	-	-	-	,562
	Acompanhamento das crianças prematuras ou que tiveram restrição do crescimento intrauterino	-	,723	-	,642
	8	Apoio à Organização do Processo do Trabalho	1,351	-	1,279

Legenda: 1 Estrutura física; 2 Educação Permanente (EP); 3 Planejamento das ações do NASF; 4 Organização do apoio matricial às eAB; 5 Gestão da demanda e da atenção compartilhada; 6 Atenção às pessoas com doenças crônicas; 7 Atenção à saúde materno-infantil; 8 Áreas específicas; 9 Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e 10 Apoio à organização do processo de trabalho das equipes

Relativo à articulação com equipamentos sociais do território, infere-se que 11 das 13 variáveis independentes agiram como potencializadoras de sua realização. Outrossim, os únicos empecilhos dessa articulação foram o apoio e desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas e ações voltadas para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas.

Os encaminhamentos de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza para cadastro em programas sociais tiveram como principal favorecedora a realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à AN. O apoio e desenvolvimento, junto às eAB, de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas, conforme padrão apresentado nesta pesquisa, foi o aspecto que menos contribuiu para o desempenho daquela ação.

Enfatizam-se as variáveis independentes que auxiliaram na disponibilização de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população adstrita para as instâncias de gestão e controle social, como: dispor de dados epidemiológicos do município, participar de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde com as eAB, analisar os indicadores de saúde da população do território e realizar articulação com escola e PSE. Ademais, o aumento de chance de sua ocorrência foi bem relevante, quando o profissional do NASF realizou tratamento e reabilitação de agravos relacionados à AN. A variável dependente em discussão comportou-se como a única da Tabela 4 desfavorecida pelo apoio e desenvolvimento de ações voltadas para as crianças com agravos à saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram como a AN tem sido influenciada por outros eixos desenvolvidos pelos profissionais do NASF. Evidencia-se que todas as variáveis do modelo de regressão foram afetadas pela atenção às pessoas com doenças crônicas, o que necessita de maior aprofundamento, para compreensão destes resultados, tendo em vista à relação direta deste aspecto com o componente da AN. Enuncia-se isto, inclusive, pelo fato desses agravos predominarem no âmbito das situações encaminhadas ao nutricionista na AB²¹, embora se saiba que além desse, outros profissionais também devem desenvolver as ações de AN²².

As diretrizes do NASF, no escopo da AN, descrevem o quanto que as doenças crônicas integram o perfil de acometimentos desencadeadores do acionamento do NASF, por possuírem intrínseca ligação à alimentação saudável e adequada, bem como pela relevância da AN frente

à qualificação da atenção empregada à população que demanda esse tipo de assistência pelo SUS⁷.

Outro alerta encontra-se no fato das doenças crônicas não-transmissíveis ainda constituírem a principal causa de morte no Brasil, tendo apresentado elevação das taxas de mortalidade por diabetes³. Em decorrência disso, os cuidados às crianças e adolescentes, visando à PAAS, têm sido enfatizados, dados os altos percentuais de sobrepeso e obesidade nesta fase da vida. Tanto que – contrário aos resultados deste estudo – investigação no estado de São Paulo indica o reforço das atividades de prevenção e controle desse quadro nas agendas do PSE, após o diagnóstico de excesso de peso em 30,6% dos 2.147 educandos participantes da pesquisa²³.

As evidências apontam que, tal qual encontrado neste estudo, ao serem realizados encaminhamentos de modo responsabilizado, amplia-se a capacidade de compreensão das condutas adotadas nos outros pontos de atenção, qualificando o cuidado²⁴. Ademais, evidencia-se a necessidade de fortalecer o diálogo entre os profissionais do NASF e das eAB, evitando encaminhamentos desnecessários à atenção especializada. Nessa perspectiva, se favorece o acompanhamento mais qualificado da situação alimentar e nutricional, por meio de uma assistência longitudinal, geradora de vínculo e de práticas alimentares mais adequadas²².

Percebe-se que a articulação intersetorial é um dos aspectos que precisam ser mais fortalecidos, o que pode se relacionar ao fato dessa dimensão exigir esforços que extrapolam o conhecimento do núcleo específico do saber e de aspectos da clínica uniprofissional, precisando ser trabalhada horizontalmente, na perspectiva de articulação em rede²⁵.

Os indicadores de saúde apresentaram-se como contribuintes das ações de AN, condizente com o seu contexto que envolve desde a averiguação, registro e processamento das informações, à avaliação e monitoramento dos dados gerados e culmina na potencialização do planejamento e desempenho das equipes²⁶. Nesta lógica, também se encontram os dados epidemiológicos, cuja utilização orienta a tomada de decisões pautada nas realidades e necessidades locais, regionais e nacionais da população^{27,28}.

Os resultados relativos ao PTS foram bem diversos, tendo sido antagônicos às diretrizes do NASF, quando estas corroboram a importância dessa ferramenta à vigilância à saúde da criança e de função relevante à articulação com a família⁷, e – contrário a isso – desfavoreceu à PAAS. Talvez não esteja havendo o cumprimento dos preceitos da Rede Cegonha e de seus preceitos quanto ao processo de gestação-parto-nascimento-puerpério e início da vida²⁹. A implantação do PTS é sugerida, com vistas ao trabalho transdisciplinar e produção do cuidado

singularizado, fortalecedor da autonomia e empoderamento da gestante^{29,30}. A utilização desse recurso, também pode favorecer o acompanhamento de alguns casos de pré-natal de risco pela própria Unidade de Saúde da Família³⁰.

Por outro lado, reforça-se a importância dos aspectos que contribuíram com a construção do PTS, no escopo das ações voltadas aos agravos relacionados à alimentação e nutrição, uma vez que esta ferramenta possibilita um planejamento mais efetivo do cuidado, a partir do entendimento sobre as linhas de cuidado, a RAS e o que se conecta a ela, podendo ainda ser um elemento promotor da intersetorialidade^{31,32}.

Quando a variável independente tratou de PICs, constatou-se auxílio junto ao desenvolvimento de ações junto ao PSE e/ou no âmbito escolar e na construção de PTS. A implementação dessas práticas ainda tem sido incipiente pelos NASF, como evidencia estudo realizado em Santa Catarina, a partir dos dados da AE do PMAQ – AB, em seu segundo ciclo. Essa investigação averiguou que apenas 29,1% das equipes realizavam alguma modalidade de PIC, dentre as quais, 42,1% eram relativas às plantas medicinais ou fitoterapia³³.

Nesse sentido, o PSE pode ser um espaço propício para o fortalecimento das PICs, pois – por exemplo – as plantas medicinais podem compor a horta escolar, fomentando a ampliação da compreensão dos educandos quanto à interligação entre o alimento e o meio onde é produzido, repercutindo no entendimento sobre a AN³⁴.

A realização de PST ainda é pouco publicizada, comprometendo uma melhor análise dos achados e corroborando a relevância do abordado nesta investigação, pois a execução desses projetos favorece à produção do cuidado no território, por meio de diversas ferramentas de articulação, integração da comunidade, fortalecimento do controle social, com consequente ampliação de discussões acerca da vigilância em saúde e qualificação dos serviços^{35,36}.

O apoio à organização do processo de trabalho apresentou-se sempre de modo desfavorável às ações de AN, destoante do entendimento de que promove maior aproximação entre NASF e eSF, possibilitando clareza sobre seus papéis, aumentando a capacidade do trabalho multi e interprofissional, o planejamento das atividades a serem realizadas; não limitando a atuação do NASF à atendimentos individualizados³⁷.

A oferta de insumos fortaleceu as ações da AN, de acordo com os resultados encontrados. Entretanto, em pesquisa realizada por Figueroa, Pedraza e Santos³⁸, na qual descreveram o perfil de atuação do nutricionista na Atenção Primária à Saúde em dois municípios da Paraíba, houve relato de insatisfação quanto à disponibilidade de estrutura e

material; o que necessita ser adequado, pois – dentre outros motivos – pode promover maior estímulo e implicação dos profissionais em suas ações.

Práticas, como a análise das situações de saúde dos casos compartilhados, legitimaram a efetivação da EP, pois esta ferramenta é capaz de proporcionar transformações na produção do cuidado, a qual também é compreendida como atividade do apoio matricial, recomendado ao NASF³⁹. Contudo, observando o panorama geral do encontrado neste estudo, salienta-se que a EP ainda necessita compor intrinsecamente as ações do NASF.

Reforça-se também a importância do estímulo ao conhecimento e habilidade dos profissionais do NASF para articular a RAS, bem como reconhecer os diversos mecanismos implicados nisso (como a gestão da clínica e a regulação em saúde) além de acompanhar longitudinalmente o usuário, visando o atendimento às necessidades de saúde da população adscrita³¹.

Percebeu-se que uma série de variáveis vinculadas ao componente assistencial se associaram de modo a favorecer os encaminhamentos de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza para cadastro em programas sociais, o que reforça um enfoque significativo em atendimentos individuais no âmbito do NASF⁴⁰. Entretanto, considera-se que, para fomentar a SAN, se faz necessária uma atuação mais abrangente, no sentido de contemplar a sua complexidade e multidimensionalidade; neste contexto, por exemplo, o Programa Bolsa Família requer uma efetiva articulação intersetorial, para a sua efetividade⁴¹.

Ante o exposto, observam-se conquistas da AN no âmbito da ESF, após a inserção dos diferentes núcleos profissionais que compõem o NASF, mas também quão expressiva é a necessidade de investimentos contínuos, de diversas ordens, para que seja superado o ainda hegemônico modelo biomédico, com vistas ao fortalecimento e efetiva implementação da reorientação do modelo de atenção à saúde⁴².

É importante aludir que, ao optar por um percurso metodológico voltado a uma visão mais ampliada do contexto nacional, tem-se ciência de que possíveis diferenças inter-regionais foram suprimidas ou ofuscaram resultados importantes. Elucida-se ainda o fato do banco de dados ter sido alimentado entre quatro e cinco anos atrás e ter havido uma série de mudanças na política de saúde e também intersetorial desse período à atualidade; podendo, então, os resultados apresentados destoarem das ações mais recentes do NASF.

Foram abordados aspectos importantes, a partir dos dados da AE do PMAQ – AB, ampliando as informações sobre a AN, em um contexto onde existem poucos trabalhos, fato que também dificulta a discussão dos resultados obtidos nesta investigação⁴³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da AN insere-se nas diretrizes do NASF, devendo ser fortalecido pelos atores envolvidos com a AB, uma vez que se configura como potente componente relacionado ao cuidado integral em saúde.

A AN consiste de um dos eixos incluídos na AE, fase integrante do PMAQ – AB e foco do presente estudo. Foi possível inferir que a VAN, a PAAS, as ações voltadas aos agravos relacionados à AN e a articulação intersetorial, com vistas à SAN foram, em sua maioria, favorecidas pelos aspectos relacionados à: estrutura física, planejamento das ações do NASF, gestão da demanda e da atenção compartilhada e PICs.

Já a EP, reconhecida pela necessidade de implementação cotidiana nos serviços de saúde, e as áreas específicas não colaboraram com a realização de ações voltadas aos agravos relacionados à AN. Quando os eixos trabalhados foram a organização do apoio matricial às eAB e a atenção à saúde materno-infantil, em especial, no tocante à elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar e seu monitoramento e o apoio à organização do processo de trabalho das equipes, houve a fragilização da maioria das ações da AN associadas.

O eixo da atenção às pessoas com doenças crônicas, destacando-se o apoio e desenvolvimento, junto às eAB, de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas consistiu no que mais influenciou negativamente a AN, levando à conclusão de que estejam competindo com suas ações. Este fato necessita de maior aprofundamento, por parte das equipes do NASF, em conjunto com as da AB e de integrantes da gestão.

Assim sendo, constataram-se avanços quanto à AN, intermediada pelos profissionais no NASF. Todavia, e em consonância com suas diretrizes, ainda se faz necessário fortalecer a intersetorialidade, articulação entre profissionais do NASF, equipes de Saúde da Família e usuários, assim como a formação voltada ao SUS e a efetivação da EP.

A análise dos dados do 3º Ciclo do PMAQ – AB, a partir do mesmo percurso metodológico desta pesquisa, poderá possibilitar o comparativo entre os resultados, evidenciando um panorama de como a AN vem sendo influenciada por esse programa e assim auxiliar o monitoramento, avaliação e planejamento estratégico da ESF, tanto nacionalmente quanto nas macro e microrregiões.

REFERÊNCIAS

1. Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L, de Almeida PF, de Mendonça MHM, et al. Evaluation of Brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? *J Ambulatory Care Manage* 2017; 40(2 Supp):S60–S70.
2. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J Ambulatory Care Manage* 2017; 40(2 Supp):S4–S11.
3. de Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2018; 23(6):1737-1750.
4. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, Schmidt PRC, da Silveira DS, Siqueira FCV, et al. Diabetes care in Brazil: program to improve primary care access and quality—PMAQ. *J Ambulatory Care Manage* 2017; 40(2 Supp):S12–S23.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF - Republicada em 04 de março, Brasília, DF, 2008.
6. Klein AP, d'Oliveira AFP. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad. saúde pública* 2017; 33(1):e00158815.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes do NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: MS; 2009.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
9. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2017; 27(03):793-811.
10. Rigon SA, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde

para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Cad. saúde pública* 2016; 32(3):e00164514.

11. Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. *Divulg. saúde debate*. 2014; 51:72-85.

12. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, Silva DO, Santos LMP. Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1829-1836.

13. Alencar MN, Coimbra LC, Moraes APP, da Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(2):353-364.

14. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, Santos MS, Cappellini VK, de Almeida ACC. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(12):4851-4860.

15. Akerman M, Furtado JP (Org.). *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 374 p. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

16. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, Castro TRP, Facchini LA, Tomasi E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cad. saúde pública* 2018; 34(4):e00072317.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-BA, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília, DF, 2011.

18. Medrado JRS, Casanova AO, de Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2015; 39(107):1033-1043.

19. de Souza MF, dos Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Jorge AO, Machado ATGM, et al. Care coordination in PMAQ-AB: an Item Response Theory-based analysis. *Rev. Saúde Pública* 2017; 5(87):1-11.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Brasília, DF, 2013.
21. Dias K, Pinholatto C, Barretta C, de Matos CH, Grillo LP. Avaliação das características socioeconômicas e de saúde de pacientes atendidos no Programa de Atenção Nutricional à população de Itajaí e região (PANPIR) de uma universidade comunitária. RBTS 2017; 4(2):163-173.
22. 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. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(5):1459-1474.
23. Batista MSA, Mondini L, Jaime PC. Ações do Programa Saúde na Escola e da alimentação escolar na prevenção do excesso de peso infantil: experiência no município de Itapevi, São Paulo, Brasil, 2014. Epidemiol. Serv. Saúde 2017; 26(3):569-578.
24. Protasio APL, da Silva PB, de Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde Debate 2014; (38):209-220.
25. Vasconcellos ABPA, de Moura LBA. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. Cad. saúde pública 2018; 34(2):e00206816.
26. Senna MH, de Andrade SR. Indicadores e informação no planejamento local em Saúde: visão dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm 2015; 24(4):950-958.
27. Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Epidemiol. Serv. Saúde 2016; 25(2):411-418.
28. Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? Saúde Soc. 2018; 27(1):69-79.
29. Rattner D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. Tempus, actas de saúde colet 2018; 8(2):103-108.

30. Losso LN, de Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde Debate* 2017; 41(spe 3):171-187.
31. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, de Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate* 2014; 38(103):733-743.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional [recurso eletrônico]. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 39 p.: il.
33. Coelho DEP, Bógus CM. Vivências de plantar e comer: a horta escolar como prática educativa, sob a perspectiva dos educadores. *Saúde Soc.* 2016; 25(3):761-770.
34. Cabral SAAO, de Alencar MCB, do Carmo LA, Barbosa SES, Barros ACCV, Barros JKB. Receios na Gestação de Alto Risco: Uma Análise da Percepção das Gestantes no Pré-Natal. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* 2018; 12(40):151-162.
35. de Lima FLC. O Núcleo de Apoio   Saúde da Família e alguns dos seus desafios. *Revista Saúde e Desenvolvimento* 2013; 3(2):118-133.
36. Vieira SS, Neves CAB. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. *Fractal, Rev. Psicol.* 2017; 29(1):24-33.
37. Melo A, Barbosa TM. Atuação do Núcleo de Apoio   Saúde da Família: o entendimento de profissionais da estratégia de saúde da família de um município catarinense. *Tempus (Brasília)* 2018; 11(2):25-39.
38. Figueroa Pedraza D, Santos IS. Profile and performance of nutritionists in Primary Health Care. *Rev. Nutr., Campinas* 2017; 30(6):835-845.
39. Lima SAV, Albuquerque PC, Wenceslau LD. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab. educ. Saúde* 2014; 12(2):425-441.
40. de Jesus BA, Muller KTC, Machado AA, Carvalho, CME. Avaliando o processo de trabalho das equipes NASF microrregião de Aquidauana, MS: Projeto Terapêutico Singular. *Multitemas* 2018; 23(54):105-119.

41. Suzart AS, Ferreira AP. Avaliação do Programa Bolsa Família (PBF) na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, Vitória da Conquista, BA. *Interações* 2018; 19(3):585-595.
42. Arce VAR, Teixeira CF. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde Debate* 2017; 41(spe 3):228-240.
43. de Souza TT, Calvo MCM. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev Saúde Pública* 2018; 52(41):1-11.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este artigo é parte da dissertação da primeira autora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição/UFPB e não recebeu financiamento para a sua realização. Ressalta-se a veracidade disso, reforçando que foi utilizado banco de dados com informações secundárias, não acarretando financiamento direto por parte de fontes financiadoras ou de suporte, institucional e/ou privado.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos que não há potencial e conflito de interesse por parte da autora e coautores com o presente artigo.

COLABORADORES

Thaise Anataly Maria de Araújo, participou da concepção, desenvolvimento do projeto, análise e interpretação dos dados; bem como da redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada; além de ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, participou da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e é responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão de bolsa de mestrado à primeira autora. À Coordenação Estadual do PMAQ, por ter disponibilizado o banco de dados, que proporcionou a execução das análises discutidas.

APÊNDICE E – Considerações da Pesquisadora

Explicar sobre como a atenção nutricional vem se desenvolvendo na Atenção Básica é algo estimulador, tendo em vista a experiência profissional enquanto nutricionista do NASF, que desempenhei por quase três anos. Nesta perspectiva, ter participado de algumas das fases do PMAQ – AB, no município onde atuava, me proporcionou um olhar com enfoque na teoria (Diretrizes, evidências científicas, etc.) e o seu aliar à prática, pautada no que vivenciei e também observei das ações dos demais nutricionistas. Assim sendo, os resultados do segundo ciclo da avaliação externa analisados neste trabalho, representam além de números e possibilidades estatísticas ou de uma discussão com prisma técnico, mas se cerca das nuances e hipóteses da pesquisadora, corroboradas ou rejeitadas pelos autores utilizados.

Quanto aos resultados obtidos, é válido mencionar que foram fruto de uma metodologia bem desenhada e ajustada, conforme cada passo foi realizado, até conseguir um modelo estatístico correspondente aos objetivos traçados para esta investigação. O grande quantitativo de dados, provenientes do banco de dados utilizado, foi algo desafiador, podendo-se citar que a análise estatística em si é dotada de resultados dispostos em mais de 1.900 páginas, as quais foram cuidadosamente observadas e seus desdobramentos encontram-se no artigo exposto no APÊNDICE D.

Nas análises discutidas, chamou-me atenção que o componente assistencial continua sendo priorizado em detrimento dos aspectos técnico-pedagógicos. Considero que isso reflete a realidade da maioria dos municípios brasileiros, que contratualizaram o NASF, porém diverge do que vivenciei profissionalmente, o que permeou a escrita desta seção no artigo construído.

Ter desempenhado pesquisa de cunho quantitativo foi uma dificuldade e concomitantemente um aprendizado, uma vez que não tinha experiência nesse escopo, o que limitou – em alguns momentos – minhas ações e autonomia em relação ao progresso da pesquisa. Nestes percalços, a figura do orientador fez-se fundamental e proporcionou conquistas no âmbito deste estudo e para além dele, à exemplo disso posso citar o quanto consigo enxergar e compreender aspectos que necessito melhorar, no concernente à docência. Concebo que o mestrado visa extrapolar o aperfeiçoamento de pesquisadores, mas auxiliar na formação qualificada de futuros docentes, por isso, valorizo sobremaneira os ganhos que obtive ao longo desta jornada.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

	U F R G S UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	PRÓ-REITORIA DE PESQUISA Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs	
---	--	---	---

CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 21904

Título: Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011
 MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011
 FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011
 TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011
 CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011
 ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011
 ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011
 MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011
 LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011
 Ana Lucília da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011
 REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011

Equipe Externa:

Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011
 Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011
 Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011
 Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011
 Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011
 Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011
 Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011
 Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011
 Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011
 Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011
 Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012


 JOSE ARTUR BOGO CHIES

1

ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO NUTRICIONAL NO ÂMBITO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Pesquisador: Thaise Anataly Maria de Araújo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 70038017.1.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciência da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.175.310

Apresentação do Projeto:

Trata-se de analisar o projeto de pesquisa da mestranda Thaise Anataly Maria de Araújo, sob a orientação do Professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toleto Vianna do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a atenção nutricional no contexto dos NASF no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Durante a realização do grupo focal a previsão de risco é mínima. Pode acontecer um desconforto para você durante o grupo focal em expor seu ponto de vista, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar

a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo.

Benefícios:

- Destacar informações de um banco de dados nacional, reduzindo assim a lacuna de sua

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com
CEP: 58.051-900

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.175.310

subutilização. Descrever a atuação e o desempenho dos profissionais no campo da nutrição, a partir dos NASF no Brasil, nas macrorregiões e nos Estados, na perspectiva de uma avaliação externa com elementos bem estruturados e pautados em suas diretrizes e nos preceitos do SUS. Proporcionar a identificação das potencialidades e limitações da atenção nutricional desenvolvida pelos NASF, a fim de otimizar a efetivação dos componentes assistencial e técnico-pedagógico que orientam suas ações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A abordagem metodológica será desenvolvida em duas etapas. A "ETAPA 1" trata-se de um estudo exploratório, transversal e analítico com abordagem quantitativa, cujo desenho será ecológico. Serão avaliadas 345 variáveis inicialmente, de 1.773 Equipes dos NASF agregadas nos 27 estados federativos do Brasil. Vislumbrando-se alcançar cada objetivo específico traçado para a pesquisa, esta etapa será dividida em quatro fases: análise descritiva, classificação da qualidade da variável, associação entre as variáveis e análise multivariada. A "ETAPA 2" possui abordagem qualitativa e utilizará a técnica de Grupo Focal (GF) como estratégia para coleta de dados e a análise de conteúdo de Bardin (2011) para apreciação dos dados. Será desenvolvida com dez nutricionistas do NASF de João Pessoa e versará sobre o processo de formação acadêmica e possíveis desdobramentos do PMAQ-AB em sua atuação no NASF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem pendências, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

Recomendações:

Recomenda-se manter a metodologia proposta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este

Endereço: UNIVERSITARIO S/N		CEP: 58.051-900
Bairro: CASTELO BRANCO		
UF: PB	Município: JOAO PESSOA	
Telefone: (83)3216-7791	Fax: (83)3216-7791	E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.175.310

egregio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_903108.pdf	04/07/2017 17:42:21		Aceito
Outros	Resposta_ao_Parecer_Consubstanciado_do_Comite_de_Etica_em_Pesquisa.pdf	04/07/2017 17:39:08	Thaise Anataly Maria de Araújo	Aceito
Outros	Certidao_Mestrado.pdf	04/07/2017 17:38:07	Thaise Anataly Maria de Araújo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/07/2017 17:36:11	Thaise Anataly Maria de Araújo	Aceito
Outros	ANUENCIA_SMS_JP.pdf	21/06/2017 10:43:21	Thaise Anataly Maria de Araújo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/06/2017 10:08:28	Thaise Anataly Maria de Araújo	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	19/06/2017 09:55:59	Thaise Anataly Maria de Araújo	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	19/06/2017 09:50:36	Thaise Anataly Maria de Araújo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	19/06/2017 09:47:18	Thaise Anataly Maria de Araújo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 17 de Julho de 2017

Assinado por:

**Ellane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

ANEXO C - MÓDULO IV – Entrevista com profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade de Saúde

Identificação Geral			
IV.1.1	Número do supervisor:		
IV.1.2	Número do entrevistador:		
Identificação da Unidade de Saúde			
IV.2.1	Coordenadas GPS(Por favor, capture as coordenadas na tela anterior através do botão com ícone de satélite)		Latitude
			Longitude
		() Não foi possível obter as coordenadas	
IV.2.2	Endereço		
IV.2.3	Telefone(DDD)+8dígitos		(_) ____ - ____ () Não existe telefone
Termos de Compromisso e Ata de Reunião			
O - IV.3.1	O NASF possui ata de reunião assinada pela gestão municipal e pelos profissionais do NASF que comprove a adesão voluntária ao programa?		Sim
			Não
O - IV.3.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
O - IV.3.2	O NASF possui o termo de compromisso de adesão ao PMAQ assinado pelo responsável pelo NASF?		Sim
			Não
O - IV.3.2/1	Existe documento que comprove?		Sim

			Não
Estrutura Física			
G - IV.4.1	Existem cronogramas ou escalas de utilização das salas das unidades que contemplem as ações programadas para os profissionais do NASF?		Sim
			Não
G - IV.4.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.4.2	Quais os espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades?		Consultório(s) de uso exclusivo da equipe NASF no espaço da UBS
			Consultório(s) compartilhado(s) com os profissionais da UBS
			Sala de reuniões na unidade
			Espaços no território (exemplo: parques, escolas ou praças)
			Outros(s)
IV.4.3	Existe veículo disponível para o NASF quando necessário?		Sim
			Não
IV.4.4	Essa disponibilidade atende às necessidades do NASF?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Às vezes
			Raramente
			Nunca
IV.4.5	A gestão disponibiliza os insumos necessários para o NASF realizar suas atividades?		Sim
			Não
Organização da Gestão e Coordenação do NASF			
G - IV.5.1	Existe responsável, referência ou coordenação do NASF no âmbito da gestão do município?		Sim
			Não
IV.5.2	Quem ou qual instância realiza essa função?		Coordenação da Atenção Básica
			Coordenação específica para a Equipe NASF na atenção básica
			Coordenação da região ou distrito de saúde do município
			Coordenação da UBS
			Outros
G - IV.5.3	Com que periodicidade acontecem espaços de reunião entre o NASF e sua coordenação?		Semanalmente
			Quinzenalmente
			Mensalmente
			Sem periodicidade definida

			Não acontecem
Educação Permanente			
ET - IV.6.1	Foi oferecida alguma formação específica para o NASF quando este iniciou o trabalho?		Sim, para todos os profissionais
			Sim, para alguns profissionais
			Não
IV.6.2	Que tipo de formação é/foi oferecido(a)?		Curso "introductório"
			Oficina de capacitação
			Reunião informativa
			Outro(s)
IV.6.3	Em relação à formação oferecida, você considera que foi:		Muito Boa
			Boa
			Regular
			Ruim
			Péssima
IV.6.4	É oferecida educação permanente para os profissionais do NASF?		Sim, para todos os profissionais
			Sim, para alguns profissionais
			Não
IV.6.5	Com relação a Educação Permanente, você considera que foi:		Muito Boa
			Boa
			Regular
			Ruim
			Péssima
IV.6.6	Quais os temas das atividades de educação permanente?		Princípios e diretrizes da Atenção Básica
			Organização do processo de trabalho da Atenção Básica
			Organização do processo de trabalho do NASF
			Discussão de casos complexos e/ou Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)
			Metodologias de trabalho com grupos
			Ações de vigilância no território
			Condições/Doenças crônicas
			Saúde mental
			Saúde da mulher
			Saúde da criança
			Reabilitação/ Saúde da Pessoa com Deficiência
			Situações de conflitos sociais (violência, uso de álcool e outras drogas, etc)
			Outro(s)

Planejamento das ações do NASF			
IV.7.1	O NASF utiliza algum mecanismo de registro de informação das suas ações?		Sim
			Não
ET - IV.7.2	Qual mecanismo é utilizado?		e-SUS atenção básica
			SIAB
			SIA
			Sistema próprio do município/equipe
			Fichas, planilhas ou relatórios construídos pela própria equipe NASF
			Outro(s)
G - IV.7.3	Quais informações de saúde a gestão disponibiliza para sua equipe para auxiliar no diagnóstico, avaliação e planejamento?		Dados epidemiológicos do município
			Principais problemas de saúde do território
			Principais demandas das EAB
			Perfil da demanda atendida pelo NASF
			Desafios apontados na autoavaliação
			Outras prioridades definidas pela gestão municipal
G - IV.7.4	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações mensalmente?		A gestão não disponibiliza informações
G - IV.7.4.1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.7.5	A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?		Semanal
			Bimestral
			Trimestral
			Semestral
			Anual
			Não realiza planejamento
IV.7.5/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.7.6	O que foi considerado nesse planejamento?		Perfil demográfico, epidemiológico e assistencial
			Perfil territorial e ambiental
			Necessidades e demandas da(s) equipe(s) de saúde apoiada(s)
			A rede de serviços de saúde existente no município
			Outros

ET - IV.7.7	O planejamento do NASF foi realizado de forma conjunta ou integrada ao planejamento das equipes AB?		Sim
			Não
G - IV.7.8	O NASF participa de monitoramento e análise de indicadores e informações de saúde em conjunto com as equipes da AB apoiadas?		Sim
			Não
ET - IV.7.9	O NASF realiza monitoramento e análise de indicadores referentes ao seu processo de trabalho?		Sim
			Não
ET - IV.7.9/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.7.10	O NASF realizou algum processo de autoavaliação nos últimos doze meses?		Sim
			Não
IV.7.10/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.7.11	Qual instrumento utilizado?		AMAQ - NASF
			Instrumento desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde
			Instrumento desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde
			Instrumento desenvolvido pela própria equipe NASF
			A equipe realizou processo autoavaliativo informal, sem instrumento específico
IV.7.11/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
Organização da agenda			
G - IV.8.1	O cronograma/agenda de atividades dos profissionais do NASF foi pactuado com as equipes apoiadas?		Sim
			Não
G - IV.8.2	O NASF disponibiliza seu cronograma/agenda de atividades para as equipes apoiadas?		Sim
			Não
G - IV.8.3	Diante de situações imprevistas, o NASF desenvolve ações não programadas?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Às vezes
			Raramente
			Nunca
IV.8.4	A agenda dos profissionais do NASF		Consultas individuais do profissional do

	contempla as seguintes atividades:		NASF
			Consultas compartilhadas com outros profissionais da equipe de AB e do NASF
			Atendimentos domiciliares
			Grupos terapêuticos
			Atividades de educação em saúde
			Atividades comunitárias
			Ações de educação permanente
			Discussão de casos
			Outro(s)
Organização do apoio matricial às EAB			
IV.9.1	Os profissionais do NASF dedicam um período semanal ou quinzenal para reunião interna da equipe NASF?		Sim
			Não
IV.9.2	O NASF atua em horário coincidente com o horário das equipes de AB/SF?		Sim
			Não
G - IV.9.3	Com qual periodicidade o NASF realiza atividades/encontros com as equipes apoiadas?		Diariamente
			Semanal
			Quinzenal
			Mensal
			Sem periodicidade definida
			A periodicidade é diferente entre cada uma das equipes apoiadas
IV.9.4	Quais atividades são realizadas nestes encontros entre a sua equipe e as equipes apoiadas?		Consultas individuais do profissional do NASF
			Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica
			Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores
			Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção
			Construção conjunta com os profissionais da Equipe de Atenção Básica de projetos terapêuticos
			Articulação, junto às equipes de Atenção Básica, de ações com outros pontos da rede de saúde e intersetorial
			Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da

			Equipe de Atenção Básica
			Discussões sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e também do próprio apoio do NASF à equipe
			Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe
			Realizam visitas com os profissionais da sua equipe
			Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional
			Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada
ET - IV.9.5	O NASF participa do monitoramento dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos em conjunto com as EAB?		Sim
			Não
ET - IV.9.5/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
IV.9.6	Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, qual é a forma mais frequente da equipe AB compartilhar o caso com o NASF?		Encaminhamentos por escrito
			Discussão de casos
			Consultas compartilhadas
			Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF
			Contato telefônico
			Outros
Gestão da demanda e da atenção compartilhada			
ET - IV.10.1	O NASF monitora as solicitações de apoio das equipes, identificando as demandas mais frequentes e o percentual de atendimento da demanda observada?		Sim
			Algumas vezes
			Não
ET - IV.10.1/1	Tem documento que comprove?		Sim
			Não
G - IV.10.2	O NASF avalia o impacto/resultado de suas ações nas equipes apoiadas por meio de quais indicadores/ sinalizadores?		Análise do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada
			Análise do número de solicitações de atendimentos desnecessariamente direcionadas ao NASF
			Análise dos indicadores de saúde da

			população do território
			Análise das situações de saúde dos casos compartilhados
			Outros
			Não avalia o impacto/resultados de suas ações nas equipes apoiadas.
Registro de atividades			
IV .11.1	O NASF registra as ações em prontuários comuns das equipes de AB?		Sim
			Não
G - IV.11.2	Quais ações são registradas em prontuários comuns com a equipe?		Consultas individuais do profissional do NASF
			Consultas compartilhadas
			Atendimentos domiciliares
			Grupos terapêuticos
			Encaminhamentos e condutas definidas a partir de discussão de casos
IV.11.3	Quais dessas atividades contam com alguma outra forma de registro?		Reuniões para educação permanente
			Reuniões com as equipes de AB
			Grupos de educação em saúde
			Outro(s)
ÁREAS ESPECÍFICAS - COMPONENTE COMUM			
Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas			
IV.12.1	O NASF apoia e desenvolve ações de apoio ao autocuidado?		Sim
			Não
G - IV.12.2	De que forma o NASF realiza esse apoio?		Realização de ações que promovam o autocuidado visando a prevenção de doenças crônicas
			Avaliação do grau de motivação e capacidade de cuidar-se do usuário
			Promoção da corresponsabilização do usuário no cuidado à própria saúde
			Avaliação do conhecimento e o comportamento do usuário frente à doença
			Orientação sobre possíveis mudanças comportamentais
			Outro(s)
IV.12.3	O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas		Sim
			Não

	com doenças crônicas?		
G - IV.12.4	De que forma o NASF realiza esse apoio?		Avaliação e reabilitação da condição motora
			Avaliação e reabilitação da condição cardiorespiratória
			Avaliação e reabilitação de condições psicossociais
			Promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico
			Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição
			Realização de práticas corporais e de atividade física junto aos pólos do programa academia da saúde e/ou outros espaços
			Orientações para redução de danos
			Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
			Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular proposto
			Outros
IV.12.5	O NASF apoia e desenvolve ações de suporte aos familiares/cuidadores de pessoas com doenças crônicas?		Sim
			Não
G - IV.12.6	De que forma o NASF realiza esse apoio?		Identificação, no grupo familiar, de pessoas vulneráveis neste contexto
			Realização de atendimento individual aos familiares ou cuidadores na UBS ou domicílio
			Realização de atendimento em grupo aos familiares ou cuidadores na UBS ou território
			Orientação aos familiares ou cuidadores quanto ao compartilhamento do cuidado
			Outros
Reabilitação			
IV.13.1	O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de reabilitação?		Sim
			Não

G - IV.13.2	De que forma o NASF realiza esse apoio?		Educação permanente das equipes de AB sobre os cuidados em reabilitação
			Elaboração de PTS considerando a importância da promoção da inclusão social
			Grupos de prevenção e promoção de saúde no cuidado das pessoas com necessidade de reabilitação (Ex: Grupo de coluna, grupo de caminhada, grupo de oficinas laborais etc.)
			Ações de Reabilitação no domicílio
			Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios osteomusculares
			Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios neuromusculares
			Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios reumatológicos
			Atendimento individual ou coletiva nos casos de distúrbios uroginecológicos
			Atendimento individual ou coletiva nos casos de sofrimento psíquico e/ou transtorno mental
			Articulação intersetorial para promoção da inclusão social
			Promoção da corresponsabilização do usuário no cuidado à própria saúde
			Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
			Outro
IV.13.3	O NASF realiza ações para o cuidado das pessoas com deficiências?	Sim	
		Não	
G - IV.13.4	Quais ações são realizadas para o cuidado das pessoas com deficiências?		Mantém registro das pessoas com deficiência no seu território de atuação
			Avaliação e reabilitação da condição motora
			Avaliação e reabilitação da condição cardiorespiratória
			Avaliação e reabilitação de condições psicossociais
			Avaliação e apoio no atendimento e encaminhamento social
			Avaliação e encaminhamento para uso

			de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção.
			Habilitação/adaptação ao uso de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção nas atividades de vida diária
			Avaliação do grau de autonomia e capacidade de realização de atividades de vida diária
			Realização de ações que promovam o autocuidado
			Avaliação e adaptação das condições do domicílio
			Realiza orientações aos cuidadores e/ou familiares
			Promoção e estimulação da inserção da pessoa com deficiência em atividades esportivas, laborais e de lazer
			Dá suporte a identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças
			Outro
Atenção à Saúde Materno-Infantil			
IV.14.1	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para mulheres?		Sim
			Não
G - IV.14.2	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Prevenção do câncer de mama e de colo uterino
			Identificação de necessidades e cuidado no climatério e na menopausa
			Identificação e abordagem de questões de gênero e sexualidade
			Construção de Projeto Terapêutico Singular no caso de agravos ginecológicos
			Reconhecimento e atendimentos dos casos de violência contra a mulher
			Acompanhamento das mulheres em situação de vulnerabilidade social
			Fortalecimentos das atividades de prevenção e tratamento a DST/AIDS
			Outros
IV.14.3	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas		Sim

	para mulheres com intenção de engravidar, gestantes e puérperas?		Não
G - IV.14.4	Quais ações o NASF realiza para o cuidado da saúde da mulher?		Planejamento sexual e reprodutivo
			Atendimento às necessidades psicossociais da mulher
			Oferta atividades específicas para este momento do ciclo de vida (ex: orientação alimentar, práticas corporais, grupos, etc)
			Construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular nos casos de gestação de alto risco
			Acompanhamento de visitas domiciliares no puerpério, auxiliando a equipe na identificação de necessidades de cuidado e nas intervenções
			Outros
IV.14.5	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território?		Sim
			Não
G - IV.14.6	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Acompanhamento individual da criança
			Atendimento domiciliar à criança com algum agravado
			Orientações aos familiares
			Atendimento às situações em que há dificuldade na relação entre pais ou cuidadores e crianças
			Apoio na avaliação dos casos, identificando necessidades de cuidado
			Suporte na identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças
			Elaboração de PTS considerando o ambiente familiar, sociocultural e escolar
			Articulação com escola e com o Programa Saúde na Escola, se houver
			Outros
IV.14.7	O NASF apoia e desenvolve ações voltadas para as crianças com agravos à saúde?		Sim
			Não

G - IV.14.8	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes (ex: deficiência de ferro e vitamina A)
			Acompanhamento das crianças com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar
			Acompanhamento das crianças prematuras ou que tiveram restrição do crescimento intrauterino
			Acompanhamento das crianças em situação de vulnerabilidade social
			Acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiológico ou visual)
			Suporte às equipes nas decisões acerca dos encaminhamentos para outros pontos de atenção
			Outro
Atenção em Saúde Mental			
IV.15.1	O NASF discute, atende e acompanha, junto com a equipe de AB, pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental?		Sim
			Não
G - IV.15.2	Quais ações o NASF realiza para o cuidado em saúde mental?		Participa de discussão e pactuação com as equipes sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de saúde mental na própria atenção básica
			Dá suporte às equipes nas decisões acerca do compartilhamento dos casos com outros pontos de atenção
			Realiza acompanhamento individual ao usuário e/ou seu grupo familiar
			Realiza atendimento domiciliar conjuntas ao usuário e/ou seu grupo familiar
			Auxilia a equipe no manejo ou redução da dose dos psicofármacos
			Organiza grupos terapêutico

			Articula o cuidado com outros Dispositivos da rede de atenção (exemplo: CAPS, CAPS AD)
			Outros
IV.15.3	O NASF discute, atende e acompanha, junto com a equipe de AB, casos com uso abusivo, prejudicial ou dependente de álcool ou outras drogas?		Sim
			Não
G - IV.15.4	Quais ações o NASF realiza para o cuidado das pessoas com uso abusivo, prejudicial de álcool e outras drogas?		Contribui para atenção humanizada ao usuário de substâncias psicoativas e/ou seu grupo familiar
			Acompanhamento individual ao usuário e/ou seu grupo familiar
			Atendimento domiciliar ao usuário e/ou seu grupo familiar
			Auxílio à equipe no manejo ou redução da dose dos psicofármacos
			Organização de grupo terapêutico
			Articulação com outros dispositivos da rede de atenção (exemplo: CAPS e CAPS AD)
			Atividades de prevenção do uso de substâncias psicoativas em escolas ou outros espaços do território
			Outros
ÁREAS ESPECÍFICAS - COMPONENTE SINGULAR Você acabou de responder ao bloco do Componente Comum da avaliação externa do NASF. Agora, iremos entrar no bloco do Componente Singular. Este bloco é opcional. Você pode optar por não respondê-lo, ou ainda por responder as questões referentes a uma ou duas áreas específicas, considerando as singularidades da sua equipe NASF.			
IV.16.1	O NASF realiza ações em alguma dessas 5 áreas: Práticas Integrativas e Complementares, Assistência Farmacêutica, Atenção Nutricional, Saúde do Trabalhador, Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes?		Sim
			Não
IV.16.2	Em quais áreas? Escolha até duas opções.		Práticas Integrativas e Complementares
			Assistência farmacêutica
			Atenção Nutricional
			Saúde do Trabalhador
			Apoio à Organização do Processo do Trabalho

Práticas Integrativas e Complementares			
IV.17.1	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas a quais práticas integrativas e complementares?		Sim
			Não
IV.17.2	Quais ações são realizadas?		Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura
			Medicina Tradicional Chinesa/ Auriculoacupuntura
			Medicina Tradicional Chinesa/ Práticas Corporais (Tai Chi Chuan, Lian Gong, Chi Gong, Tui-Ná), e/ou mentais (Meditação)
			Plantas medicinais e fitoterapia
			Homeopatia
			Medicina Antroposófica
			Termalismo Social/Crenoterapia
			Outro
IV.17.2	O NASF realiza outras práticas que não estão contempladas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares?		Sim
			Não
IV.17.3	O NASF realiza outras práticas que não estão contempladas na Política nacional de Práticas Integrativas e Complementares?		Reiki
			Yoga
			Ayurveda
			Florais
			Do- In/Shiatsu/Massoterapia/Reflexologia
			Shantala
			Talassoterapia
			Biodança
			Musicoterapia
			Dança circular
			Naturopatia
			Terapia comunitária
			Terapia com Argila
			Sistema Rio Aberto (movimento vital expressivo)
			Arteterapia
G - IV .17.4	Esse apoio se dá por meio de quais ações?		Outro(s)
			Não realiza
G - IV .17.4	Esse apoio se dá por meio de quais ações?		Consultas individuais do profissional do NASF

			Consultas compartilhadas
			Atendimentos domiciliares
			Grupos terapêuticos
			Atividades de educação permanente nestes temas para a equipe
			Outro(s)
IV.17.5	O NASF possui referência para encaminhamento dos usuários do território a serviços de Práticas Integrativas e Complementares?		Sim
			Não
Assistência Farmacêutica			
IV.18.1	O NASF contribui com a discussão sobre o perfil de utilização de medicamentos para a qualificação das ações de saúde na Atenção Básica?		Sim
			Não
G - IV.18.2	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Identificação dos medicamentos mais prescritos e dispensados
			Análise do perfil da população assistida (prevalência de doenças e agravos)
			Identificação do quadro de morbimortalidade do território
			Deteção de eventos adversos dos medicamentos utilizados
			Identificação de subgrupos populacionais mais vulneráveis ao uso irracional de medicamentos
			Outro(s)
IV.18.3	O NASF apoia e desenvolve ações para a adesão ao tratamento farmacoterapêutico de pessoas que fazem uso contínuo de medicamentos?		Sim
			Não
G - IV.18.4	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Educação permanente dos profissionais da atenção básica para a promoção do uso racional de medicamentos
			Simplificação do regime terapêutico (diminuição do número de doses e do número total de medicamentos)
			Utilização de linguagem clara e objetiva
			Adequação do tempo para orientação farmacoterapêutica de acordo com a

			necessidade do usuário
			Promoção ao acesso de medicamentos necessários à terapia
			Realização de ações específicas aos usuários de medicamentos de alto risco e/ou polimedicados
			Outro(s)
IV.18.5	O NASF apoia e desenvolve ações de farmacovigilância?		Sim
			Não
G - IV.18.6	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Realização de notificação (ex: de eventos adversos, desvio de qualidade e perda de eficácia, dentre outros)
			Análise das notificações geradas pela equipe de atenção básica
			Educação permanente dos profissionais da atenção básica para qualificação das notificações geradas
			Outro(s)
Atenção Nutricional			
IV.19.1	O NASF apoia o desenvolvimento de ações de vigilância alimentar e nutricional?		Sim
			Não
G - IV.19.2	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Coleta e registro de dados antropométricos dos usuários em prontuários e ou cadernetas de saúde e ou sistemas de informação
			Coleta e registro de dados de consumo alimentar dos usuários em prontuários e ou cadernetas de saúde e ou sistemas de informação
			Monitoramento da situação alimentar e nutricional e análise das informações para a tomada de decisão.
IV.19.3	O NASF apoia o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação adequada e saudável?		Sim
			Não
G - IV.19.4	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.
			Desenvolvimento de ações junto ao Programa Saúde na Escola e/ou no âmbito escolar.

			Desenvolvimento de ações junto aos polos do Programa Academia da Saúde ou programa similar de atividade física.
			Desenvolvimento de ações nos grupos já desenvolvidos na UBS ou outros espaços do território.
			Interlocução com setores responsáveis pela cadeia de produção agrícola.
			Articulação intersetorial nos casos de risco de segurança alimentar e nutricional.
IV.19.5	O NASF apoia o desenvolvimento de ações voltadas para os agravos relacionados à alimentação e nutrição (exemplo: as carências de micronutrientes, desnutrição, obesidade, diabetes, intolerâncias e alergias alimentares)?		Sim
			Não
G - IV.19.6	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Construção de Projeto de Saúde do Território
			Construção de Projeto Terapêutico Singular
			Qualificação as ações dos programas de suplementação de micronutrientes
			Processos de educação permanente nestes temas
			Atenção individual e/ou domiciliar aos casos priorizados junto às equipes de AB
			Articulação com outros pontos da rede de atenção para a continuidade do cuidado
IV.19.7	O NASF apoia o desenvolvimento de ações de articulação intersetorial para garantia da Segurança Alimentar e Nutricional?		Sim
			Não
G - IV.19.8	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Articulação com espaços de produção, comercialização e distribuição de alimentos no território (como agricultura familiar, hortas urbanas, feiras, restaurantes populares, cozinhas comunitárias, supermercados e outros)
			Articulação com os equipamentos sociais do território

			Encaminhamento de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza para cadastro em programas sociais
			Disponibilização de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população adstrita para as instâncias de gestão e controle social
Saúde do Trabalhador			
IV.20.1	O NASF apoia e desenvolve ações para identificação do cenário da saúde do trabalhador do território?		Sim
			Não
G - IV.20.2	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores
			Identificação dos processos produtivos no território
			Identificação dos riscos e agravos relacionados ao trabalho
			Notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho
			Outros(s)
IV.20.3	O NASF apoia e desenvolve ações de prevenção e tratamento de doenças ocupacionais?		Sim
			Não
G - IV.20.4	Esse apoio se dá por meio de ações de:		Orientações para prevenção de agravos ocupacionais
			Deteção precoce da perda de saúde dos trabalhadores
			Atendimento individual ou coletivo aos casos definidos junto à equipe AB
Apoio à Organização do Processo de Trabalho das Equipes			
IV.21.1	O NASF apoia a gestão e o planejamento da equipe AB?		Sim
			Não
G - IV.21.2	De que forma o NASF realiza esse apoio?		Facilitando e dando suporte na análise dos processos e atividades da equipe AB
			Colaborando como mediador em questões e conflitos referentes ao processo de trabalho das equipes AB
			Contribuindo na discussão, organização e construção de agendas de trabalho das equipes AB
			Dando suporte à implementação de

			novos serviços e processos na UBS (tais como acolhimento, grupos, etc)
			Identificando necessidades e facilitando processos locais de educação permanente
			Outro(s)
IV.21.3	O NASF faz apoio à vigilância e participa de ações sobre riscos coletivos?		Sim
			Não
G - IV.21.4	De que forma o NASF realiza esse apoio?		Contribuindo com a análise do perfil epidemiológico do território
			Contribuindo com a análise de indicadores e informações em saúde
			Atuando na articulação com a vigilância em saúde municipal (referente ao território de atuação)
			Auxiliando as equipes AB na notificação compulsória dos agravos (doenças e acidentes)
			Contribuindo com o desenvolvimento de ações de prevenção a riscos coletivos identificados
			Outro(s)

ANEXO D – Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa que participaram da avaliação externa do PMAQ – AB

Quadro 2 – Relação de Universidades/Instituições de Ensino e Pesquisa que participaram da Avaliação Externa do PMAQ em seu segundo ciclo.

Universidades/Instituição de Ensino e Pesquisa	Regiões
Universidade Federal da Paraíba	Nordeste
Universidade Federal de Campina Grande	
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	
Universidade Federal Sergipe	
Universidade Federal do Piauí	
Universidade Federal da Bahia	
Fiocruz Pernambuco- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	
Universidade Federal de Pernambuco	
Universidade Federal de Alagoas	
Universidade Estadual de Alagoas	
Universidade Federal do Maranhão	
Rede de Universidades do Estado do Ceará	
Universidade Federal do Pará	Norte
Universidade Federal de Rondônia	
Universidade Federal do Acre	
Fiocruz Amazônia	
Universidade Federal do Amazonas	
Universidade Federal do Amapá	
Universidade Federal de Roraima	
Universidade Federal do Tocantins	
Universidade do Mato Grosso	Centro-Oeste
Universidade de Cuiabá	
Fiocruz Mato Grosso do Sul	
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	
Universidade de Brasília	
Universidade Federal de Goiás	
Escola de Enfermagem (Universidade de São Paulo)	Sudeste
Faculdade Saúde Pública	
Universidade Federal de São Carlos	
Faculdade de Medicina do ABC	
Universidade Nove de Julho	
Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto	
Universidade Estadual Paulista- Botucatu	
Faculdade de Medicina de Marília	
Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon)	
Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública	
Universidade Federal de Fluminense	

Universidade Federal de Fluminense	
Universidade Federal de Minas Gerais (FACE)	
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Sul
Escola de Saúde Pública do Paraná	
Universidade Estadual de Ponta Grossa	
Universidade Estadual do Oeste do Paraná	
Universidade Federal de Pelotas	
Universidade Federal de Santa Catarina	
Grupo Hospitalar Conceição	

Fonte: Brasil (2013).