

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ADENILSON DA SILVA GOMES

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF): contribuições para o enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis na
estratégia de saúde da família em Petrolina - PE**

Recife

2018

ADENILSON DA SILVA GOMES

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF): contribuições para o enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis na
estratégia de saúde da família em Petrolina - PE**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Pernambuco, como
requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde
Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Recife

2018

G633a Gomes, Adenilson da Silva.

Análise de implantação dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF): contribuições para o enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis na estratégia de saúde da família em Petrolina - PE / Adenilson da Silva Gomes. – Recife: o autor, 2018.

115 f.; il.; 30 cm.

Orientador: Petrônio José de Lima Martelli.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Avaliação em saúde. 2. Doença crônica. 3. Assistência integral a saúde. I. Martelli, Petrônio José de Lima (orientador). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2018 - 244)

ADENILSON DA SILVA GOMES

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF): contribuições para o enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis na
estratégia de saúde da família em Petrolina - PE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 16/04/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Nilcema Figueiredo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Gabriella Moraes Duarte Miranda (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Às minhas preciosas flores:
Ivone (*in memorian*) e Gabrielle,
Dedico.

AGRADECIMENTOS

Diante de toda a graça alcançada, o primeiro agradecimento vai ao Deus que me sustenta com suas infinitas misericórdias e a Santíssima Virgem sua Mãe Imaculada.

À minha família que compreendeu o peso das minhas ausências necessárias e sempre me incentivaram a sonhar muito alto.

Aos meus amigos do TFN que coloriram a minha jornada e compartilharam comigo as alegrias de ter conquistado esse título acadêmico.

Aos professores do Instituto Carpinense de Profissionalização que com seus exemplos profissionais de vida me inspiraram a lutar não apenas para conquistar bens materiais, mas sim, dádivas de vida.

À minha turma de mestrado que pôde compartilhar comigo não apenas conhecimentos tácitos das disciplinas, mas as gargalhadas mais sinceras que fizeram o curso bem mais proveitoso.

Aos meus professores do curso de mestrado que sempre tentavam nos desenvolver o espírito crítico e reflexivo em prol da construção de profissionais sanitaristas de alto padrão.

À equipe do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-Saúde) da Fiocruz/PE que não deixaram de lado as minhas preocupações de pesquisa acolhendo e ajudando em tudo o que fosse preciso para que esta obra estivesse presente hoje.

Especialmente à Bete com sua mansidão e paz, à Mariana com sua luz inspiradora e a Rebecca com sua solicitude e humanidade.

À Duda e todo seu espírito altruísta em virtude de sempre compartilhar o bem e o amor para todos acolhendo dores e anseios e transformando-os em sonhos.

À Petrônio que muito embora tivéssemos contatos distanciados e tenha sofrido a perda eterna de sua amada esposa, contribuiu com muito além de orientações, contribuiu com a construção de produtiva amizade.

À equipe de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Regional de Limoeiro, que me acolheu recentemente e me trouxe a oportunidade de recuperar meus melhores sorrisos e construir lindas amizades.

Ao meu anjo amado (Gabi), que me segurou a mão e me fez compreender que a vida vai muito além de um título acadêmico.

À minha eterna flor, minha mãe, que não mais sofrendo o peso crônico de suas enfermidades, hoje se encontra no jardim eterno aplaudindo com grande júbilo minhas vitórias.

A todos e a todas, minha eterna gratidão.

RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) se constituem num programa do Ministério da Saúde para apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) através de equipes multiprofissionais, proporcionando uma atenção à saúde integral e resolutive. O NASF contribui, por exemplo, para um melhor manejo de hipertensos e diabéticos com ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais. Esse processo supõe mudanças organizacionais em virtude de seus mecanismos adaptativos e de apropriação nos diferentes contextos. Objetivou-se avaliar a implantação do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais na atenção ao portador de hipertensão e diabetes mellitus da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Petrolina – PE. Trata-se de um estudo avaliativo de análise de implantação identificando a influência de fatores contextuais políticos e estruturais no grau de implantação (GI) do NASF. Estudaram-se variáveis relacionadas à sua estrutura e ao processo para avaliação do grau de implantação (GI), e relacionadas ao seu contexto político e contingente, para análise do contexto de implantação dessa intervenção. A coleta foi feita por meio de entrevistas estruturadas e semiestruturadas com informantes-chave. Para a análise dos dados, foram empregadas a estatística descritiva e a análise de conteúdo de Bardin. Verificou-se que o NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais encontra-se parcialmente implantado (58,8%); o mesmo se aplica para sua estrutura (59,3%) e processo (58,7%). Percebeu-se que o processo é influenciado favoravelmente por fatores do contexto político, tais como conhecimento acerca do trabalho do NASF, ampliação de responsabilidades, mecanismos de parcerias e características das ações. A estrutura, por sua vez, é influenciada desfavoravelmente por fatores do contexto estrutural, tais como as estruturas das unidades básicas de saúde, vínculos profissionais, clima de equipe e investimentos para o NASF. A implantação parcial do NASF revela a necessidade de superar fortes obstáculos para que este programa consiga induzir melhoras efetivas no cuidado com hipertensos e diabéticos na ESF.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Doença Crônica. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Support Centers (NASF) constitute a recent policy of the Ministry of Health to support Family Health Teams (EqSF) through multiprofessional teams, providing comprehensive and resolute health care. The NASF contributes to a better management of hypertensive and diabetic with actions of feeding, nutrition and physical activity/corporal practices. This process implies organizational changes due to its adaptive and appropriation mechanisms in different contexts. The objective of this study was to evaluate the implementation of the NASF in relation to the actions of feeding, nutrition and physical activity/corporal practices in the attention to the hypertension and diabetes mellitus carriers of the Petrolina Family Health Strategy (ESF). This is an evaluative study that used the implementation analysis as the driving axis, identifying the influence of contextual political and structural factors on the degree of implantation (GI) of the NASF. Variables related to its structure and the process for evaluating the degree of implantation (GI) were studied, and related to its political and contingent context, to analyze the context of implementation of this intervention. The collection was done in August of 2017, through structured and semi-structured interviews with key informants. For the analysis of the data, the descriptive statistics and the analysis of Bardin content were used. It was verified that the NASF in relation to the actions of feeding, nutrition and physical activity/corporal practices is partially implanted (58.8%); the same applies to its structure (59.3%) and process (58.7%). It was perceived that process is influenced favorably by factors of the political context, such as knowledge about the work of the NASF, enlargement of responsibilities, mechanisms of partnerships and characteristics of the actions. The structure, in turn, is influenced unfavorably by factors of the structural context, such as the structures of basic health units, professional bonds, team climate and investments for NASF. The partial implementation of the NASF reveals the need to overcome strong obstacles so that this policy can induce effective improvements in the care of hypertensive and diabetic patients in the FHS.

Keywords: Health evaluation. Chronic disease. Comprehensive Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Localização geográfica do município de Petrolina - PE e sua distância à capital. ..	29
Quadro 1 - Características do NASF encontradas em determinadas localidades brasileiras. ..	27
Figura 2 - Influência do contexto sobre a forma da intervenção.	32
Quadro 2 - Classificação das variáveis quanto ao consenso do Modelo Lógico.....	34
Figura 3 - Modelo Lógico resumido do NASF em relação as ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFPC	Atividade Física/Práticas Corporais
AME	Atendimento Multiprofissional Especializado
AN	Alimentação/Nutrição
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Estratégia de Saúde Bucal
e-SUS	Sistema eletrônico do Sistema Único de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GI	Grau de Implantação
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
LAM-SAÚDE	Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
ML	Modelo Lógico
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBR	Norma Brasileira de Regulamentação
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade
PST	Projeto Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SAGE	Sistema de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEVIDIAH	Avaliação de serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Geral.....	18
2.2	Específicos.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1	O NASF e as ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.....	19
3.2	A análise de implantação enquanto ferramenta avaliativa do NASF.....	22
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	Área do Estudo.....	29
4.2	Desenho do Estudo.....	30
4.3	Estratégia do Estudo.....	31
4.3.1	Construção do modelo lógico	32
4.3.2	Construção da matriz de análise e julgamento	36
4.3.3	Avaliação da estrutura	36
4.3.4	Avaliação do processo	37
4.3.5	Determinação do grau de implantação (GI)	37
4.3.6	Construção das categorias de análise contextual.....	38
4.3.7	Determinação do contexto	38
4.4	Sujeitos do Estudo.....	39
4.5	Coleta de Dados.....	39
4.6	Método de Análise de Dados.....	40
4.6.1	Grau de implantação (GI)	40
4.6.2	Contexto político e contingente	41
4.6.3	Influência do contexto sobre o GI	42
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
6	ARTIGO 1.....	44
	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO AVALIATIVO DE SUAS AÇÕES COM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM PETROLINA / PE.....	44
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICE A - Modelo lógico do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.....	82
	APÊNDICE B - Matriz de análise e julgamento para as dimensões estrutura e processo do NASF.....	85
	APÊNDICE C - Questionário para determinação do grau de implantação das ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF.....	98
	APÊNDICE D - Roteiro de para análise do contexto.....	110
	ANEXO A - Parecer do comitê de ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	114
	ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido – profissionais, gerentes e gestores.....	115

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1960, o setor saúde vem enfrentando uma carga crescente de necessidades e demandas com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). As DCNT são doenças entendidas como uma experiência de vida permanente, causada por afecções que acarretam perdas e disfunções, além da alteração no cotidiano, causando estresse devido à alteração da imagem corporal, necessidade de adaptação social e psicológica, além de mudança na expectativa de vida (SCHWAB *et al*, 2014; TADDEU *et al*, 2011).

O estilo de vida contribui fortemente para altas prevalências de HAS e DM na população. Entre os aspectos associados estão, principalmente, os hábitos e as atitudes que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal principalmente associado ao aumento da obesidade visceral, alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes que acompanham o padrão alimentar baseado em alimentos industrializados e o nível elevado de sedentarismo (BRASIL, 2014).

Dada a cronicidade dessas condições e a complexidade de seu controle, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se no primeiro nível de atenção a esses pacientes, pois através da Estratégia de Saúde na Família (ESF) promove ações educativas em saúde voltadas para a mudança de comportamentos, assim como cuidados longitudinais para essas doenças contribuindo para o seu monitoramento (BRASIL, 2014; BORTOLUZ *et al*, 2016; DUNCAN *et al*, 2012; GOULART, 2011).

O estímulo para ações que promovam saúde e qualidade de vida a pacientes com HAS e DM vem surgindo nas últimas décadas com a formulação de políticas e/ou intervenções na APS que geralmente acompanham a garantia do atendimento integral e resolutivo das demandas impostas por essas condições (DUNCAN *et al*, 2012; GOULART, 2011).

Nessa perspectiva, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) se constituem em um programa do Ministério da Saúde para apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) através de equipes multiprofissionais, proporcionando uma atenção à saúde integral e resolutiva (BRASIL, 2012). Através do apoio matricial ofertado pelos integrantes da equipe multiprofissional do NASF - como nutricionistas, professores de educação física, psicólogos, dentre outros - há a oportunidade de melhorar o manejo da HAS e da DM através das práticas

de promoção e prevenção da saúde dirigidas a esse público. Dessa maneira, o conjunto formado pelas EqSF e o apoio especializado oferecido pelos NASF se constitui, de fato, o alicerce da rede de atenção aos portadores dessas doenças.

O NASF dispõe de nove áreas estratégicas de atuação das quais destacam-se as relacionadas à temática de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais, já que estas tornam-se extremamente importantes ao se trabalhar com as equipes e serviços de saúde em virtude de fortalecer medidas de prevenção e controle de DCNT como a HAS e DM (AMARAL e SILVA, 2015; FURTADO e KNUTH, 2015).

A pessoa que convive com HAS ou DM necessita que o controle de sua doença perpassa um conjunto de serviços de saúde que estejam integrados e coesos na perspectiva de promover uma gestão qualificada da doença e envolver fortemente o indivíduo frente a uma boa qualidade de vida. Entretanto, o que se observa no atual manejo dessas doenças é a inadequação dos cuidados, sendo prestados em níveis de atenção equivocados, levando à má coordenação da atenção e insatisfação dos pacientes (PINHEIRO, 2009).

Estudos apontam este tipo de inadequação no controle promovido pela APS no Brasil. O estudo *Avaliação de serviços de atenção à saúde para diabéticos e hipertensos no âmbito do Programa de Saúde da Família (SERVIDIAH)* conduzido em 2010 numa amostra representativa de hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF de Pernambuco mostrou que menos da metade dos hipertensos tinham pressão abaixo do nível recomendado de 140/90 mmHg, e somente 30% dos diabéticos tinham hemoglobina glicada (indicadora do controle glicêmico) abaixo do nível recomendado de 7%. Ademais, foi verificado que apesar de cerca de 75% dos entrevistados apresentarem excesso de peso, somente 16% dos hipertensos e 14% dos diabéticos disseram seguir uma dieta para perder peso, enquanto 70% afirmaram não praticar nenhuma atividade física (FONTBONNE *et al*, 2013). Paes *et al* (2011) verificaram entre hipertensos frequentadores da Academia da Cidade do Recife que dois terços tinham excesso de peso, e que dentre esses, 39% não sabiam dizer se tinham algum hábito prejudicial à saúde na sua alimentação.

Dessa forma, acredita-se que o NASF - enquanto um dispositivo de mudança, com potencialidades criadoras de novas práticas, com capacidade de ampliar e intensificar as ações das EqSF, de deflagrar processos e de instituir novos arranjos na APS - se configura em uma intervenção em saúde que sofre avanços e retrocessos dadas as particularidades locais de sua

implantação (VOLPONI et al, 2015).

A partir dessa nova dinâmica de organização dos serviços de saúde e da articulação entre NASF e ESF, faz-se necessário repensar a ação de todos os envolvidos (comunidade, profissionais da saúde e gestores) a fim de que ocorra a mudança requerida: efetiva produção de saúde para a população adscrita. Deste modo, busca-se uma pactuação política entre as partes e utilização dos mecanismos adaptativos e de apropriação dos diferentes contextos para a efetiva implantação do NASF (ANDRADE et al, 2012).

Assim sendo, os estudos de análise de implantação fornecem métodos e abordagens avaliativas que podem avaliar os enlaces entre a intervenção (programas, políticas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos (HARTZ e SILVA, 2005).

Diante do exposto, considerando que a HAS e a DM possuem papel de destaque no acometimento do perfil epidemiológico das populações e que essas doenças estão diretamente relacionadas à adoção de hábitos alimentares e estilos de vida não saudáveis;

Considerando que o NASF, junto à EqSF, constitui-se numa importante ferramenta para o confronto desse complexo perfil epidemiológico e nutricional para reforço das ações de controle dessas doenças;

Considerando que a alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais possuem expressiva contribuição para o controle da HAS e DM e que APS é locus privilegiado para se trabalhar com essas ações de forma efetiva;

Considerando ainda a implantação do NASF para o fortalecimento de ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais e que ele é uma intervenção indutora de mudanças de práticas de saúde;

O presente estudo justifica-se pela necessidade de se verificar a importância do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física na atenção aos usuários portadores de HAS e DM. Assim, ao avaliar sua implantação, abrangendo a análise de estrutura e de processo de todos os seus componentes, bem como a análise de fatores contextuais de origens política e organizacionais/estruturais que influenciam o grau de implantação do NASF, será permitido identificar avanços e entraves nesse programa, auxiliando no seu aperfeiçoamento e

melhora da qualidade.

Para tanto, partirá da seguinte **pergunta condutora**: como está implantado o NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais na atenção aos portadores de HAS e DM da Estratégia de Saúde da Família em Petrolina – PE?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a implantação do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais na atenção ao portador de HAS e DM na Estratégia de Saúde da Família de Petrolina – PE.

2.2 Específicos

- Estimar o grau de implantação das ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF quanto a sua estrutura e processo;
- Identificar os fatores políticos e estruturais do contexto que podem estar relacionados com a variação no grau de implantação das ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF;
- Analisar a influência do contexto na variação do grau de implantação das ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF na atenção aos portadores de HAS e DM.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O NASF e as ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais

As doenças crônicas, em especial a HAS e a DM, aumentam a complexidade dos problemas de saúde e da prestação de cuidados, exigindo mudanças na atuação profissional, nas qualificações e nas configurações dos cuidados. Decorre desse contexto que essas doenças exigem uma nova forma de funcionamento do sistema de saúde e do processo de trabalho das equipes ao demandarem uma atenção contínua, integrada e coordenada, além de respostas interventivas que atuem sobre a determinação social dessas doenças (CHUEIRI et al, 2014; GOULART, 2011). Ademais, tais doenças são consideradas condições sensíveis à APS, já que este nível coordena o cuidado em saúde e propicia uma atenção territorializada. Assim, se houver efetivo acompanhamento desta população na APS reduzir-se-ão os prejuízos à saúde (MANZO, 2015).

Nesse contexto, o NASF surgiu na perspectiva de constituir-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da APS, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das EqSF (ANJOS et al, 2013).

O NASF é formado por uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua conjuntamente com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das EqSF. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes, vinculando a um determinado número de equipes e executando suas atividades em territórios definidos (MACIEL et al, 2015).

Dentre as diretrizes do NASF, a integralidade é considerada como principal orientadora de suas ações. Além disso, ele deve ter como eixo de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, organizando seu processo de trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as EqSF que a ele se vinculam, por meio do apoio matricial, com a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento (ANDRADE et al, 2012; SILVA et al, 2012).

Esse apoio matricial é aplicado na lógica das EqSF como uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração dessas equipes envolvidas na atenção

às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das EqSF (BARROS *et al*, 2015).

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos; atendimentos individuais e compartilhado; interconsultas; ações de prevenção e promoção da saúde, construção conjunta de projetos terapêuticos singulares – PTS e projetos de saúde no território – PST; ações de educação permanente; intervenções no território e na saúde de grupos populacionais; ações intersetoriais; e organização do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2010).

Essas ações estão enfocadas em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (ANDRADE *et al*, 2012).

Bortoluz *et al* (2016) relembram que para o controle de condições crônicas, como a HAS e a DM – a manutenção dos níveis tensionais ou glicêmicos em determinados limites de normalidade – depende de uma série de fatores, desde a adoção de estilos de vida que envolvam atividade física e dieta adequada até o uso continuado de medicamentos. Assim, as ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais trabalhadas no NASF tornam-se elementos indispensáveis para a efetivação de manejo adequado dos usuários acometidos por essas doenças.

Assim, para as ações da área estratégica de alimentação e nutrição, o nutricionista do NASF deverá prioritariamente atuar nos âmbitos familiar e comunitário, a partir de suas funções de planejamento, organização, elaboração de protocolos de atendimento e de encaminhamento, formação e educação continuada dos profissionais de saúde das EqSF de sua área de abrangência. Deve ainda atuar de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e dos distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população local, contribuindo, assim, para a segurança alimentar e nutricional da população atendida (CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO, 2008; BRASIL, 2010).

De forma semelhante, nas ações da área estratégica atividade física/práticas corporais, as intervenções do profissional de educação física do NASF devem ser dirigidas a grupos-alvo, de diversas faixas etárias, portadores de diferentes condições corporais e/ou com necessidades de

atendimentos especiais, junto à equipe multiprofissional do NASF. Além disso, o profissional deve conhecer as características do local, sendo as ações construídas a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do contexto onde o profissional de saúde atuará como ator social para a população que lhe é referenciada para agir de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2010; SCABAR *et al*, 2012; SCHUH *et al*, 2015).

Cabe salientar que tais áreas estratégicas não se remetem a atuação específica e exclusiva de uma categoria profissional. Por exemplo: a área de alimentação e nutrição, embora seja específica do nutricionista, acarreta ações que podem e devem ser desempenhadas por outros profissionais do NASF. Assim, o que deverá definir se a ação é do nutricionista ou de outro profissional é a situação, ou seja, a necessidade da população e as características da equipe (BRASIL, 2010).

Alguns estudos já foram desenvolvidos para investigar como se dão na prática essas ações de alimentação e nutrição e atividade física/práticas corporais. E o que se observa é que, no sentido de fortalecer o NASF e de ampliar cada vez mais suas ações, estão sendo estimuladas práticas diversas, individuais, coletivas e, principalmente, multidisciplinares, no âmbito das diversas áreas da saúde coletiva na APS (ANJOS *et al*, 2013).

Sabe-se que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010). A proposta do NASF ainda é bastante recente e pioneira no Brasil. Conta com documentos norteadores que apresentam orientações gerais sobre as atribuições da equipe. As estratégias e as formas de organização do trabalho também são inovadoras e não contam ainda com processos plenamente sistematizados (GONÇALVES *et al*, 2015).

A implantação do NASF representa a busca crescente pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde, consoante a perspectiva de consolidação da ESF. Nesse sentido, o NASF é ambicioso e pode até parecer utópico (ANJOS *et al*, 2013), sucedendo-se diversas formas de operacionalização e conformando uma série de resultados que ficam aquém ou além da proposta formulada.

Desse modo, aponta-se para a necessidade de ampliar as investigações sobre a operacionalização do NASF, buscando identificar como essa proposta move-se ao longo do território nacional, especialmente, frente às ações de alimentação, nutrição e atividade

física/práticas corporais, em virtude da necessidade imposta pelo perfil epidemiológico brasileiro que vem sendo transformado pelas DCNT e pela insatisfatoriedade do seu controle pela APS.

As atividades de avaliação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde, na medida em que permitem monitorar a situação de saúde da população, o trabalho em saúde e os resultados das ações. É premente esse tipo de atividade em virtude de a maioria dos municípios ainda encontrar dificuldades para gerir o processo de trabalho do NASF (Rodriguez *et al*, 2014). A avaliação em saúde, portanto, constitui-se em uma estratégia decisória e indispensável nesse cenário e sua discussão para compreender a implantação do NASF em relação as ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais em estudo encontra-se no tópico seguinte.

3.2 A análise de implantação enquanto ferramenta avaliativa do NASF

É fato que a operacionalização de uma intervenção em saúde apresenta inúmeros entraves no nível local permeados por questões estratégicas, por interesses e por múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para seu o sucesso ou insucesso. Para se compreender de que forma e em que medida as ações, programas e políticas são implantadas e conhecer os efeitos dessas intervenções, há que se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos (SOUZA, 2008; SAMICO *et al*, 2005).

Apesar de haver diversos conceitos sobre a avaliação em saúde, destaca-se a definição formulada por Champagne et al (2011) bastante abordada na literatura:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al*, 2011, p .44).

Estes autores afirmam que a avaliação pode começar na fase de elaboração da intervenção constituindo avaliações de caráter formativo cuja finalidade é produzir informações que podem ser utilizadas rapidamente pelos envolvidos na intervenção em seu processo de construção ou

ainda dado seu término, quando se tem interesse em saber os efeitos ou impactos alcançados para que se possa decidir pela continuação, ampliação ou finalização da intervenção, denominando-se avaliações somativas.

É preciso entender que os objetivos de uma avaliação são abundantes. Contandriopoulos *et al* (1997) afirmam que a avaliação apresenta objetivos de naturezas variadas e dicotômicas entre si podendo ser: oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceito por todos os atores envolvidos ou somente por alguns. Segundo Figueiró, Frias e Navarro (2010), a avaliação deve contribuir para a tomada de decisões dos responsáveis pela intervenção, comprometendo-se com a melhoria da mesma e, conseqüentemente, com a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde.

Figueiró, Frias e Navarro (2010) ainda informam que há dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A primeira busca apreciar uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes; já a pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os elementos envolvidos numa intervenção.

Finkler e Dell'aglio (2013) retomam o fato da necessidade das atividades avaliativas acompanharem o processo da política pública, pois nesta há uma alteração contínua nas decisões, um processo em fluxo, que se caracteriza por constantes barganhas, pressões e contrapressões, e por redefinições do próprio objeto das decisões.

Dalfior *et al* (2015) salientam que é na fase de implantação de políticas que se tem uma interação estratégica entre vários atores com diferentes interesses. Numa perspectiva de jogo, uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática os objetivos e estratégias que lhe são alheias, mas a resposta dos agentes implementadores, seja de aceitação, neutralidade ou rejeição, depende do entrosamento entre formuladores e implementadores, da compreensão da política, do conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. Souza (2008) complementa informando que a etapa de implantação é considerada “momento crucial”, onde as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos agentes implementadores.

Portanto, para superar uma concepção ingênua da avaliação de políticas públicas, que conduziria necessariamente o avaliador a concluir pelo fracasso da intervenção sob análise, é

prudente, sábio e necessário admitir que a implantação modifica as políticas públicas (ARRETCHE, 2001).

Para avançar na prática de avaliação de políticas faz-se necessário minimamente se construir desenhos avaliativos que busquem responder o porquê. Este pode ser considerado um importante desafio metodológico a ser enfrentado na prática avaliativa em que precisa se definir métodos para a definição de perguntas pactuadas que orientem para uma avaliação útil (CRUZ, 2011).

Deve-se distanciar de avaliações do tipo “caixa preta” que, sob sua influência, eram focadas no resultado das intervenções sem uma reflexão mais profunda sobre os diferentes atributos de qualidade sugeridos e nem tampouco uma compreensão e explicação clara sobre os problemas de qualidade relacionados ao processo, não permitindo conhecer os problemas ligados à implantação da intervenção, dificultando as recomendações (CRUZ, 2011; DENIS e CHAMPAGNE, 1997)

Assim, a análise de implantação vem no sentido de configurar-se como tipo de avaliação que se interessa, de modo geral, ao estudo das relações entre uma intervenção e seu contexto durante a sua implantação. Ela visa, por último, entender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos. Assim, apreender o que é desenvolvido na prática, com uma estreita referência à teoria da intervenção, pode permitir aos avaliadores sugerir adaptações para fazê-la se ajustar aos diversos contextos locais (CHAMPAGNE *et al*, 2011; MOORE *et al*, 2015).

Para avaliar essa dinamicidade das intervenções, a análise de implantação se decompõe em quatro tipos (CHAMPAGNE *et al*, 2011):

- a) Tipo 1a (*Análise da transformação da intervenção*): visa explicar a maneira como a intervenção se adapta a seu contexto no decorrer do tempo, como ela muda de forma, de envergadura e por vezes de natureza;
- b) Tipo 1b (*Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção*): ajuda a compreender as variações observadas no grau de implantação da intervenção.
- c) Tipo 2 (*Análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados*): relaciona as variáveis da implantação de uma intervenção com os efeitos observados.

- d) Tipo 3 (*Análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados*): visa explicar as variações dos efeitos observados após a introdução da intervenção.

A análise de implantação permite aumentar a utilidade dos resultados das pesquisas avaliativas. Ela traz, com efeito, informações sobre os meios mais suscetíveis de se beneficiar de uma intervenção (componentes 1a, 1b e 3). Ela permite também definir a variável independente quando de análise dos efeitos (componentes 2), verificando o modo como variações no grau de implantação de uma intervenção atuam sobre seus efeitos (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

Decorre dessas tipologias avaliativas a evidente necessidade de se inserir nos modelos de avaliação da análise de implantação a influência dos fatores do contexto político, institucional e externo (determinantes e condicionantes) na relação com a implantação ou com a obtenção de efeitos mais a longo prazo ou aqueles não previstos no desenho da política (CRUZ, 2011).

De acordo com Moore *et al* (2015), o contexto inclui qualquer coisa externa à intervenção que possa atuar como uma barreira ou facilitador para sua implantação ou para seus efeitos. Conforme descrito acima, a implantação muitas vezes variará de um contexto para outro. No entanto, uma intervenção pode ter efeitos diferentes em diferentes contextos, mesmo que sua implantação não varie.

Denis e Champagne (1997) trazem alguns modelos de apreensão do contexto na medida em que revisitam alguns estudos avaliativos e autores da área administrativa. Mas eles concluem que esses modelos sugerem uma definição particular dos elementos contextuais que podem influenciar a implantação, suscitando limitações. Assim, eles desenvolveram o *modelo político e contingente*, que engloba duas abordagens: política e estrutural. Nesse modelo, de acordo com esses autores:

(...) o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Ele sofre, todavia, as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores (DENIS e CHAMPAGNE, 1997, p. 67).

Para Denis e Champagne (1997), quando se opta pela abordagem política com intuito de verificar sua influência no GI de determinada intervenção, procura-se responder às seguintes perguntas:

- Em que as estratégias fundamentais dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?
- Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?
- As relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção?

Ainda de acordo com estes autores, ao se abordar estruturalmente uma intervenção, procura-se responder aos seguintes questionamentos:

- As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção?

Na literatura são revelados estudos de análise de implantação que utilizaram o modelo político e contingente de Denis e Champagne (1997) (ABATH, 2014; QUININO, 2015; RIBEIRO, 2015; SANTOS, 2015), com significativos resultados na apreensão da complexidade do contexto em que a intervenção está atrelada.

Para implantação do NASF, por sua vez, o Ministério da Saúde orienta e esclarece as EqSF sobre sua operacionalização de maneira que se pode encontrar limitações na forma de como se efetiva a condução dessas equipes na esfera estadual, repercutindo delineamentos diversos alcançando a esfera municipal e tomando distintas configurações conforme a localidade ao qual está implantado (COSTA, 2013; CORREIA et al, 2017).

Pode-se observar vários estudos que analisam de forma qualitativa ou quantitativa as características que o NASF enquanto intervenção em saúde vem tomando ao ser implantado em determinadas localidades. O quadro 1 apresenta alguns estudos encontrados na literatura pertinente que vislumbraram essas diferenças em temas de implantação do NASF nos serviços de saúde do Brasil.

Quadro 1 - Características do NASF encontradas em determinadas localidades brasileiras.

Autores	Local do estudo	Resultados
SILVA et al (2012)	São Paulo – SP	Os participantes do estudo (profissionais da saúde) não enxergavam o NASF como profissionais atuantes da APS, mas sim de outros níveis de atenção. Ademais, não entendiam a composição da equipe, tampouco sentiam o processo de trabalho do NASF sendo desenvolvido pelas necessidades do Território.
RIBEIRO et al (2014)	Parnaíba – PI	De uma amostra de 76 profissionais de saúde, 34,0% afirmou que é um serviço de difícil acesso.
NASCIMENTO e OLIVEIRA (2010)	Não se aplica	Numa revisão bibliográfica, os autores, pontuaram que, dentre as dificuldades que estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF, está a formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da Atenção Básica.
ANDRADE et al (2012)	Santa Catarina	Sob abordagem qualitativa, emergiram na atuação do NASF considerações sobre a desarticulação na equipe, falta de capacitação para o profissional da saúde, demanda reprimida e desarticulação na gestão.
SOUZA et al (2013)	Minas Gerais	As usuárias participantes da pesquisa entenderam que as atividades realizadas pelo NASF melhoram sua saúde, mas não identificaram o programa como uma atividade oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS)
SAMPAIO et al (2013)	Campina Grande – PB	O primeiro entrave encontrado revela que os documentos ministeriais sobre a temática deixam margem para uma diversidade de interpretação sobre a organização dos NASF e seu papel na conformação de redes de saúde locais; e o segundo, aponta para uma disputa no contexto local sobre como operacionalizar o NASF, permitindo a co-existência de diferentes modelos.
GONÇALVES et al (2014)	São Paulo – SP	Foram adotados distintos arranjos organizacionais, caracterizados pelos espaços de reunião, participação em comissões e grupos, além da subdivisão da equipe para representação do Núcleo nesses espaços. Os indicadores de produtividade utilizados não contemplaram a especificidade do trabalho. Os recursos físicos e materiais foram insuficientes para a realização das tarefas.
RODRIGUEZ et al (2014)	Distrito Federal	Os autores informaram que não há um sistema de registro que contemple todas as ações que o NASF realiza. Percebeu-se ausência de uniformidade na forma de supervisão do núcleo pelos órgãos responsáveis devido a um ineficiente fluxo de informações sobre o trabalho do NASF nas três esferas hierárquicas (Regional, Distrital e Federal).

Fonte: elaborado pelo autor.

Portanto, as análises de implantação realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção do NASF em relação as suas ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais são essenciais para o enfrentamento da HAS e da DM (alimentação,

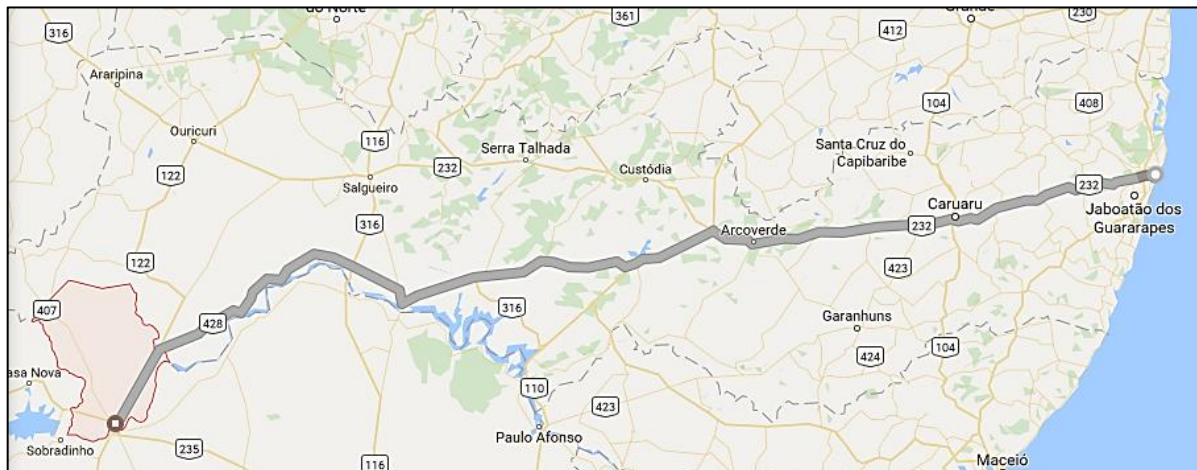
nutrição e atividade física/práticas corporais), embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, permitirão conhecer os subsídios necessários para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação de suas práticas de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Área do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Petrolina que está situado na região sudoeste do Estado de Pernambuco a 734 km da capital. Encontra-se localizado no Sertão do São Francisco na região do semiárido nordestino (Figura 2). Em 2016 a população estimada foi de 337.683 habitantes, estipulando uma densidade demográfica de 74,02 hab./km². Petrolina encontra-se em posição de importância estratégica, por ser equidistante das sedes das regiões metropolitanas de Recife, Salvador, Teresina e Fortaleza. Esta localização lhe proporciona uma função articuladora entre estas metrópoles e capitais regionais (IBGE, 2016; PETROLINA, 2013; CARNEIRO et al, 2014).

Figura 1 - Localização geográfica do município de Petrolina - PE e sua distância à capital.



Fonte: Google Maps. Acesso em 15 fev. 2017.

Banhado pelo rio São Francisco, integra em conjunto com os municípios de Lagoa Grande, Santa Maria da Boa Vista, Orocó, e Cabrobó, estes localizados em Pernambuco, e os municípios baianos de Juazeiro, Casa Nova, Curaçá e Sobradinho, a Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento do Polo Petrolina e Juazeiro, maior exportador de frutas e segundo maior polo viticultor do Brasil (PETROLINA, 2013).

Em relação à zona de domicílio dos habitantes de Petrolina percebe-se que a população é predominantemente urbana, com 74,75% de seus habitantes residindo na área urbana. A população do município é também predominantemente jovem sendo que a população feminina está ligeiramente acima da masculina com o percentual de 51,27% (PETROLINA, 2013).

O governo do município de Petrolina busca reorganizar o território de responsabilidade e atenção à saúde pelos princípios da APS com prioridade para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Saúde Bucal (ESB), alinhada aos programas de apoio e melhoria do Ministério da Saúde como o NASF, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), dentre outros (PETROLINA, 2013). De acordo com dados do Sistema de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), o município de Petrolina possuía no ano de 2016 uma cobertura de 84,18% de APS realizada por 81 equipes da ESF. No que tange ao NASF, o município conta atualmente com nove equipes distribuídas em todo o território coberto pela ESF.

A rede de saúde da atenção especializada e terciária oferece serviços de média e alta complexidade constituindo a Rede de Atenção à Saúde (RAS) através da organização da Rede de Atenção às Urgências (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192); Rede de Atenção Psicossocial (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, Ad e infantil); Rede da Pessoa com Deficiência (Centro Auditivo), Saúde Bucal (Centro de Especialidades Odontológicas - CEO), bem como o Atendimento Multiprofissional Especializado – AME Policlínica, onde as demandas desses pontos de atenção em sua maioria são ordenados pela Atenção Básica (PETROLINA, 2013). Ainda somam-se a essa rede, os seguintes estabelecimentos de saúde: Hospitais Gerais, Hospital Regional, Hospital Especializado, Serviços de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT), Serviço de Atenção Domiciliar e Laboratório de Saúde Pública (PEROLINA, 2013).

É importante frisar que Petrolina consistiu em campo de coleta de dados de um projeto ampliado intitulado *“Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco”*, sendo executado por um grupo de pesquisa do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-SAÚDE) do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Pernambuco. Sendo assim, as nuances teórico-metodológicas aqui apresentadas em cada etapa da pesquisa foram elaboradas com contribuições de todos os integrantes do referido grupo.

4.2 Desenho do estudo

Estudo avaliativo, que utilizou como eixo condutor a análise de implantação segundo o componente 1b proposto por Champagne *et al* (2011). Neste tipo de análise, os procedimentos

experimentais são voltados para explicar a diferença entre a intervenção tal como foi planejada e aquela realmente implantada. Pauta-se, então, na análise do grau de implantação de uma intervenção em função das características contextuais. Dessa forma, o estudo buscou apreender o modo como os contextos político e estrutural influenciam o Grau de Implantação do NASF no que se refere à alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.

4.3 Estratégia do estudo

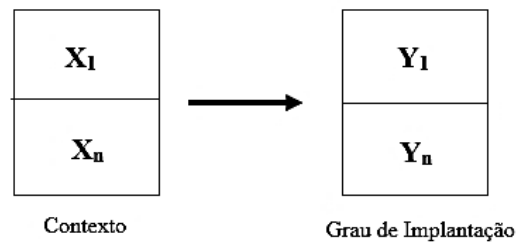
O estudo foi realizado através de estudo de caso único com um único nível de análise (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

De acordo com Yin (2001), um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Em outras palavras, pode-se utilizar o método de estudo de caso quando deliberadamente haja o lidar com condições contextuais - acreditando que elas poderiam ser altamente pertinentes à explicação do fenômeno de estudo. A essência de um estudo de caso está, pois, no fato de ser uma estratégia para pesquisa empírica empregada para a investigação de um fenômeno contemporâneo, em seu contexto real, possibilitando a explicação de ligações causais de situações singulares (GOMES, 2008). Champagne *et al* (2011) complementam informando que nessa estratégia metodológica, a potência explicativa depende da profundidade de análise e não do número de unidades de análise envolvidas no processo investigativo.

No que tange ao estudo de caso único com um único nível de análise, trata-se de uma estratégia metodológica que estuda em profundidade uma situação ou fenômeno, sem definir diferentes níveis de explicação aos procedimentos que são observados. Ele leva a descrever e a explicar de modo global a dinâmica de uma ou várias organizações ou funcionamento de programas sem dar atenção aos componentes específicos que estruturam o objetivo de estudo (DENIS e CHAMPAGNE, 1997).

Portanto, ao enxergar as ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF e seus fatores contextuais pôde-se vislumbrar os contornos mais precisos entre a intervenção proposta passível de análise e as influências que a mesma sofreu durante sua implantação. Dentro desta perspectiva, considerou-se o grau de implantação da intervenção representada pela variável dependente (Y) que foi colocada em relação as características contextuais do meio de implantação (X) – variável independente (Figura 2).

Figura 2 - Influência do contexto sobre a forma da intervenção.



Fonte: Adaptado de Champagne *et al* (2011).

Para isso, foram necessárias as seguintes etapas: (1ª) Construção do Modelo Lógico; (2ª) Construção da Matriz de Análise e Julgamento; (3ª) Avaliação da estrutura; (4ª) Avaliação do processo e (5ª) Determinação do Grau de Implantação (GI).

4.3.1 Construção do modelo lógico

O desenho do Modelo Lógico (ML) de um programa é um esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos, produtos e resultados), ou seja, como eles se articulam para resolver o problema que deu origem ao programa. Apresentar e discutir o ML de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição da intervenção nos resultados observados (BEZERRA *et al*, 2010; MEDINA *et al*, 2005).

Construir o desenho lógico de um programa significa esquadrinhá-lo em termos de constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, discriminando todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas, abstraindo suas determinações contextuais. Deve-se lembrar que essa construção deve ser convincente ao ponto de ser apresentado a plausibilidade das associações estabelecidas, ou seja, que a teoria apresentada seja de fato aquela necessária para contribuir significativamente para a redução das incertezas sobre o impacto atribuível ao programa (MEDINA *et al*, 2005).

O projeto maior necessitou da construção de um ML que pudesse ser apropriado para os seus 4 campos de coleta de dados em Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina). Assim, sua construção deu-se por profícuas discussões em grupo, sendo voltada para elaboração do ML dos componentes alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF na atenção ao portador de HAS e DM na Estratégia de Saúde da Família de Pernambuco, mediante consulta aos documentos e diretrizes oficiais existentes.

Para tanto, os seguintes documentos foram utilizados:

- Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008 – Institui o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008);
- Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2010);
- Caderno de Atenção Básica nº 39 - NASF: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (BRASIL, 2014a);
- Artigo: Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão (SILVA *et al.* 2014);
- Artigo: Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

Logo em seguida, após a construção do ML, em dezembro de 2016, um grupo de especialistas foi convidado para contribuir na validação de conteúdo desse instrumento, sendo realizado consenso sobre cada dimensão - estrutura, processo e resultados. Para participar dessa etapa foram convidados três pesquisadores da avaliação em saúde, quatro gestores de saúde e três equipes NASF. Para os pesquisadores e gestores foi realizado o consenso a distância, via formulário enviado por e-mail, e para equipes NASF foi realizado através de encontro presencial (LIRA, 2017).

Solicitou-se que os especialistas pudessem olhar de forma global o modelo proposto; em seguida, pediu-se para responder a cada variável pertencente à estrutura, processo e resultados analisando a qualidade delas mediante a importância das mesmas para a atuação do NASF em torno das ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.

Assim, foi solicitado que atribuíssem uma nota que iria de zero a dez, sendo “zero” quando o item não fosse importante e dez quando o mesmo fosse extremamente importante (LIRA, 2017).

Quadro 2 - Classificação das variáveis quanto ao consenso do Modelo Lógico.

Média	Desvio-Padrão	Classificação da Variável
= ou > 7	< 3	Consensualmente Importante
<7	< 3	Consensualmente Pouco Importante
= ou > 7	= ou > 3	Importante com dissenso
< 7	= ou > 3	Pouco importante com dissenso

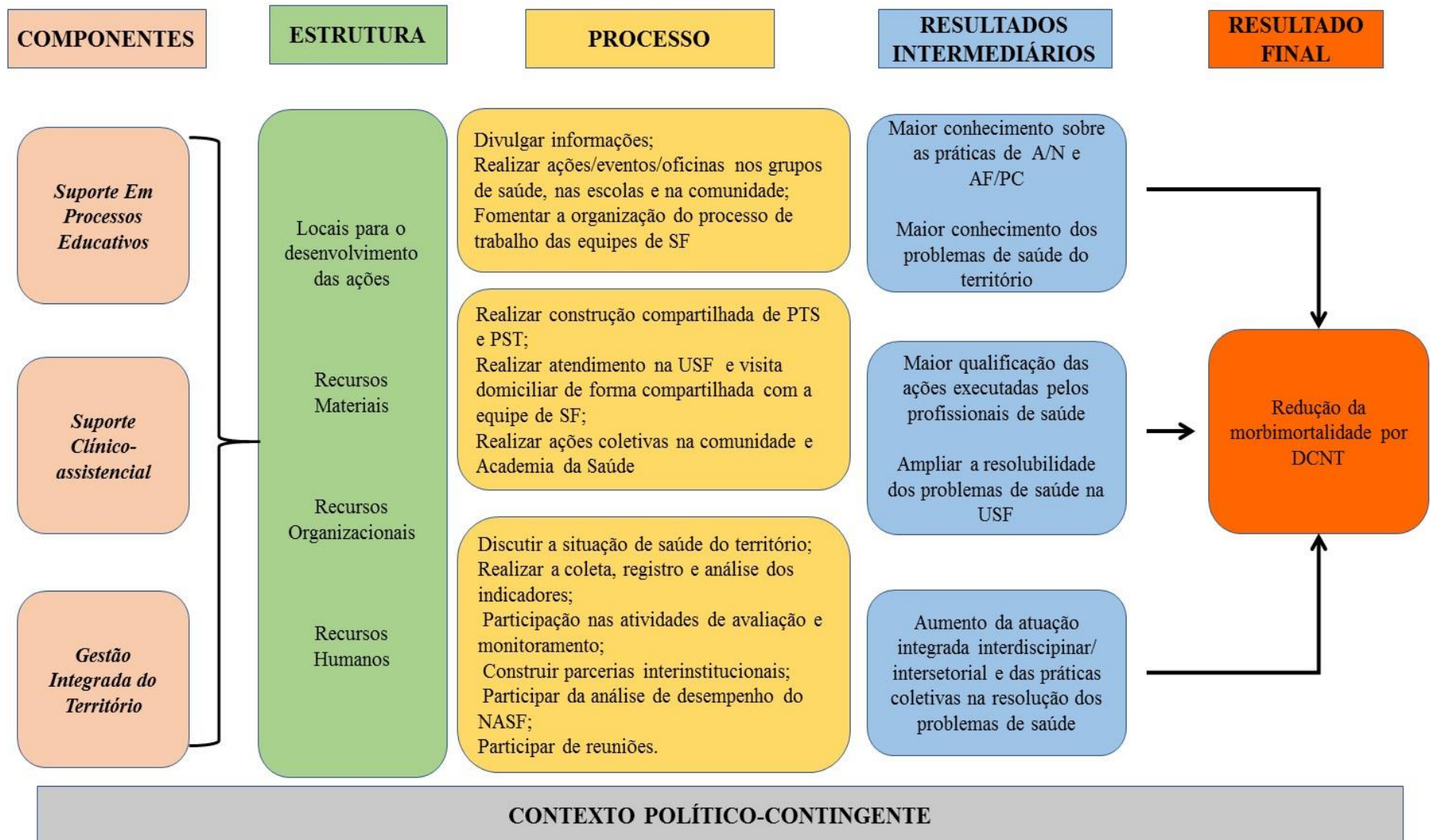
Fonte: SOUZA et al, 2005 (apud LIRA, 2017).

Para todas as variáveis foram calculados a média aritmética e o desvio-padrão. Para tanto, quanto maior a média, maior a importância da variável. O desvio-padrão, por sua vez, permitiu a estimativa do grau de consenso da variável, ou seja, quanto menor o desvio-padrão, maior o consenso daquela variável em torno dos especialistas. A classificação apresentada se encontra no quadro 2.

Assim, as variáveis que permaneceram no modelo lógico foram as que receberam a classificação de consensualmente importante, excluindo as variáveis que apresentaram dissenso independentemente de serem importantes.

Após consenso foram excluídas 7 variáveis, sendo 2 na dimensão estrutura (Consultórios na USF e Protocolos assistenciais) e 5 na dimensão processo (Realizar atendimento clínico individual pelo nutricionista e educador físico; Registrar as atividades desenvolvidas nos prontuários dos usuários; Utilizar protocolos assistenciais; Promover eventos em parceria com produtores e comerciantes locais, visando fomentar a alimentação saudável, por meio da produção e consumo de alimentos regionais; Participar da elaboração e implementação da Política de Alimentação e Nutrição local) (LIRA, 2017). A versão final completa do ML pode ser encontrada no Apêndice A e o resumido é apresentado na Figura 3.

Figura 3 - Modelo Lógico resumido do NASF em relação as ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.



Fonte: Baseado em Lira (2017).

Legenda: SF – Saúde da Família; A/N – Alimentação e Nutrição; AF/PC – Atividade Física/Práticas Corporais; PTS – Projeto Terapêutico Singular; PST – Projeto Saúde no Território; USF – Unidade de Saúde da Família; DCNT – Doença Crônica Não Transmissível.

4.3.2 Construção da matriz de análise e julgamento

Conforme disposto por Medina (2005), a elaboração da matriz de análise e julgamento (MAJ) é o segundo passo para realização de uma avaliação. A partir do modelo lógico, foram elaboradas matrizes preliminares com objetivo de julgar o GI das ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF em Pernambuco.

As matrizes contêm critérios, indicadores e padrões e suas respectivas pontuações para cada variável da estrutura e processo dos três componentes do ML (suporte em processos educativos, suporte clínico-assistencial e gestão integrada do território).

Contudo, Souza *et al* (2005) apontam o fato de que esses critérios e padrões possuem algumas características que podem ocasionar variações em torno da imagem-objetivo da intervenção. É clara, então, a necessidade de corrigir esse obstáculo metodológico através da consulta a especialistas para que haja a definição de pontos consensuais da proposta.

Assim, dado o término da construção da MAJ, esta foi submetida a especialistas em avaliação e outras pessoas que tinham experiência no trabalho do NASF para técnica de consenso.

Numa etapa à distância, via e-mail, participaram cinco sujeitos com a referida expertise, sendo: dois gestores e três pesquisadores. Foi solicitado que opinassem acerca dos indicadores, padrões e pontuações de cada critério posto na MAJ, sugerindo modificações necessárias. Os dissensos apresentados nas respostas de cada especialista foram dirimidos mediante debate com os participantes do grupo de pesquisa, sendo a versão final apresentada no Apêndice B. Essa MAJ foi utilizada para verificar o grau de implantação de todos os campos de coleta de dados do estudo maior o qual incluía Petrolina.

4.3.3 Avaliação da estrutura

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis, como os recursos materiais, humanos e organizacionais. Também pode ser entendida como a estrutura física das unidades de saúde e a estrutura organizacional da rede de serviços (DONABEDIAN, 1988; SILVA e FORMIGLI, 1994). Segundo Contandriopoulos *et al* (1997, p. 35), a avaliação da estrutura consiste em “[...] saber em que medida os recursos são empregados para atingir os

resultados esperados”. Esta medida ocorre através da comparação dos recursos e da organização da intervenção com critérios e normas pré-definidas.

Na MAJ encontram-se os critérios que foram avaliados no que diz respeito a estrutura em que o NASF poderia estar usando em sua implantação. Assim, foram construídos 13 critérios que avaliam os seguintes quesitos:

- Os locais para o desenvolvimento das ações do NASF;
- Os recursos materiais;
- Os recursos organizacionais;
- Os recursos humanos.

4.3.4 Avaliação do processo

O processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e pacientes e ainda aos processos de gestão da rede (DONABEDIAN, 1988; SILVA e FORMIGLI, 1994). A avaliação do processo consiste em “[...] saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas pré-determinadas em função dos resultados visados” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 36).

Na MAJ do GI encontram 28 critérios que avaliaram o processo de trabalho do NASF. Suas ações desenvolvidas no que se refere à alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais compõem um conjunto de atividades específicas para cada um dos três componentes apontados no ML: suporte em processos educativos (práticas de educação em saúde para a população e de educação permanente para os profissionais da ESF), suporte clínico-assistencial (suporte nas práticas clínicas realizadas pela equipe de SF e ações assistenciais realizadas pelo NASF) e gestão integrada do território (ações em articulação com as Secretarias de Saúde; articulação intersetorial; avaliação de indicadores de saúde, planejamento e gestão).

4.3.5 Determinação do grau de implantação (GI)

A partir dos critérios constituintes da MAJ do GI e sua validação através de consulta a especialistas foram elaborados os questionários que avaliaram a estrutura e o processo do NASF que determinaram o seu **Grau de Implantação** (Apêndice C). Esses questionários serviram para os todos os campos de coleta de dados do projeto maior, inclusive Petrolina.

Utilizou-se um sistema de escores na MAJ (estrutura e processo) através do qual se estabeleceram pontos para cada um dos critérios elencados de acordo com a importância do mesmo para o bom funcionamento das ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF. Em virtude da quantidade de indicadores diferir em cada componente, optou-se pela pontuação em percentual.

Ao passo que foi identificado o GI do NASF em relação as ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais, realizou-se, também, a análise dos fatores contextuais através das seguintes etapas:

- Construção das Categorias de Análise Contextual
- Determinação do Contexto

4.3.6 Construção das categorias de análise contextual

Utilizou-se o modelo político e contingente de Denis e Champagne (1997) onde suas perguntas serviram de base para elaboração de roteiros compreensíveis para aplicação nos campos do estudo maior.

Optou-se pela construção de categorias emergentes, que de acordo com Moraes (2003), o pesquisador vai organizando conjuntos de elementos semelhantes, geralmente com base em seu conhecimento tácito, mergulhando num processo essencialmente indutivo e que caminha do particular ao geral.

Maiores detalhes, verificar item 4.5 e 4.6.

4.3.7 Determinação do contexto

A partir do estudo das categorias de análise constituídas, o contexto foi considerado como favorável ou como desfavorável às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF. Maiores detalhes ver item 4.6.

4.4 Sujeitos do estudo

Para avaliação do grau de implantação e para análise dos determinantes contextuais foram selecionados diferentes sujeitos, como se seguem:

- a) Para o **Grau de Implantação (estrutura e processo)**: participaram nove profissionais do NASF (nutricionista ou educador físico), sendo um de cada equipe NASF de Petrolina, totalizando 9 equipes NASF.
- b) Para a **análise do contexto (político e contingente)**: foram entrevistados 12 participantes, dentre eles cinco profissionais do NASF, cinco profissionais da (EqSF), o Coordenador à Nível Central do NASF e o Diretor de Atenção Básica de Petrolina.

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados em agosto de 2017.

Nesse estudo foram realizadas para coleta de dados entrevistas estruturadas, entrevistas semiestruturadas e observação direta.

No que tange a entrevista estruturada, sua base consiste na utilização de um questionário como instrumento de coleta de informações, o que garante que a mesma pergunta será feita da mesma forma a todas as pessoas que forem pesquisadas (AGUIAR e MEDEIROS, 2009). Os questionários estruturados foram elaborados a partir dos critérios da MAJ estrutura e processo e foram compostos por questões que possibilitaram detectar a estrutura necessária e as ações do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais aos portadores de HAS e DM em Petrolina, com vistas à investigação do Grau de Implantação.

As entrevistas semiestruturadas, por sua vez, combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, mas focado nos objetivos do roteiro da entrevista (BONI e QUARESMA, 2005). Os roteiros semiestruturados contemplaram questões referentes ao contexto político e contingente de implantação do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais aos portadores de HAS e DM. Para tanto, as perguntas levantadas pelos autores Denis e Champagne (1997) em seu modelo foram reinterpretadas para perguntas que pudessem ser aplicáveis no campo empírico do estudo.

No que se trata da observação direta, na ocasião das entrevistas, constituiu-se numa vigilância aguçada por informações exteriores, dando a oportunidade ao entrevistador fazer observações e coletar evidências sobre o caso em estudo. Estas evidências geralmente são úteis para prover informações adicionais sobre o tópico em estudo (BRESSAN, 2000). A observação direta foi realizada pelo pesquisador e serviu de fonte de coleta de dados para registro das informações que foram requisitadas pela MAJ estrutura.

Salienta-se que esses instrumentos de coleta passaram por estudos pilotos para averiguar a sua robustez.

4.6 Método de análise de dados

4.6.1 Grau de implantação (GI)

Os dados das entrevistas estruturadas e da observação direta foram analisados partir dos critérios de estrutura e de processo estabelecido na MAJ do GI. Essa análise dos referidos critérios foi feita a partir dos valores obtidos nos indicadores. O número de indicadores variou por dimensão (estrutura e processo) e por componente (suporte em processos educativos, suporte clínico-assistencial e gestão integrada do território), mas em cada um deles o escore esperado foi de no máximo quatro.

Considerando que o número de indicadores divergiu entre as dimensões e componentes, para fins de comparação, optou-se por apresentar a pontuação obtida em percentual. Dessa forma, calculou-se o percentual da pontuação obtida em relação à esperada para cada indicador, componente e dimensão, sendo 100,0% o percentual máximo esperado.

Dessa forma, os GI para as referidas dimensões foram estabelecidos da seguinte maneira:

- **GI Estrutura** = (Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham essa dimensão / Pontuação esperada na dimensão) x 100;
- **GI Processo** = (Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham essa dimensão / Pontuação esperada na dimensão) x 100.

O GI total (estrutura + processo) foi estabelecido de forma ponderada por considerar que a dimensão processo era mais importante que a dimensão estrutura na implantação do

NASF relativa a suas ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais. Nesse sentido, foi atribuído peso quatro para a dimensão estrutura e peso seis para a dimensão processo. Assim, o GI total do NASF realizou-se através do seguinte cálculo:

$$\text{GI Total} = \left(\frac{(4 \sum E^1 + 6 \sum P^1)/10}{(4 \sum E^2 + 6 \sum P^2)/10} \right) * 100$$

Onde, $\sum E^1$ = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; $\sum P^1$ = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão processo; $\sum E^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; e $\sum P^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão processo.

Para o julgamento de valor do grau de implantação consideraram-se os seguintes pontos de corte, abordados por Ferreira e Silva (2005):

- < 25,0% - não implantado;
- Entre 25,1% a 50,0% - implantação incipiente;
- Entre 50,1% a 75,0% - parcialmente implantado;
- > 75,1% - implantado.

4.6.2 Contexto político e contingente

Os dados provenientes das entrevistas semiestruturadas (APENDICE D) foram submetidos à análise de conteúdo, que de acordo com Campos (2004), consiste num conjunto de técnicas capazes de descrever o conteúdo das mensagens obtidas fazendo uso de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição.

A técnica de análise de conteúdo utilizada foi a de análise temática, que de acordo com Gomes (1993, p.87) pauta-se na descoberta de núcleos de sentido que compõem a comunicação fornecendo subsídios teóricos para a explicitação do objeto em estudo. Bardin (2011) acrescenta informando que esses núcleos de sentido constituirão as chamadas categorias temáticas.

Nesse estudo, as categorias temáticas utilizadas para julgamento do contexto político e contingente foram oriundas da leitura aprofundada das entrevistas semiestruturadas, ou seja, a partir dos núcleos de sentido de cada relato. Os critérios adotados para eleger cada categoria, também, foram elencados a partir dos núcleos de sentido.

O contexto político e contingente foi classificado em favorável ou desfavorável para a implantação do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais. Para a classificação do contexto enquanto favorável ou desfavorável procedeu-se da seguinte maneira:

Foi analisado o número de núcleos de sentido presentes em cada categoria. Verificou-se que esses núcleos se apresentaram como positivo (+, quando favorável) e como negativo (-, quando desfavorável). Concluiu-se que o contexto da categoria temática era favorável quando o número de núcleos positivos era maior que o de negativos. Em caso de empate, o critério de desempate foi o julgamento de importância dos núcleos de sentido para a implantação das ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF.

Após a classificação do contexto por categoria temática, procedeu-se à classificação final do contexto. Concluiu-se que o contexto final era favorável quando o número de categorias temáticas favoráveis era maior que o de desfavoráveis (número de categoria favoráveis maior que 50,0%). Em caso de empate, o critério de desempate foi o julgamento de importância da categoria temática para a implantação da intervenção.

4.6.3 Influência do contexto sobre o GI

Considerando que a análise de implantação realizada foi do tipo 1b, a variável grau de implantação foi posta em relação com as variáveis contextuais do meio de implantação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Desse modo, no âmbito do município de Petrolina – PE, foi feito o confronto da classificação do GI obtido, com a classificação final do contexto político e contingente através de uma triangulação de dados.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse estudo foi realizado segundo o Termo de Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS número 466/2012, as quais estabelecem diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

Além disso, esteve atrelado a um projeto maior intitulado “*Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco*”, o qual já foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do CPqAM/Fiocruz-Pernambuco (Parecer Nº 1.644.126) (ANEXO A).

Todos os participantes foram convidados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO B), pré-estabelecido a partir do projeto maior, esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa. Foram ainda informados que seus relatos seriam gravados em áudio para posterior transcrição e análise, sem qualquer prejuízo para os envolvidos. As informações coletadas foram armazenadas em pastas de arquivo e computador específico para pesquisa, pelo período mínimo de cinco anos, sendo garantido seu sigilo e confidencialidade.

6 ARTIGO 1

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO AVALIATIVO DE SUAS AÇÕES COM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM PETROLINA / PE

FAMILY HEALTH SUPPORT CENTER: EVALUATIVE STUDY ON YOUR ACTIONS WITH HYPERTENSIVE AND DIABETIC IN PETROLINA / PE

Adenilson da Silva Gomes¹

Petrônio José de Lima Martelli¹

Eduarda Ângela Pessoa Cesse²

Mariana Farias Gomes²

Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos

Maria Bernadete Ribeiro Chagas²

Juliana Martins Barbosa da Silva Costa³

Resumo: o artigo objetiva analisar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em relação às ações de alimentação/ nutrição e atividade física/práticas corporais na atenção ao portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Petrolina– PE. Trata-se de estudo avaliativo de análise de implantação do tipo 1b, ou seja, identificou a influência de fatores contextuais políticos e estruturais no Grau de Implantação (GI) das referidas ações. Identificou-se que o GI e suas dimensões – estrutura e processo – estão parcialmente implantados. O processo é influenciado favoravelmente por fatores políticos como conhecimento acerca do NASF, instituição de parcerias, ampliação de responsabilidades e inovação nas práticas. Por sua vez, a estrutura é influenciada desfavoravelmente por fatores como a estrutura física das unidades de saúde, clima de equipe, vínculos profissionais e investimentos no NASF. A implantação parcial revela a necessidade de superar alguns desses obstáculos para que este programa consiga induzir melhoras efetivas no cuidado a hipertensos e diabéticos na ESF.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica.

Abstract: the article aims to evaluate the implantation of the Family Health Support Center (NASF) in relation to its actions of feeding / nutrition and physical activity / corporal practices in the care of patients with Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus in the Family Health Strategy (ESF) from Petrolina-PE. This is an evaluative study of type 1b implantation analysis, which identified the influence of political and structural contextual factors on NASF Degrees of Implantation (GI). The results identified that the GI and its dimensions - structure and process - are partially implanted. The process is influenced favorably by political factors such as knowledge about the NASF, institution of partnerships, expansion of responsibilities and innovation in the practices. In turn, the structure is influenced unfavorably by factors such as the physical structure of the health units, team climate, professional ties and investments in the NASF. The partial implantation reveals the need to overcome strong obstacles so that this policy can induce effective improvements in the care with hypertensive and diabetic patients in the FHS.

Keywords: Health assessment. Diabetes Mellitus. Systemic Arterial Hypertension. Comprehensive Health Care.

¹Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE

²Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife-PE

³Centro Acadêmico do Agreste, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE

INTRODUÇÃO

A alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tem relação estreita com estilo de vida da população. Dada a cronicidade dessas condições e a complexidade de seu controle, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se no principal nível de atenção a esses pacientes, pois através da Estratégia de Saúde na Família (ESF) se promove ações educativas em saúde voltadas para a mudança de comportamentos, assim como cuidados longitudinais para os portadores dessas doenças¹⁻⁴.

O estímulo para ações que promovam saúde e qualidade de vida a pacientes com HAS e DM vem surgindo nas últimas décadas com a formulação de políticas e/ou intervenções na APS que acompanham, geralmente, a garantia da assistência integral e resolutive das demandas impostas por essas condições³⁻⁴.

Nessa perspectiva, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgem para apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) através de equipes multiprofissionais, proporcionando uma atenção à saúde com maior resolubilidade e ampliando o escopo de ações⁵. Através de profissionais da saúde como nutricionistas, professores de educação física, psicólogos, entre outros encontrados no NASF, há a oportunidade de melhorar o manejo da HAS e DM. Dessa maneira, o conjunto formado pelas EqSF e o apoio especializado oferecido pelos NASF se apresenta como um alicerce no cuidado em saúde dentro da rede de atenção aos portadores desses agravos.

O NASF dispõe de nove áreas estratégicas de enfoque em suas ações, mas é notória a importância das de alimentação/nutrição (A/N) e atividade física/práticas corporais (AF/PC) para os portadores de HAS e DM. Tem se revelado a necessidade de uma atenção especial para o desenvolvimento dessas ações por influenciarem a prevenção e controle dessas patologias⁶⁻⁷. Entretanto, nos seus atuais manejos, o que se observa é a inadequação de cuidados, prestados em diferentes níveis de atenção à saúde, suscitando em má coordenação e insatisfação dos usuários⁸.

A partir dessa nova dinâmica de organização dos serviços de saúde e da articulação entre NASF e ESF, faz-se necessário repensar a ação de todos os envolvidos (comunidade, profissionais da saúde e gestores) a fim de que ocorra a mudança requerida: efetiva produção de saúde para a população adscrita. Deste modo, busca-se uma pactuação política entre as partes e utilização de mecanismos adaptativos e de apropriação dos diversos contextos para a efetiva implantação do NASF⁹.

Estudos de análise de implantação permitem avaliar os enlaces entre a intervenção (programas, políticas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção de efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, como o NASF, com múltiplos componentes sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos¹⁰.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a implantação do NASF em relação às ações de A/N e AF/PC na atenção ao portador de HAS e DM da ESF de Petrolina – PE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo de análise de implantação tipo 1b, proposto por Champagne *et al*¹¹. Este tipo de análise permite identificar o grau de implantação de uma intervenção em função das características contextuais. Realizou-se um estudo de caso único com um único nível de análise¹¹ no município de Petrolina-PE.

Petrolina está situada na região sudoeste do Estado de Pernambuco, a 734 km da capital, na região do semiárido nordestino. Constitui-se em importante centro para a organização da saúde no estado de Pernambuco¹², com o NASF implantado há sete anos e uma rede de serviços de saúde que preza pelo desenvolvimento da ESF.

Vale salientar que este estudo esteve vinculado ao projeto “*Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco*”, do grupo de pesquisas do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Pernambuco.

Foram construídos e validados o Modelo Lógico – ML (Figura 1) da intervenção, com base em documentos normativos e literatura científica, e a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) para avaliação das dimensões estrutura e processo do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.

Figura 1 - Modelo Lógico do NASF em relação as ações de alimentação, nutrição e atividade física/ práticas corporais.



Fonte: Baseado no ML de Lira¹⁶.

Legenda: SF – Saúde da Família; A/N – Alimentação e Nutrição; AF/PC – Atividade Física/Práticas Corporais; PTS – Projeto Terapêutico Singular; PST – Projeto Saúde no Território; USF – Unidade de Saúde da Família; DCNT – Doença Crônica Não Transmissível.

A partir da MAJ foram construídos questionários estruturados para avaliação de estrutura e processo. Na estrutura, foram avaliados os locais para o desenvolvimento das ações do NASF, os recursos materiais, os recursos organizacionais e os recursos humanos, correspondendo um quantitativo de 18 indicadores. No que se refere ao processo, foram avaliadas todas as ações do NASF relacionadas a A/N e AF/PC para usuários com HAS e DM agrupando-as em três componentes nesta dimensão: suporte em processos educativos (16 indicadores), suporte clínico-pedagógico (14 indicadores) e gestão integrada do território (22 indicadores), totalizando 52 indicadores.

O questionário estruturado foi aplicado a oito nutricionistas e um educador físico do NASF em Petrolina, abrangendo as nove equipes existentes.

Para calcular o GI das dimensões estrutura e processo foi realizado o somatório das pontuações obtidas nos indicadores de cada dimensão separadamente, dividido pela pontuação esperada para a dimensão, e depois multiplicado por 100. O GI total (estrutura + processo) foi estabelecido de forma ponderada, por considerar que a dimensão processo era mais importante que a dimensão estrutura na implantação do NASF em relação às áreas em estudo. Nesse sentido, foi atribuído peso quatro para a dimensão estrutura e peso seis para processo. Assim, o GI total foi obtido a partir da equação¹

$$\text{GI Total} = \left(\frac{(4 \sum E^1 + 6 \sum P^1)/10}{(4 \sum E^2 + 6 \sum P^2)/10} \right) * 100$$

¹Em que $\sum E^1$ = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; $\sum P^1$ = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores da dimensão processo; $\sum E^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; e $\sum P^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores da dimensão processo.

O julgamento de valor considerou pontos de corte: <25,0% – não implantado; de 25,1% a 50,0% – implantação incipiente; de 50,1% a 75,0% – parcialmente implantado; e >75,1% – implantado¹³.

A avaliação do contexto foi baseada no modelo político e contingente formulado por Denis e Champagne¹⁴, em que foi construído o roteiro semiestruturado para coleta dos dados. Após transcrição e leitura das entrevistas, realizou-se análise de conteúdo¹⁵, criando categorias temáticas que puderam contribuir na identificação da influência do contexto político e estrutural no GI do NASF em Petrolina.

Essas categorias foram criadas da seguinte forma: para cada relato buscou-se núcleos de sentido positivos e negativos. O contexto da categoria temática era considerado favorável

quando o número de núcleos positivos era maior que o de negativos e vice-versa. O contexto final foi favorável quando o número de categorias temáticas favoráveis foi maior que o de desfavoráveis (número de categorias favoráveis maior que 50,0%) e vice-versa. Em caso de empate, o critério de desempate foi o julgamento de importância das categorias temáticas para a implantação da intervenção.

Nessa etapa, os roteiros foram utilizados com dois profissionais da gestão municipal de saúde (Diretoria da Atenção Primária e Coordenação do NASF), dois médicos e dois enfermeiros da ESF, um agente comunitário de saúde e cinco profissionais do NASF.

Foram criadas sete categorias para cada contexto:

- Político: modos de cooperação entre os atores; conhecimento acerca do trabalho do NASF; ampliação das responsabilidades no cuidado ao portador de HAS e DM; mecanismos de parcerias para a realização de ações de A/N e AF/PC; participação da gestão nas ações de A/N e AF/PC do NASF; planejamento e monitoramento das ações de A/N e AF/PC do NASF; inovação nas práticas.
- Contingente (estrutural): atributos dos gestores; ambiente de trabalho do NASF; vínculos profissionais; recursos financeiros; clima de equipe; estruturas físicas das unidades de saúde da família (USF) para atuação do NASF; formalização do trabalho do NASF frente às ações de A/N e AF/PC.

Após determinação do contexto, foi verificada sua influência sobre o GI, analisando as possíveis relações entre si, por meio da triangulação de dados.

O projeto ao qual este estudo está atrelado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do IAM/Fiocruz-Pernambuco (Parecer N° 1.644.126) e sua execução obedecente às normas que regem pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Grau de implantação do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais no município de Petrolina

O GI total do NASF em relação à alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais no município de Petrolina, encontra-se parcialmente implantado, com uma pontuação percentual de 58,8%.

Grau de Implantação de Estrutura

A dimensão estrutura do NASF, que corresponde a todos os recursos necessários para a execução das ações de A/N e AF/PC, classificou-se como parcialmente implantada (59,3%).

Destacaram-se os critérios “local para realizar ações com a comunidade”, “fichas do e-SUS”, “prontuários” e “protocolos de fluxo de encaminhamento”, considerados implantados (GI > 75,1%); e “Veículo Institucional”, único critério considerado não implantado (GI >25,0%).

Os outros critérios variaram de implantação incipiente a parcialmente implantando, com a maioria enquadrada nesta última classificação (Quadro 1).

Quadro 1 - Pontuação (%) por critério e indicador da dimensão estrutura do NASF no município de Petrolina.

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)	SUBTOTAL DO CRITÉRIO (%)
ESTRUTURA	Local para realizar reunião	% de USF sob área de abrangência do NASF que possuam local para realizar reunião	59,3	59,3
	Local para realizar as ações com a comunidade	% de USF sob área de abrangência do NASF que possuam local na USF/SMS/comunidade para realizar as ações com a comunidade	77,8	77,8
	Material para as ações	Existência de materiais de escritório	55,6	55,6
	Material informativo	Existência de material informativo relacionado a temática de A/N	55,6	44,4
		Existência de material informativo relacionado a temática de AF/PC	33,3	
	Fichas do e-SUS	% de USF sob área de abrangência do NASF que exista Ficha de Atividade Individual	80,6	89,8
		% de USF sob área de abrangência do NASF que exista Ficha de Atividade Coletiva	88,9	
		% de USF sob área de abrangência do NASF que exista Ficha de Procedimentos	100,0	
	Prontuários	% de USF sob área de abrangência do NASF que dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF	77,8	77,8
	Equipamentos	Existência de equipamentos	55,6	55,6
	Computador com internet	% de USF sob área de abrangência do NASF que possuem computadores com internet para uso do NASF	55,6	55,6
	Veículo	Existência de veículo	11,1	11,1
	Protocolo de fluxo de encaminhamento	% de USF sob área de abrangência do NASF que tenham protocolo de fluxo de encaminhamento	77,8	77,8
	Cadernos de Atenção Básica	% de USF sob área de abrangência do NASF que tenham Cadernos de Atenção Básica	38,9	38,9
	Instrumento para realizar o diagnóstico do território	Possui o instrumento (método, autor de referência, etc) para realizar o diagnóstico do território	33,3	33,3
	Equipe do NASF qualificada	% de profissionais do NASF que receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos dois anos	44,4	50,6
		% de profissionais do NASF que receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos dois anos	18,5	
		Existência de nutricionista e educador físico na equipe NASF	88,9	
	TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA			59,3

Fonte: elaboração própria

Legenda: A/N – Alimentação, nutrição; AF/PC – atividade física/práticas corporais; USF – Unidade de Saúde da Família; SMS – Secretaria Municipal de Saúde; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; e-SUS – Sistema eletrônico do SUS.

Com os elementos citados anteriormente como implantados, o NASF detém de importantes insumos em sua estrutura para melhoria do cuidado a hipertensos e diabéticos em Petrolina.

A existência de protocolos de fluxo para encaminhamento, por exemplo, configura-se como elemento importante para a continuidade do cuidado quando verificados os limites na ESF para a resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários com doenças crônicas. A articulação dos serviços dentro da Rede de Atenção a Saúde em seus diferentes níveis se faz necessária para garantir a integralidade das ações de saúde¹.

Entretanto, observou-se a implantação incipiente de outros critérios, como “equipe NASF qualificada” (Quadro 1). Essa fragilidade na qualificação da equipe também foi encontrada nos estudos realizados por Fernandes *et al*¹⁷ e Reis *et al*¹⁸ ao investigar o trabalho de profissionais do NASF na APS. Fagundes¹⁹ ressalta que a falta de capacitação de profissionais dessa equipe pode ferir uma das diretrizes da proposta que é a educação permanente em saúde aos profissionais, uma vez que o NASF poderia não estar utilizando suas ferramentas de trabalho corretamente.

Além disso, observou-se que “locais para realizar reunião”, “materiais informativos”, “equipamentos”, “computadores com internet”, “veículos”, entre outros, também foram recursos que configuraram uma estrutura fragilizada para o NASF e isso demonstra precariedade da proposta no fortalecimento da atenção básica e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde. Martinez *et al*²⁰ apontam que muitas investigações encontram indicativos de problemas estruturais, principalmente relacionados à estrutura física das unidades de saúde, transporte de profissionais e falta de insumos estratégicos.

A implantação parcial da dimensão estrutura do NASF abre debate para a importância dos aspectos estruturais. A dimensão estrutura detém elementos importantes que possibilitam a construção de ações de saúde mais efetivas e humanizadas, devendo, portanto, ser considerada

no conjunto de prioridades. É um componente que acresce qualidade à equipe, à organização e aos serviços de saúde.

Grau de Implantação de Processo

A dimensão processo foi classificada como parcialmente implantada, tendo pontuação percentual de 58,7% (Quadro 2).

Todos os componentes da dimensão processo foram considerados parcialmente implantados obtendo as pontuações: Suporte em Processos Educativos – 62,7%; Suporte Clínico-Pedagógico – 61,5%; Gestão Integrada do Território – 52,3%.

No componente ‘Suporte em Processos Educativos’ apenas os critérios “divulgação de informações” e “apoio a grupos de saúde” foram considerados implantados. “Realização de oficinas com a EqSF e a comunidade” e “orientação referente ao processo de trabalho das EqSF referentes à temática em estudo” consideraram-se com implantação incipiente (Quadro 2).

Ao olhar simultaneamente para os critérios considerados implantados e com implantação incipiente, verifica-se que o NASF possui fragilidades nas práticas educativas. Anjos *et al*²¹ trazem essa temática refletindo sobre a importância de se fazer revisões críticas dos processos educativos elaborados pelos profissionais do NASF para efetivação do seu processo de trabalho com as EqSF, afim de levar à população uma nova concepção em saúde.

No componente ‘Suporte Clínico-Pedagógico’ destacaram-se os critérios “registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS”, o “uso de protocolo de fluxo de encaminhamento”, o “atendimento domiciliar individual” e a “utilização de prontuários”, pois foram classificados implantados. “Construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território” e “ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares” classificaram-se como não implantados e implantação incipiente, respectivamente (Quadro 2).

Esse componente, considerado um importante conjunto de ações para o apoio matricial, pode repercutir diretamente no alcance dos objetivos do NASF²²⁻²³. A não implantação de diversas atividades do suporte clínico-assistencial, pois, pode estar colaborando no desenvolvimento de ações limitadas pela equipe, ocasionando fragilidades na coordenação do cuidado em parceria com as EqSF.

Por fim, no componente ‘Gestão Integrada do Território’ pôde-se observar que os critérios “planejamento integrado” e “articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais” classificaram-se como implantados. Entretanto, a “realização de coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional e de AF/PC” e “reuniões da equipe NASF” configuraram-se como não implantado e implantado incipientemente, respectivamente (Quadro 2).

O NASF deve desempenhar apoio à gestão e à atenção, sendo uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão, tendo como diretriz a formação de espaços coletivos para subsídio de ações de prevenção e promoção à saúde, intramuros ou territoriais, bem como de planejamento e gestão local²⁴⁻²⁵. Assim, as atividades vistas nesse último componente com implantação incipiente ou não implantadas podem dar margem à dificuldade de consolidação dessa diretriz.

Quadro 2 - Pontuação (%) por critério, indicador e componente da dimensão processo do NASF no município de Petrolina/PE.

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)	SUBTOTAL DO CRITÉRIO (%)		
PROCESSO	Suporte em processos educativos	Divulgação de informações sobre A/N e/ou AF/PC	Periodicidade de divulgação de informações sobre A/N	83,3	81,9		
			Periodicidade de divulgação de informações sobre AF/PC	80,6			
		Participação do NASF em eventos comunitários sobre A/N e AF/PC	Nº eventos comunitários sobre A/N em que o NASF participou no último ano	77,8	61,1		
			Nº eventos comunitários sobre AF/PC em que o NASF participou no último ano	44,4			
		Apoio a grupos de saúde sobre a temática de A/N e AF/PC	% de grupos existentes no território apoiados pelo NASF referentes a temática de A/N	80,6	76,4		
			% de grupos existentes no território apoiados pelo NASF referentes a temática de AF/PC	72,2			
		Realização de oficinas com a equipe de SF e a comunidade para a construção de materiais que fomentem a prática A/N e AF/PC	Nº de oficinas para construção de materiais que fomentem a prática de A/N realizadas no último ano	33,3	33,3%		
			Nº de oficinas para construção de materiais que fomentem a prática de AF/PC realizadas no último ano	33,3			
		Orientação para as famílias através de material instrucional com recomendações de A/N e AF/PC	Realização de orientação para as famílias através de material instrucional referente a temática de A/N	100,0	72,2%		
			Realização de orientação para as famílias através de material instrucional referente a temática de AF/PC	44,4			
		Realização de ações referentes a A/N e AF/PC nas escolas existentes no território	Periodicidade de realização de ações referentes à A/N nas escolas existentes no território	55,6	55,6		
			Periodicidade de realização de ações referentes à AF/PC nas escolas existentes no território	55,6			
		Execução de ações de educação permanente referentes a temática de A/N e AF/PC	% de equipes de SF que foram realizadas ações de educação permanente referentes a A/N no último ano	44,4	43,0		
			% de equipes de SF que foram realizadas ações de educação permanente referentes a AF/PC no último ano	41,7			
		Orientação referente ao processo de trabalho das equipes de SF referentes a A/N e AF/PC	% de equipes de SF que receberam orientações do NASF referente ao processo de trabalho das equipes sobre a temática de A/N no último ano	72,2	58,3		
			% de equipes de SF que receberam orientações do NASF referente ao processo de trabalho das equipes sobre a temática de AF/PC no último ano	44,4			
		SUBTOTAL DO COMPONENTE					62,7
		Suporte Clínico-pedagógico	Discussão de casos ou problemas de saúde referentes a A/N e AF/PC com a equipe de SF	% de equipes de SF que o NASF realizou discussão de casos ou problemas de saúde referentes a A/N no último semestre	77,8	70,4	
	% de equipes de SF que o NASF realizou discussão de casos ou problemas de saúde referentes a AF/PC no último semestre			63,0			
	Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS)		% de equipes de SF que o NASF participou da construção do PTS no último semestre	63,0	63,0		
	Construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território (PST)		% de equipes de SF que o NASF participou da construção do PST no último semestre	0,0	0,0		
	Atendimento clínico compartilhado com os		% de equipes de SF que o NASF participou de atendimento clínico compartilhado	77,8	77,8		

Gestão Integrada do Território		profissionais da equipe de SF			
	Ações de A/N e AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	Periodicidade de realização de ações de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	36,1	33,3	
		Periodicidade de realização de ações de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	30,6		
	Registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS	Registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS	100,0	100,0	
	Uso protocolo de fluxo de encaminhamento	Utilização do protocolo de fluxo de encaminhamento	77,8	77,8	
	Uso do prontuário	Utilização do prontuário pelo NASF	88,9	88,9	
	Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N	88,9	77,8	
		Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	66,7		
	Atendimento domiciliar compartilhado que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N	88,9	72,2	
		Atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	55,6		
	SUBTOTAL DO COMPONENTE				61,5
		Utilização do instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	Utiliza o instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	33,3	33,3
		Discussão da situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade	Nº de discussões da situação de saúde do território em conjunto com os gestores, equipes de SF e a comunidade no último ano	33,3	33,3
		Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a A/N e AF/PC	Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a A/N no último ano	77,8	61,1
			Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a AF/PC no último ano	44,4	
		Planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N e AF/PC	Realização de planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N	96,3	85,2
			Realização de planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a AF/PC	74,1	
		Realização de coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional e de AF/PC	Realização de coleta de indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	33,3	24,0
			Realização de coleta de indicadores de AF/PC	22,2	
			Realização de registro dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	33,3	
			Realização de registro de indicadores de AF/PC	22,2	
			Realização de análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	22,2	
			Realização de análise de indicadores de AF/PC	11,1	

		Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N e AF/PC	Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N	100,0	83,3
			Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o Desenvolvimento de ações AF/PC	66,7	
		Participação das atividades de avaliação e monitoramento relativos ao alcance de metas de atividades relacionadas a A/N e AF/PC	Participação na avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	66,7	47,2
			Participação do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	33,3	
			Participação da avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC	55,6	
			Participação do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC	33,3	
		Participação na análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de A/N e AF/PC	Participação na análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de A/N	77,8	55,5
			Participação na análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de AF/PC	33,3	
		Participação em reuniões das equipes de SF	% de equipes de SF que o NASF participa das reuniões de equipe	77,8	77,8
		Reuniões da equipe NASF	Periodicidade de reuniões de equipe NASF	37,0	37,0
		SUBTOTAL DO COMPONENTE			52,3
		TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			58,7

Fonte: elaboração própria

Legenda: A/N – Alimentação/ nutrição; AF/PC – atividade física/práticas corporais; NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PTS – Projeto Terapêutico Singular; PST – Projeto de Saúde no Território; e-SUS – Sistema eletrônico do SUS.

Contexto de implantação do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais no município de Petrolina

A abordagem política apresentou 57,1% de categorias favoráveis, classificando-se como favorável à implantação do NASF em relação às ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais no município de Petrolina.

O conhecimento acerca do processo de trabalho do NASF foi uma categoria favorável do contexto político, pois foi observado que as EqSF conhecem o NASF e possibilitam a execução de seu processo de trabalho:

" eles [Agentes Comunitários de Saúde] têm uma mentalidade boa para entender o processo de trabalho, o planejamento, os grupos, quando nós queremos implantar

um grupo eles sempre nos apoiam e nós dependemos do apoio deles porque eles são a ponte entre nós e a comunidade." (Profissional do NASF)

De acordo com Andrade *et al*⁹, o reconhecimento de uma equipe especializada de apoio pode abrir margens ao trabalho multidisciplinar, ampliando o manejo sobre as peculiaridades da comunidade e suas necessidades, de forma a sanar ou minimizar problemas emergentes.

Em Petrolina, ainda foi visto que o NASF e as EqSF trabalham com hipertensos e diabéticos de forma a ampliar as responsabilidades de ambas as equipes, sendo uma categoria também favorável:

"Muitas vezes eu chamo e encaminho: 'óh, eu estou encaminhando um paciente, que eu acho que é isso, da uma olhada pra mim'. Eles [NASF] fazem, ele faz uns testes, óbvio que ele não segue o diagnóstico, porque ele sabe, até o limite dele, mas dá pra pegar e, olha é bem por aí, dá pra gente fazer isso, enquanto aguardamos uma consulta quilométrica com especialistas" (Médica ESF)

O trabalho multiprofissional baseia-se na busca de respostas no núcleo de competência e responsabilidade de cada profissão, quando as questões advêm justamente da necessidade de sua extrapolação, por meio de práticas em campos comuns de competência e responsabilidade²⁶. Sendo assim, o NASF vem buscando reconhecer os limites de cada campo de saber. Para tanto, estabelecem nesse percurso parcerias que são na maioria das vezes indispensáveis para aumentar a resolutividade das demandas determinando outra categoria favorável do contexto político:

"Sempre quando eles (NASF) podem, eles trazem pessoas tanto da área ligada com as faculdades, ou algum especialista num determinado assunto de saúde, do Centro de Orientação e Assistência Sorológica de Petrolina, ou até mesmo como agora que a gente vai fazer a horta veio o pessoal da AMA, que já é uma parte que mexe com plantas, essas coisas para analisar o solo. Então eles buscam parcerias." (Agente Comunitário de Saúde)

A busca por essas parcerias também foi verificada nos estudos de Volponiet *al*²⁷, Gonçalves *et al*²⁸ e Maciel *et al*²⁹ os quais verificaram que o NASF estabeleceu as parcerias devidas estimulando, assim, reflexões sobre a atuação interdisciplinar e potenciais de mudança de práticas. Traduzidas em ações de alimentação e atividade física, estas práticas vêm sendo inovadas de forma lúdica, criativa e indutora de relações significativas interprofissionais no âmbito das EqSF proporcionando outra categoria favorável:

"Geralmente (...), como eu falei, a gente sempre trabalha a questão de alimentação saudável com palestra, complementação de vídeo, com oficinas, então a gente busca também sempre estar modificando, não só apresentar a palestra, falar e falar, mas também fazer com que o pessoal entenda o conceito de alimentação saudável, de conhecer os alimentos saudáveis, saber diferenciar, identificar..." (Profissional do NASF)

O contexto político em Petrolina ao ser considerado como favorável demonstra como os atores desenvolvem suas ações de A/N e AF/PC no cotidiano das práticas do NASF e põe em evidência a urgente necessidade de repensar os meios por onde são organizados os processos de trabalho tanto no que se refere à assistência individualizada quanto para a construção do trabalho interdisciplinar que repercute diretamente na qualidade do cuidado.

Por sua vez, o contexto estrutural do NASF em relação às ações de A/N e AF/PC em Petrolina foi classificado desfavorável, com implantação de 57,1% de categorias desfavoráveis.

A estrutura física das USF foi considerada desfavorável às ações do NASF. Em Petrolina existe um arranjo organizacional na atenção primária denominado Atendimento Multiprofissional Especializado (AME), que garante um espectro maior de atendimentos pela união de duas ou mais EqSF e um leque maior de serviços de cunho especializado e básico. Mas até nessas AME é visto que existem problemas de infraestrutura para realização das ações do NASF:

“Quando a gente fala hoje da composição de AMEs que Petrolina teve, tem um lado bom e um lado ruim, porque as AMEs foram estruturas construídas recentemente, então a gente acredita que ela tem um padrão moderno com estrutura para acolher esses profissionais e esses pacientes. Só que quando a gente chega na prática nós temos AMEs ou própria UBS que não tem nem pátio externo para desenvolver as ações de educação em saúde.” (Gestor do NASF)

Ao se tratar da estrutura física de USF, este é um fator tratado como negativo em alguns estudos realizados com o NASF^{20,28,30}. Martinez *et al*²⁰ apontam a unanimidade desse problema persistindo em diversos municípios brasileiros, e que isso além de suscitar descompassos na implantação do NASF, é visto em suas origens pelo processo de subfinanciamento crônico do setor saúde.

Outra categoria do contexto estrutural desfavorável são os recursos financeiros para o NASF. Estes são considerados escassos e, além disso, não são específicos para as ações de A/N e AF/PC:

“(...) na realidade a gente precisa aumentar o número de oferta do serviço, porém a quantidade de recursos para financiar não aumenta.” (Gestor do NASF)

“Não é só de alimentação, é de forma geral, fisioterapia... pra o NASF de forma geral. Como eu disse a você que a gente trabalha, faz folders, faz impressões.. é esse recurso que a gente tem, mas não tem financiamento voltado a isso não.”
(Profissional do NASF)

O uso eficiente de recursos locais, muitas vezes já disponíveis, bem como o financiamento direcionado para ações de promoção e prevenção em saúde são essenciais para o adequado controle das DCNT. Entretanto, é válido salientar que a escassez de investimentos com recursos financeiros é apontada em estudos como fator que implica em descontinuidade do processo de trabalho com doenças crônicas³¹.

Ademais, outra categoria desfavorável foi os vínculos profissionais. A realidade de contratualização de profissionais com vínculos empregatícios frágeis no município gera efeitos negativos:

“Interfere negativamente porque a gente perde, digamos assim, o fio da meada, a gente vem com um grupo de profissionais trabalhando no ritmo, aí por algum motivo ele se afasta, pede pra sair, aí a gente tem que colocar outro que vai começar do zero (...)” (Direção de Atenção Básica)

Reis *et al*¹⁸ afirmam que o processo de trabalho dos profissionais de saúde do NASF está relacionado às condições organizacionais nas quais os serviços estão dispostos, sendo esse um dos fatores determinantes para a manutenção dos padrões de qualidade das ações em saúde desenvolvidas.

Outra categoria desfavorável foi o ambiente de trabalho. Em Petrolina, as EqSF são diferentes em diversos aspectos (tamanho, tempo, composição de equipe, fluxos de trabalho, etc.), gerando um ambiente que suscita maneiras diversas de atuação multiprofissional para o NASF:

“Eu tenho sete unidades, não é que todos são iguais. Não são iguais, mas aí dentro das sete eu tenho três que eu consigo fazer uma atuação maior do que as outras.”
(Profissional do NASF)

Considerado como desfavorável, o contexto estrutural revela a necessidade de adaptações do NASF enquanto organização de saúde para que haja uma performance mais efetiva das ações de A/N e AF/PC com usuários hipertensos e diabéticos como forma de otimizar a lógica de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, requisitada para atuação da equipe multiprofissional.

Por fim, a análise da totalidade das categorias permitiu inferir que aproximadamente 50% delas foram consideradas favoráveis à implantação do NASF em relação às ações estudadas.

Ao se analisar a importância de cada categoria no desenvolvimento das ações, é visto que em muitas delas existem evidências dessas ações serem executadas de maneira que institua o NASF como elemento indutor de mudanças, embora reveladas fragilidades. Sendo assim, o contexto político e contingente final de Petrolina foi considerado como favorável.

Análise da relação entre o contexto e o grau de implantação do NASF

A presença de apenas 50% de categorias favoráveis pode explicar a implantação parcial tanto da estrutura quanto do processo do GI do NASF em relação às ações de A/N e AF/PC em Petrolina.

No que tange ao processo de trabalho do NASF foi visto que se encontra parcialmente implantado com critérios variando de 0% a 100% com influência do contexto político.

O conhecimento acerca do trabalho do NASF pode ser um fator que favorece a implantação de alguns critérios do processo, tais como “atendimento clínico compartilhado com os profissionais da EqSF” e “participação em reuniões das EqSF”, pois existe o reconhecimento da importância de uma equipe especializada de apoio nas atividades da ESF com hipertensos e diabéticos.

Mediante a consulta compartilhada e a participação em reuniões de EqSF, o NASF garante um momento de troca de saberes entre os profissionais e incorporação de novos conhecimentos pelas equipes com proposições de atividades, projetos e pensamentos coletivos^{7,26}. Assim, a existência de profissionais das equipes de referência que reconhece a atuação do NASF e favorece a realização de atividades integradas, pode beneficiar a implantação das ações de A/N e AF/PC, contribuindo para a resolutividade das demandas surgidas pelos usuários hipertensos e diabéticos.

“Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento das ações” foi outro critério implantado que pode estar relacionado ao contexto político no que tange aos mecanismos de parcerias para

a realização de ações. Ao trabalhar com A/N e AF/PC, o NASF aborda fontes parceiras externas para ajudar nessas ações e essas articulações interinstitucionais são sustentadas por longo tempo. Tal fato corrobora com o que é referido por Assis *et al*³² que informam que a manutenção dessas parcerias é necessária para promoção da educação em saúde, que tende a favorecer a incorporação gradual de novos hábitos de vida.

“Divulgação das informações sobre a temática” foi outro critério considerado implantado que possivelmente está sendo influenciado pelo contexto político ao se tratar da inovação nas práticas. Foi visto que as ações de A/N e AF/PC são desenvolvidas de forma a contemplar as necessidades do território, com caráter criativo e estimulador de novas práticas.

Assim sendo, o NASF de Petrolina contribui para o fortalecimento da capacidade do cuidado das EqSF aos usuários hipertensos e diabéticos de maneira que estes recebam um espectro maior de informações de autocuidado, estilo de vida e adoção de hábitos alimentares saudáveis. A difusão de informações através de ações de educação em saúde e educação permanente refletem, então, o que o NASF traz de inovação no processo de trabalho das equipes. Em outras palavras, proporciona a produção de novos conhecimentos em ato, ao instituir a gestão coletiva do cuidado com vistas a uma clínica interdisciplinar comprometida.

Ao tratar da estrutura do NASF foi visto que sua implantação parcial configura fragilidades na disposição de itens necessários à execução dessas ações no município de Petrolina. “Materiais para as ações”, “Materiais informativos”, “Computadores com internet”, “Equipamentos”, “Cadernos de Atenção Básica”, “Instrumento para realizar diagnóstico do território” foram critérios que estiveram parcialmente implantados no município.

A influência negativa do contexto estrutural de implantação do NASF pode que explicar o baixo percentual obtido no GI. Os recursos financeiros para equipes NASF revelam uma insuficiência de investimentos para suas ações e falta de direcionamento específico para seu financiamento. Também é visto que as USF não possuem equipamentos/materiais mínimos

necessários para auxílio nessas ações, mesmo possuindo um arranjo organizacional diferenciado como as AME, e existe uma rotatividade no quadro de profissionais do NASF.

Investimentos para as equipes NASF são referidos na literatura como qualificação profissional e contratação de recursos humanos³¹. A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde⁵ declara ser responsabilidade dos municípios o custeio de materiais e ações para o desenvolvimento das atividades mínimas descritas para os diferentes profissionais que compõem os NASF. Assim, a contratação efetiva de profissionais, sua devida qualificação e distribuição de equipamentos para auxílio nas ações podem ser itens a serem manejados de forma profícua para as equipes NASF, promovendo melhorias em torno de sua implantação em Petrolina.

As disposições normativas do NASF requerem a aquisição de uma infraestrutura de suporte como, por exemplo, normativas, locais de funcionamento do NASF, apoiadores institucionais, transporte institucional, qualificação profissional e educação permanente para o NASF, dentre outros itens²⁴. Entretanto, Martinez *et al*²⁰ ressaltam que há semelhanças estruturais importantes na maioria dos municípios brasileiros no que se refere às condições precárias de trabalho do NASF, especialmente na infraestrutura, na falta de profissionais efetivos e materiais, as quais expressam a fragilidade da proposta no fortalecimento dos princípios da atenção básica e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde.

Considerando-se a premissa da interdisciplinaridade, a utilização dos espaços físicos não deve ficar restrita à lógica de espaços exclusivos para o NASF e, sim, ser compartilhado entre diferentes profissionais e atividades. Esse compartilhamento é o que vai permitir a construção de uma nova forma de trabalho em saúde centrada no usuário, com qualidade, resolutividade e equidade²¹.

Por fim, é claro salientar que estrutura e processo do NASF para as ações de A/N e AF/PC possuem relações mais complexas com seus fatores tanto estruturais quanto políticos. Ao favorecer as ações, o contexto político abre a oportunidade do NASF elaborar processos educativos, assistência clínico-pedagógica e gestão integrada do território de maneira a contemplar a maioria dos critérios estabelecidos no seu ML; entretanto, o contexto estrutural não permite o êxito dessas ações em virtude de uma estrutura fragilizada que dificilmente sustenta essas práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As normativas do NASF revelam que suas ações de A/N e AF/PC devem ser realizadas pautando-se nos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como no trabalho interdisciplinar, intersetorial, ético, resolutivo, longitudinal, acolhedor, com vínculo e responsabilização.

Considerando sua implantação parcial em Petrolina, evidencia-se que há ações na dimensão estrutura e processo que não estão sendo executadas pelo NASF, o que pode estar favorecendo a fragmentação do cuidado ou não realização de algumas ações que promovem hábitos saudáveis para o público com HAS e DM.

O contexto, apesar de ser considerado favorável, apontou diversos elementos que não favorecem a implantação dessas ações pelo NASF, necessitando haver mudanças de ordem política e estrutural que visem fortalecer o papel do NASF nessas temáticas frente ao cuidado em saúde prestado.

Ficou evidenciado que o estudo de análise de implantação oportunizou a verificação de potencialidades e fragilidades que o NASF vem tendo no município de Petrolina ao se trabalhar com ações de A/N e AF/PC. Esses resultados poderão ser utilizados para subsidiar

gestores na tomada de decisão, promovendo as melhorias necessárias nas ações em saúde desenvolvidas pelo NASF.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Bortoluz S, Lima LA, Nedel FB. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. *Ciência & Saúde* 2016; 9(3):156-166.
3. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo, PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(Supl): 126-34.
4. Goulart FAA. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Brasília: OPAS; 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Amaral MN, Silva MEK. Atuação do nutricionista no núcleo de apoio à saúde da família: desafios da interdisciplinaridade no cuidado à saúde. *Trab. Educ.* 2015; 24 (2): 143-55.
7. Furtado GVM, Knuth AG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* 2015; 20 (5): 514-23.
8. Pinheiro CTMA. *Gestão das Doenças Crônicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários - Unidade E* [dissertação]. Lisboa: Universidade Aberta; 2009.

9. Andrade LMB, Quandt FB, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transform. Soc.* 2012; 3 (1): 18-31.
10. Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2005.
11. Champagne F. A análise de implantação. In: Brousselle A, Contandriopoulos A-P, Hartz Z organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217 – 238.
12. Prefeitura Municipal de Petrolina (PMP). *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Petrolina: SMS; 2013.
13. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2005.
14. Denis J, Champanhe F. Análise da implantação. In: Hartz, ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Lira RC. *Elaboração e validação de um questionário para avaliação da implantação do componente alimentação, nutrição e atividade física do NASF em Pernambuco, PE* [trabalho de conclusão de residência]. 2017. Recife (PE): IAM/FIOCRUZ; 2017.
17. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter. Mov.* (Online) 2016; 29 (4): 741-50.
18. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1): 01-09.

19. Fagundes AA. *A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
20. Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde Debate* 2016; 40 (110): 95-106.
21. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS.. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde Debate* 2013; 37 (99): 672-80.
22. Souza TT, Calvo, M.C. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Rev. Saúde Soc.* 2016; 25 (4): 976-87.
23. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo saúde* 2010; 34 (1): 92-96.
24. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
25. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface Comun. Saúde Educ.* 2017; 21 (62): 65-78.
26. Correia PCL, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ASF). *Saúde Debate* 2017; 41 (espec.): 345-59.
27. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde Debate* 2015; 39 (espec.): 221-31.
28. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznclwar LI, Cordone NG, Barros, JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2015; 40 (131): 59-74.

29. Maciel MS, Coelho MO, Marques LARV, Rodrigues Neto EM, Lotif MAL, Ponte ED. Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família – NASF. *Saúde (St. Maria)* 2015; 41 (1): 117-22.
30. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC, Araújo Neto JD, Moreira AKF, Filgueiras MC. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. *Rev. Bras. Promoção Saúde* 2014; 27 (2): 224-31.
31. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev. bras. ativ. fís. Saúde* 2012; 17 (3): 88-194.
32. Assis LC, Simões MOS, Cavalcanti AL. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde* 2012; 14 (2): 65-70.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a implantação do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais aos usuários hipertensos e diabéticos no município de Petrolina – PE.

É certo que o trabalho em saúde com esse tipo de população exige que a atenção primária junto com as equipes de saúde da família proporcione cuidados que vão além de sua capacidade resolutiva. É preciso conhecer esses usuários com mais profundidade conjecturando um ambiente propício para novas práticas. O NASF pode ser entendido, então, como uma opção estratégica que aprimora esses cuidados a partir da atuação conjunta dos especialistas, principalmente nutricionistas e educadores físicos com a estratégia de saúde da família. Entretanto, o NASF revela-se como parcialmente implantado no município estudado.

Foi a partir da análise do grau de implantação que se procedeu a investigação dos aspectos da estrutura e do processo do NASF. O modelo lógico criou a imagem dessa intervenção com todos itens necessários à execução de ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais, mas ao serem analisados, permitiu-se visualizar que existem uma série de recursos materiais, organizacionais, humanos e financeiros bem como um leque ampliado de ações que não são dispostos para e por essa equipe, obtendo pontuações com valores até por vezes zerados.

Uma vez parcialmente implantada a estrutura, verificou-se que a disponibilidade de itens como, por exemplo, veículo institucional, computadores com internet, equipamentos, dentre outros, figuram uma indisponibilidade por parte do poder público municipal. Do mesmo modo, ações compartilhadas ou individuais, atividades em grupos, atividades de educação permanente e educativas são realizadas com frequências variadas nas equipes NASF entrevistadas. Tais fatos remontam ao fato que as ferramentas tecnológicas do NASF não estão sendo utilizadas de forma a atingir maior integração entre os serviços e proporcionar o objetivo da proposta dessa equipe com usuários hipertensos e diabéticos.

Ao estudar o contexto de implantação verificou-se que fatores estruturais influenciam desfavoravelmente a estrutura do NASF. O ambiente de trabalho, os vínculos profissionais, os investimentos para equipes NASF e as estruturas físicas das unidades de saúde da família suscitam incongruências na atuação de nutricionistas e educadores físicos e na disposição/aquisição de materiais para as ações.

Por sua vez, fatores políticos interferem de forma positiva no processo. Conhecimento acerca do trabalho do NASF, ampliação das responsabilidades, mecanismos de parcerias e características das ações revelam os fatores que favorecem o desenvolvimento das ações dessa dimensão muito embora tenham sido considerada como parcialmente implantada.

Esses dois grupos de fatores contextuais refletem o quanto o NASF precisa superar obstáculos de ordem política e estrutural para que se mantenha operacionalizando com êxito sua proposta de cuidados em torno dos pacientes hipertensos e diabéticos. Por conseguinte, a implantação parcial do NASF em Petrolina tem acontecido de forma que distancie o seu objetivo em torno das ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais e isso poderá repercutir na qualidade da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na estratégia de saúde da família. É preciso que haja uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho e incorporação de novos formatos de estrutura que ofereçam um caminho direcionado e efetivo para o NASF.

Além disso, o contexto desafiador que está submetido o NASF propõe novos olhares para os diversos atores no intuito de proporcionar uma homogeneidade na execução de ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais sem perder de vista as especificidades de cada equipe com as necessidades de cada território. Gestão, profissionais do NASF e das equipes de saúde da família necessitam trabalhar integrados e coerentes com a proposta de assumir cada vez mais melhores performances dessa política para o cuidado qualificado com hipertensos e diabéticos no território estudado.

Muito embora tenha sido aferidos e classificados os resultados, o presente estudo permitiu identificar fragilidades e lacunas no grau de implantação do NASF bem como as estratégias para sua melhoria. Entretanto, é válido salientar que qualquer intervenção implantada suscita diversos modos de operacionalização, o que é pertinente lembrar que o estudo do contexto político e estrutural se faz necessário análises mais detalhadas para entender a complexidade da implantação de uma intervenção em saúde como a estudada.

O estudo abriu oportunidades de se aplicar atividades avaliativas de forma que contemplem os aspectos globais que está submetido um determinado programa de saúde. A análise de implantação, embora necessite de tempo e recursos que por vezes fogem da capacidade institucional das gestões públicas em saúde, considerou-se ser um mecanismo avaliativo de profundo poder descritivo e exploratório da implantação de intervenções em

saúde. Acredita-se que esses resultados possam colaborar na reflexão e no aprimoramento tanto das práticas do NASF quanto da atenção primária e, até mesmo, das políticas públicas na área.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M.B. Avaliação da implantação do componente contínuo do sistema de vigilância de violências e acidentes no Recife, Pernambuco. 2014. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ: Recife, 2014.
- AGUIAR, V.R.L.; MEDEIROS, C.M. Entrevistas na pesquisa social: o relato de um grupo de foco nas licenciaturas. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, IX, 2009, Curitiba. *Anais do CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO*. Curitiba: 2009. p. 10710-18.
- AMARAL, M.N.; SILVA, M.E.K. Atuação do nutricionista no núcleo de apoio à saúde da família: desafios da interdisciplinaridade no cuidado à saúde. **Trabalho & Educação**, v.24, nº 2, p. 143-55, 2015.
- ANDRADE, L.M.B. *et al.* Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina, **Revista Saúde & Transformação Social**, v. 3, nº 1, p. 18-31, 2012.
- ANJOS, K.F. *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 672-80, 2013.
- ARRETCHE, M.T.S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, M.C.R.N; CARVALHO, M.C.B. (Orgs.). **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 43-55.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo** / Laurence Bardin; tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, C.M.L.; FARIAS JÚNIOR, G. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.1, nº 1,p. 140-54, 2012.
- BARROS, M.B.A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, nº 9, p. 3755-68, 2011.
- BARROS, O.J. *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. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, nº 9, p. 2847-56, 2015.

BEZERRA, L.C.A. *et al.* Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

BONI, V; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, vol. 2, nº 1, p. 68-80, 2005.

BORTOLUZ, S. *et al.* Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. **Ciência & Saúde**, v. 9, nº 3, p. 156-66, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 Jan. 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRESSAN, F. O método do estudo de caso. **Revista Administração OnLine**, v. 1, nº 1, 2000. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm Acesso em 17 fev. 2017.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, nº 5, p. 611-14, 2004.

CARNEIRO, F.F. *et al.* Análise de Contexto Petrolina – PE. Disponível em: <http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2014/09/Petrolina.pdf> Acesso em 15 fev. 17.

CERVATO-MANCUSO, A.M. *et al.* A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, nº 12, p. 3289-300, 2012.

CHAMPANGNE, F. *et al.* A análise de implantação. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217-338.

CHUEIRI, P.S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 52, p. 114-24, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde. 2008. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=757 Acesso em 24 fev. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* A Avaliação na área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M.; SILVA, L.M.V. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORREIA, P.C.L. *et al.* A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ASF). **Revista Saúde em Debate**, v, 41, nº especial, p. 345-59, 2017.

COSTA. M.M.L. O núcleo de apoio à saúde da família (NASF): contextualização de sua implantação na atenção básica à saúde no Brasil. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, DF, 2013.

CRUZ, M.M. **Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate**. In. Mattos, R.A.; Baptista, T.W.F. (Org.). 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 285-317.

DALFIOR, E.T. *et al.* Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 39, nº 104, p. 210-225, 2015.

DENIS, J.; CHAMPANHE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 3, p. 49-88.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, p. 1743-48, 1988.

DUNCAN, B.B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46 (Supl), p. 126-34, 2012.

FAGUNDES, A.A. A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2013. 204 f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013

FERREIRA, T.B. *et al.* A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física**, v. 21, nº 3, p. 228-36, 2016.

FERREIRA, V.S.C; SILVA; L.M.V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 103-50.

FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. *et al.* (org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FINKLER, L.; DELL'AGLIO, D.D. Reflexões sobre avaliação de programas e projetos sociais. **Revista Barbarói**, n.38, p. 126-44, 2013.

FONTBONNE, A. *et al.* Risk fator control in hypertensive and diabetic subjects followed by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil - SERVIDIAH Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1195-1204, 2013.

FURTADO, G.V.M.; KNUTH, A.G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 20, nº 5, p.514-23, 2015.

GERHARDT, P.C. *et al.* Tendência das internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em idosos. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, nº 4, p. 01-10, 2016.

GOMES, A.A. Estudo de Caso – Planejamento e Métodos. **Revista Nuances: estudos sobre Educação**. v. 15, nº 16, p. 215-221, 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In. MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1993, p. 79 – 112.

GONÇALVES, R.M.A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, nº 131, p. 59-74, 2015.

GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios** e para os sistemas de saúde. Brasília: OPAS, 2011.

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Cidades. Petrolina. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/ick> Acesso em 15 fev. 2017.

LIRA, RC. Elaboração e validação de um questionário para avaliação da implantação do componente alimentação, nutrição e atividade física do NASF em Pernambuco, PE. 2017. Artigo Científico (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2017.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online], v..14, suppl.1, pp.1463-72. 2009.

MACIEL, M.S. Ações de saúde desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família – NASF. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 41, nº 1, p. 117-22, 2015.

MANSO, B.T.S. A assistência integral a hipertensos e diabéticos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: análise das ações realizadas em um município do interior de São Paulo. 2015. 132p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2015.

MEDINA, MG. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 41-64.

MOORE, G.F. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. **The BMJ: Leading General Medical Journal**, v. 350, p. 1-10, 2015.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, v. 9, nº 2, p. 191-211, 2003.

NASCIMENTO, D.D.G; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 34, nº 1, p. 92-96, 2010.

PAES, I.M.B.S. *et al.* Estilo de vida em hipertensos frequentadores do Programa Academia da Cidade, Recife-PE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, p. 340-346, 2011.

PETROLINA. Prefeitura Municipal de Petrolina. Secretaria Municipal De Saúde. 2013. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. Petrolina: SMS, 2013.

PINHEIRO, C.T.M.A Gestão das Doenças Crônicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários - Unidade E. 2009. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde). Universidade Aberta, Lisboa, 2009.

PROVOST, S. Evaluation of the implementation of an integrated primary care network for prevention and management of cardiometabolic risk in Montréal. **BMC Family Practice**, v. 12, nº 126, p. 1-12, 2011.

QUININO, L.R.M. Programa de controle da esquistossomose: uma análise de implantação em municípios do estado de Pernambuco, Brasil, entre 2010-2012. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ: Recife, 2015.

REIS, M.L. *et al.* Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, nº 1, p. 01-09, 2016.

RIBEIRO, D.R.B.S. Análise de implantação do núcleo de apoio à saúde da família em três municípios da zona da mata norte de Pernambuco. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP: Recife, 2015.

RIBEIRO, M.D.A *et al.* Avaliação da atuação do núcleo de apoio à saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, v. 27, nº 2, p. 224-31, 2014.

RODRIGUEZ, M.R. Monitoramento e supervisão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma região administrativa do Distrito Federal utilizando-se análise de entrevistas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, nº 30, p. 38-44, 2014.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA - SAGE/MS (Sala de Apoio a Gestão Estratégica/ Ministério de Saúde). Redes e Programas. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/> Acesso em: 15 fev. 2017.

SAMICO, I. *et al.* Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, nº 2, p. 229-240, 2005.

SAMPAIO, J. *et al.* O NASF Como Dispositivo da Gestão: Limites e Possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, nº 3, p. 317-24, 2012.

SANTOS, R.S.A.F. *et al.* Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Revista Saúde em Debate**, v. 39, nº especial, p. 268-282, 2015.

SCABAR, T.G. *et al.* Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, nº 4, p. 411-18, 2012

SCHUH, L.X. *et al.* A inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 41, nº 1, p. 29-36, 2015.

SCHWAB, G.L. *et al.* Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, nº especial, p. 307-318, 2014.

SILVA, A.T.C. *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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, nº 11, p. 2076-84, 2012.

SILVA, F.M. *et al.* Contribuições de grupos de educação em saúde para o saber de pessoas com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, nº 3, p. 347-53, 2014.

SILVA, J.V.M. *et al.* Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, nº 4, p. 626-32, 2015.

SILVA, L. M.V; FORMIGLI, V. L. **Avaliação em Saúde: limites e perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, nº 1, p. 80-91, 1994.

SOUZA, F.L.D. *et al.* Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Revista Saúde em Debate**, v. 37, nº 97, p. 233-240, 2013.

SOUZA, L.E.P.F.; SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z.M.A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A.;

SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.65-102

SOUZA, M.A. Análise da implantação da estratégia saúde da família em dois municípios do agreste de Pernambuco, Brasil. 2008. 201p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, Recife, 2008.

TADDEU, P.S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, nº 11, p. 2923-30, 2012.

VOLPONI, P.R.R. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 39, n.º especial, p. 221-31, 2015.

YIN, K.R. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Apêndice A – Modelo lógico do NASF em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais

(continua)

Componentes		Estrutura	Atividades / Processos	Resultados		
				Iniciais	Intermediários	Finais
Suporte em Processos educativos	(Práticas de educação em saúde para a população e de educação permanente para os profissionais da ESF)	Locais para o desenvolvimento das ações: Sala de reunião; Local para realizar as ações com a comunidades.	Divulgar informações que possam contribuir para a adoção de práticas de A/N e AF/PC	Informações para a adoção de práticas A/N e AF/PC divulgadas	Maior conhecimento sobre práticas A/N e AF/PC	Redução da morbimortalidade por DCNT
			Realizar eventos comunitários para a divulgação de ações de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais, sedentarismo e obesidade	Eventos comunitários para a divulgação e o fomento de ações de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais, sedentarismo e obesidade realizados		
			Apoiar os grupos de saúde existentes referente a temática de A/N e AF/PC na USF	Grupos de saúde na USF apoiados		
			Realizar oficinas com a equipe de SF e a comunidade para a construção de materiais que fomentem a prática A/N e AF/PC	Oficinas para a construção de materiais que fomentem a prática A/N e AF/PC realizadas	Maior qualificação das ações executadas pelos profissionais de saúde no que se refere a A/N e AF/PC	
			Orientar as famílias para o uso de material instrucional com recomendações que visem a prática saudável de A/N e AF/PC	Orientações para as famílias para uso de material instrucional realizadas		
			Realizar as ações de A/N e AF/PC nas escolas da área de abrangência do NASF	Ações de A/N e AF/PC realizadas nas escolas		
			Realizar ações de educação permanente da equipe de SF referentes a temática de A/N e AF/PC	Ações de educação permanente referentes a temática de A/N e AF/PC realizadas	Ampliação dos espaços de construção de saber e troca de experiências	
			Orientar a organização do processo de trabalho das equipes de SF no que se refere as práticas de A/N e AF/PC	Organização do processo de trabalho das equipes de SF no que se refere as práticas de A/N e AF/PC realizada		

COMPONENTES		ESTRUTURA	ATIVIDADES / PROCESSOS	RESULTADOS			
				INICIAIS	INTERMEDIÁRIOS	FINAIS	
Suporte Clínico-Assistencial	(Ações clínicas específicas individuais ou coletivas)	Recursos materiais: Materiais para a elaboração das ações (cartolina, pilotos coloridos, tesoura, papel, caneta, pasta); Materiais informativos (folders, banner, cartaz); Fichas do e-SUS (Ficha de Atividade Individual, Ficha de Atividade Coletiva e Ficha de Procedimentos); Prontuários; Equipamentos (balança, fita métrica, calculadora, estadiômetro, adipômetro); Computador com internet; Veículo	Discutir casos ou problemas de saúde com a equipe de SF relacionados com A/N e AF/PC	Casos ou problemas de saúde relacionados a A/N e AF/PC discutidos	Maior adoção de posicionamentos autônomos na solução de problemas de saúde em âmbito individual e coletivo	Redução da morbimortalidade por DCNT	
			Realizar construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	PTS realizados			
			Realizar construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território (PST)	PST realizados			
			Realizar atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de SF que envolva a temática de A/N e AF/PC	Atendimentos clínicos compartilhados que envolva a temática de A/N e AF/PC realizados			
			Realizar ações de AF/PC de forma coletiva	Ações coletivas de AF/PC realizadas			
			Realizar ações de A/N e AF/PC conjuntamente com a Academia da Saúde/cidade/similares da área de abrangência de atuação do NASF	Ações de A/N e AF/PC conjuntamente com a Academia da Saúde/cidade/similares realizadas	Ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde na USF		
			Utilizar o prontuário dos usuários nas atividades	Prontuários utilizados			
			Registrar as atividades realizadas nas fichas do e-SUS	Atividades registradas nas fichas do e-SUS	Redução da demanda para outros níveis de atenção		
			Utilizar protocolos de fluxos de encaminhamento dos usuários para outras instâncias	Protocolo assistencial utilizado			
			Conhecer hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde	Identificação de hábitos alimentares regionais			
			Realizar atendimento domiciliar que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar individual realizado	Maior conhecimento dos problemas de saúde do território		
			Realizar atendimento domiciliar compartilhado com a equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar compartilhado realizado			

Componentes		Estrutura	Atividades / Processos	Resultados		
				Iniciais	Intermediários	Finais
Gestão Integrada do Território	(Ações em articulação com as SMS e SES; Articulação intersetorial; Avaliação de indicadores de saúde)	Recursos Organizacionais: Protocolos de fluxo de referência; Cadernos de Atenção Básica; Instrumentos para realizar o diagnóstico do território.	Discutir a situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade	Discussão sobre a situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade realizada	Abordagem integral do indivíduo pelos diversos saberes profissionais	Redução da morbimortalidade por DCNT
			Identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais	Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco realizada		
			Realizar planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de A/N e AF/PC	Planejamento integrado para a construção de estratégias que envolva A/N e AF/PC realizado		
			Realizar, junto com a equipe de SF, a coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	Coleta, registro e análise dos indicadores realizada		
		Recursos Humanos: Profissionais do NASF; Equipe de SF; Gestores de saúde; Comunidade.	Articular os serviços de saúde construindo parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N e AF/PC	Articulação dos serviços de saúde com instituições e entidades locais realizada	Interlocução das ações da Atenção Básica com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde	
			Participação nas atividades de avaliação, monitoramento relativos ao alcance de metas de atividades relacionadas a A/N e AF/PC	Participação das atividades de avaliação, monitoramento e elaboração de relatórios sobre A/N e AF/PC	Aumento da atuação integrada interdisciplinar/inter-setorial e das práticas coletivas na resolução dos problemas de saúde	
			Participar da análise de desempenho do NASF nas ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais	Apoio a análise de desempenho do NASF realizado		
			Participar de reuniões das equipes de SF	Participação em reuniões de equipe da SF		
			Participar de reuniões da equipe NASF	Participação em reuniões de equipe NASF		

Legenda: SF - Saúde da Família; A/N - Alimentação / nutrição; AF/PC - Atividade física/ práticas corporais; PTS - Projeto Terapêutico Singular; PST - Projeto de Saúde no Território; NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família; USF - Unidade de Saúde da Família; DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Apêndice B – Matriz de análise e julgamento para as dimensões estrutura e processo do NASF

(continua)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Local para realizar reunião	% de USF sob área de abrangência do NASF que possuam local para realizar reunião	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF possuem local de reunião disponível na USF/SMS/comunidade para realizar reunião	3	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF possui local para realizar reunião; 1 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF possui locais para reunião; 2 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF possui locais para reunião; 3 - 80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF possui locais para reunião.
	Local para realizar as ações com a comunidade	% de USF sob área de abrangência do NASF que possuam local na USF/ comunidade para realizar as ações com a comunidade	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF existe local na USF/comunidade para realizar as ações com a comunidade	3	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF possui local para realizar ações na comunidade; 1 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF possui local na USF/comunidade para realizar as ações com a comunidade; 2 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF possui local na USF/comunidade para realizar as ações com a comunidade; 3 - 80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF possui local na USF/comunidade para realizar as ações com a comunidade.
	Material para as ações	Existência de materiais de escritório	Existência de, pelo menos, 3 dos materiais de escritório: cartolina, pilotos coloridos, tesoura, papel, caneta, pasta ou similares.	2	0 - Não possui qualquer tipo de material; 1- Possui até dois dos itens: cartolina, pilotos coloridos, tesoura, papel, caneta, pasta. 2 - Possui pelo menos 3 dos itens: cartolina, pilotos coloridos, tesoura, papel, caneta, pasta ou similares.
	Material informativo	Existência de material informativo relacionado a temática de A/N	Existência de, pelo menos, 1 dos itens: folders, banner, cartaz ou similares, relacionados a temática de A/N	2	0 - Não possui qualquer tipo de material informativo; 2 - Possui pelo menos 1 dos itens: folders, banner, cartaz ou similares.
		Existência de material informativo relacionado a temática de AF/PC	Existência de, pelo menos, 1 dos itens: folders, banner, cartaz ou similares, relacionados a temática de AF/PC	2	0 - Não possui qualquer tipo de material informativo; 2 - Possui pelo menos 1 dos itens: folders, banner, cartaz ou similares.

(continua)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Fichas do e-SUS	% de USF sob área de abrangência do NASF que exista Ficha de Atividade Individual	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF possuem Ficha de Atividade Individual	2	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF possui Ficha de Atividade Individual; 0,5 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Atividade Individual; 1 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Atividade Individual; 2 - 80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Atividade Individual.
		% de USF sob área de abrangência do NASF que exista Ficha de Atividade Coletiva	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF possuem Ficha de Atividade Coletiva	2	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF possui Ficha de Atividade Coletiva; 0,5 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Atividade Coletiva; 1 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Atividade Coletiva; 2 - 80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Atividade Coletiva.
		% de USF sob área de abrangência do NASF que exista Ficha de Procedimentos	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF possuem Ficha de Procedimentos	2	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF possui Ficha de Procedimentos; 0,5 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Procedimentos; 1 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Procedimentos; 2 -80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF possui Ficha de Procedimentos.
	Prontuários	% de USF sob área de abrangência do NASF que dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF	3	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF; 1 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF; 2 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF; 3 - 80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF.
	Equipamentos	Existência de equipamentos	Existência de 01 balança antropométrica, 01 fita métrica, 01 calculadora, 01 estadiômetro e 01 adipômetro para a equipe do NASF	3	0 - Não possui qualquer equipamento; 2 -Possui até 4 dos equipamentos; 3 - Possui os 5 equipamentos: balança antropométrica, fita métrica, calculadora, estadiômetro e adipômetro.
	Computador com internet	% de USF sob área de abrangência do NASF que possuem computadores com internet para uso do NASF	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF possuem computador com internet para uso da equipe NASF	2	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF possui computador com internet para uso desta equipe; 0,5 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF existem computadores com internet para uso desta equipe; 1 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF existem computadores com internet para uso desta equipe; 2 - 80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF existem computadores com internet para uso desta equipe.

(continua)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO Da PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Veículo	Existência de veículo	Existência de veículo institucional disponível para o deslocamento dos profissionais do NASF	2	0 - Não existe um veículo para uso da equipe NASF; 1 - Existe um veículo, mas nem sempre ele está disponível para uso da equipe NASF; 2 - Existe veículo disponível para o uso da equipe NASF.
	Protocolo de fluxo de encaminhamento	% de USF sob área de abrangência do NASF que tenham protocolo de fluxo de encaminhamento	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF tem protocolo de fluxo de encaminhamento	3	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF tem protocolo de fluxo de encaminhamento; 1 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF tem protocolo de fluxo de encaminhamento; 2 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF tem protocolo de fluxo de encaminhamento; 3 - 80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF tem protocolo de fluxo de encaminhamento.
	Cadernos de Atenção Básica	% de USF sob área de abrangência do NASF que tenham Cadernos de Atenção Básica	80% ou mais das USF sob área de abrangência do NASF tem Cadernos de Atenção Básica	2	0 -Nenhuma USF apoiada pelo NASF tem Cadernos de Atenção Básica; 0,5 -Menos de 40% das USF apoiadas pelo NASF tem Cadernos de Atenção Básica; 1 - De 41% até 79% das USF apoiadas pelo NASF tem Cadernos de Atenção Básica; 2 - 80% ou mais das USF apoiadas pelo NASF tem Cadernos de Atenção Básica.
	Instrumento para realizar o diagnóstico do território	Possui o instrumento (método, autor de referência, etc) para realizar o diagnóstico do território	O NASF possui um instrumento (método, autor de referência, etc) para realizar o diagnóstico do território na USF	3	0 -Não possui um instrumento (método, autor de referência, etc) para realizar o diagnóstico do território; 3 - Possui um instrumento (método, autor de referência, etc) para realizar o diagnóstico do território.

(continua)

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Equipe do NASF qualificada	% de profissionais do NASF que receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos dois anos	80% ou mais dos profissionais do NASF receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos dois anos	3	0 -Nenhum dos profissionais do NASF receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos dois anos; 1 - Menos de 40% dos profissionais receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos dois anos; 2 -De 40% a 79% dos profissionais receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos 2 anos; 4 - 80% ou mais os profissionais do NASF receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos 2 anos.
		% de profissionais do NASF que receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos dois anos	80% ou mais dos profissionais do NASF receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos dois anos	3	0 -Nenhum dos profissionais do NASF receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos dois anos; 1 - Menos de 40% dos profissionais receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos dois anos; 2 -De 40% a 79% dos profissionais receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos 2 anos; 4 - 80% ou mais os profissionais do NASF receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos 2 anos.
		Existência de nutricionista e educador físico na equipe NASF	Existência de nutricionista e profissional de educação física na equipe do NASF	4	0 - Não existe nutricionista e educador físico na equipe do NASF; 2 -Existe pelo menos 1 dos profissionais na equipe do NASF: nutricionista ou educador físico; 4 - Existe nutricionista e educador físico na equipe do NASF.
	TOTAL			46	

(continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Suporte em processos educativos	Divulgação de informações sobre A/N e/ou AF/PC	Periodicidade de divulgação de informações sobre A/N	Informações sobre A/N divulgadas sempre	4	0 - Não divulga informações sobre A/N ; 1 - Divulga informações sobre A/N as vezes ou não sabe/não lembra; 2 - Divulga informações sobre A/N muitas vezes; 4 - Divulga informações sobre A/N sempre.
			Periodicidade de divulgação de informações sobre AF/PC	Informações sobre AF/PC divulgadas sempre	4	0 - Não divulga informações sobre AF/PC ; 1 - Divulga informações sobre AF/PC as vezes ou não sabe/não lembra; 2 - Divulga informações sobre AF/PC muitas vezes; 4 - Divulga informações sobre AF/PC sempre.
		Participação do NASF em eventos comunitários sobre A/N e AF/PC	Nº eventos comunitários sobre A/N em que o NASF participou no último ano	Participou no mínimo de 3 eventos comunitários sobre A/N no último ano	3	0 - Não participou de eventos comunitários que envolvem a temática A/N no último ano; 2- Participou de até 2 eventos comunitários que envolvessem a temática A/N no último ano; 3 - Participou de no mínimo 3 eventos comunitários que envolvessem a temática A/N no último ano.
			Nº eventos comunitários sobre AF/PC em que o NASF participou no último ano	Participou no mínimo de 3 eventos comunitários sobre AF/PC no último ano	3	0 - Não participou de eventos comunitários que envolvem a temática AF/PC no último ano; 2- Participou de até 2 eventos comunitários que envolvessem a temática AF/PC no último ano; 3 - Participou de no mínimo 3 eventos comunitários que envolvessem a temática AF/PC no último ano.
		Apoio a grupos de saúde sobre a temática de A/N e AF/PC	% de grupos existentes no território apoiados pelo NASF referentes a temática de A/N	80% ou mais dos grupos existentes no território são apoiados pelo NASF referentes a temática de A/N	4	0 - O NASF não apoia nenhum dos grupos existentes no território referentes a temática de A/N; 1 -Menos de 40% dos grupos existentes no território são apoiados pelo NASF referentes a temática de A/N; 2 - De 41% até 79% dos grupos existentes no território são apoiados pelo NASF referentes a temática de A/N; 4 - 80% ou mais dos grupos existentes no território são apoiados pelo NASF referentes a temática de A/N.
			% de grupos existentes no território apoiados pelo NASF referentes a temática de AF/PC	80% ou mais dos grupos existentes no território são apoiados pelo NASF referentes a temática de AF/PC	4	0 - O NASF não apoia nenhum dos grupos existentes no território referentes a temática de AF/PC; 1 -Menos de 40% dos grupos existentes no território são apoiados pelo NASF referentes a temática de AF/PC; 2 - De 41% até 79% dos grupos existentes no território são apoiados pelo NASF referentes a temática de AF/PC; 4 - 80% ou mais dos grupos existentes no território são apoiados pelo NASF referentes a temática de AF/PC.

(continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Suporte em processos educativos	Realização de oficinas com a equipe de SF e a comunidade para a construção de materiais que fomentem a prática A/N e AF/PC	Nº de oficinas para construção de materiais que fomentem a prática de A/N realizadas no último ano	Realizou no mínimo 1 oficina para construção de materiais que fomentem a prática de A/N no último ano	1	0 - Não realizou oficina para construção de materiais que fomentem a prática A/N no último ano; 1- Realizou 1 oficina para construção de materiais que fomentem a prática A/N no último ano.
			Nº de oficinas para construção de materiais que fomentem a prática de AF/PC realizadas no último ano	Realizou no mínimo 1 oficina para construção de materiais que fomentem a prática de AF/PC no último ano	1	0 - Não realizou oficina para construção de materiais que fomentem a prática AF/PC no último ano; 1- Realizou 1 oficina para construção de materiais que fomentem a prática AF/PC no último ano.
		Orientação para as famílias através de material instrucional com recomendações de A/N e AF/PC	Realização de orientação para as famílias através de material instrucional referente a temática de A/N	Realiza orientação para as famílias através de material instrucional referente a temática de A/N	2	0 - Não realiza orientação para as famílias através de material instrucional com recomendações de A/N; 2 - Realiza orientação para as famílias através de material instrucional com recomendações de A/N.
			Realização de orientação para as famílias através de material instrucional referente a temática de AF/PC	Realiza orientação para as famílias através de material instrucional referente a temática de AF/PC	2	0 - Não realiza orientação para as famílias através de material instrucional com recomendações de AF/PC; 2 - Realiza orientação para as famílias através de material instrucional com recomendações de AF/PC.
		Realização de ações referentes a A/N e AF/PC nas escolas existentes no território	Periodicidade de realização de ações referentes à A/N nas escolas existentes no território	Realização de ações referentes à A/N nas escolas existentes no território sempre	3	0 - Não realiza ações referentes a A/N nas escolas ; 1 - Realiza ações referentes a A/N nas escolas <i>as vezes OU não sabe/não lembra</i> ; 2 - Realiza ações referentes a A/N nas escolas <i>muitas vezes</i> ; 3 -Realiza ações referentes a A/N nas escolas <i>sempre</i> .
			Periodicidade de realização de ações referentes à AF/PC nas escolas existentes no território	Realização de ações referentes à AF/PC nas escolas existentes no território sempre	3	0 - Não realiza ações referentes a AF/PC nas escolas ; 1 - Realiza ações referentes a AF/PC nas escolas <i>as vezes OU não sabe/não lembra</i> ; 2 - Realiza ações referentes a AF/PC nas escolas <i>muitas vezes</i> ; 3 -Realiza ações referentes a AF/PC nas escolas <i>sempre</i> .

(continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Suporte em processos educativos	Execução de ações de educação permanente referentes a temática de A/N e AF/PC	% de equipes de SF que foram realizadas ações de educação permanente referentes a A/N no último ano	80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam ações de educação permanente referentes a A/N no último ano	4	0 - O NASF não realizou ações de educação permanente sobre A/N com as equipes de SF no último ano; 1 - Menos de 40% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam ações de educação permanente sobre A/N no último ano; 3 - De 41% até 79% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam ações de educação permanente sobre A/N no último ano; 4 - 80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam ações de educação permanente sobre A/N no último ano.
			% de equipes de SF que foram realizadas ações de educação permanente referentes a AF/PC no último ano	80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam ações de educação permanente referentes a AF/PC no último ano	4	0 - O NASF não realizou ações de educação permanente sobre AF/PC com as equipes de SF no último ano; 1 - Menos de 40% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam ações de educação permanente sobre AF/PC no último ano; 3 - De 41% até 79% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam ações de educação permanente sobre AF/PC no último ano; 4 - 80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam ações de educação permanente sobre AF/PC no último ano.
		Orientação referente ao processo de trabalho das equipes de SF referentes a A/N e AF/PC	% de equipes de SF que receberam orientações do NASF referente ao processo de trabalho das equipes sobre a temática de A/N no último ano	80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam orientações referentes ao processo de trabalho das equipes de sobre a temática de A/N no último ano	4	0 - Nenhuma equipe de SF recebeu orientações do NASF referente ao processo de trabalho sobre a temática de A/N no último ano; 1 - Menos de 40% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam orientações sobre o seu processo de trabalho referentes à A/N no último ano; 2 - De 41% a 79% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam orientações sobre o seu processo de trabalho referentes à A/N no último ano; 4 - No mínimo 80% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam orientações sobre o seu processo de trabalho referentes à A/N no último ano.
			% de equipes de SF que receberam orientações do NASF referente ao processo de trabalho das equipes sobre a temática de AF/PC no último ano	80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam orientações referentes ao processo de trabalho das equipes sobre a temática de AF/PC no último ano	4	0 - Nenhuma equipe de SF recebeu orientações do NASF referente ao processo de trabalho sobre a temática de AF/PC no último ano; 1 - Menos de 40% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam orientações sobre o seu processo de trabalho referentes à AF/PC no último ano; 2 - De 41% a 79% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam orientações sobre o seu processo de trabalho referentes à AF/PC no último ano; 4 - 80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF receberam orientações sobre o seu processo de trabalho referentes à AF/PC no último ano.
		SUBTOTAL				50

(continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Suporte Clínico-pedagógico	Discussão de casos ou problemas de saúde referentes a A/N e AF/PC com a equipe de SF	% de equipes de SF que o NASF realizou discussão de casos ou problemas de saúde referentes a A/N no último semestre	80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF foi realizada discussão de casos ou problemas de saúde sobre A/N no último semestre	3	0 - O NASF não realizou discussão de casos ou problemas de saúde com as equipes de SF referentes a A/N no último semestre; 1 - Menos de 40% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF foi discutido caso ou problema de saúde sobre A/N no último semestre; 2 - De 41% a 79% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF foi discutido caso ou problema de saúde sobre A/N no último semestre; 3 - 80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF foi discutido caso ou problema de saúde sobre A/N no último semestre.
			% de equipes de SF que o NASF realizou discussão de casos ou problemas de saúde referentes a AF/PC no último semestre	80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF foi realizada discussão de casos ou problemas de saúde sobre AF/PC no último semestre	3	0 - O NASF não realizou discussão de casos ou problemas de saúde com as equipes de SF referentes a AF/PC no último semestre; 1 - Menos de 40% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF foi discutido caso ou problema de saúde sobre AF/PC no último semestre; 2 - De 41% a 79% das equipes de SF sob área de abrangência do NASF foi discutido caso ou problema de saúde sobre AF/PC no último semestre; 3 - 80% ou mais das equipes de SF sob área de abrangência do NASF foi discutido caso ou problema de saúde sobre AF/PC no último semestre.
		Construção compartilhada de Projeto Terapeutico Singular (PTS)	% de equipes de SF que o NASF participou da construção do PTS no último semestre	No mínimo 80% das equipes de SF o NASF participou da construção de 1 PTS no último semestre	3	0 - O NASF não realizou construção compartilhada de PTS com as equipes de SF no último semestre; 1 - Menos de 40% de equipes de SF teve a participação do NASF na construção de 1 PTS no último semestre; 2 - De 41% a 79% de equipes de SF teve a participação do NASF na construção de 1 PTS no último semestre; 3 - 80% ou mais de equipes de SF teve a participação do NASF na construção de 1 PTS no último semestre.
		Construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território (PST)	% de equipes de SF que o NASF participou da construção do PST no último semestre	No mínimo 80% das equipes de SF o NASF participou da construção do PST no último semestre	3	0 - O NASF não realizou construção compartilhada de PST com as equipes de SF no último semestre; 1 - Menos de 40% de equipes de SF teve a participação do NASF da construção do PST no último semestre; 2 - De 41% a 79% de equipes de SF teve a participação do NASF da construção do PST no último semestre; 3 - 80% ou mais de equipes de SF teve a participação do NASF da construção do PST no último semestre.

(continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Suporte Clínico-pedagógico	Atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de SF	% de equipes de SF que o NASF participou de atendimento clínico compartilhado	No mínimo 80% das equipes de SF o NASF participou de atendimento clínico compartilhado	3	0 - O NASF não realiza atendimento clínico compartilhado com profissionais da equipe de SF; 1 - Menos de 40% de equipes de SF teve a participação do NASF em atendimento clínico compartilhado; 2 - De 41% até 79% de equipes de SF teve a participação do NASF em atendimento clínico compartilhado; 3 - 80% ou mais de equipes de SF teve a participação do NASF em atendimento clínico compartilhado.
		Ações de A/N e AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	Periodicidade de realização de ações de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	Realiza ações de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/ similares <i>sempre</i>	2	0 - Não realiza ações de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares; 0,5 - Realiza ação de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares às vezes <i>OU não sabe/não lembra</i> ; 1 - Realiza ações de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/ similares <i>muitas vezes</i> ; 2 - Realiza ações de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/ similares <i>sempre</i> .
			Periodicidade de realização de ações de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	Realiza ações de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/ similares <i>sempre</i>	2	0 - Não realiza ações de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares; 0,5 - Realiza ação de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares às vezes <i>OU não sabe/não lembra</i> ; 1 - Realiza ações de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/ similares <i>muitas vezes</i> ; 2 - Realiza ações de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/ similares <i>sempre</i> .
		Registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS	Registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS	Registra as atividades realizadas nas fichas do e-SUS	1	0 - Não registra as atividades nas fichas do e-SUS; 1 - Registra as atividades nas fichas do e-SUS.
		Uso protocolo de fluxo de encaminhamento	Utilização do protocolo de fluxo de encaminhamento	Utiliza o protocolo de fluxo de encaminhamento nas suas atividades	1	0 - Não utiliza o protocolo de fluxo de encaminhamento nas suas atividades; 1 - Utiliza o protocolo de fluxo de encaminhamento nas suas atividades.
		Uso do prontuário	Utilização do prontuário pelo NASF	Utiliza o prontuário	1	0 - Não utiliza o prontuário dos usuários nas suas atividades; 1 - Utiliza o prontuário dos usuários nas suas atividades.

(continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Suporte Clínico-pedagógico	Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N	Realização de atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N	2	0 - Não realiza atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N; 2 - Realiza atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N.
			Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	Realização de atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	2	0 - Não realiza atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a AF/PC; 2 - Realiza atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a AF/PC.
		Atendimento domiciliar compartilhado que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N	Realização de atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N	2	0 - Não realiza atendimento domiciliar compartilhado que envolva problemas de saúde referente a A/N; 2 - Realiza atendimento domiciliar individual compartilhado que envolva problemas de saúde referente a A/N.
			Atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	Realização de atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	2	0 - Não realiza atendimento domiciliar compartilhado que envolva problemas de saúde referente a AF/PC; 2 - Realiza atendimento domiciliar individual compartilhado que envolva problemas de saúde referente a AF/PC.
		SUBTOTAL			30	
	Gestão Integrada do Território	Utilização do instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	Utiliza o instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	Utiliza o instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	1	0 - Não utiliza o instrumento para realizar o diagnóstico do território; 1 - Utiliza o instrumento para realizar o diagnóstico do território.
		Discussão da situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade	Nº de discussões da situação de saúde do território em conjunto com os gestores, equipes de SF e a comunidade no último ano	Realizou no mínimo 1 discussão da situação de saúde do território em conjunto com os gestores, equipes de SF e a comunidade no último ano	4	0 - Não realizou discussão da situação de saúde do território em conjunto com os gestores, equipes de SF e a comunidade no último ano; 4 - Realizou no mínimo 1 discussão da situação de saúde do território em conjunto com os gestores, equipes de SF e a comunidade no último ano.

(continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Gestão Integrada do Território	Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a A/N e AF/PC	Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a A/N no último ano	Realizou a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos relacionados a A/N no último ano	2	0 - Não realizou a Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos relacionados a A/N no último ano; 2- Realizou a Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos relacionados a A/N no último ano.
			Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a AF/PC no último ano	Realizou a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos relacionados a AF/PC no último ano	2	0 - Não realizou a Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos relacionados a AF/PC no último ano; 2- Realizou a Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos relacionados a AF/PC no último ano.
		Planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N e AF/PC	Realização de planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N	Realiza o planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N no mínimo anual	3	0 - Não realiza planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de A/N; 2 - Realiza planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de A/N <i>sem periodicidade OU não sabe/não lembra</i> ; 3 - Realiza planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de A/N no mínimo <i>anualmente</i> .
			Realização de planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a AF/PC	Realiza o planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a AF/PC no mínimo anual	3	0 - Não realiza planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de AF/PC; 2 - Realiza planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de AF/PC <i>sem periodicidade OU não sabe/não lembra</i> ; 3 - Realiza planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de AF/PC no mínimo <i>anualmente</i> .

(continua)

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Gestão Integrada do Território	Realização de coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional e de AF/PC	Realização de coleta de indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	Realiza a coleta de indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	1	0 - Não realiza a coleta dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional; 1 - Realiza a coleta dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional.
			Realização de coleta de indicadores de AF/PC	Realiza a coleta de indicadores de AF/PC	1	0 - Não realiza a coleta dos indicadores de AF/PC; 1 - Realiza a coleta dos indicadores de AF/PC.
			Realização de registro dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	Realiza registro dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	1	0 - Não realiza o registro dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional; 1 - Realiza o registro dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional.
			Realização de registro de indicadores de AF/PC	Realiza a registro de indicadores de AF/PC	1	0 - Não realiza o registro dos indicadores de AF/PC; 1 - Realiza o registro dos indicadores de AF/PC.
			Realização de análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	Realiza a análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	2	0 - Não realiza a análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional; 2 - Realiza a análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional.
			Realização de análise de indicadores de AF/PC	Realiza a análise de indicadores de AF/PC	2	0 - Não realiza a análise dos indicadores de AF/PC; 2 - Realiza a análise dos indicadores de AF/PC.
		Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N e AF/PC	Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N	Realiza articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N	2	0 - Não realiza articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N; 2 - Realiza articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N.
			Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações AF/PC	Realiza articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações AF/PC	2	0 - Não realiza articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações AF/PC; 2 - Realiza articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações AF/PC.

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO ESPERADA	DISTRIBUIÇÃO DA PONTUAÇÃO
PROCESSO	Gestão Integrada do Território	Participação das atividades de avaliação e monitoramento relativos ao alcance de metas de atividades relacionadas a A/N e AF/PC	Participação na avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	Participa da avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	2	0 - Não participa da avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N; 2 - Participa da avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N.
			Participação do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	Participa do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	2	0 - Não participa do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N; 2 - Participa do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas de relacionadas a A/N.
			Participação da avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC	Participa da avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC	2	0 - Não participa da avaliação de atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC; 2 - Participa da avaliação de atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC.
			Participação do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC	Participa do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas de atividades relacionadas a AF/PC	2	0 - Não participa do monitoramento de atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC; 2 - Participa do monitoramento de atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC.
		Participação na análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de A/N e AF/PC	Participação na análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de A/N	Participa da análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de A/N	2	0 - Não participa da análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de A/N; 2 - Participa da análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de A/N.
			Participação na análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de AF/PC	Participa da análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de AF/PC	2	0 - Não participa da análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de AF/PC; 2 - Participa da análise de desempenho da equipe NASF referente as ações de AF/PC
		Participação em reuniões das equipes de SF	% de equipes de SF que o NASF participa das reuniões de equipe	O NASF participa das reuniões de no mínimo 80% das equipes de SF.	2	0 - O NASF não participa de reuniões da equipe de SF; 0,5 - Menos de 40% das equipes de SF o NASF participa das reuniões de equipe; 1 - De 41% a 79% das equipes de SF o NASF participa das reuniões de equipe; 2 - No mínimo 80% das equipes de SF o NASF participa das reuniões de equipe.
		Reuniões da equipe NASF	Periodicidade de reuniões de equipe NASF	Realiza semanalmente reuniões de equipe NASF	3	0 - Não realiza reuniões de equipe NASF; 1 - Realiza reuniões de equipe NASF <i>sem periodicidade OU maior que semanalmente</i> ; 3 - Realiza reuniões de equipe NASF <i>semanalmente</i> .
		SUBTOTAL				44
		TOTAL GERAL				124

Legenda: SF - Saúde da Família; A/N - Alimentação / Nutrição; AF/PC - Atividade física/ práticas corporais; PTS - Projeto Terapêutico Singular; PST - Projeto de Saúde no Território; NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família; DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Apêndice C – Questionário para determinação do grau de implantação das ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais do NASF

IDENTIFICAÇÃO

1. Código do Município: ____|____|
2. Código do entrevistado: ____|____|
3. Data da entrevista: ____|____|____|
4. Nome do Entrevistado: _____
5. Telefone do entrevistado: _____
6. E-mail do entrevistado: _____
7. Nome de Identificação do NASF: _____
8. Profissionais que compõem a equipe:
 - 8.01 Nutricionista 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.02 Educador Físico 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.03 Fisioterapeuta 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.04 Assistente Social 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.05 Psicólogo 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.06 Fonoaudiólogo 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.07 Terapeuta Ocupacional 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.08 Sanitarista 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.09 Médico 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.10 Farmacêutico 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO
 - 8.11 Outro 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO

9. Número de Unidades de Saúde da Família (USF) apoiadas: _____
10. _____
11. Número de equipes de saúde da família apoiadas: _____

AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

12. Quantas USF sob área de abrangência do NASF possuem local para realizar as reuniões?

13. Quantas USF sob área de abrangência do NASF possuem local na comunidade para realizar ações com a comunidade? _____

14. O NASF dispõe de materiais de escritório para uso em suas atividades?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

15. Em caso afirmativo, qual(is):

14.1 Cartolina 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

14.2 Pilotos Coloridos 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

14.3 Tesoura 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

14.4 Papel 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

14.5 Caneta 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

14.6 Pastas 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

14.7 Lápis 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

14.8 Outros 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

16. Caso outros, especificar: _____

17. Solicitar para realizar observação direta dos materiais de escritório existentes.

16.1 Cartolina 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 99 ☐ NSA

16.2 Pilotos Coloridos 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 99 ☐ NSA

16.3 Tesoura	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
16.4 Papel	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
16.5 Caneta	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
16.6 Pastas	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
16.7 Lápis	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
16.8 Outros	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
16.9 Não foi possível conf.	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA

18. O NASF dispõe de materiais informativos sobre a temática de alimentação/nutrição (ex: folders, banners, cartaz) para suas ações?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

19. Em caso afirmativo, qual(is):

18.1 Folders	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	88	☐	Não sabe/Não lembra	99	☐	NSA
18.2 Banners	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	88	☐	Não sabe/Não lembra	99	☐	NSA
18.3 Cartaz	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	88	☐	Não sabe/Não lembra	99	☐	NSA
18.4 Outros	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	88	☐	Não sabe/Não lembra	99	☐	NSA

20. Caso outros, especificar: _____

21. Solicitar para realizar observação direta dos materiais informativos existentes.

20.1 Folders	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
20.2 Banners	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
20.3 Cartaz	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
20.4 Outros	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
20.5 Não foi possível conf.	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA

22. O NASF dispõe de materiais informativos sobre a temática de atividade física/práticas corporais (ex: folders, banners, cartaz) para suas ações?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

23. Em caso afirmativo, qual(is):

22.1 Folders	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	88	☐	Não sabe/Não lembra	99	☐	NSA
22.2 Banners	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	88	☐	Não sabe/Não lembra	99	☐	NSA
22.3 Cartaz	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	88	☐	Não sabe/Não lembra	99	☐	NSA
22.4 Outros	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	88	☐	Não sabe/Não lembra	99	☐	NSA

24. Caso outros, especificar: _____

25. Solicitar para realizar observação direta dos materiais informativos existentes.

24.1 Folders	1	☐	SIM	0	☐	NÃO	99	☐	NSA
--------------	---	--------------------------	-----	---	--------------------------	-----	----	--------------------------	-----

- 24.2 Banners 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA
- 24.3 Cartaz 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA
- 24.4 Outros 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA
- 24.5 Não foi possível conf. 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA

26. Em quantas USF apoiadas pelo NASF existem Ficha de Atividade Individual? _____

27. Em quantas USF apoiadas pelo NASF existem Ficha de Atividade Coletiva? _____

28. Em quantas USF apoiadas pelo NASF existem Ficha de Procedimentos? _____

29. Em quantas USF sob área de abrangência do NASF estão disponíveis os prontuários dos usuários para a equipe NASF? _____

30. Para realizar as atividades de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais, existem estes equipamentos na USF para uso da equipe NASF?

- 29.1 Balança Antropométrica 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO88 ☐ Não sabe/Não lembra
- 29.2 Fita Métrica 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO88 ☐ Não sabe/Não lembra
- 29.3 Calculadora 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO88 ☐ Não sabe/Não lembra
- 29.4 Estadiômetro 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO88 ☐ Não sabe/Não lembra
- 29.5 Adipômetro 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO88 ☐ Não sabe/Não lembra

31. Solicitar para realizar observação direta dos equipamentos.

- 30.1 Balança Antropométrica 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA
- 30.2 Fita Métrica 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA
- 30.3 Calculadora 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA
- 30.4 Estadiômetro 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA
- 30.5 Adipômetro 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA
- 30.6 Não foi possível conf. 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO99 ☐ NSA

32. Em quantas USF sob área de abrangência do NASF existem computadores com internet para uso do NASF? _____

33. Existe veículo institucional para o deslocamento dos profissionais do NASF?

- 1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO88 ☐ Não sabe/Não lembra

34. Em caso afirmativo, este veículo:

- 1 ☐ Nem sempre está disponível 2 ☐ Sempre está disponível 99 ☐ NSA

35. Em quantas USF sob área de abrangência do NASF existe Protocolo de Fluxo de Encaminhamento? _____

36. Em quantas USF sob área de abrangência do NASF existem Cadernos de Atenção Básica?

37. O NASF possui algum instrumento (método, autor de referência, etc.) para realizar o diagnóstico do território?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

38. Os integrantes desta equipe NASF receberam alguma qualificação/capacitação pela gestão sobre a temática de alimentação/nutrição nos últimos dois anos?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

39. Em caso afirmativo, quantos dos integrantes do NASF receberam? _____

40. Os integrantes desta equipe NASF receberam alguma qualificação/capacitação pela gestão sobre a temática de atividade física/práticas corporais nos últimos dois anos?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

41. Em caso afirmativo, quantos dos integrantes do NASF receberam? _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO

● **Dimensão Suporte em Processos Educativos**

42. O NASF realiza a divulgação de informações sobre alimentação/nutrição?

Obs: informações sobre segurança alimentar e nutricional, direito humano à alimentação adequada, nutrição e saúde, etc.

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

43. Em caso afirmativo, essa divulgação ocorre com que frequência?

1 ☐ Nunca 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Muitas vezes 4 ☐ Sempre
88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

44. O NASF realiza a divulgação de informações sobre atividade física/práticas corporais?

Obs: atividade física e saúde, autocuidado nos ciclos de vida, adoção de estilos de vidas saudáveis, etc.

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

45. Em caso afirmativo, essa divulgação ocorre com que frequência?

1 ☐ Nunca 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Muitas vezes 4 ☐ Sempre
88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

46. O NASF participa de eventos comunitários que inclua a temática de alimentação/nutrição no território de abrangência do NASF?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

47. Em caso afirmativo, em quantos deles o NASF participou no último ano?

48. O NASF participa de eventos comunitários que inclua a temática de atividade física/práticas corporais no território de abrangência do NASF?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

49. Em caso afirmativo, em quantos deles o NASF participou no último ano?

50. Quantos grupos de educação em saúde existem no território de abrangência do NASF?

51. O NASF apoia esses grupos de educação em saúde trabalhando sobre a temática de alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

52. Em caso afirmativo, em quantos destes o NASF realiza o apoio sobre essa temática?

53. O NASF apoia esses grupos de educação em saúde trabalhando sobre a temática de atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

54. Em caso afirmativo, em quantos destes o NASF realiza apoiosobre essa temática?

55. O NASF realiza oficinas com a equipe de saúde da família e a comunidade para a construção de materiais/ações técnicas que fomentem a prática de alimentação/nutrição?

Ex. de materiais/ações técnicas: compostagem, hortas, jogos didáticos, etc.

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

56. Em caso afirmativo, quantas oficinas o NASF realizou no último ano?

57. O NASF realiza oficinas com a equipe de saúde da família e a comunidade para a construção de materiais/ações técnicas que fomentem a prática de atividade física/práticas corporais?

Ex. de materiais/ações técnicas: pesos, arcos, colchões de EVA, garrafas 'PET' com areia, etc.

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

58. Em caso afirmativo, quantas oficinas o NASF realizou no último ano?

59. O NASF orienta as famílias através de material instrucional com recomendações de alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

60. O NASF orienta as famílias através de material instrucional com recomendações de atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

61. O NASF realiza ações sobre alimentação/nutrição nas escolas/creche existentes no território?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

62. Em caso afirmativo, com que frequência realiza as ações?

1 ☐ Nunca 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Muitas vezes 4 ☐ Sempre

88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

63. O NASF realiza ações sobre atividade física/práticas corporais nas escolas/creche existentes no território?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

64. Em caso afirmativo, com que frequência realiza as ações?

1 ☐ Nunca 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Muitas vezes 4 ☐ Sempre

88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

65. O NASF realiza ações de educação permanente sobre alimentação/nutrição para as equipes de saúde da família?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

66. Em caso afirmativo, em quantas equipes de saúde da família da área de abrangência do NASF foram realizadas essas ações de educação permanente no último ano?

67. O NASF realiza ações de educação permanente sobre atividade física/ práticas corporais para as equipes de saúde da família?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

68. Em caso afirmativo, em quantas equipes de saúde da família da área de abrangência do NASF foram realizadas essas ações de educação permanente no último ano? _____

69. O NASF realiza orientações sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família sobre alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

70. Em caso afirmativo, em quantas equipes de saúde da família da área de abrangência do NASF foram realizadas essas orientações no último ano? _____

71. O NASF realiza orientações sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da família sobre atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

72. Em caso afirmativo, em quantas equipes de saúde da família da área de abrangência do NASF foram realizadas essas orientações no último ano? _____

● Dimensão Suporte Clínico-pedagógico

73. O NASF discute casos ou problemas de saúde com as equipes de saúde da família sobre alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

74. Em caso afirmativo, em quantas equipes de saúde da família da área de abrangência do NASF foram realizadas discussões de casos ou problemas de saúde sobre alimentação/nutrição no último semestre? _____

75. O NASF discute casos ou problemas de saúde com as equipes de saúde da família sobre atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

76. Em caso afirmativo, em quantas equipes de saúde da família da área de abrangência do NASF foram realizadas discussões de casos ou problemas de saúde sobre atividade física/práticas corporais no último semestre? _____

77. O NASF participa da construção compartilhada do Projeto Terapêutico Singular (PTS) junto com a equipe de saúde da família?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

78. Em caso afirmativo, em quantas das equipes de saúde da família apoiadas, o NASF participou da construção compartilhada do PTS no último semestre?

79. O NASF participa da construção compartilhada do Projeto de Saúde no Território (PST) junto com a equipe de saúde da família?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

80. Em caso afirmativo, em quantas das equipes de saúde da família apoiadas, o NASF participou da construção compartilhada do PST no último semestre?

81. O NASF realiza atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de saúde da família?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

82. Em caso afirmativo, em quantas das equipes de saúde da família apoiadas, o NASF realizou o atendimento clínico compartilhado? _____

83. O NASF realiza ações de alimentação/nutrição em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

84. Em caso afirmativo, essas ações são realizadas com que frequência?

1 ☐ Nunca 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Muitas vezes 4 ☐ Sempre
88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

85. O NASF realiza ações de atividade física/práticas corporais em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

86. Em caso afirmativo, essas ações são realizadas com que frequência?

1 ☐ Nunca 2 ☐ Às vezes 3 ☐ Muitas vezes 4 ☐ Sempre
88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

87. O NASF realiza o registro das atividades nas fichas do e-SUS?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

88. O NASF utiliza o Protocolo de Fluxo de Encaminhamento nas suas atividades?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

89. O NASF utiliza o prontuário dos usuários nas suas atividades?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

90. O NASF realiza atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

91. O NASF realiza atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

92. O NASF realiza atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de saúde da família que envolva problemas de saúde referente a alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

93. O NASF realiza atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de saúde da família que envolva problemas de saúde referente a atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

● **Dimensão Gestão Integrada do Território**

94. O NASF utiliza algum instrumento para realizar o diagnóstico do território?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

95. O NASF realiza discussões da situação de saúde do território em conjunto com os gestores, equipe de saúde da família e a comunidade?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

96. Em caso afirmativo, quantas discussões o NASF participou no último ano?

97. O NASF realiza a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos relacionados à alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

98. Em caso afirmativo, essa identificação foi realizada no último ano?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ NSA

99. O NASF realiza a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos relacionados a atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ Não sabe/Não lembra

100. Em caso afirmativo, essa identificação foi realizada no último ano?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ NSA

101. O NASF realiza planejamento integrado para construir estratégias que respondam às principais demandas assistenciais que envolvem a temática de alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

102. Em caso afirmativo, esse planejamento integrado é realizado com que frequência?

1 ☐ Não tem periodicidade 2 ☐ Semanal 3 ☐ Quinzenal 4 ☐ Mensal
5 ☐ Bimestral 6 ☐ Trimestral 7 ☐ Semestral 8 ☐ Anual
88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

103. O NASF realiza planejamento integrado para construir estratégias que respondam às principais demandas assistenciais que envolvem a temática de atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

104. Em caso afirmativo, esse planejamento integrado é realizado com que frequência?

1 ☐ Não tem periodicidade 2 ☐ Semanal 3 ☐ Quinzenal 4 ☐ Mensal
5 ☐ Bimestral 6 ☐ Trimestral 7 ☐ Semestral 8 ☐ Anual
88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

105. O NASF realiza a coleta de indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

106. O NASF realiza a coleta de indicadores de atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

107. O NASF realiza o registro de indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

108. O NASF realiza o registro de indicadores de atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

109. O NASF realiza a análise de indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

110. O NASF realiza a análise de indicadores de atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO ☐ 88 ☐ Não sabe/Não lembra

111. O NASF realiza articulação dos serviços de saúde com instituições e entidades locais (com escolas, creches, Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, instituições religiosas ou outros equipamentos sociais) para o desenvolvimento de ações de alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

112. O NASF realiza articulação dos serviços de saúde com instituições e entidades locais (com escolas, creches, Centros de Referência de Assistência Social - CRAS, instituições religiosas ou outros equipamentos sociais) para o desenvolvimento de ações de atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

113. Existe uma avaliação e monitoramento relativo ao alcance de metas de atividades relacionadas à alimentação/nutrição?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

114. Em caso afirmativo, o NASF participa dessa avaliação?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

115. Em caso afirmativo, o NASF participa desse monitoramento?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

116. Existe uma avaliação e monitoramento relativo ao alcance de metas de atividades relacionadas à atividade física/práticas corporais?

1 ☐ SIM 2 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

117. Em caso afirmativo, o NASF participa dessa avaliação?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

118. Em caso afirmativo, o NASF participa desse monitoramento?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

119. É realizada uma análise de desempenho das ações de alimentação/nutrição da equipe NASF?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

120. Em caso afirmativo, o NASF participa dessa análise de desempenho?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 99 ☐ NSA

121. É realizada uma análise de desempenho das ações de atividade física/práticas corporais da equipe NASF?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

122. Em caso afirmativo, o NASF participa dessa análise de desempenho?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 99 ☐ NSA

123. O NASF participa das reuniões das equipes de saúde da família?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

124. Em caso afirmativo, em quantas das equipes de saúde da família o NASF participa das reuniões de equipe? _____

125. O NASF realiza reuniões da sua própria equipe?

1 ☐ SIM 0 ☐ NÃO 88 ☐ Não sabe/Não lembra

126. Em caso afirmativo, com que periodicidade essas reuniões acontecem?

1 ☐ Não tem periodicidade 2 ☐ Semanal 3 ☐ Quinzenal 4 ☐ Mensal
 5 ☐ Bimestral 6 ☐ Trimestral 7 ☐ Semestral 8 ☐ Anual
 88 ☐ Não sabe/Não lembra 99 ☐ NSA

Apêndice D – Roteiro de para análise do contexto

Nome:

Formação profissional

Graduação:

Pós-graduação:

Cargo atual:

Tempo no cargo:

Contexto Político

Pergunta base: *As relações entre atores são modificadas pela implantação da intervenção?*

As relações entre os atores modificam/influenciam a implantação das ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais desenvolvidas pelo NASF?

- Quem são os atores que implicados na implantação do NASF?
- Como se dá a relação entre os atores?
- De que forma essa relação se modifica/influencia?

Pergunta base: *Em que as estratégias fundamentais dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?*

Como as estratégias dos atores facilitam ou dificultam a implantação da das ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais desenvolvidas pelo NASF?

- Estratégias = articulações, artifícios, parcerias interinstitucionais.
- Perguntar sobre as ações do entrevistado: E quais estratégias você utiliza em relação as ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais desenvolvidas pelo NASF?
- Quais são essas estratégias?
- Que ações se opõem? E quais favorecem?
- Identificar quem são os atores que realizam essas ações referidas pelo entrevistado.

Pergunta base: *Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?*

Os profissionais favorecem ou dificultam a implantação das ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais desenvolvidas pelo NASF?

E os gestores favorecem ou dificultam a implantação das ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais desenvolvidas pelo NASF?

- Identificar quem são os gestores: Coordenação do NASF, Coordenação distrital, Gerente de atenção básica, Secretário(a) de saúde.
- De que maneira eles favorecem ou dificultam? O que fazem?

Contexto Estrutura

Pergunta base: *As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da Intervenção?*

1- As características da equipe de trabalho favorecem ou dificultam a implantação ações de alimentação/nutrição e atividade física/ práticas corporais desenvolvidas pelo NASF?

- Ver a capacidade técnica, formação, interação, relação com o gestor, clima da equipe.
- Qual tipo de vínculo profissional da equipe? Concursado, contratado.
- Há uma rotatividade dos profissionais da equipe?
- Existe qualificação da equipe?

2 - Como o ambiente de trabalho favorece ou dificulta a implantação ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais desenvolvidas pelo NASF?

- Clima organizacional = Relações entre os atores;
- Relação hierárquica.

3 - E a estrutura organizacional, favorece ou dificulta a implantação ações?

- Como é a estrutura física? Descrever

- Orçamento: Há financiamento das ações? O município tem algum recurso específico para financiar as ações do NASF? (ver se tem algum documento oficial)
- Existem normatizações sobre as ações a serem desenvolvidas pelo NASF sobre alimentação e atividade física?

Pergunta final: Na sua opinião, há outras pessoas que deveríamos encontrar para ter mais informações que poderiam contribuir com esse estudo?

Anexo A – Parecer do comitê de ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco".

Pesquisador responsável: Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 13/11/2016

Registro no CAAE: 50942315.1.0000.5190 *

Número do Parecer PlatBr: 1.644.126

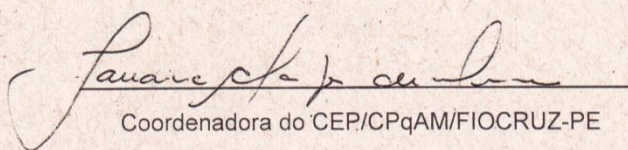
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 27 de julho de 2016.


Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ



Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido – profissionais, gerentes e gestores

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco**, coordenada pela pesquisadora Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

O objetivo deste estudo é analisar os componentes alimentação, nutrição e atividade física do NASF na Rede de Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos em quatro pólos de macrorregiões de PE.

Após entender e concordar em participar, a sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da realização de entrevista e/ou grupos focais, que serão gravados em áudio para posterior transcrição. As atividades de grupo serão mediadas por pesquisador devidamente treinado, e os participantes conversarão sobre seus conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais cotidianas para a implantação do componente alimentação e nutrição na rede de atenção aos portadores de HAS e DM.

Os possíveis riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma, pois serão tomados todos cuidados necessários para minimizar esses riscos. Vale salientar que esses riscos se justificam pela importância do benefício planejado nesta pesquisa.

O benefício relacionado à sua participação é a contribuição para o conhecimento da implantação dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rotina do cuidado com o hipertenso e diabético, no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), permitindo subsidiar o aperfeiçoamento da atenção à saúde destes grupos de indivíduos.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com essa instituição de pesquisa. Também não lhe serão impostas nenhuma penalidade, prejuízo ou perda de benefício em seu local de trabalho. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos às suas relações de trabalho.

O conhecimento dos resultados do seu desempenho nas tarefas poderá ser obtido através do contato pessoal com a coordenadora da pesquisa e, caso seja do seu interesse, os resultados da pesquisa em geral serão publicados, sob a forma de relatório anual. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00

– 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Coordenadores da Pesquisa: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E.mail: educesse@cpqam.fiocruz.br

Telefone: (81) 2101 – 2609