

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



**TESE**

**Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Profissional de Educação Física**

**Thamires Lorenzet Cunha Seus**

**Pelotas, 2018**

**Thamires Lorenzet Cunha Seus**

**Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Profissional de Educação Física**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação Física (área de concentração: Epidemiologia da Atividade Física).

Orientador: Prof. Dr Fernando Carlos Vinholes Siqueira

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

S496n Seus, Thamires Lorenzet Cunha

Núcleo de apoio à saúde da família e o profissional de educação física / Thamires Lorenzet Cunha Seus ; Fernando Carlos Vinholes Siqueira, orientador. — Pelotas, 2018.

148 f.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Avaliação em saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Promoção da saúde. 4. Atividade motora. I. Siqueira, Fernando Carlos Vinholes, orient. II. Título.

CDD : 796

## Resumo

SEUS, Thamires Lorenzet Cunha. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Profissional de Educação Física.** 2018. 148p. Tese (Doutorado em Educação Física – Epidemiologia da Atividade Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas 2018.

Diante das constantes adequações dos Sistema Único de Saúde (SUS) para promover melhorias no acesso e na qualidade do serviço de saúde, foram desenvolvidas estratégias a fim de ampliar e qualificar o atendimento aos usuários. Desta forma, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por equipes multiprofissionais que atuam em conjunto com as equipes de Saúde da Família por meio da estratégia de apoio matricial. Considerando que a inatividade física é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, desenvolver estratégias para aumentar os níveis de atividade física da população se tornou um objetivo para o SUS, o que ressalta a importância da participação do Profissional de Educação Física (PEF) na Atenção Básica (AB), sendo o NASF uma possibilidade para esta atuação. A fim de incentivar e avaliar as ações desenvolvidas pela AB, o governo federal criou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O objetivo deste projeto de tese é realizar descrição a respeito das equipes de NASF, através dos dados do PMAQ-2 coletados em 2013, destacando as ações de promoção da saúde com atividades físicas e a participação do PEF. Constatou-se que o PEF é o segundo mais prevalente nas equipes de NASF de todo Brasil, apoiando 87% das equipes de AB. Além disso, 84,6% das equipes de NASF apoiam ou desenvolvem ações de promoção de Práticas Corporais e Atividades Físicas à portadores de doenças crônicas.

Palavras-chave: avaliação em saúde; atenção primária à saúde; promoção da saúde; atividade motora.

## ABSTRACT

SEUS, Thamires Lorenzet Cunha. **Family Health Support Center and the Physical Education Professional**. 2018. 148p. Thesis (Doctorate in Physical Education – Epidemiology of Physical Activity) – Post-Graduation Program in Physical Education. Federal University of Pelotas, Pelotas 2018.

In view of the constant adaptations of the Unified Health System (SUS) to promote improvements in access and quality of the service, strategies were developed in order to broaden and qualify the service to users. In this way, the Family Health Support Center (FHSC - in portuguese: NASF) were created. FHSC is composed of multiprofessional teams that work together with the Family Health teams through the matrix support strategy. Considering that physical inactivity is a risk factor for chronic non-communicable diseases, developing strategies to increase levels of physical activity in the population has become a goal for SUS, which highlights the importance of the participation of the Physical Education Professional in the primary care (PC). FHSC is a possibility for this acting. In order to encourage and evaluate the actions developed by primary care, the government created the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). The objective of this study is to describe of the FHSC teams, through the PMAQ-2 data collected in 2013, highlighting the actions of health promotion with physical activities and the participation of Physical Education Professional. It was reported that the PEP is the second most prevalent in the FHSC teams across Brazil, supporting 87% of the PC teams. In addition, 84.6% of the FHSC teams support or develop actions to promote Physical Activities in Chronic Diseases.

Keywords: health evaluation; primary health care; health promotion; motor activity.

## Lista de Figuras

Figura 1	Representação dos instrumentos de coleta de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.....	41
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## Lista de Quadros

Quadro 1	Instrumentos de coleta de dados da fase de Avaliação Externa PMAQ 2 .....	40
Quadro 2	Variáveis independentes utilizadas para o estudo sobre a atuação do PEF no NASF.....	41
Quadro 3	Orçamento da avaliação externa sob responsabilidade do Consórcio UFPel. PMAQ 2.....	51

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AB: Atenção Básica

PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ESF: Estratégia Saúde da Família

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

PCAF: Práticas Corporais e Atividades Físicas

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

PEF: Profissional de Educação Física

MS: Ministério da Saúde

DAB: Departamento de Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

PNAB: Política Nacional da Atenção Básica

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

DM: Diabetes Mellitus

PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

SB: Saúde Bucal

EAB: Equipes de Atenção Básica

## Sumário

Projeto de Tese.....	10
1 Introdução.....	11
1.1 Problema de pesquisa.....	12
1.2 Objetivos.....	12
1.2.1 Objetivo geral.....	12
1.2.2 Objetivos específicos.....	12
1.3 Hipóteses.....	13
1.4 Justificativa.....	14
2 Referencial teórico.....	15
2.1 Sistema de Saúde do Brasil.....	15
2.1.1 Objetivos, princípios e diretrizes do SUS.....	16
2.1.2 Fundamentos e diretrizes da Atenção Básica.....	17
2.2 Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) .....	18
2.3 Estratégia Saúde da Família (ESF) .....	19
2.4 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) .....	20
2.4.1 À que veio o NASF?.....	20
2.4.2 Como um município pode ter um NASF?.....	21
2.4.3 O apoio matricial.....	21
2.4.4 Modalidades do NASF.....	22
2.4.5 Quem faz parte do NASF?.....	23
2.4.6 Ações de responsabilidade do NASF.....	23
2.5 Educação Física no contexto do NASF.....	25
2.5.1 Responsabilidades dos profissionais do NASF nas Práticas Corporais e Atividades Físicas.....	25
2.5.2 Formação e perfil dos profissionais da educação física atuantes no NASF.....	26
2.5.3 Inserção e atuação do profissional de educação física no NASF.....	26
2.5.4 Perfil dos usuários de programas de atividades físicas do NASF.....	28
2.6 Acesso e qualidade dos serviços prestados pelo SUS.....	28
2.6.1 Histórico de avaliações em saúde .....	28

2.6.1.1 Tríade de Donabedian .....	29
2.6.2 Estudos de avaliação dos serviços de saúde .....	30
2.6.2.1 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) .....	30
2.6.2.2 PROESF.....	31
2.6.2.3 AQUARES.....	33
2.6.2.4 Pesquisa Nacional de Saúde .....	34
2.6.2.5 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) .....	34
2.7 O Programa de melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica..	35
2.8 Diretrizes do PMAQ.....	35
2.9 Fases do PMAQ .....	36
2.10 Resultados do PMAQ 2 .....	38
3. Metodologia .....	39
3.1 Delineamento e amostra.....	39
3.2 Instrumento para coleta de dados.....	40
3.3 Variáveis do estudo.....	41
3.4 Operacionalização do desfecho.....	47
3.5 Seleção e capacitação de entrevistadores e logística do trabalho de campo do PMAQ.....	48
3.7 Processamento dos dados.....	49
3.8 Análises dos dados.....	49
3.9 Aspectos éticos.....	50
4. Cronograma.....	50
5. Divulgação dos resultados.....	50
6. Financiamento.....	51
7. Referências Bibliográficas.....	51
Relatório de atividades da tese.....	57
Artigo 1.....	60
Comprovação de aceite de artigo 1.....	61
Artigo 2.....	96
Artigo 3.....	117
Conclusões da Tese.....	132
Press release.....	135
ANEXOS .....	139

## **Artigos propostos**

1) Cenário de publicações sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Educação Física: Uma revisão sistemática

Este artigo revisa sistematicamente a literatura acerca de publicações sobre o NASF e situa a inserção da Educação Física.

2) Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção à Saúde e atividade física no Brasil – PMAQ 2013

Este estudo pretende caracterizar as equipes de NASF e descrever o relato de ações de promoção da saúde a portadores de Doenças Crônicas pelas equipes de NASF, o apoio do Profissional de Educação Física (PEF) às equipes de AB e a prevalência da realização da ação de promoção da AF pelas equipes de NASF de acordo com os dados do PMAQ 2.

3) Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: inquérito nacional - PMAQ 2.

Este artigo descreverá aspectos da estrutura das equipes de NASF em relação à espaços físicos, formação recebida, educação permanente e profissionais que apoiam as equipes, de acordo com os dados do PMAQ ciclo 2.

## **PROJETO DE TESE**

## 1. INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado está inserida no contexto de uma avaliação nacional por parte de Instituições de Ensino Superior e do Ministério da Saúde que visa qualificar a Atenção Básica (AB) no Brasil. Trata-se do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Este projeto de tese integra a avaliação das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No Brasil, o primeiro ponto de acesso aos serviços de saúde é a AB. Entre os seus objetivos está a promoção de cuidado integral à saúde da população com influência nos determinantes de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) Com vistas ao fortalecimento, expansão e qualificação do nível primário de atenção à saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, apresenta como principal ação a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

A ESF aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Para ampliar a abrangência e o escopo das ações, foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) os quais fundamentam-se no princípio do apoio matricial e são compostos por profissionais de diferentes profissões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Diante da transição epidemiológica experimentada no Brasil nas últimas décadas, com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) e evidências de que a inatividade física é responsável por mais de um milhão de mortes por ano (LEE et al., 2012), aumentar o nível de atividade física da população tornou-se um objetivo do SUS e as práticas corporais e atividades físicas (PCAF) foram priorizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Essa realidade ressalta a importância da participação do Profissional de Educação Física (PEF) nas equipes de NASF, sendo este um ator habilitado para o desenvolvimento de ações de promoção de atividade física, capazes de interferir no cenário de saúde da população.

O presente estudo busca responder qual a realidade de atuação do PEF enquanto componente das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, além de descrever amplamente as características gerais das equipes de todo Brasil que passaram por avaliação no PMAQ-2 (2013).

## **1.1 Problema de pesquisa**

A presença do Profissional de Educação Física nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família representa maior prevalência de ações de promoção de atividade física na atenção básica?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivos gerais**

**Artigo 1:** Revisar a literatura acerca das publicações sobre o NASF e verificar a participação da Educação Física neste contexto.

**Artigo 2:** Descrever o relato de ações de promoção da saúde a portadores de Doenças Crônicas pelas equipes de NASF de acordo com características de contexto, o apoio do Profissional de Educação Física (PEF) às equipes de AB e a prevalência da realização da ação de promoção da AF pelas equipes de NASF.

**Artigo 3:** Descrever aspectos da estrutura das equipes de NASF em relação à espaços físicos, formação recebida, educação permanente e profissionais que apoiam as equipes, de acordo com os dados do PMAQ ciclo 2.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

A partir de informações coletadas em entrevistas com profissionais das equipes de NASF, são objetivos específicos:

- Descrever a prevalência do relato de realização de ações voltadas à promoção de saúde à portadores de doenças crônicas pelas equipes de NASF;
- Relatar a estrutura física utilizada pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

- Descrever a existência e qualidade de formação oferecida aos profissionais atuantes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

A partir de informações coletadas em entrevistas com profissionais da Atenção básica que recebem o apoio das equipes de NASF, são objetivos específicos:

- Identificar quais profissionais do NASF apoiam as equipes de Atenção Básica;

### **1.3 Hipóteses**

- Todas as equipes de NASF desenvolvem estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas, principalmente através de realização de práticas corporais e atividade física junto aos pólos do programa academia da saúde e/ou outros espaços e através de orientações para redução de danos;

- A prevalência de ações de promoção de atividade física referida pelas equipes de NASF é de 70%;

- Aproximadamente 60% das equipes de NASF utiliza consultório compartilhado com outras equipes para o desenvolvimento de suas atividades, não tem veículo próprio e tem disponível insumo para realização de suas atividades;

- Todos os profissionais de NASF receberam formação específica quando o trabalho iniciou, do tipo reunião informativa, e foi considerada boa pelos profissionais.

- As equipes receberam atividades de educação permanente para todos os profissionais com boa qualidade, principalmente sobre organização do processo de trabalho do NASF.

- O profissional de Educação Física está entre as cinco profissões que mais apoiam as equipes de Atenção Básica;

- As publicações sobre o NASF são em geral descrevendo a implantação das equipes e existe uma carência de estudos sobre a inserção da Educação Física no NASF.

#### **1.4 Justificativa**

Trata-se do primeiro estudo nacional com dados do PMAQ voltado à questões relacionadas à atuação do profissional de Educação Física no NASF e promoção de práticas de atividade física pelas equipes. O NASF pode ser considerado um incremento qualificador da AB visto que fornece à população acesso à atendimento especializado de equipe multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Através de inquérito nacional (5.213 municípios), desenvolvido com profissionais das equipes de atenção básica (38.390 equipes) e equipes de NASF (3.802 equipes) e usuários da atenção básica, o PMAQ possibilitará identificar a efetividade das ações da AB e fornecer incentivo financeiro para equipes que apresentam bom desempenho ao mesmo tempo que, oportuniza o aperfeiçoamento daquelas equipes que não apresentam resultado satisfatório na avaliação da qualidade dos seus serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c). O PMAQ também permite avaliar as equipes de NASF (em relação à suas composições, estrutura, ações desenvolvidas) pelas informações obtidas com profissionais das equipes de referência e também das equipes de NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

As práticas corporais e atividades físicas (PCAF) foram incluídas como um dos eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde, dada sua relevância para prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (MALTA et al., 2009). Desta forma, as equipes de NASF devem direcionar suas ações para promoção, prevenção e reabilitação da saúde, sendo o profissional de Educação Física, habilitado para promoção de atividade física, valioso na composição dessas equipes. Contudo, a responsabilidade de definir os profissionais que fazem parte de cada equipe de NASF é do município, baseada na necessidade da população de cada território, considerando suas demandas e características demográficas, sociais e de saúde.

Entretanto, haja visto que, segundo as diretrizes do NASF o desenvolvimento de PCAF não é específico ao profissional de EF e sim uma responsabilidade das equipes, independente da presença do PEF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), torna-se relevante investigar a prevalência de relato de desenvolvimento de ações de promoção de atividade física.

Em 2013, o Brasil ocupou a sétima posição no ranking dos países que contribuíram para publicações sobre atividade física e saúde pública no mundo (HALLAL, 2015), entretanto, neste ano, apenas um estudo foi publicado sobre Educação Física e NASF (LOCH; TEIXEIRA; RODRIGUES, 2013). Ademais, são poucos estudos que relatam a atuação do profissional de Educação Física nas equipes de NASF (SOUZA; LOCH, 2011) (SANTOS et al., 2015). Na presente tese, através de revisão sistemática da literatura, será traçado panorama acerca do cenário das publicações sobre o NASF e a participação da Educação Física neste contexto (artigo 1).

Além disso, a partir de dados do PMAQ, será possível descrever a prevalência de ações de promoção de atividade física pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a presença do Profissional de Educação Física (artigo 2).

Ademais, esta tese proporcionará conhecimento a respeito dos profissionais do NASF que apoiam as equipes de Atenção Básica (artigo 3) e de modo geral, viabilizará a produção de conhecimento a respeito do NASF e a inserção do profissional de Educação Física, servindo de subsídio para possíveis políticas de melhoria da saúde e para o desenvolvimento técnico-científico da Educação Física em saúde pública.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

O estudo intitulado “Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o profissional de Educação Física”, é baseado nos dados coletados pelo “Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB- Ciclo 2” desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Básica (DAB). Deste modo, a seção de revisão de literatura será direcionada às questões relevantes para o entendimento do serviço público de saúde brasileiro, bem como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física neste contexto.

### **2.1 Sistema de Saúde do Brasil**

No Brasil, segundo a lei nº 8.080 de 1990, a saúde é um direito do ser humano, e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício é dever

do Estado (Artigo 2º) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990). A lei regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional (Artigo 1º) e em seu artigo 4º define que este conjunto (ações e serviços) constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), seja este prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais ou municipais, da administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

### **2.1.1 Objetivos, princípios e diretrizes do SUS**

São objetivos principais do SUS identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular política de saúde destinada à promover, nos campos econômico e social, as ações e serviços de saúde; e ainda prestar assistência por meio de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando ações assistências e de atividades preventivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Princípios e diretrizes do SUS:

Destaca-se que a doutrina do SUS segue os princípios de: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990)

- A) Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência: se refere ao direito de todo o cidadão a qualquer serviço público de saúde ou contratado pelo poder público;
- B) Equidade: trata do conceito de fornecer ao cidadão serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que o mesmo requeira;
- C) Integralidade de assistência: considera que a oferta de serviços de saúde não deve ser compartimentada, ou seja, as ações de promoção, proteção e prevenção em saúde devem configurar o sistema que presta assistência integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL, 1990).

Concordando com estes princípios, as diretrizes para organização do SUS são: descentralização da gestão dos recursos e hierarquização das unidades de produção de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

- Descentralização: distribui as responsabilidades referentes às ações e serviços de saúde aos diversos níveis de governo. Considera que as questões de abrangência municipal devem ser orientadas pelo governo do município e assim sucessivamente.

- Hierarquização (níveis de assistência): a Hierarquização do Sistema busca ordená-lo por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, com o objetivo de regular o acesso àqueles mais especializados. Os referidos níveis de atenção são formados por diferentes níveis de tecnologia, custo e viabilidade para a solução de problemas de saúde específicos de diferentes naturezas (SILVA, 2007). Os níveis de atenção são: primário ou básico, secundário ou serviços de média complexidade e terciário ou serviços de alta complexidade.

### **2.1.2 Fundamentos e diretrizes da Atenção Básica**

- Atenção básica (AB) à saúde: também conhecida como porta de entrada do Sistema de Saúde brasileiro, o Ministério da Saúde a considera como o primeiro nível de atenção à saúde. Ela engloba quatro requisitos fundamentais: o acesso, sendo o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revisa as diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Entre os fundamentos e diretrizes da AB estão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b):

- 1) Ter território limitado permitindo o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto nos determinantes da saúde da população que constitui aquele território, em conformidade com o princípio da equidade;

- 2) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e responsabilização compartilhada pela atenção às suas necessidades de saúde;
- 3) Integrar os usuários e alargar relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- 4) Reger a integralidade no sentido de integrar ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários;
- 5) Ampliar a autonomia dos usuários incentivando sua participação na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

## **2.2 Política Nacional de Promoção à Saúde**

Visando construir um modelo de atenção à saúde que priorizasse a melhoria da qualidade de vida da população, o Ministério da Saúde em 2005 definiu os compromissos sanitários que deveriam se tornar prioridade para cada esfera de governo. Entre eles, destaca-se o Pacto em Defesa da Vida, por aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS. As ações são direcionadas para fortalecimento da Saúde da Família, promoção de atividade física e hábitos alimentares saudáveis, controle do tabagismo e do uso abusivo de álcool e drogas e cuidados ao processo de envelhecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE., 2006)

Ao gestor federal do SUS coube propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que formasse redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população. Legitimando o acordo, o Ministério da Saúde publicou em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o compromisso de ampliar e qualificar ações de promoção da saúde nos

serviços e na gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE., 2006) A partir de então, a PNPS foi inserida na agenda estratégica dos gestores dos SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes. Em 2015, foi publicada a versão revisada da política citada, a qual é fundamentada no próprio SUS, e se baseia no conceito mais amplo de saúde, no referencial teórico da promoção da saúde e nos resultados obtidos desde sua criação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Entre os temas prioritários da PNPS encontram-se as práticas corporais e atividades físicas, além destas, são estimuladas as ações voltadas à formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, enfrentamento ao uso do tabaco, uso abusivo de álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, da cultura de paz e dos direitos humanos e promoção do desenvolvimento social (MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE., 2006).

### **2.3 Estratégia Saúde da Família (ESF)**

Visando expandir, qualificar e consolidar a atenção primária, a Política Nacional de Atenção Básica tem como principal ação a Estratégia Saúde da Família (ESF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). A ESF favorece a reorientação do processo de trabalho com possibilidade de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, ampliando o impacto na saúde da população e, além disso, propicia uma importante relação custo-efetividade. Além disso, substitui o modelo tradicional e se aproxima das famílias melhorando a qualidade de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ressalta-se a participação de equipe multiprofissional, composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podendo ser acrescentados a essa, os profissionais de Saúde Bucal. Ainda participam dessa estratégia os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas. Considera-se o grau de vulnerabilidade das famílias de determinado território para definir o

número de pessoas atendidas por cada equipe, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas acompanhadas por equipe. Entre as diversas atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família destaca-se a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificação de grupos expostos a risco; a realização do cuidado em saúde no âmbito da unidade, do domicílio e nos demais espaços comunitários; execução de ações de cuidado integral incluindo promoção de saúde, prevenção de agravos e ações curativas priorizando as necessidades locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

## **2.4 Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Visando qualificar a atuação das equipes de ESF, ampliando a abrangência e o escopo de suas ações, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº154 que resolve a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O NASF configura-se como equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

### **2.4.1 A que veio o NASF?**

O NASF foi criado para apoiar a consolidação da Atenção Básica, no sentido de ampliar a oferta de saúde na rede de serviços, bem como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. A lógica do trabalho do NASF é o apoio matricial. Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), os NASF são equipes multiprofissionais, composta por diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e a fim de apoiar as equipes de Saúde da Família e as equipes da AB no atendimento a populações específicas, compartilhando saberes e práticas em saúde com as equipes de referência, com vistas a auxiliar o manejo e resolução de problemas clínicos e sanitários, e agregar práticas ao escopo de ofertas da atenção básica

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)  
(MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2014).

#### **2.4.2 Como um município pode ter um NASF?**

De acordo com a legislação vigente, qualquer município brasileiro pode ter um NASF, desde que tenha no mínimo uma equipe de Saúde da Família. O município que tem interesse em implantar equipe NASF deve submeter um projeto para aprovação no Conselho Municipal de Saúde. Este projeto deve conter informações relativas à área geográfica a ser coberta com estimativa da população residente, dados que justifiquem a implantação do NASF, profissionais que irão compor as equipes, as principais atividades que serão desenvolvidas e informações referentes à Unidades Básica de Saúde em que o NASF será credenciado. O projeto deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e levado à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite, e após, enviado ofício ao Ministério da Saúde comunicando o número de NASF aprovados. Este por sua vez, publica no Diário Oficial da União e então o município realiza o credenciamento das equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Com a conclusão deste processo, o município passa a receber os recursos para implantação e custeio das equipes. Para manter os recursos, o município deve realizar o preenchimento mensal dos sistemas de informações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

#### **2.4.3 O apoio matricial**

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Na AB, este princípio representa uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (equipes de referência), as quais têm papel generalista, com equipes ou profissionais que possuem diferentes conhecimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2014) (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As equipes de referência têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. O apoio matricial e equipe de referência são

arranjos organizacionais e metodologia para a gestão do trabalho em saúde, cujo objetivo é ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A integração do NASF com essas equipes possibilita discussões de casos clínicos, permite o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, favorece a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Apesar de fazer parte da atenção básica, o NASF não possui unidade física independente visto que atua de forma integrada com outras equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

#### **2.4.4 Modalidades do NASF**

Inicialmente as equipes dos NASF podiam ser organizadas em duas modalidades e em 2012, através da portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou a terceira modalidade de formação de equipe, ampliando a possibilidade de adesão a qualquer município que possua pelo menos uma equipe de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Além do número de equipes de Saúde da Família, considera-se a carga horária semanal dos profissionais para cada modalidade. A seguir as características de cada modalidade de NASF:

- O NASF 1 pode ser vinculado a no mínimo 5 e no máximo 9 equipes de Saúde da Família e/ou AB, com somatória de 200 horas semanais de atuação, sendo destas no mínimo 20h e no máximo 80h para cada ocupação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

- A modalidade NASF 2 pode vincular-se de 3 a 4 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica, com carga horária semanal de no mínimo 120 horas, com no mínimo 20h e no máximo 40h de atuação de cada profissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

- O NASF 3 pode apoiar 1 a 2 equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica que tenham no mínimo 80 horas semanais de atuação sendo

que cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 60 horas de carga horária semanal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

#### **2.4.5 Quem faz parte do NASF?**

A composição dos NASF em relação aos profissionais deve ser definida pelos gestores municipais de acordo com as prioridades identificadas a partir de dados epidemiológicos e com as necessidades de cada local e das equipes que serão apoiadas. Podem compor os NASF médicos acupunturista, ginecologista/obstetra, homeopata, psiquiatra, geriatra, pediatra internista e médico do trabalho; assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico veterinário e profissional com formação em arte e educação e profissional graduado na área da saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (profissional sanitaria) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A quantidade de profissionais que compõem cada equipe é definida pelo município seguindo os critérios de cada modalidade de NASF. A diversidade de especialidades constitui maior possibilidade de atendimento às necessidades da população, não somente pelo atendimento direto, mas também pelas ações educativas e interdisciplinares (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

A análise das condições demográficas, sociais e de saúde do bairro ou município deve influenciar a escolha da modalidade de NASF e dos profissionais que o integrarão, além de organizar o trabalho e guiar as ações desenvolvidas bem como a devida frequência e intensidade das mesmas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, 2014).

#### **2.4.6 Ações de responsabilidade do NASF**

Os profissionais do NASF devem assumir corresponsabilidade na gestão de suas atividades, em conjunto com as equipes da Estratégia Saúde da Família e gestores locais, em busca de processos de construção contínua, indo além da fragmentação, formando redes de atenção e cuidado. As equipes de NASF comprometem-se com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais de Saúde da Família, com a realização de ações intersetoriais e

interdisciplinares, na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, além de estarem direcionadas a humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As equipes do NASF devem ser constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O compartilhamento das responsabilidades entre NASF e equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas, revisa o encaminhamento baseado em processo de referência e contra-referência para um processo de compartilhamento e acompanhamento longitudinal de casos de responsabilidade das equipes de atenção básica, atua fortalecendo seus princípios e age na coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

As equipes do NASF buscam contribuir para o princípio da integralidade do cuidado aos usuários do SUS, por aumentar a capacidade de análise e resolução de problemas clínicos e sanitários. Para isto ações são desenvolvidas: discussão de caso, atendimento em conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de processos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção de saúde, direção do processo de trabalho das equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

As atividades podem ser desenvolvidas nas UBS, academias da saúde ou em outros pontos do território adstrito. As academias da saúde devem ser utilizadas para ampliar a capacidade física de intervenção coletiva de promoção de saúde e para fortalecer o protagonismo de grupos em situações vulneráveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

A transição epidemiológica das últimas décadas evidenciou que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são principal carga de doenças no Brasil e por isso estas se tornaram prioridade na área da saúde (SCHMIDT et al., 2011). Há evidências de que a atividade física pode prevenir o aparecimento

de DCNT (LEE et al., 2012) e diante disso, estratégias de promoção de saúde com foco nos níveis de atividade física têm sido desenvolvidas (HEATH et al., 2012).

A exemplo desta afirmação, foram incluídas as práticas corporais e atividades físicas (PCAF) como um dos eixos de atuação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

## **2.5 Educação Física no contexto do NASF**

### **2.5.1 Responsabilidades dos profissionais do NASF nas Práticas Corporais e Atividades Físicas**

É recomendado que o profissional de Educação Física, ao realizar seu trabalho, observe a diversidade de culturas corporais presentes em cada local, e que suas ações sejam direcionadas não somente aos conteúdos clássicos, mas considere atividades de esporte, ginástica e danças, além da prática de exercícios físicos vinculados à avaliação antropométrica e à performance humana. Ressalta-se que as diretrizes para PCAF nos NASF não são específicas para os profissionais de Educação Física e por isso, ações nesse sentido devem ser desenvolvidas a partir da interação de todos os profissionais que compõem as equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

As equipes devem considerar fatores favoráveis à prática como a universalidade do acesso aos serviços de saúde, a relação próxima que existe entre os profissionais das equipes de Saúde da Família e a população, as atividades já desenvolvidas pela comunidade, como os grupos de caminhada, por exemplo, e identificar os espaços disponíveis para a prática de atividades físicas e lazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ainda neste sentido, praticar o controle social como um dos princípios mais importantes e inovadores do SUS, pode ser uma estratégia que fortalece a relação entre o profissional e a comunidade. Além deste benefício, resultados positivos poderão ser observados quando são definidas e pactuadas ações que expressem os desejos e necessidades da comunidade em relação à PCAF, evitando a falta de identificação dos sujeitos com as atividades propostas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

### **2.5.2 Formação e perfil dos profissionais da educação física atuantes no NASF**

As diretrizes de Educação Física propõem a formação de um profissional voltado ao entendimento do contexto social dos indivíduos e comunidades para nele intervir profissionalmente com sua especialidade acadêmica e com ampliação do conhecimento adotar hábitos saudáveis (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2004).

Profissionais de Educação Física que atuam no NASF na região norte do Paraná (n=7) relataram ter pouca aproximação com a área da saúde pública durante a graduação. Todos formaram-se em licenciatura plena e cinco realizaram graduação em universidades públicas e curso de especialização (SOUZA; LOCH, 2011).

Para alunos de curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (n=15) há limitações na formação inicial dos profissionais que poderiam ser superadas através de reestruturação curricular, maior aproximação com a realidade através de estágios, transversalidade do tema na grade curricular e disciplinas integradas com outras áreas (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

No NASF de João Pessoa, há 15 PEF, todos possuem Licenciatura Plena em EF, 60% são mulheres e têm entre 25-30 anos de idade, 80% são formados em instituição pública e a maioria (66,7%) concluiu a graduação há 5 anos ou menos. Mais de 80% relatam ter participado de atualização profissional depois de formado e 67% são especialistas. Estão inseridos no NASF através de contrato temporário e o tempo de atuação no programa é inferior a 2 anos para a maioria dos profissionais (73,4%), 86% referiram ter carga horário de trabalho de 40 horas semanais no NASF (RODRIGUES et al., 2015).

### **2.5.3 Inserção e atuação do profissional de educação física no NASF**

Ainda são escassas as publicações sobre a participação do profissional de Educação Física no NASF (SEUS; FREITAS; SIQUEIRA, 2018). Os estudos ainda estão direcionados a descrever a implantação do NASF e poucos investigam as ações desenvolvidas (GOMES et al., 2014)(SOUZA; LOCH,

2011)(SANTOS et al., 2015). Ademais, há carência de estudos sobre a efetividade das ações do NASF, sobretudo dos PEF.

A publicação da Política Nacional de Promoção de Saúde em 2006, que incluiu a prática corporal e atividade física (PCAF) nas ações da rede de atenção básica, fundamentou a inserção do profissional de Educação Física neste serviço. Uma das possibilidades dessa participação é na composição das equipes do NASF.

Em estudo descritivo com dados secundários do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) constatou-se que em janeiro de 2011, havia 1.377 equipes de NASF credenciadas em todo o Brasil. O profissional de Educação Física está entre as cinco profissões mais recrutadas para atuação no NASF estando presente em 49,2% das equipes. Apresenta-se em proporções superiores a 75% nos estados do Acre e Paraná, porém no Distrito Federal (no referido ano) não havia PEF no NASF e em estados como Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Sergipe e Pará estimou-se 0,25 ou menos profissionais por 100 mil habitantes cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (SANTOS; BENEDETTI, 2012).

A intervenção do PEF no NASF deve estar voltada à prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde de uma população ou indivíduo. O PEF deve ser capaz de trabalhar em equipe multiprofissional, atuar em atividades de gestão e com políticas de saúde, além de realizar diagnóstico, planejamento e intervenções específicas de práticas corporais e atividades físicas (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

Segundo levantamento nacional por inquérito telefônico com UBS, aquelas cidades que possuem NASF tem maior prevalência de intervenções com atividade física (50%) comparando com as que não contam com o núcleo (32,8%). As atividades mais frequentes nas unidades com NASF são caminhadas (80,6%) e alongamentos (71%), com duração média entre 30-60 minutos (57,5%), no turno da manhã (88%) e supervisionadas por PEF em 44% dos casos. Em 53,2% dos grupos as atividades acontecem em locais da UBS e estes são considerados adequados em 53,5% (GOMES et al., 2014).

Profissionais de Educação Física do NASF no Paraná promovem atividades físicas em grupos, realizam palestras sobre a importância da prática, prescrevem exercícios e realizam visitas domiciliares convidando a população a participar dos grupos. Os encontros ocorrem três vezes por semana, normalmente em espaços públicos sem estrutura adequada e os participantes são principalmente mulheres e idosos com alguma patologia. Para intensidade das atividades é considerada a percepção de cada indivíduo (SOUZA; LOCH, 2011).

Em levantamento nacional com amostra representativa de 296 profissionais, as principais atividades relatadas foram ginástica (40%) e caminhada (29,4%), com a presença principalmente de idosos constatada em aproximadamente 70% das atividades e hipertensos e diabéticos (30,9%). Em relação as práticas de Educação em Saúde (ES) desenvolvidas pelos PEF do NASF, palestras abordando a importância da prática de atividade física (51,4%) e prevenção/tratamento de comorbidades (32,3%) (SANTOS et al., 2015).

#### **2.5.4 Perfil dos usuários de programas de atividades físicas do NASF**

Sobre os usuários dos programas de AF oferecidos pelo NASF, Loch e colaboradores conduziram estudo para traçar o perfil de participantes em cinco UBS de Londrina (LOCH; TEIXEIRA; RODRIGUES, 2013). Os autores observaram que o grupo tem características específicas, sendo a grande maioria mulheres, acima de 50 anos, com baixa escolaridade, que possuem pelo menos uma doença, apresentam excesso de peso e moram próximo ao local de realização das atividades. Concluem que esforços precisam ser direcionados no sentido aumentar a abrangência destes programas atingindo a população em geral, visto que pessoas com outras características também podem se beneficiar das ações desenvolvidas pelo NASF (LOCH; TEIXEIRA; RODRIGUES, 2013).

## **2.6 Acesso e qualidade dos serviços prestados pelo SUS**

### **2.6.1 Histórico de avaliações em saúde**

A avaliação de serviços de saúde é um mecanismo de controle de qualidade (REIS et al., 1990). Segundo Donabedian (1978), avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir

precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados (DONABEDIAN, 1978).

No início do século XX, dois trabalhos (FLEXNER, 2002) (PORTERFIELD, 1976) foram pioneiros e impulsionaram o desenvolvimento de pesquisas na área de avaliação e qualidade (Reis et al 1990). O relatório de Flexner avaliou o padrão educacional médico e denunciou precariedades nas condições de prática profissional (1910) (FLEXNER, 2002), e seguindo esta linha, em 1916 foi publicado trabalho sobre a avaliação de serviços de saúde que direcionou a padronização hospitalar, propondo avaliação contínua e rotineira do estado de saúde do paciente, dos resultados finais da intervenção médica e da efetividade do tratamento (PORTERFIELD, 1976).

Na década de 60, Donabedian sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 2005). Este modelo de avaliação ficou conhecido como a Tríade de Donabedian (DONABEDIAN, 1993).

#### **2.6.1.1 Tríade de Donabedian**

A partir da utilização de indicadores representativos de três aspectos principais, Donabedian propõe um modelo unificado baseado em componentes do cuidado em saúde: Estrutura, Processo e Resultado (DONABEDIAN, 2005).

- Estrutura: a avaliação da estrutura de um serviço de saúde está relacionada à área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (REIS et al., 1990) (DONABEDIAN, 1993).

- Processo: direciona-se ao indivíduo e a população (REIS et al., 1990). A avaliação do processo pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática ou baseada nos registros médicos. Para tal, utilizam-se critérios estabelecidos pelo estudo da eficácia e da prática médica rotineira para efetuar um atendimento mais efetivo e de qualidade (REIS et al., 1990).

- Resultado: neste ponto são avaliadas as mudanças relacionadas com conhecimento e comportamento, o estado de saúde dos pacientes e os efeitos do cuidado na população, a satisfação do usuário e profissional envolvidos na assistência (DONABEDIAN, 1992) (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A partir deste modelo, as investigações procuraram integrar a avaliação das relações entre qualidade do cuidado, estado de saúde e recursos utilizados (REIS et al., 1990) visto que inúmeros fatores interferem nos resultados essencialmente o processo e a estrutura, tendo em vista que, apenas uma boa estrutura não garante um bom cuidado (DONABEDIAN, 1978).

## **2.6.2 Estudos de avaliação dos serviços de saúde**

O conhecimento sobre o padrão de utilização e as características dos usuários dos serviços de saúde é fundamental para o planejamento do sistema de saúde.

Tendo em vista que a atenção básica é porta de entrada do sistema público com capacidade de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde das pessoas, que existem mais de 32 mil Equipes de Saúde da Família implantadas em 5.288 municípios, representando cobertura de 95% pelo Saúde da Família, torna-se importante a sua avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

### **2.6.2.1 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) obtém informações anuais sobre características demográficas e socioeconômicas da população, como sexo, idade, educação, trabalho e rendimento, e características dos domicílios, e, com periodicidade variável, informações sobre migração, fecundidade, nupcialidade, entre outras, tendo como unidade de coleta os domicílios (IBGE, 2003).

Em 2003, em parceria com o Ministério da Saúde, o tema complementar da PNAD foi o Acesso e utilização dos serviços de saúde, a qual apresentou o perfil das necessidades em saúde no País, a partir de entrevistas com a população, bem como informações sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, tipos de cobertura dos planos de saúde e atendimento no SUS (IBGE, 2003).

Os resultados demonstraram que, do total da população, 79,3% declararam ter um serviço de saúde de uso regular, sendo que a utilização de Postos ou Centros de Saúde foram majoritariamente referidos pela população (52,4%) como sendo o serviço de saúde de uso regular.

### **2.6.2.2 PROESF**

Com o apoio do Banco Mundial, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, que visou a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País (SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA, 2003). O PROESF é voltado à implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2009)(SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA, 2003).

O PROESF está estruturado em 3 componentes técnicos, a saber: Componente 1 - Apoio à conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde; Componente 2 - Desenvolvimento de Recursos Humanos; e Componente 3 - Monitoramento e avaliação. A operacionalização do monitoramento e avaliação contou com a cooperação técnica de instituições de ensino e pesquisa para realização de ações de avaliação das equipes e desempenho dos serviços. A UFPel realizou o Estudo de Linha de base (ELB), integrante do componente 3, que buscou estabelecer o efeito da intervenção Saúde da Família na melhoria da atenção. A referida universidade foi responsável pela pesquisa em 41 municípios com mais de cem mil habitantes de sete Estados da Federação, cinco na Região Nordeste e dois na Região Sul (SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA, 2003).

Entre as publicações provenientes do PROESF, o estudo de Martins e colaboradores investigou a prevalência da realização de práticas de saúde por parte dos trabalhadores na comunidade e identificou as práticas realizadas em sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil (MARTINS et al., 2010). Entre as práticas desenvolvidas na comunidade no ano que antecedeu a pesquisa, 67% dos trabalhadores destacaram realizar atividades de educação em saúde

aproveitando as datas festivas, os encontros para palestras e também as reuniões em grupos, com diferença acentuada entre a atenção básica tradicional (37,7%) e o PSF (75,5%) (MARTINS et al., 2010).

Tomasi e colaboradores compararam o perfil da demanda atendida em unidades básicas de saúde dos dois modelos de atenção (tradicional e saúde da família), em sete estados brasileiros das regiões Sul e Nordeste (TOMASI et al., 2011). A maior proporção de atendimentos foi para mulheres entre 15 e 49 anos (36%), com diferenças estatisticamente significativas entre os modelos de atenção, sendo maior nas UBS do PSF ( $p < 0,001$ ). A proporção de atendimentos a menores de cinco anos (15%) foi semelhante em ambos os modelos de atenção. Os idosos representaram 13% da amostra, e foram significativamente mais atendidos em UBS Tradicionais ( $p < 0,001$ ). Quanto aos procedimentos, foram realizados mais atendimentos básicos de enfermagem e consultas médicas com prevalência de 30,5% em Unidades com PSF e 36,6% em unidades tradicionais (TOMASI et al., 2011).

Proveniente do PROESF, também foram publicados estudos sobre o nível de atividade física dos participantes. Em 2009, Siqueira e colaboradores publicaram informações sobre o nível de atividade física de profissionais da saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil (SIQUEIRA et al., 2009a). O resultado das análises demonstrou que a prevalência de sedentarismo (menos que 150 minutos de atividade física por semana) foi de 27,5%. Os autores destacam que, quando comparada a prevalência de sedentarismo entre os profissionais das equipes de AB do modelo tradicional com as vinculadas ao Programa Saúde da Família (PSF), o sedentarismo foi significativamente maior ( $p = 0,01$ ) naqueles que trabalhavam no modelo tradicional (30,5%) em relação àqueles vinculados ao PSF. A diferença na prevalência de sedentarismo foi atribuída à presença do Agente comunitário de saúde, atuante de forma mais ativa no modelo PSF (SIQUEIRA et al., 2009a).

A prevalência de aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física entre pessoas que utilizaram alguma vez na vida uma unidade básica de saúde foi descrita no estudo de Siqueira e colaboradores em 2009 (SIQUEIRA et al., 2009b). A prevalência de aconselhamento educativo à saúde relacionado à atividade física entre os moradores que utilizaram alguma vez na vida uma unidade básica de saúde foi de 28,9% entre os adultos e de 38,9%

entre os idosos (SIQUEIRA et al., 2009b). Os autores sugerem que é necessário incrementar a participação dos gestores, profissionais e população no sentido de aumentar as prevalências de aconselhamento educativo à população relacionado à prática de atividade física (SIQUEIRA et al., 2009b).

Observando os fatores que adultos e idosos consideram como importantes para manutenção da saúde, foi evidenciado que os fatores mais frequentes indicados pelos adultos foram: alimentação saudável (33,8%), realizar exercício físico (21,4%) e não fumar (13,9%). Entre os idosos, os fatores mais relatados foram: alimentação saudável (36,7%), não fumar (17,7%) e consultar o médico regularmente (14,2%) (SIQUEIRA et al., 2009c).

A partir dos resultados obtidos, além de organizar e fortalecer a AB, o PROESF possibilita que se tenha um panorama sobre importantes aspectos relacionado à saúde da população e desta forma contribui para que estratégias em saúde sejam desenvolvidas com medidas específicas para cada segmento populacional e também por região do país.

### **2.6.2.3 AQUARES**

O Projeto AQUARES em 2009 avaliou o acesso e a utilização dos serviços de saúde no Brasil, através de amostra representativa do país com 100 municípios de pequeno, médio e grande porte populacional, das cinco regiões geopolíticas do Brasil. Entre as questões investigadas estão: necessidade e utilização de serviços de saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos, ações de atenção individual a saúde, qualidade da atenção entre outras, investigadas acerca de crianças e adultos (FACCHINI et al., 2010).

Com amostra composta por 12.402 adultos entre 20 a 59 anos, os resultados do Aquares demonstraram que, nos doze meses que antecederam a pesquisa, 18,2% da amostra utilizou o atendimento de Pronto Socorro (n=2.243) e destes 82,8% foram atendidos pelo SUS, 79,3% esperaram menos de 60 minutos para serem atendidos e 90,3% necessitaram de menos de 30 minutos de deslocamento para receber atendimento. Entre os entrevistados 3% necessitou e não teve acesso à internação hospitalar nos 12 meses que antecederam a pesquisa (FACCHINI et al., 2010).

Também foi evidenciado que 30,2% dos adultos recebeu orientação para fazer atividade física, e destes, 26,7% a tiveram na Atenção Primária à Saúde (FACCHINI et al., 2010).

Sobre a atividade física, estudo demonstrou que entre os adultos brasileiros 66,6% apresentam nível de atividade física insuficiente no deslocamento (<150 minutos por semana) e entre os idosos a prevalência é de 73,9% (MADEIRA et al., 2013).

Investigou-se a prevalência de autorrelato de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 em adultos e idosos e nível de atividade física dessa população, sendo evidenciado que entre os indivíduos que relataram ter DM, mais de 80% dos adultos (82,6%) e idosos (88,2%) considerados insuficientemente ativos (SEUS et al., 2013).

#### **2.6.2.4 Pesquisa Nacional de Saúde**

Em 2013, o Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE), através de convênio com Ministério da Saúde, realizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) com o tema: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências (IBGE, 2015). A elaboração da PNS foi fundamentada em três eixos principais: o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde da população brasileira; e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco associados (MALTA et al., 2008).

Sobre a utilização de serviços de saúde, a referida pesquisa demonstrou que 53,4% dos domicílios estavam cadastrados em Unidade de Saúde da Família; das pessoas residentes no Brasil, 71,2% consultaram médico nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa; e entre as pessoas que tiveram algum medicamento receitado no último atendimento de saúde, 92,4% conseguiram obter pelo menos um deles (IBGE, 2015).

#### **2.6.2.5 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)**

Com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento nas UBS o Ministério da Saúde em 2011 desenvolveu programa para avaliar e acompanhar os profissionais que fazem parte de uma equipe de saúde e a infraestrutura das UBS (equipamentos, disponibilidade de medicamentos) e a satisfação do cidadão. As avaliações são realizadas, de forma cíclica através do Programa

Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c). O ciclo 1 ocorreu em 2011/2012, em 2013 o ciclo 2, e atualmente o ciclo 3 encontra-se em fase de planejamento da coleta. No item seguinte serão descritas informações detalhadas sobre o PMAQ.

## **2.7. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB, tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Trata-se de um Censo para avaliar a estrutura de todas as UBS em funcionamento nos municípios, com avaliações que se direcionam a: infraestrutura das UBS; a gestão, organização da rede e o trabalho das equipes de AB, e avaliar a satisfação do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

A qualidade do atendimento está diretamente relacionada com o repasse de recursos financeiros, quanto melhor o atendimento, mais incentivos. Em 2011, na primeira avaliação, foram entrevistadas 16.127 equipes que trabalham em 15.095 UBS e mais de 65 mil cidadãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

## **2.8 Diretrizes do PMAQ**

De acordo com a Portaria Nº 1.654, de 19 de Julho de 2011, são diretrizes do PMAQ:

I - Construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

II - Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III – Garantir transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

IV - Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, os estaduais, do Distrito Federal e os municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e

VII - Caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

## **2.9 Fases do PMAQ**

Em acordo com as diretrizes do programa e a fim de favorecer a transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil, o PMAQ está organizado em quatro fases, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. São elas: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento: Auto-avaliação; Monitoramento; Educação Permanente e Apoio Institucional; 3) Avaliação Externa; e 4) Recontratualização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Fase 1 - A primeira fase de participação de um município no PMAQ é a **adesão** mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação regional e estadual e a participação do controle social.

Fase 2- A segunda fase acontece com o **desenvolvimento** de um conjunto de ações das equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do próprio Ministério da Saúde, a fim de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes. O desenvolvimento ocorre através

de a) auto avaliação e b) monitoramento de indicadores contratualizados, e de c) atividades de educação permanente e d) apoio institucional.

Fase 3- **Avaliação externa** das condições de acesso e da qualidade das equipes participantes do programa constitui a terceira fase do processo. O processo de avaliação inclui desde infraestrutura até questões ligadas ao processo de trabalho, e é realizado em parceria do Ministério da Saúde com as Instituições de Ensino e pesquisa do país. Esta etapa consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade de todas as Equipes da Atenção Básica participantes do programa. Busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

Essa fase se subdivide em duas dimensões:

I – Certificação de desempenho das Equipes de Atenção Básica e gestões municipais participantes do PMAQ: avaliação do acesso e da qualidade das EAB participantes do PMAQ, por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e pela verificação de um conjunto de padrões de qualidade no próprio local de atuação das equipes;

II - Avaliação do acesso e da qualidade da Atenção Básica: constituída por um processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas Equipes de Atenção Básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços.

Fase 4- Por fim, a fase de Pactuação é o processo de **recontratualização** que ocorre com a incorporação de novos padrões e indicadores de qualidade com o propósito de instituir um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes.

O primeiro ciclo do PMAQ ocorreu no ano de lançamento do programa em 2011. A atual avaliação do PMAQ encontra-se no terceiro ciclo (2015-2017). O presente projeto de pesquisa utilizará o banco de dados do segundo ciclo, ocorrido em 2013, onde pela primeira vez foram avaliadas as equipes de NASF.

## 2.10 Resultados do PMAQ 2

Os primeiros resultados do PMAQ 2 foram publicados no *The Journal of Ambulatory Care Management* na edição de abril/junho de 2017. Em suplemento especial sobre o PMAQ, sete artigos originais foram apresentados.

O primeiro artigo da série, apresenta e discute o PMAQ e o pagamento por componentes de desempenho (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017). Os autores destacam que o PMAQ é uma oportunidade para avaliar os efeitos de mecanismos de incentivo no desempenho da atenção básica.

Em relação a avaliação das equipes, no primeiro ciclo (2011/2012) 69,5% das equipes de Saúde da Família (SF) receberam conceito “acima da média” ou “significativamente acima da média”, porém, na avaliação seguinte, ciclo 2 (2013), este percentual diminuiu para 48%, no entanto, na primeira avaliação participaram 51,4% das equipes Saúde da Família, e no ciclo 2 a aderência foi de 77,6%. E esta diferença pode explicar os resultados considerando que decidiram participar do ciclo 1, provavelmente, as melhores equipes. Este viés poderá ser eliminado após os resultados do ciclo 3 onde mais de 90% das equipes inscreveram-se para participar (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

Tomasi e colaboradores, a partir dos dados do PMAQ, descreveram a adequação do processo de saúde primária e do processo de trabalho, bem como os aspectos de atendimento percebidos pelos usuários com DM, de acordo com as características dos municípios e ainda investigaram a associação entre a recepção de cuidados e a adequação da estrutura e os processos de trabalho em equipe (TOMASI et al., 2017). Foram 65.391 usuários das Unidades Básicas de Saúde avaliadas e 8.118 relataram ter diagnóstico médico de diabetes. Entre os diabéticos 87,2% tiveram uma consulta nos últimos 6 meses que antecederam a pesquisa. A prevalência de auto-relato de recebimento de atendimento adequado foi de 14,3%, com maiores prevalências nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, em municípios com maiores populações, maior IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e menor cobertura da Estratégia Saúde da Família (TOMASI et al., 2017).

Com o objetivo de analisar, através de um estudo ecológico longitudinal, a evolução temporal da atenção primária no Brasil, com foco em características

estruturais e processos de trabalho, Rocha e colaboradores também analisaram se esses componentes estão associados a menores taxas de mortalidade por câncer de colo uterino (ROCHA et al., 2017). Os resultados sugerem que a Atenção Básica pode contribuir para minimizar a mortalidade por câncer de colo de útero (ROCHA et al., 2017).

Também foram investigadas: a associação entre características sociodemográficas, indicadores de saúde, características do processo de trabalho e desempenho de equipes de saúde bucal em procedimentos odontológicos preventivos (NEVES et al., 2017); a incorporação de tecnologias de informação e comunicação associadas a qualidade na assistência prestada na AB à mulheres (MATTA-MACHADO et al., 2017); a opinião dos usuários da AB em relação à acessibilidade, continuidade e aceitabilidade (FAUSTO et al., 2017); e a geolocalização de indicadores de qualidade da AB na cidade do Rio de Janeiro (MELLO et al., 2017).

### **3. Metodologia**

#### **3.1 Delineamento e amostra**

Trata-se de um estudo transversal, realizado em todos os municípios brasileiros que aderiram ao PMAQ em 2013. Participaram da coleta de dados 41 instituições brasileiras de ensino superior e pesquisa, lideradas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Rio grande do Sul (UFRGS) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Os dados foram coletados entre junho de 2012 e março de 2013 e o trabalho de campo envolveu cerca de mil entrevistadores e supervisores em todas as Unidades da Federação (UF), capacitados pelas instituições líderes.

Por consórcio, a UFPel liderou as seguintes UF: Distrito Federal (DF), Goiás (GO), Maranhão (MA), Minas Gerais (MG), Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina (SC).

Participaram do estudo 5.213 municípios (93,6%) que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ, totalizando 38.390 Equipes de Atenção Básica (EAB)

e 3.802 equipes de NASF que poderiam participar do programa. Todas as equipes participantes do PMAQ tiveram um ator chave para participação na avaliação da rede local de saúde. Neste estudo, foram utilizados instrumentos respondidos por profissionais das equipes de NASF e das equipes de AB. Farão parte da amostra deste estudo todas as equipes de NASF que aderiram ao ciclo 2 do PMAQ (n=1773), sendo 189 (10,7%) da região Sul, 520 (29,3%) da região Sudeste, 117 (6,6%) na região Centro Oeste, 126 (7,1%) no Norte e 821 (46,3%) no Nordeste.

### 3.2 Instrumento para coleta de dados

A fase de avaliação externa do PMAQ ciclo 2 ocorreu com a utilização de questionário elaborado pelas instituições de ensino superior do Brasil que participaram do planejamento do PMAQ, dividido em cinco módulos. A saber:

**Quadro 1:** Instrumentos de coleta de dados da fase de Avaliação Externa PMAQ 2.

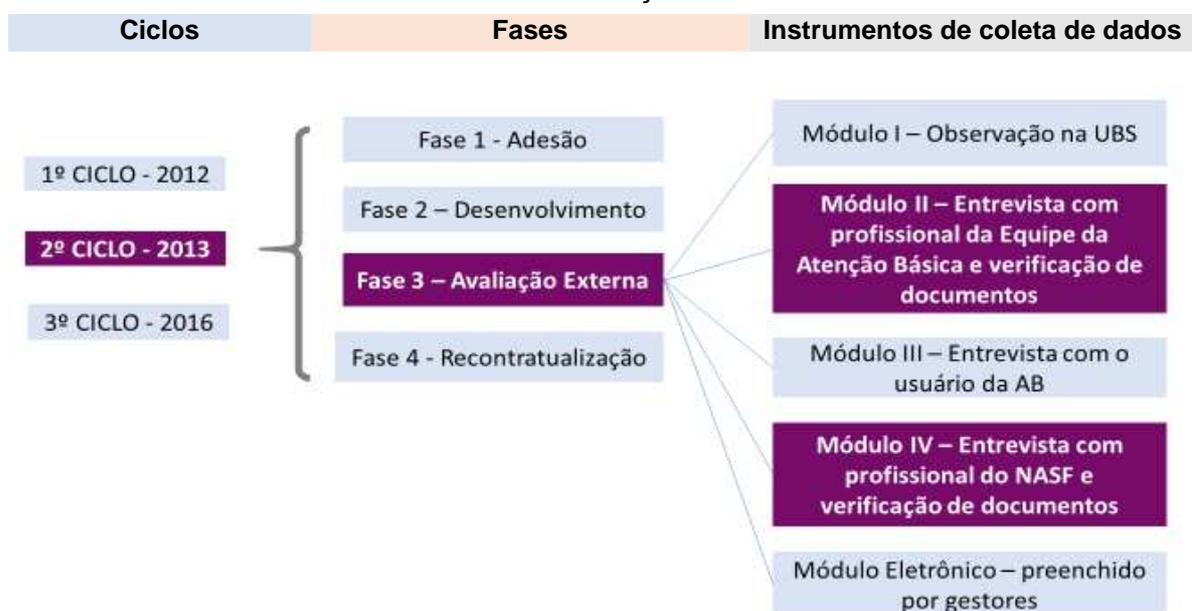
Módulos	Descrição	Sujeito
I	Aborda as condições de infraestrutura, materiais e insumos das UBS.	Profissional de nível superior da equipe.
II	Caracteriza a organização dos serviços e o processo de trabalho das equipes de atenção básica, com especial ênfase no acesso e qualidade da atenção e na articulação com a rede de atenção à saúde.	Profissional de nível superior da equipe.
III	Caracteriza o acesso, a utilização, a qualidade da atenção e a satisfação com o serviço segundo a percepção dos usuários.	Usuários de cada equipe (AB, SB, NASF).
IV	Informações sobre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Estrutura Física, organização da Gestão e Coordenação do NASF, Educação Permanente, Planejamento das ações do NASF, Organização da agenda, Organização do apoio matricial às EAB, Gestão da demanda e da atenção compartilhada e Registro de atividades).	Profissional de nível superior componente da equipe de NASF.
Online	Informações contratuais do PMAQ.	Gestores da AB

Os dados foram coletados por meio de formulários eletrônicos utilizando-se tablets com envio automatizado ao Ministério da Saúde. A análise de consistência do banco de dados ficou a cargo de cada uma das seis instituições

que lideraram a coleta, sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Para este projeto que pretende descrever a participação do PEF no NASF e características das equipes, serão utilizados os dados coletados pelos instrumentos dos módulos II e IV da fase de Avaliação Externa do PMAQ 2 (anexos I, II e III). A figura 1 destaca os instrumentos que serão utilizados para análise dos dados.

**Figura 1.** Representação dos instrumentos de coleta de dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.



### 3.3 Variáveis do estudo

As variáveis independentes que serão utilizadas, especificamente neste estudo sobre a atuação do PEF no NASF estão apresentadas no Quadro 2.

**Quadro 2.** Operacionalização, definição e categorização das variáveis independentes utilizadas para o estudo sobre a atuação do PEF no NASF.

VARIÁVEIS	CATEGORIZAÇÃO	DEFINIÇÃO
<b>Contexto</b>		
Região	Sul Sudeste Centro Oeste Nordeste Norte	Catagórica Politômica

Porte do município	Muito pequeno (até 10.000 habitantes) Pequeno (10.001 a 30.000) Médio (30.001 a 100.000) Grande (100.001 a 300.000) Muito grande (mais de 300.000 habitantes)	Categórica ordinal
Índice de Desenvolvimento Humano	Muito baixo: até 0.499 Baixo: de 0.500 até 0.599 Médio: de 0.600 até 0.699 Alto: de 0.700 até 0.799 Muito alto: 0.800 até 1.000	Categórica ordinal
Cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família	Até 33.30% da população atendida pela ESF De 33.31% até 66.60% De 66.61% até 100%	Categórica ordinal
<b>Estrutura e Processo</b>		
<b>Estrutura Física</b>		
Espaços disponibilizados para a realização de atividades do NASF	Consultório específico Consultório compartilhado com equipe Sala de reuniões na unidade Espaços no território (exemplo: parques, escolas ou praças) Outros	Categórica politômica
Disponibilidade de veículo para o NASF	Sim Não	Categórica dicotômica
A disponibilidade de veículo atende as necessidades do NASF	Sempre Na maioria das vezes Às vezes Raramente Nunca	Categórica ordinal
Disponibilidade da gestão de insumos para realização de atividades do NASF	Sim Não	Categórica dicotômica
<b>Organização da Gestão e Coordenação do NASF</b>		
Existência de responsável, referência ou coordenação do NASF	Sim Não	Categórica dicotômica
Quem realiza a função de responsável ou coordenação do NASF	Coordenação da Atenção Básica Coordenação específica para a Equipe NASF na atenção básica Coordenação da região ou distrito de saúde do município Coordenação da UBS Outros	Categórica politômica
Periodicidade de reunião entre o NASF e sua coordenação	Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente Sem periodicidade definida Não acontecem	Categórica politômica
<b>Educação Permanente</b>		

Oferecimento de formação específica para o NASF quando profissional iniciou o trabalho	Sim, para todos os profissionais Sim, para alguns profissionais Não	Categórica politômica
Tipo de formação oferecida para os profissionais do NASF	Curso introdutório Oficina de capacitação Reunião informativa Outros	Categórica politômica
Opinião do profissional do NASF sobre a qualidade da formação oferecida	Muito Boa Boa Regular Ruim Péssima	Categórica ordinal
Oferecimento de educação permanente para os profissionais do NASF	Sim, para todos os profissionais Sim, para alguns profissionais Não	Categórica politômica
Opinião do profissional do NASF sobre a qualidade da educação permanente oferecida	Muito Boa Boa Regular Ruim Péssima	Categórica ordinal
Temas das atividades de educação permanente	Princípios e diretrizes da Atenção Básica Organização do processo de trabalho da Atenção Básica Organização do processo de trabalho do NASF Discussão de casos complexos e/ou Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) Metodologias de trabalho com grupos Ações de vigilância no território Condições crônicas Saúde mental Saúde da mulher Saúde da criança Reabilitação/ Saúde da Pessoa com Deficiência Situações de conflitos sociais (violência, uso de álcool e outras drogas, etc) Outros	Categórica politômica
<b>Organização do apoio matricial às EAB</b>		
<b>Existência de reunião interna da equipe de NASF</b>	<b>Sim</b> <b>Não</b>	Categórica dicotômica
<b>Atuação do NASF em horário coincidente com o horário das equipes de AB/SF</b>	<b>Sim</b> <b>Não</b>	Categórica dicotômica

<p><b>Periodicidade com que o NASF realiza atividades/encontros com as equipes apoiadas</b></p>	<p>Diariamente Semanal Quinzenal Mensal Sem periodicidade definida A periodicidade é diferente entre cada atividade/encontro</p>	<p>Categórica politômica</p>
<p><b>Atividades que acontecem nos encontros entre equipes de NASF e apoiadas (AB/SF)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas individuais do profissional do NASF</li> <li>- Consultas compartilhadas com os profissionais da Equipe de Atenção Básica</li> <li>- Discussão de casos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores</li> <li>- Discussão de casos que poderão gerar encaminhamentos a outros pontos de atenção</li> <li>- Construção conjunta com os profissionais da Equipe de Atenção Básica de projetos terapêuticos</li> <li>- Articulação, junto às equipes de Atenção Básica, de ações com outros pontos da rede de saúde e intersetorial</li> <li>- Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da Equipe de Atenção Básica</li> <li>- Discussões sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e também do próprio apoio do NASF à equipe</li> <li>- Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe</li> <li>- Realizam visitas com os profissionais da sua equipe</li> <li>- Definição de critérios de acesso, fluxos, atribuições de cada profissional</li> <li>- Monitoramento e avaliação de resultados da atenção compartilhada</li> </ul>	<p>Categórica politômica</p>
<p><b>Maneira mais frequente da equipe AB compartilhar o caso com o NASF</b></p>	<p>Encaminhamentos por escrito Discussão de casos Consultas compartilhadas Agendamento de consultas diretamente na agenda do profissional NASF Contato telefônico Outros</p>	<p>Categórica politômica</p>
<p><b>Ações de promoção da saúde e Atividades Físicas</b></p>		

Existência de apoio e desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas do NASF com as equipes de AB	Sim Não	Categórica dicotômica
Maneira pela qual acontecem as ações de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas do NASF com as equipes de AB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação e reabilitação da condição motora;</li> <li>- Avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória;</li> <li>- Avaliação e reabilitação de condições psicossociais;</li> <li>- Promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico;</li> <li>- Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição;</li> <li>- <b>Realização de práticas corporais e de atividade física junto aos pólos do programa academia da saúde e/ou outros espaços;</b></li> <li>- Orientações para redução de danos;</li> <li>- Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção;</li> <li>- Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular proposto;</li> <li>- Outros.</li> </ul>	Categórica politômica
Incentivo e desenvolvimento da prática de Atividade Física pela equipe de Atenção Básica	Sim Não	Categórica dicotômica
<b>Adequação das equipes de NASF em relação às necessidades do território</b>		
Existência de debate entre o gestor municipal e equipe da AB sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF	Sim Não Não sei	Categórica politômica
Profissionais do NASF que apoiam a equipe de AB	<p>Arte Educador Assistente social Farmacêutico Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Médico pediatra Médico psiquiatra Médico Acupunturista Médico Homeopata Médico Ginecologista/Obstetra Médico Geriatra</p>	Categórica politômica

	Médico Internista (Clínica Médica) Médico do Trabalho Médico Veterinário Nutricionista <b>Profissional de educação física</b> Psicólogo Sanitarista Terapeuta Ocupacional Outro	
Opinião do profissional da AB sobre a carga horária dos profissionais do NASF disponível para sua equipe	Muito suficiente Suficiente Razoavelmente suficiente Insuficiente Muito insuficiente	Categórica ordinal
<b>Resolutividade</b>		
<b>Acesso das Equipes de Atenção Básica (EAB) ao NASF</b>		
Meios de acesso da equipe de AB com o NASF	Em dias programados de atividades presenciais Por e-mail Por telefone Diretamente, a qualquer momento na própria UBS Mensagem de texto no celular Outro	Categórica politômica
Média de dias que o NASF leva para atender uma solicitação de apoio da equipe de AB	Número de dias em média	Numérica discreta
Opinião do profissional da AB sobre a frequência com que o NASF atende a solicitação da equipe no tempo adequado	Sempre Na maioria das vezes Às vezes Raramente Nunca	Categórica ordinal
<b>Resolutividade da atenção básica a partir do trabalho das equipes do NASF</b>		

<p>Opinião do profissional da AB sobre a contribuição do NASF nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Resolver as necessidades dos usuários</li> <li>b) Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada</li> <li>c) Qualificação dos encaminhamentos necessários</li> <li>d) Lidar com problemas com os quais antes não lidava ou tinha dificuldade</li> <li>e) Melhoria dos indicadores de saúde da população do território</li> <li>f) Ações e verificação de melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF</li> <li>g) Ampliação do acesso da população, por meio da ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS</li> </ul>	<p>Atribuição de nota de 0 a 10 sobre o apoio que a equipe de AB recebe do NASF</p>	<p>Numérica discreta</p>
<p>Avaliação do profissional da equipe de AB sobre o apoio recebido do NASF</p>	<p>0 a 10</p>	<p>Numérica discreta</p>

### 3.4 Operacionalização do desfecho

**Artigo 1.** O artigo 1 trata de revisão sistemática da literatura sobre o cenário de publicações sobre o NASF. Para atender o objetivo do estudo serão consideradas as variáveis: ano e idioma de publicação, método de estudo (qualitativo/quantitativo), amostra (Usuários/ Profissionais/ Gestores do NASF), profissão envolvida (Educação Física/ Fisioterapia/ Fonoaudiologia/ Medicina/ Nutrição/ Psicologia/ Terapia Ocupacional) e região do Brasil de realização do estudo (Sul/ Sudeste/ Centro Oeste/ Norte/ Nordeste).

**Artigo 2.** O desfecho do estudo sobre promoção de AF e participação do PEF no NASF será extraído partir de questões do módulo IV do PMAQ, direcionadas ao profissional do NASF. Ao profissional do NASF que respondeu

“sim” na questão “O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas? ” foi interrogado “De que forma o NASF realiza esse apoio? ” e para operacionalização do principal desfecho deste estudo, será considerada a prevalência de “Realização de práticas corporais e de atividade física junto aos pólos do programa academia da saúde e/ou outros espaços”, comparando a prevalência desta ação entre as equipes que possuem o Profissional de Educação Física com as que não possuem.

**Artigo 3.** O desfecho do estudo sobre a composição das equipes de NASF que apoiam os profissionais da AB, será operacionalizado a partir do questionamento presente no instrumento de coleta de dados do módulo II do PMAQ, direcionado aos profissionais da Atenção Básica: “Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? ”.

### **3.5 Seleção e capacitação de entrevistadores e logística do trabalho de campo do PMAQ**

O trabalho de campo do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi coordenado por universidades federais de todo Brasil, sendo estas as responsáveis pela seleção e treinamento dos entrevistadores, bem como o desenvolvimento da logística do trabalho de campo para coleta dos dados. Apesar disso, todas as universidades utilizaram instrumento único para treinamento e coleta de dados. A UFPEL representada pelo Departamento de Medicina Social, da Faculdade de Medicina, pelo seu grupo de estudo denominado AQUARES sob a liderança do Professor Luiz Augusto Facchini foi uma das universidades líderes de todo este processo, motivo pelo qual está sendo possível a realização deste estudo.

### 3.6 Processamento dos dados

Os dados foram coletados por meio eletrônico, por *tablets*, diante da multiplicidade de fontes de informação. Além disso, desta forma têm-se o processamento ágil de dados, uma vez que o volume a ser considerado é muito significativo.

A coleta eletrônica permitiu que durante o trabalho de campo houvesse validação dos dados de forma a barrar seu registro de forma equivocada, diminuindo o tempo de consolidação dos dados.

### 3.8 Análises dos dados

**Artigo 1.** Os resultados do estudo de revisão sistemática sobre as publicações a respeito do NASF e o profissional de educação física, serão analisados com a descrição das variáveis com frequências relativas e absolutas. As variáveis de interesse serão: ano e idioma de publicação, método de estudo, amostra, profissão envolvida e região do Brasil de realização do estudo. Os dados serão tabulados no programa *Excel for Windows* e exportados para o pacote estatístico *Stata 12.0* para análise descritiva

**Artigo 2.** Para análise dos dados do estudo “Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o profissional de Educação Física” que tem por objetivo descrever a prevalência de relato de ações de promoção de atividade física pelas equipes de NASF que possuem e não possuem o PEF, serão utilizados recursos de estatística descritiva e analítica. O banco de dados referente às informações coletadas pelos módulos II e IV do ciclo 2 do PMAQ será explorado através do pacote estatístico *Stata 12.0*.

**Artigo 3.** No terceiro artigo, que objetivará descrever quais os profissionais do NASF que apoiam as equipes de AB, serão realizadas análises descritivas (frequência relativa e absoluta). O banco de dados referente às informações coletadas pelos módulos II e IV do ciclo 2 do PMAQ será explorado através do pacote estatístico *Stata 12.0*.

### 3.9 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado aos entrevistados, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados individuais coletados. Houve exclusivamente a aplicação de questionário, sem coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

Considera-se este estudo como sendo de risco mínimo aos participantes, segundo os parâmetros do *International Ethical Guidelines for Biomedical Involving Human Subjects*. A proposta de pesquisa do ciclo 2 do PMAQ foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, sob o número: 487.055, de 02/12/2013.

### 4. Cronograma

Ano	2014		2015		2016		2017		2018
Atividades/ semestre	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	
Ingresso no doutorado									
Revisão de Literatura									
Elaboração do projeto									
Elaboração do artigo 1									
Defesa do projeto									
Elaboração do artigo 2									
Análise dos dados									
Elaboração do artigo 3									
Defesa da Tese									

### 5. Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Tese de conclusão de curso de Doutorado em Educação Física;
- Artigos para publicação em periódico científico;
- Sumário, baseado nos principais resultados do estudo, a ser divulgado na imprensa;
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

## 6. Financiamento

O PMAQ foi executado com financiamento do Ministério da Saúde. Para a coleta liderada pela UFPel foi estimado orçamento no valor total de R\$ 6.397.290,00 referentes à avaliação externa de 6.160 Equipes de Atenção Básica e 350 NASF, totalizando 6.510 serviços no Maranhão (MA), Minas Gerais (MG), Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS), Goiás (GO) e Distrito Federal (DF) (Quadro 3).

As estimativas de custos do trabalho de campo do PMAQ Ciclo 2 foram feitas considerando todas as atividades de infraestrutura e apoio logístico (bolsas dos entrevistadores, transporte interurbano, hospedagem e alimentação) sob responsabilidade do Consórcio UFPel. Ainda assim, considerou-se apoio das Secretarias Municipais de Saúde para transporte urbano e outras facilidades.

**Quadro 3.** Orçamento da avaliação externa sob responsabilidade do Consórcio UFPel. PMAQ 2.

Identificação do Orçamento	Valor em reais
Ajuda de custo aos pesquisadores e supervisores	R\$1.200.000,00
Deslocamento (passagens aéreas e rodoviárias)	R\$700.000,00
Material de consumo	R\$148.000,00
Pesquisadores de campo	R\$3.000.000,00
Despesas adicionais	R\$1.349.290,00
<b>Total</b>	<b>R\$6.397.290,00</b>

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, G. W. D. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/proesf/>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856–864, 1978.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual Rev Bul**, v. 18, n. 11, p. 356–60, 1992.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluacion y monitoreo de la calidad de la atencion. **Salud Publica de México**, v. 35, p. 94–97, 1993.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Tha Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.

FACCHINI, L. A. et al. **Projeto AQUARES Avaliação de Serviços de Saúde no Brasil: Acesso e Qualidade da Atenção Relatório Final** Pelotas Universidade Federal de Pelotas, , 2010.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 885–899, 2013.

FAUSTO, M. C. R. et al. Evaluation of Brazilian Primary Health Care From the Perspective of the Users. **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 60–70, 2017.

FLEXNER, A. Medical Education in United States and Canada: A Reported to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. **Word Health Organization**, v. 80, n. 7, p. 9, 2002.

GOMES, G. A. DE O. et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cadernos de Saude Pública**, v. 30, n. 10, p. 2155–2168, 2014.

HALLAL, P. C. **Global Observatory for Physical Activity**. Disponível em: <<http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

HEATH, G. W. et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 272–281, 2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 2003**. Rio de Janeiro: [s.n.].

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: [s.n.].

LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

LOCH, M. R.; TEIXEIRA, D. DE C.; RODRIGUES, C. G. E Os Homens ? E Os Que Moram Longe ? E Os Mais Jovens ? ...? Perfil Dos Usuários De Programas De. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 35, n. 4, p. 947–961, 2013.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) System in Primary Care. **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 4–11, 2017.

MADEIRA, M. C. et al. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do

Brasil: prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saude Pública**, v. 29, n. 1, p. 165–174, 2013.

MALTA, D. C. et al. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. supl 1, p. 159–167, 2008.

MALTA, D. C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, p. 79–86, 2009.

MARTINS, A. DA R. et al. Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saude Pública**, v. 26, n. 12, p. 2279–2295, 2010.

MATTA-MACHADO, A. T. G. et al. Is the Use of Information and Communication Technology Associated With Aspects of Women's Primary Health Care in Brazil? **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 11, 2017.

MELLO, L. DE A. F. DE et al. Evaluation of Primary Health Care Units in the Rio De Janeiro City According to the Results of PMAQ 2012. **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 12, 2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena** Resolução CNE/CES nº 7, de 31 de março de 2004, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº8080** Diário Oficial da União Brasil, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. [s.l: s.n.]. v. 5

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. **Série Pactos Pela Saúde**, p. 76, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 154/2008. Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 12 dez. 2015a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Caderno de Saúde Pública, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** Cadernos de Atenção Básica. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.654. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)** Brasil, 2011a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e

normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família. In: 1. ed. Brasília: Diário Oficial da União, 2011b. p. 204:55.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Cria a modalidade de NASF 3.**, 2012a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal Brasil**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/01/servicos-de-atencao-basica-do-programa-saude-da-familia-chegarao-a-mais-56-municipios>>. Acesso em: 24 abr. 2017b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: [s.n.]. v. 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Revisão da portaria MS/GM nº 687, 30 de março de 2006** Brasília - DF, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, D. DE A. B. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Disponível em: <[http://www.crefito2.gov.br/clientes/crefito2/fotos/NASF\\_caderno\\_39.pdf](http://www.crefito2.gov.br/clientes/crefito2/fotos/NASF_caderno_39.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. **ABC do SUS - Doutrinas e princípios**. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: [s.n.].

NEVES, M. et al. Primary Care Dentistry in Brazil From Prevention to Comprehensive. **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 14, 2017.

PORTERFIELD, J. D. Evaluation of Patients: Codman Revisited, 1916. **Bull. N. Y. Acad. Med.**, v. 52, n. 1, p. 30–8, 1976.

REIS, E. J. F. B. DOS et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50–61, 1990.

ROCHA, T. A. H. et al. Primary Health Care and Cervical Cancer Mortality Rates in Brazil A Longitudinal Ecological Study. **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 24–34, 2017.

RODRIGUES, J. D. et al. Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB Profile and conduct of Physical Education Professionals in health family teams of the metropolitan region in João Pessoa. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 352–365, 2015.

SANTOS, S. F. DA S. DOS et al. The work of physical education professionals

in Family Health Support Centers (NASF): a national survey. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, n. November, p. 693–704, 2015.

SANTOS, S. F. DA S. DOS; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 17, n. 3, p. 188–194, 2012.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. 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. **J Health Sci Inst**, v. 30, n. 4, p. 411–8, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61–74, 2011.

SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA. PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. **Ministério da Saúde**, 2003.

SEUS, T. et al. Autorrelato de diabetes e atividade física no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Pelotas**, v. 17, n. 6, p. 519–531, 2013.

SEUS, T. L.; FREITAS, M. P.; SIQUEIRA, F. V. FAMILY HEALTH SUPPORT CENTERS: WHAT IS THE PUBLICATIONS SCENARIO? **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 22, n. 5, 2018.

SILVA, S. R. **A representação social dos princípios do Sistema Único de Saúde pelos seus usuários**. [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, L. M. V. DA; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80–91, 1994.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1917–1928, 2009a.

SIQUEIRA, F. V. et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 203–213, 2009b.

SIQUEIRA, F. V. et al. Fatores considerados pela população como mais importantes para manutenção da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, p. 961–71, 2009c.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 1, p. 5–10, 2011.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4395–4404, 2011.

TOMASI, E. et al. Diabetes Care in Brazil Program to Improve Primary Care. **J Ambulatory Care Manage**, v. 40, n. 2, p. 12–23, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable disease 2010. **Geneva**, 2011.

**RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA TESE APRESENTADA AO CURSO DE  
DOUTORADO DA ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA LINHA  
EPIDEMIOLOGIA DA ATIVIDADE FÍSICA**

## **Elaboração do projeto de pesquisa**

Ao ingressar no curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (PPG/ESEF-UFPEL), no segundo semestre de 2014, iniciou-se o planejamento do projeto de tese a ser desenvolvido, através de reuniões frequentes entre a aluna e orientador.

Em 2015, foram definidos os desfechos a serem estudados bem como os métodos que seriam utilizados. A UFPEL é uma das instituições líderes da fase de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Desta forma, foi possível ter acesso ao banco de dados do PMAQ ciclo 2, ocorrido em 2013.

Durante o período de desenvolvimento do projeto de tese, foram estabelecidos os seguintes objetivos: a) revisar a literatura acerca das publicações sobre o NASF e verificar a participação da Educação Física neste contexto; b) descrever a prevalência de ações de promoção de atividade física pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de acordo com a presença ou não do Profissional de Educação Física; c) identificar quais profissionais do NASF apoiam as equipes de Atenção Básica.

## **Qualificação do projeto de pesquisa**

Em março de 2017, ocorreu a banca de qualificação do projeto de tese, com participação na banca os professores Airton Rombaldi, Luiz Augusto Facchini e do orientador Fernando Vinholes Siqueira.

Após este evento foram atendidas as sugestões da banca em relação ao projeto de tese e desta forma procedeu-se a análise dos dados e elaboração dos artigos provenientes da tese.

## **Modificações no projeto inicial**

As principais modificações realizadas no projeto foram realizadas com o objetivo de atender as sugestões da banca de qualificação. Diante disso as principais mudanças foram: aprofundar alguns itens da revisão bibliográfica,

descrever a metodologia do PMAQ; transferir detalhes do PMAQ para o item revisão bibliográfica; e apresentar desfechos, objetivos e análise de dados separadamente para cada um dos três artigos propostos.

## **ARTIGO 1**

**CARTA DE ACEITE DO ARTIGO 1**



Pelotas, 23 de janeiro de 2018.

Prezados Profs. Thamires Seus, Matheus Freitas, Fernando Siqueira,

Em nome do Conselho Editorial da Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, informo que seu artigo intitulado "FAMILY HEALTH SUPPORT CENTERS: WHAT IS THE PUBLICATIONS SCENARIO?" **foi recomendado para publicação na forma atual**. O mesmo será encaminhado para o setor de formatação e produção gráfica, e os(as) Srs.(as) receberão uma prova tipográfica antes da publicação do mesmo.

Sem mais para o momento,

Atenciosamente,



Cassiano Ricardo Rech

---

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech  
Editor Chefe

Artigo de Revisão

Publications scenario about Family Health Support Centers

Cenário de publicações sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Publications scenario about FHSC

Autores

Thamires Lorenzet Seus<sup>1</sup>

Número do ORCID: 0000-0001-6714-1586

Matheus Pintanel Freitas<sup>1</sup>

Número do ORCID: 0000-0001-7993-3978

Fernando Vinholes Siqueira<sup>1</sup>

Número do ORCID: 0000-0002-2899-3062

1. Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-Graduação em Educação Física,  
Pelotas, RS – Brasil.

Correspondência

Thamires Lorenzet Seus

seustl@gmail.com

Escola Superior de Educação Física UFPel. Rua Luís de Camões nº625 Três Vendas,  
Pelotas – RS, 96055-630.

Contagem de palavras no texto: 3298

Contagem de palavras no resumo: 207

Contagem de palavras no Abstract: 128

Número de referências: 75

Número de Ilustrações: 5

## RESUMO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008 para ampliar a abrangência e as ações das equipes de Saúde da Família. Ainda não há um panorama de estudos sobre o programa e a inserção do Profissional de Educação Física (PEF). O objetivo deste estudo é investigar o cenário de publicações sobre o NASF e a participação do PEF. Conduziu-se revisão sistemática, registrada no PROSPERO, nº CRD42016043650, seguindo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), nas bases de dados *Pubmed*, *Lilacs*, *Scopus*, *Bireme* e *SciELO*, com as seguintes palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; NASF; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Estudos de Intervenção; Educação Física; Atividade Física; e suas respectivas palavras na língua inglesa. Foram incluídos estudos publicados entre 2008 e 2015. Foram encontrados 60 estudos sobre o NASF, sendo a maioria no método qualitativo, sobre a implantação do programa e ações desenvolvidas pelas equipes. Dentre estes, sete são da área da Educação Física, realizados principalmente na região Sul (42,8%). Conclui-se que os estudos sobre o NASF, em sua maioria são de caráter qualitativo e não abordam a efetividade das ações desenvolvidas, apenas as descrevem. Bem como acontece com as publicações sobre o PEF.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Educação Física e Treinamento.

## ABSTRACT

A systematic review about publications on the Family Health Support Centers (FHSC) and the participation of the Physical Education Professional (PEP) was conducted. Recorded in PROSPERO, following the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) in *Pubmed*, *Lilacs*, *Scopus*,

*Bireme* and *SciELO*, with the following keywords: Family Health Support Center; FHSC; Primary Health Care; Health Promotion; Intervention Studies; Physical Education; Physical Activity. Sixty studies about NASF were found, most of them about the implementation of the program and about actions undertaken by the teams. Of the total, seven studies in the area of Physical Education. In conclusion, studies about FHSC are qualitative methods and do not address the effectiveness of the developed actions, only describe them. As well as with publications about PEP.

**Keywords:** Primary Health Care; Health Promotion; Physical Education and Training.

## **Introduction**

Primary care (PC) is the first level of attention of the Brazilian health system<sup>1</sup> and the main access to the health system. PC is characterized by a set of health actions, in individual and collective scope, which promotion and protection of health, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and maintenance of health. The aim of PC is to offer universal access and integral care<sup>1</sup>.

Aiming to expand, qualify and consolidate primary care, the National Policy of Primary Care (in portuguese: Política Nacional de Atenção Básica) gave rise to the Family Health Strategy (FHS) (in portuguese: Estratégia Saúde da Família)<sup>1</sup>. The FHS favors the reorientation of the work process with the possibility to deepen the principles, guidelines and foundations of PC. In addition, it expands the impact on health of the population and provides an important cost-effectiveness relationship<sup>1,2</sup>. Moreover, the FHS replaces the traditional model and improves the quality of life of the population by approaching the families<sup>2</sup>.

The professionals who compose the Family Health teams have general characteristics and, in order to expand the breadth and scope of their actions, in 2008 the Family Health Support Centers (FHSC) (in portuguese: Núcleo de Apoio à Saúde da Família) were created<sup>3</sup>. The FHSC is configured as a multi-professional team that works seamlessly with the Family Health Teams (FHT) (in portuguese: Equipe Saúde da Família), primary health care teams (in portuguese: Equipes de Atenção Básica) and with the Community Health and Fitness Program (in portuguese: Programa Academia da Saúde)<sup>2</sup>.

The Physical Education Professional (PEP), in turn, can be part of the FHSC teams and work together with other professionals in order to promote actions for the prevention and control of chronic diseases and to reduce physical inactivity levels. Even though Brazil has occupied the seventh position amongst the countries that contributed the most in research regarding physical activities in 2013<sup>4</sup> and a thematic edition of the Brazilian Journal of Physical Activity and Health about promotion of physical activity being released in 2016<sup>5</sup>, there is still no panorama of the studies on the program and on the inclusion of PEP on FHSC.

Although there is a systematic review in the literature regarding the insertion and performance of PEP in primary care<sup>6</sup>, no information exclusively related to FHSC is presented and, therefore, there are no data yet on how much the FHSC is searched, or on what types and on which regions of the country the studies are developed. In addition, the increase in the prevalence of Chronic Noncommunicable Diseases (CNCD) signaled the importance of giving attention to the level of physical activity of the populations, since this is an important and modifiable risk factor for such disorders. Furthermore, it is known that if 25% of world physical inactivity were eliminated, up to 1.3 million deaths per year

could be prevented<sup>7</sup>. Globally, physical inactivity is responsible for more deaths per year than smoking<sup>8</sup>, which stresses the importance of this construct in public health.

Faced with this reality, the question is: what is the scenario of publications about the FHSC and how does the participation of the PEP in this context? In order to answer this question, this study aimed to systematic review the literature on the FHSC and to describe the participation of the Physical Education Professional in this multi-professional team. In addition, to characterize them regarding year of publication, study method, sample used, profession involved, and region of Brazil where they took place.

## **Method**

### *Study design*

A systematic review of the literature on studies involving the FHSC and the Physical Education in the context of publications was performed.

### *Database and key-words*

The searches were conducted in *Pubmed, Lilacs, Scopus, SciELO* and *Bireme*, using the following keywords: Family Health Support Center; FHSC; Primary Health Care; Health Promotion; Intervention Studies; Physical Education; Physical activity and their respective words in Portuguese, *Núcleo de Apoio à Saúde da Família; NASF; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Estudos de Intervenção; Educação Física* and *Atividade Física*.

### *Search strategy*

The review was recorded in the systematic reviews registration base, under registration number CRD42016043650, and follows the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)<sup>9</sup>.

Two researchers between December of 2015 and January of 2016 carried out the search independently. Among the combinations, we used the terms Family Health Support Center "OR" FHSC and the operator "AND" to the keywords: 1 – Primary Health Care; 2 - Health Promotion; 3 - Intervention Studies; 4 - Physical Education; 5 - Physical Activity; the same method was applied to all these words in Portuguese.

All articles found were exported to the reference management software *EndNote*, and duplicates were deleted. The references of all papers included in the review were revised with the aim of finding new studies that would fit the inclusion criteria. A full

reading of all manuscripts included in this review was accomplished and the information of interest was held. The variables extracted were: year of publication and language, method and type of study, sample, profession involved and region of Brazil where the study took place.

#### *Inclusion and exclusion criteria*

There were no constraints regarding language, year of publication or type of study. The inclusion criteria were: 1) Scientific publication (article, thesis, or dissertation); 2) Presenting the expression "Family Health Support Center" in the title, or "FHSC" in the abstract and other keywords in the text. In the *Lilacs* database, there was no search option for abstracts only, so in order to search "FHSC", we selected the content "words", considering any text location.

The exclusion of publications occurred 1) when it was not a scientific article, 2) when the subject was about the Primary Care (PC) or the Family Health Strategy programme (ESF) but without the participation of the Family Health Support Center, 3) when FHSC was not the main theme of the study, 4) in the case of literature review and 5) when the publication was a thesis from which the resulting article arising from it had already been included in the review.

#### *Data analysis*

Data were tabulated in the software Excel for Windows and exported to the Stata statistical package version 12.0 for descriptive analysis.

## Results

Initially, 467 articles were found. Out of these, 291 were duplicates and 98 were excluded for not meeting the specified requirements. Of the 78 articles selected for abstract reading, 26 were excluded. Therefore, 52 papers remained to be part of the study. By reviewing the references of these 52, 8 other manuscripts were incorporated, totalizing 60 studies in this review<sup>10-13,15-70</sup> (Figure 1).

Regarding the year of publication, we observed that the first article about the FHSC was published a year after its creation (2009), and in subsequent years (2010 to 2015) one (1.7%), three (5%), 13 (21.6%) 17 (28.3%) 14 (23.3%) and 11 (18.4%) studies were published, respectively.

From the 60 publications, 95% (n= 57) were in Portuguese. Of the total, 16 were theses or dissertations (all published in Portuguese with English abstract). Amongst the scientific articles (n= 44), 6.8% were in English (n= 3).

The methodology most commonly used in studies about FHSC is the qualitative approach, which is found in 81.6% (n= 49) of the publications, followed by the quantitative in 16.6% of the cases (n= 10). Only 1.8% (n= 1) used both qualitative and quantitative methodology.

The sample was composed by professional working in Primary Care (FHSC and FHS) in 75.4% (n= 43) of the studies found, followed by the participation of professionals and managers in 8.8% (n= 5), users 5.2% (n= 3), FHSC coordinators in 3.5% (n= 2), managers, professionals and users in 3.5% (n= 2). One study interviewed professionals and users (1.8%) and another one had households as sample units (1.8%). The sample size of the studies that were part of this review ranged from n= 1<sup>10</sup> to n= 1251

individuals<sup>11</sup>. There were those who used secondary data from the Department of Primary Care (DPC)<sup>12</sup> and from documents of the Ministry of Health<sup>13</sup>.

It can be noted, when addressing the professional field, that most publications (46.7%) are not specifically related to a profession (n= 28). The distribution of publications per field can be observed in Figure 2.

Regarding the regions of Brazil where researches on FHSC were conducted, it was observed that 40% are from the Northeast (n= 24) and 36.7% (n= 22) from the Southeast. 8.3% (n= 5) took place in the Southern region; and 5% (n= 3) in the Midwest. Six studies were carried out covering the whole country (10%). The states of São Paulo (n= 14) and Pernambuco (n= 7) were most frequently searched with frequency of appearance of 23.3% and 11.7%, respectively. Figure 3 shows a comparison of the publications in different regions of Brazil and the number of FHSC teams in 2015 according to the Department of Primary Care<sup>14</sup>.

The role of health professionals in the context of FHSC was the subject of 38.4% of the studies (n= 23). Other themes and their prevalence were: implementation of FHSC 8.3% (n= 5); evaluation of FHSC 8.3% (n=5); working procedure 8.3% (n= 5); interprofessional relationship 8.3% (n= 5); matrix support 5% (n= 3); evaluation of actions 3.3% (n= 2); professional training 3.3% (n= 2); user satisfaction 3.3% (n= 2); mental health 3.3% (n= 2); food insecurity 1.7% (n= 1); user profile 1.7% (n= 1); professional competences 1.7% (n= 1); training and professional role 1.7% (n= 1); work process and matrix support 1.7% (n= 1); profile and role 1.7% (n= 1). Table 1 shows a summary of all publications about FHSC found in this review.

Regarding articles of the Physical Education field in FHSC (n= 7), mostly used the quantitative method (n= 5). Quantitative studies aimed to: a) describe the characteristics of physical activity programs in primary care considering the presence of

FHSC<sup>11</sup>; b) describe the profile of PEP and its performance in FHSC<sup>6</sup>; c) verify the profile of the users participating in physical activity programs offered by FHSC<sup>15</sup>; d) characterize the implementation of FHSC and analyze the insertion of PEP<sup>12</sup> and; e) report the Health Education practices developed by PEP in FHSC<sup>16</sup>. Souza and collaborators<sup>17</sup>, through qualitative methodology, sought to verify the intervention characteristics of PEP inserted in FHSC interviewing seven professionals who worked in northern Paraná. In order to understand the insertion of PEP in FHSC, Furtado & Knuth, using a qualitative methodological strategy, interviewed a management professional and a PE professional from a FHSC<sup>18</sup>. Table 2 presents a summary of studies of physical education on FHSC.

## Discussion

The main finding of this review was the predominance of studies about FHSC that describe the professional role (38.4%) and 11.7% with PEP. We summarized the information related to the year of publication, the main subjects addressed, the type of method used in the studies, the regions of Brazil where the researches took place, and the language of the publications.

The FHSC was created by the publication of the Decree No. 154 of the Ministry of Health in 2008<sup>19</sup>, which explains the fact that the publications about the program start with only a single study in 2009 (1.7%) with progressive increase in the number of publications until 2013 (28.3%). In 2014, 23.3% of the studies were published and in 2015, 18.4% (n= 11). However, this slight decrease of publications is not relevant if we consider that the number of annual publications on a given subject will not always be constant. For instance, a review that searched for studies on promotion of physical activity in SUS published until April 2015, found that the highest number of publications occurred in the years 2014 (n= 5) and 2013 (n= 4) and no studies were published in 2012<sup>20</sup>. In addition, the annual number of FHSC publications may be related to the percentage of teams deployed each year in Brazil. Excluding 2010, when 30% of the FHSC teams were implanted, 2013 and 2014 were the years that showed greater increase on this number, 18.9% and 25.5% respectively, according to the Department of Primary Care<sup>21</sup>.

It was observed that 93.4% of publications about FHSC are in Portuguese, and even those studies that are published in English, are part of national magazines and were written by authors from Brazilian universities<sup>11,22,16</sup>. This percentage is justified by the fact that the subject is related to a Brazilian health system program, and corroborates with another study that reviews the literature about publications on professional actions in

primary care<sup>6</sup>, which found that all publications were in Portuguese. Nonetheless, publications in another language promote the Brazilian health model, as seen in a recent review on physical activity promotion in SUS that had 58.8% (n= 10) publications in English<sup>20</sup>. This could improve the internationalization of the Brazilian policy related to FHSC, and serve as a model for other government actions all over the planet.

Regarding the largest number of publications with qualitative methodology, Turato (2005)<sup>23</sup> considers that the qualitative methodology applied to health seeks to understand the individual or collective meaning of a phenomenon to people's lives. By knowing the meanings, it may be possible to improve the quality of professional-patient-family-institution relationship and to promote greater adherence of the population front to collective measures that are implemented. It can be inferred that the characteristics of the qualitative researches can explain their themes (generally the role of the professionals and the work process) and the use of this method in most publications about FHSC (81.6%). Whereas its creation was less than eight years ago, the studies seek to describe its implementation and characteristics of the professional role. However, since the FHSC is a public health policy, there is a need for quantitative studies that can be extrapolated and assess the impact that these centers are causing to the population's health and, therefore, evaluate its effectiveness.

About the sample number, it is believed that such variation (n= 1 to n= 1,251) can be explained by the methodologies used in the studies. In quantitative research, the number of subjects is statistically defined previously and essential to extrapolate the results, while in the qualitative methods this need is not present and the sample size is defined later<sup>23</sup>.

The interviewed subjects were mainly professionals working in primary care (75.4%, n= 43). We believe that this finding is related to the higher prevalence of the researched theme, namely professional role. This result may also be related to the fact that health care workers are more accessible to be part of such studies.

We also found that of the total number of studies, only 7 describe the participation of the PEP in FHSC (11.7%). A similar result was found by Rodrigues et al.<sup>6</sup> in their review article about integration and performance of the physical education professional in primary care. The fact that 46.7% of the studies about FHSC are not related to a particular profession can be understood by the fact that the studies deal with topics that cover whole teams and not just a single specialty. In addition, the FHSC principles are related to multiprofessional performance and matrix support, where actions are developed with the participation of professionals from different backgrounds prioritizing interdisciplinarity<sup>3</sup>.

We can verify that the prevalence of studies follows, in part, the prevalence of teams by region, with the Southeast region representing the majority of FHSC teams (28.9%) and researches (36.7%).

Despite the fact that the Southeast region has a higher percentage of publications than FHSC teams, it seems that the number of studies on the FHSC is generally proportional to the number of teams. According to the PMAQ<sup>11</sup>, in 2015, the distribution of teams in Brazil is similar to the publications, namely Northeast for 42% with the teams, Southeast with 28.9%, South with 14.6%, North with 7.4%, and Midwest with 7.3% (Figure 3). One fact to be highlighted is that the North region, despite having the fourth highest prevalence among the regions, does not have specific research. Only studies covering the whole country (n= 6) included it<sup>11-13,16,24,25</sup> which is not the recommended

when trying to verify the particularities of a given region. This shows the lack of research in the north of Brazil.

Two studies were subjectively classified as containing the theme "evaluation of actions". One of them qualitatively evaluates aspects related to the structure and process of speech therapist actions in FHSC<sup>26</sup>. The other one compares the prevalence of physical activity programs according to the presence of FHSC and describes the characteristics of these actions<sup>11</sup>. However, in this review, no study was identified as to evaluate the effect of interventions on outcomes of interest, presenting results of pre and post evaluation of FHSC interventions in the population. The main theme of the studies found was the description of the work of the health professionals in the context of FHSC.

It can be understood that this finding on the subject of the published works about FHSC may be related to the "stage" in which the FHSC is now. Created eight years ago and with teams implemented since 2010, FHSC is relatively recent if compared with other programs. However, studies evaluating FHSC actions are fundamental for their improvement, what may turn this into the main shortfall to be addressed in future publications.

In general, studies about PEP have similar characteristics to studies on FHSC, i.e., they mainly demonstrate information about the insertion and performance of the PEP in the teams, but do not evaluate the effect of the interventions developed in the outcomes of interest.

Amongst the studies about PE in FHSC, there was a predominance of publications in the South region (n= 3, 42.8%). However, Rodrigues and coworkers<sup>6</sup> have found a predominance of publications in the Southeast. It is believed that these percentages are directly related to the concentration of graduate programs in physical education in these

regions and consequently greater number of researchers. These data are strengthened through the research conducted by the Sucupira Platform<sup>27</sup> in May 2016, which showed that there was 49 functioning graduate courses throughout the country. Of these, 55.1% (n= 27) and 20.4% (n= 10) were in the Southeast and South regions, respectively.

Contrary to the results of the FHSC publications, most studies about physical education used the quantitative method<sup>11,12,15,16,28</sup>, but all of them were observational with a descriptive design. Likewise, the studies with qualitative methodology aimed to describe characteristics of PEP and its interventions in the FHSC<sup>17,18</sup>. Even though we know that descriptive studies are necessary and indispensable to any new subject in the field of public health, these results demonstrate the lack of diagnostic studies that evaluate the effectiveness of the interventions performed by the PEP, so that the insertion of this professional is legitimized. From the creation of the FHSC with PEP as a possible team member, it is of the utmost importance that researchers using quantitative and qualitative methodologies investigate whether the participation of these professionals has an impact on the different health outcomes of their coverage populations.

Brazil has occupied the seventh position among the countries that contributed the most to publications on physical activity and public health in the world in 2013. However, according to data from the Global Observatory of Physical Activity<sup>4</sup>, the share about FHSC is still small in comparison to the world scene of publications on physical activity. According to the present review, only three studies on PE in FSHC had been published by 2013 and, according to the Department of Primary Care, up to 2,767 teams were implemented throughout Brazil<sup>21</sup>. However, to date, there are no data on the number of PE professionals working in the FHSC teams.

These data reinforce the relevance of this review about the FHSC, which included scientific publications on the subject. However, the methodological quality of the included studies was not evaluated, which is a limitation of the present review.

Given the aforementioned findings, it might be observed that the scientific publications about the Family Health Support Center, in most cases, have a qualitative approach concerning the implementation and actions developed by the teams, and on the interprofessional relationships and matrix support. We detected a lack of studies that describe the effectiveness of the actions developed by the teams and the effects of the such actions in the population. Regarding the physical education professional, there are only few publications in the literature and these are aimed towards describing the insertion and role of PEP in FHSC teams. We did not find any publication evaluating neither the effect of the actions of the PEP nor the effect of the interventions on the population's health.

### **Conflict of interest**

The authors declared no conflict of interest

### **Author's contribution**

T. L. Seus (0000-0001-6714-1586)\* e F. V. Siqueira (0000-0002-2899-3062)\* participated in the search of publications, article writing and findings interpretation. M. P. Freitas (0000-0001-7993-3978)\* participated in the article writing and findings interpretation. \*ORCID number (*Open Researcher and Contributor ID*).

### **Acknowledgments**

Thanks to Nathalia Gnutzmann for her collaboration in the preparation of the maps.

## References

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Vol. 5, Série Pactos Pela Saúde. 2006. 60 p. Available from:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume\\_4\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf)
2. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Vol. I, Ministério da Saúde. 2012. 110 p. Available from:  
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Cadernos de Atenção Básica. 2010. 152 p. Available from:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)
4. Hallal PC. Global Observatory for Physical Activity [Internet]. Physical Activity Country Card: Brazil. 2015 [cited 2016 Dec 27]. Available from:  
<http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/>
5. Barros MVG, Lemos EC De, Ramos C, Silva DM. Programs and interventions for physical activity promotion in the Brazilian Unified Health System: a research object that starts to be unveiled. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2016;21(5):385-7.
6. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, Caminha IO, Farias Junior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Brazilian Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2013;18(1):5–15.
7. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-29.

8. Wen CP, Wu X. Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. *Lancet*. 2012;380(9838):192-3.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group, A information C and L information. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. *PLoS Med*. 2009;6(7).
10. Lancman S, Gonçalves RMDA, Cordone NG, Barros JDO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2013;47(5):968–75.
11. Gomes GAO, Kokubun E, Mieke GI, Ramos LR, Pratt M, Parra DC, et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. *Cad Saude Publica*. 2014;30(10):2155-68.
12. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev Bras Ativi Fís Saúde*. 2012;17(3):188–94.
13. Vasconcelos IAL, Sousa MF, Santos LMP. Evolução do quantitativo de nutricionistas na Atenção Básica do Brasil: A contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e da Estratégia Saúde da Família de 2007 a 2013. *Rev Nutr*. 2015;28(4):431-50.
14. Departamento de Atenção Básica. Relatório Estadual de Equipes de NASF [Internet]. Relatório Estadual de Equipes de NASF. 2016 [cited 2016 Apr 16]. Available from: [http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq\\_relatorio/relatorio/adesaopmaq](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq_relatorio/relatorio/adesaopmaq)
15. Aguiar CB, Costa NMSC. Formação e atualização de nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev Nutr*. 2015;28(2):207-16.

16. Ambrósio CES, Lorentz DL, Santos GFV, Leal LCDL, Nery TN. Atuação dos profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com enfoque ao trabalho do nutricionista. Vol. 1. UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE; 2009. Available from: <https://slidex.tips/download/universidade-vale-do-rio-doce-univale-faculdade-de-ciencias-da-saude-facs-curso>
17. Andrade AF, Lima MM, Silva NPMVL. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no NASF da cidade do Recife. *Audiol Commun Res*. 2014;19(1):52-60.
18. Andrade LMB, Quandt FL, 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. *Sau &Transf Soc*. 2012;3(1):18-31.
19. Araújo EMD, Galimberti PA. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicol Soc* [Internet]. 2013;25(2):461–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
20. Silva N, Kind L. Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Belo Horizonte. *Psicol Ciência e Profissão*. 2013;33(3):520-35.
21. Barros JDO, Gonçalves RMDA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2015;20(9):2847-56.
22. Barros CML, Farias Junior G. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. *Rev Saúde e Desenv*. 2012;1(1):140-54.

23. Bezerra PA. Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades [Internet]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2013. Available from: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/12258>
24. Bezerra RSS, Carvalho MFS, Silva TPB, Silva FO, Nascimento CMB, Mendonça SS, et al. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do Nasf em Camaragibe/PE. *Divulg Saúde Debate*. 2010;49:51-9.
25. Bonaldi AP, Ribeiro MD. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: as ações de promoção da saúde no cenário da estratégia Saúde da Família. *Rev APS*. 2014;17(2):195-203.
26. Brito FRSS. Os nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro: perfil, formação profissional e prática [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015. Available from: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/12970>
27. Cela M, Oliveira IF. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estud Psicol*. 2015;20(1):31-9
28. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate*. 2014;38(103):733-43.
29. Costa LS, Alcântara LM, Alves RS, Lopes AMC, Silva AO, Sá LD. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *CoDAS*. 2013;25(4):381-7.

30. Dibai Filho AV, Aveiro MC. Atuação Dos Fisioterapeutas Dos Núcleos De Apoio À Saúde Da Família Entre Idosos Do Município De Arapiraca-Al, Brasil. Rev Bras Promoç Saude. 2012;25(4):397-404.
31. Farias PB. Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde. 2012;129. Available from:  
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-713177>
32. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em município da região metropolitana do Recife. Rev CEFAC. 2013;15(1):153-9.
33. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, Titotto Castanharo RC, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: Potencialidades e desafios. Mundo da Saúde. 2014;38(2):129-38.
34. Fittipaldi ALM. Apoio Matricial nas ações de Alimentação e Nutrição: visão dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2013. Available from:  
<http://157.86.8.70:8080/certifica/bitstream/icict/2314/2/0000111.pdf%5Cnhttp://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3721>
35. Fragelli TBO. Análise das Competências Profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Universidade de Brasília; 2013. Available from:  
<http://repositorio.unb.br/handle/10482/14451>

36. Furtado G, Knuth AG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2015;20(5):514-23.
37. Gomes LMD. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a integralidade na atenção básica em saúde mental em um Município da região serrana do Rio de Janeiro. 2013;82. Available from:  
<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3838>
38. Gonçalves RMDA, Lancman S, Sznalwar LI, Cordone NG, Barros JDO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2015;40(131):59-74.
39. Hori AA, Nascimento A de F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Cien Saude Colet*. 2014;19(8):3561-71.
40. Lancman S, Barros JDO. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2011;22(3):263-9.
41. Leite DC, Andrade AB, Bosi MLM. A inserção da Psicologia nos Núcleos De Apoio À Saúde Da Família. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(4):1167-87.
42. Leite DF, Nascimento DDG do, Oliveira MA de C. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2014;24(2):507-25.

43. Lima ACS, Falcão IV. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF do Recife, PE. Cad Ter Ocup [Internet]. 2014;7(1):3–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.002>
44. Loch MR, Teixeira DC, Rodrigues CG. E Os Homens ? E Os Que Moram Longe ? E Os Mais Jovens ? Perfil Dos Usuários De Programas De. Rev Bras Ciências do Esporte [Internet]. 2013;35(4):947-61.
45. Mafra LPV. A trajetória do NASF no município de Piraí: uma análise para além da gestão. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2012. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-653037?lang=pt>
46. Magalhães CCB. Contribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador. Vol. 1, Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2014. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14206>
47. Matuda CG. Cooperação interprofissional : percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo (SP). Dissertação (Mestrado) 2012. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26102012-102123/pt-br.php>
48. Menezes CADE. Implantação do núcleo de apoio ao programa de saúde da família (NASF) em Olinda: Estudo de Caso. Dissertação (Mestrado) 2011. Available from: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011menezes-ca.pdf>
49. Molini-avejonas DR, Aboboreira MS, Inês M, Couto V, Molini-avejonas DR. Inserção e atuação da Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2014;26(2):148-54.

50. Nascimento CMB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise da atenção à saúde em municípios da Região Metropolitana do Recife [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz; 2014. Available from: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/10666>
51. Nóbrega JSM. Avaliação das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Macaíba/RN. Vol. 1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação (Mestrado) 2013. Available from: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17827>
52. Oliveira FRL. A integração das ações no campo da Saúde Mental entre a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família: desafios para uma prática interdisciplinar. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo 2013.
53. Patrocínio SSSM. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação (Mestrado) 2012. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24618/1/677.pdf>
54. Peixoto MRG, Ramos K, Martins KA, Schincaglia RM, Silva LAB. Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Itumbiara, Goiás. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2014;23(2):327-36.
55. Reis DCD, Flisch TMP, Vieira MHF, Santos-Junior WS. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2012;21(4):663-74.
56. Reis F, Vieira ACVC. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE Insertion

of occupational therapists in the support centers for family health of Fortaleza. *Cad Ter Ocup.* 2013;21(2):351-60.

57. Rodrigues DCM, Bosi MLM. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev Nutr.* 2014;27(6):735-46.

58. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Junior JCF, Caminha IO, Florindo AA, Loch MR. Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa , PB Profile and conduct of Physical Education Professionals in health family teams of the metropolitan region in João Pessoa. *Rev Bras Atividade Física Saúde.* 2015;20(4):352-65.

59. Sampaio J. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2012;16(3):317-4.

60. Sampaio J, Martiniano C, Rocha A, Neto A, Sobrinho G, Marcolino E, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2013;17(1):47-54.

61. Santana JS, Azevedo TL, Reichert ADS, Medeiros AL, Soares MJGO. Center for family health support: team performance at the family health strategy. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2015;7(2):2362.

62. Santos SFS, Benedetti TRB, Medeiros TF, Freitas CLR, Sousa TF, Costa JLR. The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASF): a national survey. *Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Hum.* 2015:693-704.

63. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos

profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):207684.

64. Silva JP. A inserção do nutricionista no NASF no município do Rio de Janeiro. 2012.

65. Soleman C, Martins CL. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - Especificidades do trabalho em equipe na Atenção Básica. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1241-53.

66. Souza FLD, Chacur EP, Rabelo MRG, Silva LAM, Villela WV. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família : percepção do usuário. *Saúde em Debate*. 2013;37(97):233—0.

67. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: um estudo sob a ótica dos gestores, profissionais e usuários de saúde da família. *Rev APS*. 2014;17(2):189-4.

68. Souza MC, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento , ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*. 2013;37(2):176-84.

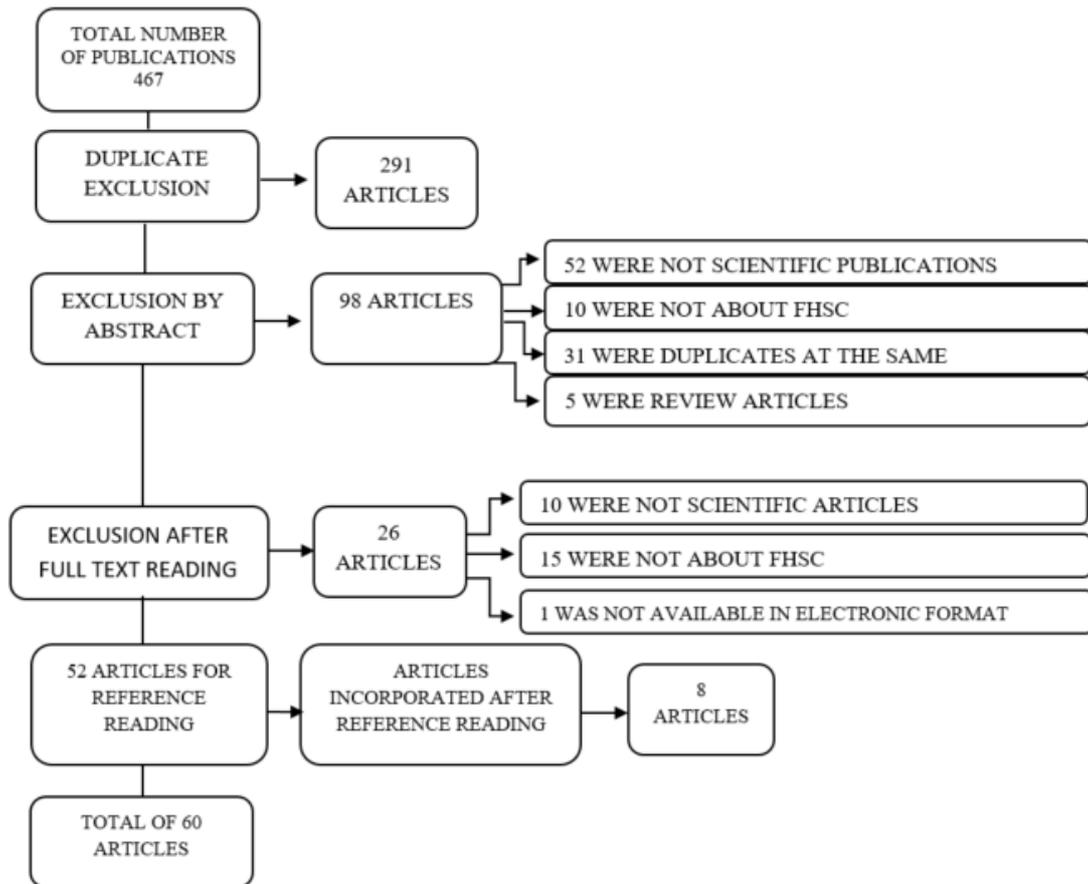
69. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev Bras Ativi Fís Saúde*. 2011;16(1):5-10.

70. Vannucchi AMC, Junior NC. Modelos tecnoassistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária à saúde no contexto atual do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012;22(3):963–82.

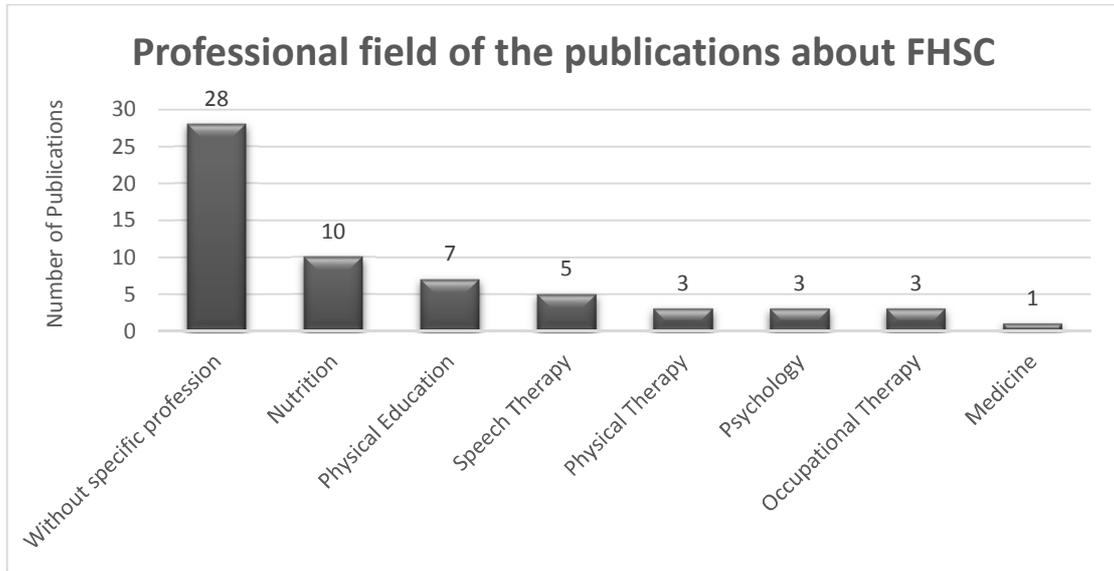
71. Ministério da Saúde. Portaria n 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Caderno de Saúde Pública 2008. Faltam dados??
72. Becker LA, Gonçalves PB, Reis RS. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro : revisão sistemática. Rev Bras Ativi Fís Saúde. 2016;21(1):112-24.
73. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família [Internet]. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. 2016. Available from: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)
74. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saude Publica. 2005;39(3):507–14.
75. CAPES. Plataforma Sucupira [Internet]. Dados Cadastrais do Programa. 2016 [cited 2016 May 10]. Available from: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/>

Recebido: 10/09/2017

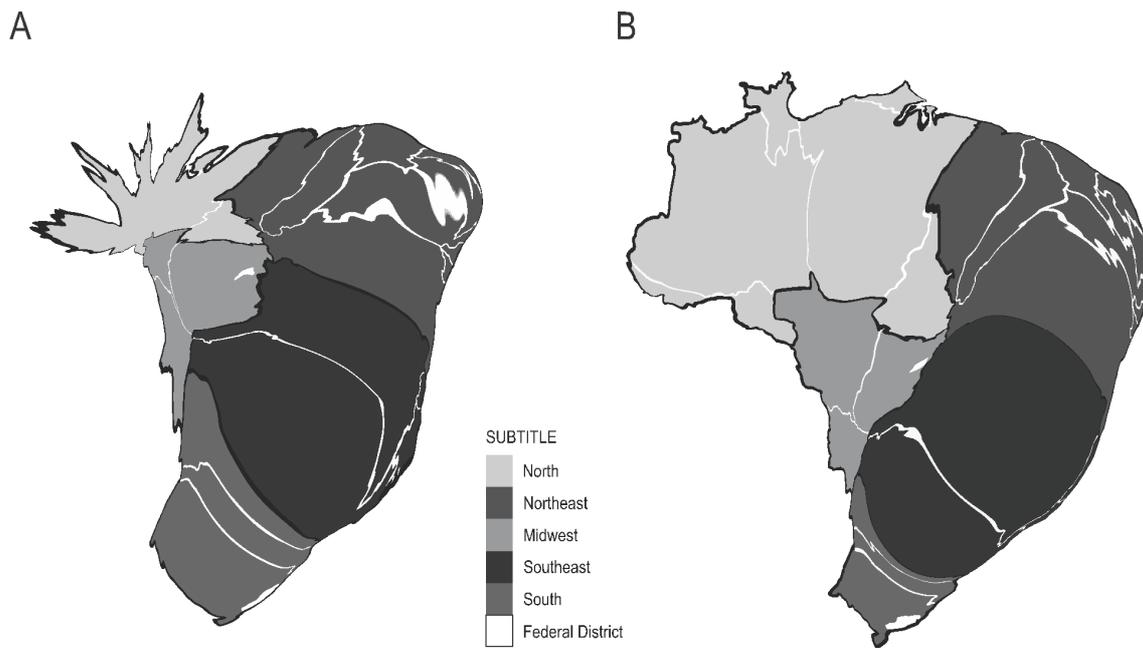
Aprovado: 12/12/2017



**Figure 1** – Flowchart of the search stages of the articles that comprised the review on FHSC.



**Figure 2** – Distribution of the number of publications about FHSC according to professional field (2009-2015).



**Figure 3** – Density map of number of publications about FHSC (A) and FHSC teams (B) according to the regions of Brazil (2009-2015).

**Table 1** – Results of the literature review about Family Health Support Centers with description of method used and study theme.

Variables	Studies
<b>Method of collection and analysis</b>	Qualitative (n= 49) <sup>10,16-31,33-42,45-53,56,57,59-61,63,64,66-70</sup>
	Quantitative (n= 10) <sup>11,12,29,30,31,15,32,33,28,16</sup>
	Qualitative and quantitative (n= 1) <sup>34</sup>
<b>Theme</b>	Training and professional role (n=1) <sup>29</sup>
	Professional role (n=23) <sup>13,35,36,37,38,39,40,41,30,18,42,43,44,33,45,46,16,47,34,48,49,17,50</sup>
	Profile and professional role (n=1) <sup>28</sup>
	Evaluation of actions (n= 2) <sup>11,26</sup>
	FHSC evaluation (n= 5) <sup>51,52,53,54,55</sup>
	Interprofessional relationship (n= 5) <sup>56,57,58,59,60</sup>
	Matrix support (n= 3) <sup>61,62,63</sup>
	Professional training (n=2) <sup>64,31</sup>
	Work process (n= 5) <sup>10,65,66,25,22</sup>
	Professional competences (n=1) <sup>24</sup>
	Mental health (n= 2) <sup>67,68</sup>
	Implementation of FHSC (n= 5) <sup>10,12,69,70,71</sup>
	User profile (n= 1) <sup>15</sup>
	Work process and matrix support (n= 1) <sup>72</sup>
	User satisfaction (n= 2) <sup>73,74</sup>
Food insecurity (n=1) <sup>32</sup>	

---

FHSC: Family Health Support Centers

**Table 2** – Results of the literature review on publications about Physical Education in the context of FHSC until the year of 2015. Reference, objective, methodology and results for each study are shown.

Reference	Objective	Methodology	Results
Souza CS, Loch MR; Rev Bras Ativ Fis e Saúde, 2011	To verify the intervention characteristics of PEP inserted in FHSC in northern Paraná municipalities.	Semi-structured interviews with seven PEP, interpreted with elements of the content analysis.	Intervention carried out through specific groups of physical activities, mini-lectures, home visits, prescription of aerobic and resisted activities.
Santos SFS, Benedetti TRB; Rev Bras Ativ Fis e Saúde, 2012	To characterize the implementation of FHSC and analyze the insertion of PEP in Brazil.	Descriptive study with secondary data from CNES/DATASUS. Implementation ceiling Indicators and Expansion Potential (EP) of FHSC.	The FHSC has great EP. Most municipalities did not have FHSC implemented. PE inserted in 49.2% of the teams.
Loch MR, Rodrigues CG, Teixeira DC; Rev. Bras. Ciênc. Esporte, 2013	To verify the profile of users of the physical activity programs offered by FHSC in Londrina (PR).	Descriptive and quantitative study. Interviews with all participants of physical activities programs offered in five Primary Health units (n=167).	Participants are mostly female (89.8%), over 50 years old, living close to the sites where the physical activities take place, with BMI above the normal (64.6%), good perceived health (62.3%), that had participated in the program two to three times a week (62.3%) and that move up to class walking (93.4%). Most participants claim to have some disease (78.4%), being hypertension the most prevalent (52.7%).
Gomes GAO, et.al; Cad Saúde Pública, 2014	To describe the characteristics of the physical activity programs on the Primary Care, accordingly to the presence of FHSC on the city, and by region in Brazil.	Telephone survey with 1,251 coordinators of health units. Questionnaire about the existence of interventions with physical activity and ints characteristics.	Health units without FHSC have less physical activity interventions (32.8%) than those with FHSC (50%), $p < 0.001$ . Similar interventions in units with and without FHSC. Mostly walking (81.8%) and stretching (77.3%) groups. Most activities happening in the morning shift (88%), once or twice a week (62.5%), with sessions of 30 minutes to an hour (51.4%).
Rodrigues JD, et.al; Rev Bras Ativ Fis e Saúde, 2015	To describe the profile and role of PEP in FHSC of the metropolitan region of João Pessoa, PB.	Semi-structured interviews with 15 PEP that worked for at least six months on a FHSC.	Licensed professionals in PE. The users perform mainly stretching (n=15) and walking (n=11). All of them develop specific evaluations such as blood pressure check (n=10) and body mass index (n=10). All reported actions directed to hypertension and diabetes.
Furtado GVN, Knuth AG; Rev	To understand, alongside with the management and with	Qualitative research guided by the theoretical and methodological	FHSC originated from a matricial network of mental health. The role of the PEP ranges from the clinical approach

---

Bras Ativ Fis e Saúde, 2015	the PE team, their perception about the particular role of the center and to present elements about its insertion, barriers, and contributions on the FHSC and SUS scenario, on the city of Rio Grande.	Minayo plan. Interviews with management professional and PEP from urban FHSC.	until the inclusion and humanization. Health promotion is the key element to the PEP. Main barrier is to operate the concept of health promotion in the current healthcare model.
Santos SFS, et.al; Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum, 2015	To present health education practices that are developed by PEP of FHSC in Brazil.	Descriptive and quantitative study, conducted via telephone interviews, with a representative sample of 296 professionals, stratified by Brazilian regions and FHSC modality.	The activities in health education take place in the Primary Health Care Unit (89.5%) and in open sites in the community (92.9%). The main themes addressed are physical activity, health and quality of life (51.4%) and prevention/treatment of comorbidities (32.3%). The users are mostly elderly people (68.8%) and people with hypertension or diabetes (30.9%).

---

## **ARTIGO 2**

## **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção à Saúde e atividade física no Brasil – PMAQ 2013**

Family Health Support Center: Health promotion of and Physical Activity in Brazil – PMAQ 2013

NASF: promoção à saúde e atividade física – PMAQ 2013

FHSC: health promotion and physical Activity – PMAQ 2013

Thamires Lorenzet Seus <sup>1</sup>; Denise S Silveira<sup>2</sup>; Elaine Tomasi<sup>2</sup>; Elaine Thumé<sup>3</sup>; Luiz Augusto Facchini<sup>2</sup> Fernando Vinholes Siqueira <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Universidade Federal de Pelotas.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina – Departamento de Medicinal Social – Universidade Federal de Pelotas

<sup>3</sup> Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas

Rua Luis de Camões 625, Pelotas, RS 96055-630, Brasil.

seustl@gmail.com

### **ABSTRACT**

The objective of this study was to describe: (i) the report of health promotion actions to Chronic non-communicable diseases patients (CNCD) by the Family Health Support Center (FHSC) teams according to context variables; (ii) the support of Physical Education Professional (PEP) to Primary Care (PC) teams; and (iii) the prevalence of the Physical Activity (PA) promotion action by FHSC. This is a cross-sectional study conducted in 2013 and 2014 with interviews of FHSC professionals from Health Care Units in urban and rural areas of Brazilian municipalities (in portuguese: PMAQ). The outcome was a report of actions that were developed or supported by NASF to promote health to CNCD people, based on the variables of the teams in the municipalities: state, region, population, human development index (HDI), and coverage of the Family Health strategy (FHS). The most prevalent action was the evaluation and rehabilitation of the psychosocial condition, which was realised by 90.8% of the teams. Among all actions, the promotion of PA was the sixth (6<sup>th</sup>) most accomplished by FHSC, with greater prevalence in the Southeast region (89.6%) in medium-sized

municipalities (88.7%) with average HDI (86.7%), and in those municipalities where the FHS coverage is high (85%). The PEP by FHSC supported the 87% of the AB teams. The number of FHSC teams serving the PC teams is below that recommended by the guidelines, indicating the need for more teams. It was revealed a increase in the prevalence of PA actions with the existence of NASF.

**Key Words:** Primary Health Care; Health Evaluation; Health Promotion; Motor Activity

## RESUMO

Objetivou-se descrever o relato de ações de promoção da saúde a portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de acordo com variáveis de contexto, o apoio do Profissional de Educação Física (PEF) às equipes de Atenção Básica (AB) e a prevalência da realização da ação de promoção de Atividade Física (AF) pelo NASF. Este é um estudo transversal com dados do PMAQ 2013/2014, com entrevistas a profissionais do NASF de Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana e rural de municípios do Brasil. O desfecho foi o relato de ações de promoção da saúde às pessoas portadoras de DCNT, desenvolvidas ou apoiadas pelo NASF, de acordo com variáveis dos municípios das equipes: estado, região, porte, índice de desenvolvimento humano (IDH) e cobertura da estratégia Saúde da Família (ESF). A ação mais prevalente foi avaliação e reabilitação da condição psicossocial, realizada por 90,8% das equipes. Dentre todas as ações descritas, a promoção de AF foi a sexta (6ª) mais realizada pelo NASF, com maior prevalência na região Sudeste (89,6%), nos municípios de médio porte (88,7%), com IDH médio (86,7%) e naqueles em que a cobertura da ESF é alta (85%). O PEF do NASF apoiou 87% das equipes de AB. O número de equipes de NASF que atende as equipes de AB está abaixo do recomendado pelas diretrizes, indicando a necessidade de mais equipes. Revelou-se importante aumento da prevalência de ações de PCAF com a existência do NASF.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Promoção da Saúde; Atividade Motora; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

## INTRODUÇÃO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são considerados um incremento qualificador da Atenção Básica (AB) visto que fornecem à população acesso a atendimento especializado de equipe multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Desta forma, as equipes de NASF devem direcionar suas ações para o desenvolvimento de estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, a melhoria da qualidade da atenção e o desenvolvimento de trabalhadores da AB (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2012). Os gestores municipais inscrevem suas equipes, de AB e NASF, que recebem as avaliações do PMAQ. Após a fase de avaliação externa, composta por entrevista aos profissionais, gestores e usuários da AB, as equipes são certificadas de acordo com o seu desempenho nas avaliações e passam a contar ou não com repasse de recursos financeiros.

Entre os indicadores da avaliação do PMAQ está o controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e, por isso, é investigado em entrevista com profissional do NASF o relato de desenvolvimento de estratégias de promoção e reabilitação da saúde, entre elas, ações de promoção de Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF).

Nas últimas décadas o mundo vive a transição epidemiológica com o aumento das DCNT responsáveis por 63% das mortes em 2008 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Estima-se que a inatividade física seja causa de 6 a 10% das principais DCNT e há evidências de que é responsável por 9% das mortes prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011) (LEE et al., 2012). Diante a essa realidade, aumentar o nível de AF da população tornou-se um objetivo do Sistema Único de Saúde (SUS) e as PCAF foram priorizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Este estudo tem o objetivo de descrever o relato de ações de promoção da saúde a portadores de Doenças Crônicas pelas equipes de NASF de acordo com características de contexto (estado, região, porte do município, IDH e

cobertura da ESF), o apoio do Profissional de Educação Física (PEF) às equipes de AB no âmbito do PMAQ, e revela a prevalência da realização da ação de promoção da AF pelas equipes de NASF.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado por 41 Instituições Federais de Ensino e Pesquisa, lideradas por: Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Federal do Piauí (UFPI) (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014). A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2013 e março de 2014 e envolveu cerca de 1000 entrevistadores e supervisores em todas as Unidades da Federação. Os dados foram coletados nas unidades de saúde das equipes que aceitaram receber as avaliações e inscreveram-se para participar do PMAQ por meio de formulários eletrônicos disponibilizados em *tablets*, com envio automatizado ao servidor central do Ministério da Saúde (MS). A análise da consistência do banco ficou a cargo das instituições líderes, sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS.

O instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ continha quatro módulos: a) Observação da Unidade de Saúde (Módulo I); b) Entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na UBS (Módulo II); c) Entrevista com usuário na unidade de Saúde (Módulo III) e; d) Entrevista com profissional do NASF (Módulo IV). Para o presente estudo foram utilizados dados obtidos a partir de entrevistas com profissionais das equipes de Atenção Básica e do NASF de todo Brasil.

O desfecho principal do estudo foi a prevalência das ações de promoção da saúde às pessoas portadoras de doenças crônicas, desenvolvidas ou apoiadas pelo NASF. As variáveis independentes foram: Unidade da Federação (23 estados brasileiros e o Distrito Federal (DF)); região geopolítica (Norte (N), Nordeste (NE), Centro-Oeste (CO), Sudeste (SE) e Sul (S)); porte do município (IBGE, 2010) (muito pequeno: até 10.000 habitantes; pequeno de 10.001 a

30.000; médio: de 30.001 a 100.000; grande: de 100.001 a 300.000; e muito grande: mais de 300.000 habitantes); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH (PNUD, 2010)(muito baixo: até 0.499; baixo: de 0.500 até 0.599; médio: de 0.600 até 0.699; alto: de 0.700 até 0.799; muito alto: 0.800 até 1.000) e cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2016) dividida em tercís (baixa: até 33,30%; média: de 33,31% até 66,60%; e alta: 66,61% até 100%).

Para analisar o apoio do PEF às equipes de Atenção Básica utilizou-se a seguinte questão do Módulo II: Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? Entre as opções de resposta: fisioterapeuta; profissional de educação física; médico veterinário; assistente social; nutricionista; fonoaudiólogo; farmacêutico; sanitarista; médico pediatra; médico ginecologista; médico psiquiatra; arte educador; terapeuta ocupacional; psicólogo; médico geriatra; médico obstetra; médico do trabalho; médico acupunturista; médico internista; médico homeopata.

A investigação de ações de promoção da saúde às pessoas portadoras de doenças crônicas desenvolvidas ou apoiadas pelo NASF, foi operacionalizada com perguntas extraídas do módulo IV: a) O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas? (Sim; Não); e, b) de que forma o NASF realiza esse apoio? (Avaliação e reabilitação da condição motora; Avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória; Avaliação e reabilitação de condições psicossociais; Promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico; Realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição; Realização de práticas corporais e de atividade física junto aos pólos do programa academia da saúde e/ou outros espaços; Orientações para redução de danos; Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção; Monitoramento dos usuários em acompanhamento em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular proposto; Outros).

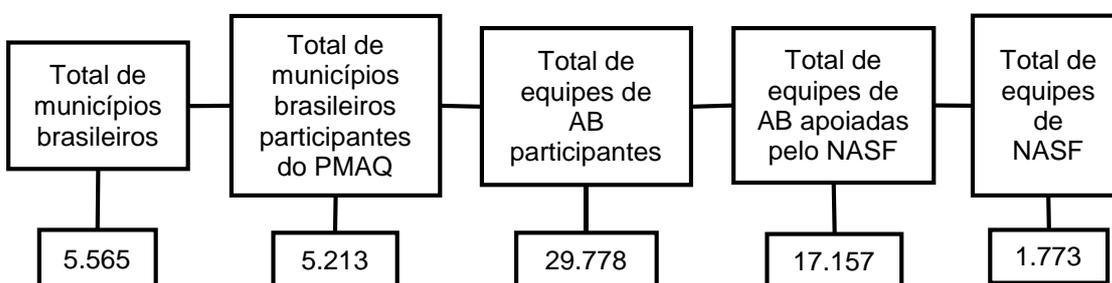
Na análise de dados empregou-se o pacote estatístico *Stata* 12.0. Primeiramente descreveu-se a distribuição de frequências relativas e absolutas

das variáveis. Foi utilizado teste qui quadrado para avaliar a diferença entre as proporções.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o ofício 38/12 de 10 de maio de 2012. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os autores declaram não haver conflitos de interesse em relação ao tema de estudo.

## RESULTADOS

No Brasil em 2013, 93,6% dos municípios brasileiros (n=5.213) aderiram ao PMAQ totalizando 29.778 equipes de AB entrevistadas. Entre estas, 17.157 (57,6%) recebiam apoio de 1.773 equipes de NASF para auxiliar suas ações (Figura 1). Entre as equipes de NASF, 76,7% eram modalidade NASF 1, 22,4% NASF 2 e 0,9% NASF 3.



**Figura 1.** Participantes do estudo sobre ações de promoção da saúde e atividade física desenvolvidas e/ou apoiadas pelos NASF no Brasil - PMAQ 2013.

As equipes de NASF estavam distribuídas em maior frequência no estado de Minas Gerais (n=295) com 16,6%, na Bahia 9,6% (n=170) e em São Paulo 8,4% (n=149). Quando verificada a distribuição por regiões do Brasil, 46,3% (n=821) delas encontravam-se da região Nordeste do Brasil, seguido das regiões Sudeste 29,3% (n=520) e Sul 10,7% (n=186) (Tabela 1).

Mais da metade das equipes de NASF estavam em municípios de pequeno (31,9%) e médio porte (26,1%) e com IDH classificado como médio

(37,2%) e alto (30,8%). Maior presença de equipes de NASF foi constatada em locais com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família (Tabela 1).

**Tabela 1.** Descrição de equipes de NASF (n=1.773) em relação a variáveis de contexto: estado, região, porte do município, Índice de Desenvolvimento Humano-IDH e de acordo com a cobertura da Estratégia Saúde da Família - ESF. Brasil- PMAQ-2013.

Variáveis de contexto	Equipes de NASF n=1.773	
	n	%
<b>Estado</b>		
Acre (AC)	9	0,5
Alagoas (AL)	54	3,0
Amazonas (AM)	29	1,5
Amapá (AP)	17	1,0
Bahia (BA)	170	9,6
Ceará (CE)	141	7,9
Distrito Federal (DF)	2	0,1
Espírito Santo (ES)	5	0,3
Goiás (GO)	60	3,4
Maranhão (MA)	44	2,5
Minas Gerais (MG)	295	16,7
Mato Grosso do Sul (MS)	38	2,1
Mato Grosso (MT)	17	1,0
Pará (PA)	38	2,1
Paraíba (PB)	116	6,5
Pernambuco (PE)	141	7,9
Piauí (PI)	86	4,8
Paraná (PR)	76	4,3
Rio de Janeiro (RJ)	71	4,0
Rio Grande do Norte (RN)	57	3,2
Rondônia (RO)	9	0,5
Roraima (RR)	4	0,2
Rio Grande do Sul (RS)	31	1,7
Santa Catarina (SC)	82	4,6
Sergipe (SE)	12	0,7
São Paulo (SP)	149	8,4
Tocantins (TO)	20	1,1
<b>Região</b>		
Norte	126	7,1
Nordeste	821	46,3
Centro Oeste	117	6,6
Sudeste	520	29,3
Sul	186	10,7
<b>Porte do município</b>		
Muito pequeno	151	8,5
Pequeno	566	31,9
Médio	462	26,1
Grande	219	12,3
Muito Grande	375	21,2
<b>IDH</b>		
Muito Baixo	5	0,3
Baixo	350	19,7
Médio	659	37,2
Alto	547	30,8
Muito alto	212	12
<b>Cobertura da ESF</b>		
Baixa	31	1,7

Média	384	26,7
Alta	1.358	76,6

**Porte dos municípios:** Muito pequeno: até 10.000 habitantes; Pequeno: 10.001-30.000 hab; Médio: 30.001-100.000 hab; Grande: 100.001-300.000 hab; Muito grande: acima de 300.000. **IDH:** Muito baixo: até 0.4999; Baixo: 0.500 – 0.599; Médio: 0.600-0.699; Alto: 0.700-0.799; Muito alto: 0.800-1.000. **Cobertura da ESF:** baixa: até 33.3%; Média: 33.31-66.6%; Alta: 66.61 até 100%.

Entre as equipes de AB, 87% (n=14.931) recebiam o apoio do profissional de Educação Física das equipes de NASF.

Do total das equipes de NASF 95,3% relataram apoiar e desenvolver com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas. Neste contexto, contatou-se que 84,6% das equipes de NASF (n=1.430) realizavam ações de promoção de Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF).

A proporção de equipes de NASF que realizavam ações de promoção de PCAF foi igual ou superior a 50% em todos os estados brasileiros. Destacaram-se os estados do Acre e Distrito Federal, onde 100% das equipes de NASF relataram realizar ações de promoção de AF, além de Minas Gerais (95,4%) e Goiás (95%) (Tabela 2).

Entre as regiões, a Sudeste apresentou a maior proporção de relato de equipes que promovem PCAF (89,6%) (p=0,001). Quando o contexto da promoção de PCAF foi examinado em relação ao porte dos municípios e ao IDH, aqueles municípios de médio porte (88,7%) (p=0,005) e médio IDH (86,7%) foram os que apresentaram melhores resultados (p=0,002). Não houve diferença no relato de promoção de AF em relação à cobertura da saúde da família nos municípios (Tabela 2).

**Tabela 2.** Prevalência do relato de realização de práticas corporais e atividade física por equipes de NASF segundo variáveis de contexto. PMAQ- Brasil 2013.

<b>Estados (n=1690)</b>	<b>Equipes de NASF n</b>	Realização de Práticas Corporais e Atividade Física
		<b>%(n)</b>
AC	8	100 (8)
AL	46	84,7 (39)
AM	24	87,5 (21)
AP	17	82,3 (14)
BA	164	84,8 (140)
CE	135	85,9 (116)
DF	1	100 (1)
ES	4	50 (2)
GO	59	95 (56)
MA	42	90,5 (38)
MG	286	95,4 (273)
MS	36	88,9 (32)
MT	16	68,7 (11)
PA	34	70,6 (24)
PB	112	75 (84)
PE	137	81 (111)
PI	83	68,7 (57)
PR	70	81,4 (57)
RJ	69	84 (58)
RN	56	83,9 (47)
RO	5	60 (3)
RR	4	50 (2)
RS	30	80 (24)
SC	81	87,5 (71)
SE	10	90 (9)
SP	143	81,8 (117)
TO	18	83,3 (15)
		p<0,001
<b>Região (n=1690)</b>		
Norte	110	79,1 (87)
Nordeste	785	81,7 (641)
Centro Oeste	112	89,3 (100)
Sudeste	502	89,6 (450)
Sul	181	84 (152)
		p<0,001*
<b>Porte do município (n=1690)</b>		
Muito pequeno	141	84,4 (119)
Pequeno	525	80,2 (421)
Médio	443	88,7 (393)
Grande	216	83,8 (181)
Muito grande	365	86,6 (316)
		p=0,005*
<b>IDH (n=1690)</b>		
Muito Baixo	5	80 (4)
Baixo	325	77,2 (251)
Médio	623	86,7 (540)
Alto	528	86,0 (454)
Muito alto	209	86,6 (181)

<b>Cobertura da ESF (n=1690)</b>		p=0,002*
Baixa	25	84 (21)
Média	374	83,2 (311)
Alta	1291	85 (1098)
		p=0,668*
<b>% (n TOTAL)</b>		<b>84,6 (1430)</b>

Entre todas as estratégias de cuidado, a ação mais prevalente foi Avaliação e reabilitação das condições psicossociais (90,8%), não apresentando diferenças entre os estados ( $p=0,53$ ), região ( $p=0,24$ ), porte do município ( $p=0,55$ ), IDH ( $p=0,6$ ), ou por percentual de cobertura da ESF ( $p=0,97$ ). O segundo maior relato foi de Tratamento e reabilitação dos agravos relacionados à alimentação (89,5%), o qual apresentou diferença significativa entre os estados ( $p=0,008$ ) sendo mais prevalente em Amapá, Distrito Federal, Roraima, Sergipe (ambos com 100%) (Tabela 3).

A prevalência de relato de ações de Avaliação e reabilitação da condição motora foi de 89,1%, com diferença entre os estados brasileiros ( $p<0,001$ ), maior entre municípios com IDH muito baixo ( $p=0,004$ ), e proporcional à cobertura da ESF, ou seja, maior naqueles municípios com cobertura da ESF entre 66,61% e 100% ( $p=0,048$ ). A Qualificação de encaminhamentos para outros pontos de atenção foi a quarta maior prevalência entre os relatos de ações de promoção da saúde (86,8%), com diferença significativa entre os estados ( $p<0,001$ ) (maior no Distrito Federal com 100%), as regiões ( $p<0,001$ ) (maior no Sudeste 90,2%), de acordo com o porte dos municípios ( $p=0,001$ ) (maior nos municípios muito grande 91,8%) e pelo IDH ( $p=0,01$ ) (maior nos municípios com IDH muito baixo com 100%). O relato de Orientações para redução de danos (86,6%) foi diferente entre as equipes quando avaliada a prevalência desta ação por porte do município ( $p<0,001$ ) (maior em municípios muito grandes 92,6%) e IDH ( $p=0,001$ ) (maior naqueles com IDH muito baixo 100%) (Tabela 3).

Dentre todas as ações avaliadas, o relato de Promoção de práticas corporais e atividade física foi a sexta (6ª) mais realizada pelas equipes de NASF, com diferença significativa entre as prevalências quando observadas as variáveis de contexto: estados ( $p<0,001$ ), Acre e Distrito Federal 100%, região ( $p<0,001$ ) maior na Sudeste 89,6%, porte dos municípios ( $p=0,005$ ) maior em

municípios de médio porte 88,7% e naqueles com IDH médio ( $p=0,002$ ) (Tabela 3).

As três ações de promoção da saúde menos relatadas foram: a) Avaliação e reabilitação das condições cardiorrespiratórias com prevalências diferentes entre os estados (maior em Amapá 88,5%) ( $p=0,017$ ) e de acordo com a cobertura da ESF ( $p=0,029$ ) (maior em Alta cobertura 70,7%); b) Promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico e, c) Monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção; ambas com prevalências diferentes entre os estados ( $p<0,05$ ), significativamente maiores na região Sudeste, nos municípios muito grandes, naqueles com IDH muito alto e com percentual de cobertura da ESF médio (Tabela 3).

**Tabela 3.** Prevalência do relato de ações de promoção da saúde por equipes de NASF segundo variáveis de contexto. PMAQ- Brasil 2013.

		Ações de promoção da saúde							
		A	B	C	D	E	F	G	H
		Avaliação e reabilitação da condição Psicossocial	Agravos da alimentação	Avaliação e reabilitação da condição Motora	Qualificação de encaminhamentos	Redução de danos	Avaliação e reabilitação da condição Cardiorresp	Adesão tto farmaco	Monitoramento
Estados	Equipes de NASF (n=1690)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
AC	8	100 (8)	62,5 (5)	87,5 (7)	87,5 (7)	62,5 (5)	50 (4)	50 (4)	75 (6)
AL	46	89,1 (41)	89,1 (41)	91,3 (42)	80,4 (37)	89,1 (41)	69,6 (32)	45,7 (21)	53,7 (22)
AM	24	87,5 (21)	91,7 (22)	91,7 (22)	75 (18)	66,7 (16)	79,2 (19)	50 (12)	61,9 (13)
AP	17	88,2 (15)	100 (17)	88,2 (15)	76,5 (13)	88,2 (15)	88,5 (15)	58,8 (10)	86,7 (13)
BA	164	87,2 (143)	89 (146)	83,5 (137)	89,6 (147)	90,2 (148)	59,1 (97)	63,4 (104)	72,7 (104)
CE	135	90,4 (122)	89,6 (121)	95,6 (129)	90,4 (122)	85,2 (115)	78,5 (106)	52,6 (71)	67,2 (82)
DF	1	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	100 (1)	0	100 (1)	100 (1)
ES	4	100 (4)	75 (3)	100 (4)	75 (3)	100 (4)	50 (2)	100 (4)	0
GO	59	88,1 (52)	84,7 (50)	91,5 (54)	83,1 (49)	93,2 (55)	62,7 (37)	66,1 (39)	73,1 (38)
MA	42	90,5 (38)	92,9 (39)	92,9 (39)	83,3 (35)	83,3 (35)	71,4 (30)	59,5 (25)	71,1 (27)
MG	286	94,1 (269)	93,4 (267)	91,3 (261)	91,3 (261)	87,4 (30)	75,2 (215)	80,1 (229)	72,1 (194)
MS	36	88,9 (32)	80,6 (29)	80,6 (29)	80,6 (29)	83,3 (35)	63,9 (23)	63,9 (23)	62,5 (20)
MT	16	87,5 (14)	87,5 (14)	62,5 (10)	37,5 (6)	68,8 (11)	50 (8)	68,8 (11)	28,6 (4)
PA	34	88,2 (30)	94,1 (32)	85,3 (29)	76,5 (26)	88,2 (30)	67,6 (23)	41,2 (14)	53,3 (16)
PB	112	88,4 (99)	88,4 (99)	91,1 (102)	91,1 (102)	85,7 (96)	74,1 (83)	54,5 (61)	56,6 (56)
PE	137	93,4 (128)	87,6 (120)	91,2 (125)	88,3 (121)	87,6 (120)	62,8 (86)	69,3 (95)	74,2 (95)
PI	83	84,3 (70)	90,4 (75)	89,2 (74)	86,7 (72)	80,7 (67)	72,3 (60)	49,4 (41)	67,1 (47)
PR	70	92,9 (65)	94,3 (66)	91,4 (64)	87,1 (61)	88,6 (62)	71,4 (50)	72,9 (51)	66,2 (43)
RJ	69	89,9 (62)	89,9 (62)	89,9 (62)	92,8 (64)	89,9 (62)	68,1 (47)	69,6 (48)	67,7 (42)
RN	56	98,2 (55)	96,4 (54)	92,9 (52)	91,1 (51)	87,5 (49)	71,4 (40)	67,9 (38)	65,5 (36)
RO	5	80 (4)	40 (2)	80 (4)	40 (2)	60 (3)	40 (2)	60 (3)	50 (2)
RR	4	100 (4)	100 (4)	100 (4)	75 (3)	100 (4)	50 (2)	75 (3)	100 (4)
RS	30	90 (27)	86,7 (26)	63,3 (19)	76,7 (23)	83,3 (25)	53,3 (16)	63,3 (19)	70,4 (19)
SC	81	95,1 (77)	90,1 (73)	88,9 (72)	82,7 (67)	84 (68)	69,1 (56)	85,2 (69)	63,6 (49)
SE	10	100 (10)	100 (10)	90 (9)	90 (9)	90 (9)	70 (7)	40 (4)	80 (8)
SP	143	90,2 (129)	83,2 (119)	86 (123)	87,4 (125)	90,2 (129)	65 (93)	71,3 (102)	86,8 (112)
TO	18	83,3 (15)	83,3 (15)	88,9 (16)	72,2 (13)	77,8 (14)	77,8 (14)	83,3 (15)	60 (9)
	p	0,53	0,008	0,001	<0,001	0,136	0,017	<0,001	<0,001
<b>Região (n=1690)</b>									
Norte	110	88,2 (97)	88,2 (97)	88,2 (97)	74,5 (82)	79,1 (87)	71,8 (79)	55,4 (61)	57,3 (63)
Nordeste	785	89,9 (706)	89,8 (705)	90,3 (709)	88,7 (696)	86,6 (680)	68,9 (541)	58,7 (461)	60,7 (477)
Centro Oeste	112	88,4 (99)	83,9 (94)	83,9 (94)	75,9 (85)	86,6 (97)	60,7 (68)	66,1 (74)	56,2 (63)
Sudeste	502	92,4 (464)	89,8 (451)	89,6 (450)	90,2 (453)	88,6 (445)	71,1 (357)	76,3 (383)	69,3 (348)
Sul	181	93,4 (169)	91,2 (165)	85,6 (155)	83,4 (151)	85,6 (155)	67,4 (122)	76,8 (139)	61,3 (111)
	p	0,24	0,33	0,15	<0,001	0,12	0,26	<0,001	<0,001
<b>Porte do município (n=1690)</b>									
Muito pequeno	141	84,4 (126)	89,4 (126)	90,8 (128)	85,8 (121)	83,7 (118)	70,9 (100)	63,8 (90)	62,4 (88)
Pequeno	525	91 (478)	89,1 (468)	89,3 (469)	82,3 (432)	83,4 (438)	67,6 (355)	60,7 (319)	58,5 (307)
Médio	443	92,3 (409)	92,1 (408)	90,5 (401)	87,8 (389)	88,3 (391)	70,2 (311)	61,6 (273)	59,4 (263)
Grande	216	91,2 (197)	88 (190)	83,3 (180)	88 (190)	82,9 (179)	69,4 (150)	70,8 (153)	59,3 (128)
Muito grande	365	89 (325)	87,7 (320)	89,6 (327)	91,8 (335)	92,6 (338)	68,8 (251)	77,5 (283)	75,6 (276)
	p	0,55	0,27	0,06	0,001	<0,001	0,9	<0,001	<0,001
<b>IDH (n=1690)</b>									
Muito Baixo	5	100 (5)	100 (5)	100 (5)	100 (5)	100 (5)	60 (3)	60 (3)	40 (2)
Baixo	325	90,7 (295)	89 (289)	91,4 (297)	85,8 (279)	85,2 (277)	71,4 (232)	56 (182)	56,6 (184)
Médio	623	91,5 (570)	91,5 (570)	90,2 (562)	87,2 (543)	83,3 (519)	69,3 (432)	60,5 (377)	60,7 (378)
Alto	528	89,4 (472)	87,1 (460)	84,8 (448)	84,1 (444)	88,4 (467)	65,5 (346)	71,9 (380)	60,6 (320)
Muito alto	209	92,3 (193)	89,9 (188)	92,3 (193)	93,8 (196)	93,8 (196)	73,7 (154)	84,2 (176)	85,2 (178)
	p	0,6	0,162	0,004	0,01	0,001	0,18	<0,001	<0,001
<b>Cobertura da ESF (n=1690)</b>									
Baixa	25	92 (23)	92 (23)	84 (21)	92 (23)	96 (24)	64 (16)	56 (14)	48 (12)
Média	374	90,6 (339)	88,2 (330)	85,8 (321)	86,4 (323)	88,8 (332)	63,6 (238)	71,9 (269)	69,8 (261)
Alta	1291	90,8 (1173)	89,8 (1159)	90,1 (1163)	86,8 (1121)	85,2 (1108)	70,7 (913)	64,7 (835)	61,1 (789)
	p	0,971	0,63	0,048	0,721	0,129	0,029	0,019	0,003
<b>% (n TOTAL)</b>		<b>90,8 (1535)</b>	<b>89,5 (1512)</b>	<b>89,1 (1505)</b>	<b>86,8 (1467)</b>	<b>86,6 (1464)</b>	<b>69,1 (1167)</b>	<b>66,2 (1118)</b>	<b>62,8 (1062)</b>

Adesão tto farmaco: Promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico

## DISCUSSÃO

Estes dados são os primeiros publicados a partir da avaliação do PMAQ Ciclo 2 sobre as ações de promoção da saúde relatadas por equipes de NASF, considerando diferentes variáveis de contexto, tais como estado, região, porte dos municípios IDH e cobertura da ESF.

De acordo com os resultados apresentados, no Brasil em 2013, 1.773 equipes de NASF apoiavam 17.157 equipes de AB. Estes dados demonstraram que menos de 60% das equipes de AB tinham o apoio do NASF (visto que 29.778 equipes de AB participaram do PMAQ). Além disso, mesmo com a maioria das equipes de NASF enquadradas na modalidade NASF 1 (76,7%), o número de equipes de AB (n=9,7) para cada equipe de NASF estava acima do recomendado pelas diretrizes do NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). As diretrizes indicam que a modalidade NASF 1 pode vincular-se com 5 a 9 equipes, modalidade NASF 2 com 3 a 4 equipes e NASF 3 com 1 a 2 equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Estes resultados indicaram a necessidade de aumentar o número de equipes de NASF nos municípios brasileiros diante da relevância da atuação na atenção básica de profissionais com diferentes especialidades frente a saúde da população.

Em relação às variáveis de contexto, as equipes de NASF estavam principalmente na região Nordeste (46,3%), em municípios de pequeno porte (31,9%), com IDH classificado médio (37,2%) e alto (30,8%) e a presença das equipes de NASF foi proporcional à cobertura da ESF (há mais equipes onde a cobertura é maior).

A região Nordeste, segundo dados do DAB, em 2013 apresentava a maior proporção de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (71,5%) (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2016) e no mesmo sentido, é onde estava concentrada maior prevalência de equipes de NASF (46,3%). Possivelmente, as características e necessidades da região (inclusive com escassez de médicos na atenção primária) (GIRARDI et al., 2009) fazem com que esta região apresente este resultado.

Embora a maioria dos municípios brasileiros sejam considerados como de pequeno porte (CALVO et al., 2016), a maior concentração populacional está nos municípios de maior porte. Encontramos maior prevalência de equipes de NASF na categoria de pequeno porte, o que pode justificar-se pela maior necessidade de apoio por parte das equipes de AB por estas apresentarem maiores dificuldades em relação a saúde nos municípios pequenos do que em municípios de maior porte. Entretanto, a maioria da população vive em municípios de grande porte, o que nos permite concluir que as populações com maiores necessidades em saúde, que vivem nestes municípios, não têm acesso às mesmas atividades de promoção de saúde desenvolvidas pelo NASF. Observou-se que quanto maior a cobertura populacional de ESF, maior é a prevalência de equipes de NASF, o que era previsto uma vez que as equipes estão vinculadas umas às outras e espera-se que esta relação seja diretamente proporcional.

As equipes de NASF estão localizadas principalmente (68%) em municípios com IDH médio e alto, contudo acredita-se que a carência maior por especialistas na atenção básica seja nos municípios onde a população tem menos oportunidade de acesso a serviços no setor de saúde suplementar, como em municípios de IDH baixo (PNUD, 2017).

Além de descrever a distribuição das equipes de NASF em relação às variáveis de contexto, o presente estudo apresenta informações a respeito das ações de promoção da saúde desenvolvidas ou apoiadas pelas equipes direcionadas a portadores de DCNT.

Estudos que avaliaram os custos referentes ao hábito sedentário mostraram que quanto menor o nível de atividade física da população maior o uso e custos com medicamentos (PEETERS et al., 2014) (CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012), consultas clínicas e hospitalizações (WOOLCOTT et al., 2010). Na literatura nacional, em 2013, aproximadamente 15% dos custos de internações ao Sistema Único de Saúde foi atribuível à inatividade física (BIELEMANN et al., 2015).

Encontraram-se prevalências de ações de promoção da saúde a portadores de DCNT, apoiadas ou desenvolvidas pelas equipes de NASF, entre

62,8% para o Monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção e 90,8% de ações de Avaliação e reabilitação de condições psicossociais.

As prevalências brasileiras de Transtornos Mentais Comuns (TMC) podem variar de 17% a 35% (COELHO et al., 2009), ou até 50% (FORTES et al., 2011) (GOMES et al., 2013) dependendo do local estudado. Considera-se a AB um local privilegiado para o desenvolvimento de ações territoriais em função de estar próxima à comunidade e por seu princípio do apoio matricial, bem como fundamental para o avanço da reforma psiquiátrica no país (DIMENSTEIN et al., 2009). Reconhecendo as equipes de NASF como equipes multiprofissionais que atuam com equipes de AB com base no princípio do apoio matricial, justifica-se que a Avaliação e reabilitação de condições psicossociais tenha sido a prevalência mais expressiva entre as ações de promoção à saúde apoiadas pelo NASF. Ademais, é previsto pelas diretrizes do NASF a priorização dos profissionais e de ações de saúde mental em vista dos dados epidemiológicos expressivos em relação aos transtornos mentais atendidos pela Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que podem apresentar prevalência de 50% em usuários de Unidade Básica de Saúde (UBS) (GOMES et al., 2013).

Entretanto, todas as ações de promoção de saúde devem ser praticadas diante da relevância de cada uma frente à realidade das condições de saúde da população que demandam diferentes atendimentos. Embora haja algumas diferenças (Tabela 3) entre as prevalências das ações de promoção da saúde (com exceção da Avaliação e reabilitação de agravos psicossociais), principalmente entre os estados e as categorias de classificação do IDH dos municípios, entende-se que cada equipe de NASF deve promover ações de acordo com as necessidades do território, considerando características locais, específicas de cada município.

Há especificidades e particularidades regionais que podem influenciar as diferenças encontradas. A exemplo disso, estudo com dados do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) comparou as demandas dos usuários dos serviços de UBS nas regiões Sul e Nordeste demonstrando que os principais procedimentos são atendimentos básicos de

enfermagem (38%) e consultas médicas (17,8%) na região Sul (enquanto na região Nordeste 23,9% e 15,3% respectivamente), ao passo que na região Nordeste o principal procedimento foi a visita domiciliar (35%) (TOMASI et al., 2011). A diversidade reforça a ideia da territorialidade como componente multidimensional que deve ser considerado e assimilado em todas as suas minúcias na atuação das equipes de NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ainda de acordo com as diretrizes de criação do NASF as PCAF são elemento crucial que deve ser desenvolvido e apoiado pelas equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Além de ser causa de 6 a 10% das principais DCNT, a inatividade física interfere na expectativa de vida da população (LEE et al., 2012). Estima-se que, se eliminada, expectativa de vida da população mundial aumentaria em 0,68 anos (LEE et al., 2012).

Desta forma, há de se considerar o PEF torna-se como um profissional fundamental na composição das equipes de NASF. Houve, entre as equipes de AB, prevalência de 87% (n=14.931) que recebiam o apoio do PEF das equipes de NASF e constatou-se que 84,6% das equipes de NASF realizavam ações de promoção de Práticas Corporais e Atividades Físicas à portadores de doenças crônicas.

Medina e colaboradores, analisaram dados do ciclo 1 do PMAQ e demonstraram que entre as equipes de AB, em 2012, 42,7% realizavam incentivo a Práticas Corporais e 61% incentivo à Atividade Física (MEDINA et al., 2014). Apesar de ter sido coletada de maneira diferente no ciclo 2, com práticas corporais e atividade física na mesma questão, destaca-se o fato de que as equipes de NASF se envolvem mais com ações de promoção à PCAF do que equipes de AB, revelando a importância de equipes multiprofissionais atuando na AB com a participação do PEF. Estes dados também representam a contribuição do NASF para o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT 2011-2022 que prioriza a promoção de AF, o que permite supor que todas as equipes deveriam desenvolver este tipo de ação.

Além de benefícios a nível global, em estudo qualitativo, ressaltou-se o relato de indivíduos participantes de programa de atividade física promovido por equipe de NASF revelando benefícios físicos, sociais, psicológicos e econômicos

(SANTOS et al., 2016). A atividade física promovida pelo PEF do NASF foi vista como um tratamento não farmacológico que pode evitar a necessidade de utilização dos serviços de saúde e reduzir os gastos com medicamentos, bem como proporcionar bem-estar e não gerar custos aos participantes (SANTOS et al., 2016) fortalecendo a importância da atuação do PEF nas equipes de NASF.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo, além de descrever características das equipes de NASF do Brasil, revelam a prevalência de ações de promoção da saúde, incluindo práticas corporais e atividade física, pelas equipes de NASF de acordo com variáveis de contexto e apresentam o apoio do PEF às equipes de AB utilizando como fonte os dados produzidos pela avaliação externa do ciclo 2 do PMAQ.

Entre as ações de promoção da saúde apoiadas ou desenvolvidas pelas equipes de NASF para promoção e prevenção de DCNT a menor prevalência é foi de 62,8% para o Monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção enquanto a ação mais prevalente foi a Avaliação e reabilitação da condição psicossocial (90,8%). Ações de promoção de PCAF foram realizadas por 84,6% das equipes de NASF (sendo a sexta ação mais realizada) e entre as equipes de AB 87% recebiam o apoio do PEF do NASF. Observou-se que o número de equipes de NASF que atende as equipes de AB está abaixo do recomendado pelas diretrizes do NASF indicando a necessidade da criação de mais equipes. E, além disso, revelou-se ainda o importante aumento da prevalência de ações de PCAF com a existência do NASF.

Persistem indagações acerca dos efeitos das intervenções para os desfechos em saúde a nível populacional e o percentual da população participante das ações do NASF.

## **Agradecimentos**

Ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde pelo financiamento.

## REFERÊNCIAS

BIELEMANN, R. M. et al. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 75, p. 1–8, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mais perto de você. Programa Nacional da melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Manual instrutivo. Secretaria de Atenção à Saúde.** [s.l: s.n.].

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767–776, 2016.

CODOGNO, J. S.; FERNANDES, R. A.; MONTEIRO, H. L. **Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia scielo** , , 2012.

COELHO, F. M. DA C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults : a population-based study Transtornos mentais comuns e enfermidades crônicas em adultos : estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 59–67, 2009.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Nota Metodológica - PMAQ ciclo 2.** Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo)>.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Disponível em:  
<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde Matrix Support in Family Health Units : experiencing innovations in mental health. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 63–74, 2009.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ : a challenge to integrate mental health into primary care strategies Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ : um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, p. 150–156, 2011.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de médicos no Brasil: Estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (OPAS/MS)**, 2009.

GOMES, V. F. et al. Transtornos Mentais Comuns : perfil sociodemográfico e. 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Disponível em:  
<<https://cidades.ibge.gov.br/>>.

LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable

diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família ? **Saúde Debate**, v. 38, p. 69–82, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Caderno de Saúde Pública**, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família Cadernos de Atenção Básica**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Cria a modalidade de NASF 3.**, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Revisão da portaria MS/GM nº 687, 30 de março de 2006** Brasília - DF, 2015.

PEETERS, G. M. E. E. (GEESKE) et al. Health Care Costs Associated with Prolonged Sitting and Inactivity. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 46, n. 3, p. 265–272, 3 mar. 2014.

PNUD. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**.

PNUD. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil**. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

SANTOS, A. L. B. et al. Representações sociais da atividade física na atenção primária à saúde. **Rev Bras Promoç Saude**, v. 29, p. 16–24, 2016.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4395–4404, 2011.

WOOLCOTT, J. C. et al. Does physical activity reduce seniors need for health-care: A Study of 24281 Canadians. **British Journal of Sports Medicine**, v. 44, n. 12, p. 902–904, 1 jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable disease 2010. **Geneva**, 2011.

## **ARTIGO 3**

## **Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: inquérito nacional – PMAQ 2**

Structure for the work and composition of teams of the Family Health Support Unit: national survey - PMAQ 2

NASF: estrutura para o trabalho e composição das equipes

FHSC: structure for the Work and composition of teams

Thamires Lorenzet Seus<sup>1</sup>; Denise S Silveira<sup>2</sup>; Elaine Tomasi<sup>2</sup>; Elaine Thumé<sup>3</sup>; Luiz Augusto Facchini<sup>2</sup> Fernando Vinholes Siqueira <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Educação Física – Universidade Federal de Pelotas.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina – Departamento de Medicinal Social – Universidade Federal de Pelotas

<sup>3</sup> Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas

Rua Luis de Camões 625, Pelotas, RS 96055-630, Brasil.

seustl@gmail.com

### **Abstract**

The aim of this study was to describe the structure of Family Health Support Center (FHSC) teams about physical space, qualification received, permanent education and professionals that support primary care (PC) teams. This is a cross sectional study, with access and quality improvement program data. It was observed that FHSC teams mainly use shared clinics at the UBS (85.7%) and 63.4% of the professionals were offered specific training when they started work on the FHSC. The AB teams received support mainly from physiotherapists (87.4%) and Physical Education professionals (87%). The results suggest that the NASF teams have structure according to the NASF guidelines.

**Key Words:** Structure of Services; Primary Health Care; Health Evaluation; Patient Care Team;

## Resumo

Objetivo é descrever aspectos da estrutura das equipes de NASF em relação à espaços físicos, formação recebida, educação permanente e profissionais que apoiam as equipes de Atenção Básica (AB). Estudo descritivo, transversal, com dados da fase de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção básica (ciclo 2). Observou-se que as equipes de NASF utilizam principalmente consultórios compartilhados na UBS (85,7%) e para 63,4% dos profissionais foi oferecida formação específica quando iniciaram o trabalho no NASF. As equipes de AB receberam o apoio principalmente de fisioterapeutas (87,4%) e profissionais de Educação Física (87%). Os resultados sugerem que as equipes de NASF tem estrutura de acordo com o preconizado nas diretrizes do NASF.

**Palavras chave:** Estrutura dos Serviços; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Equipe de assistência ao paciente;

## INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB), além de ser considerada o principal meio de acesso ao sistema de saúde brasileiro, é capaz de resolver cerca de 85% das demandas de saúde da população (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000). Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de qualificar e ampliar o escopo das ações da AB com equipes multiprofissionais, e diante a sua relevância torna-se importante a sua avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A avaliação de serviços de saúde é um mecanismo de controle de qualidade (REIS et al., 1990). Avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados (DONABEDIAN, 1978).

No Brasil, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ), tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da

qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacionalmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O PMAQ acontece por meio de avaliações com questões que contemplam desde a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) até o processo de trabalho das equipes e satisfação dos usuários e são realizadas por observação dos espaços, entrevistas com profissionais das equipes de Saúde da Família e equipes de NASF e com usuários dos serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A estrutura de serviços pode influenciar os desfechos em saúde, isto é, uma boa estrutura favorece um bom processo e, conseqüentemente, aumenta a ocorrência de desfechos positivos (DONABEDIAN, 1988). A estrutura de um serviço de saúde está relacionada à área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (DONABEDIAN, 1993).

Desta forma, o objetivo deste estudo é descrever aspectos da estrutura das equipes de NASF em relação à espaços físicos, formação recebida, educação permanente e profissionais que apoiam as equipes, de acordo com os dados do PMAQ ciclo 2.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com dados da fase de avaliação externa do Ciclo II do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). As equipes são incluídas no programa mediante adesão da gestão municipal e, após processo de avaliação externa, passam a ser certificadas progressivamente e contam com repasse de recursos financeiros em função de seu desempenho. O PMAQ foi desenvolvido pelo governo federal e executado por 41 Instituições Federais de Ensino e Pesquisa, lideradas por: Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Federal do Piauí (UFPI) (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

Através de um processo cíclico o PMAQ é dividido em quatro fases, a saber: a) Fase 1- Adesão: contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de AB e os gestores municipais com o Ministério da saúde; b) Fase 2 – Desenvolvimento: execução de conjunto de ações a fim de promover mudanças na gestão e no cuidado prestado pelas equipes; c) Fase 3- Avaliação externa: avaliação das condições de acesso e da qualidade das equipes; e d) Fase 4- Recontratualização: incorporação de novos padrões e indicadores de qualidade a fim de instituir um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes.

As avaliações ocorreram em 2011 (ciclo I) e 2013 (ciclo II) e 2017/18 (ciclo III). Para o presente estudo foram utilizados dados coletados durante o segundo ciclo, entre os meses de outubro de 2013 e março de 2014, na fase de avaliação externa, por entrevistas direcionadas aos profissionais do NASF e profissionais das equipes de Saúde da Família. As entrevistas foram realizadas em todas as Unidades da Federação, nas unidades de saúde através de equipamento eletrônico por aproximadamente 1000 entrevistadores e supervisores, previamente treinados.

Nesse contexto, foram coletadas questões sobre a disponibilidade de: espaços para a realização de atividades do NASF; veículos; insumos; e profissionais do NASF, pertencentes aos Módulos IV (direcionado ao profissional do NASF) e II (utilizado para entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica) do instrumento de coleta de dados (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014). Os dados foram tabulados e transferidos para o pacote estatístico Stata 14.0. Foram realizadas análises descritivas das variáveis de interesse. O quadro 1 apresenta as variáveis de interesse e a sua operacionalização.

**Quadro 1.** Variáveis da estrutura disponibilizada as equipes de NASF, insumos e profissionais do NASF e operacionalização. PMAQ-Brasil. 2013.

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO	AMOSTRA
<b>Espaços disponibilizados para a realização de atividades do NASF</b>		
Consultório exclusivo Consultório compartilhado com equipe Sala de reuniões na unidade Espaços no território Outros	Sim/Não Sim/Não Sim/Não Sim/Não Sim/Não	Profissional do NASF
Disponibilidade de veículo para o NASF	Sim/Não	Profissional do NASF
Atendimento das necessidades do NASF de acordo com a disponibilidade do veículo	Sempre Na maioria das vezes Às vezes Raramente Nunca	Profissional do NASF
Disponibilidade de insumos para realização das atividades do NASF	Sim/Não	Profissional do NASF
<b>Profissionais do NASF que apoiam as equipes de Saúde da Família</b>		
Arte Educador; Assistente social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico pediatra; Médico psiquiatra; Médico Acupunturista; Médico Homeopata; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Geriatra; Médico Internista (Clínica Médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; Nutricionista; Profissional de Educação Física; Psicólogo; Sanitarista; Terapeuta Ocupacional.	Sim/Não	Profissional da equipe de AB
Necessidade de outros profissionais para compor as equipes de NASF na opinião dos profissionais da SF	Sim/Não	Profissional da equipe de AB
Oferecimento de formação específica para o NASF quando o profissional iniciou o trabalho	Sim, para todos os profissionais Sim, para alguns profissionais Não	Profissional do NASF
<b>Tipo de formação oferecida ao profissional do NASF quando este iniciou o trabalho</b>		
Curso introdutório Oficina de capacitação Reunião informativa Outros	Sim/Não	Profissional do NASF
Opinião do profissional do NASF sobre a qualidade da formação oferecida	Muito boa Boa Regular Ruim Péssima	Profissional do NASF
Oferecimento de educação permanente para os profissionais do NASF	Sim, para todos os profissionais; Sim, para alguns profissionais; Não	Profissional do NASF
Opinião do profissional do NASF sobre a qualidade da educação permanente oferecida	Muito boa Boa Regular Ruim Péssima	Profissional do NASF

Temas abordados nas atividades de educação permanente		
Princípios e diretrizes da Atenção Básica; Organização do processo de trabalho da Atenção Básica; Organização do processo de trabalho do NASF; Discussão de casos complexos e/ou Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS); Metodologias de trabalho com grupos; Ações de vigilância no território; Condições crônicas; Saúde mental; Saúde da mulher; Saúde da criança; Reabilitação/ Saúde da Pessoa com Deficiência; Situações de conflitos sociais (violência, uso de álcool e outras drogas, etc.	Sim/Não	Profissional do NASF

O desfecho principal do estudo foi a estrutura disponibilizada para a realização das atividades do NASF, operacionalizado através da questão direcionada ao profissional do NASF: Quais os espaços são disponibilizados para o NASF realizar suas atividades? Entre as alternativas de respostas: Consultório exclusivo; Consultório compartilhado com equipe; Sala de reuniões na unidade; Espaços no território; e outros. Para cada opção havia as opções “sim” e “não” para resposta. Será apresentado a prevalência de disponibilidade de cada espaço.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas sob o ofício 38/12 de 10 de maio de 2012. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os autores declaram não haver conflitos de interesse em relação ao tema de estudo.

## RESULTADOS

No Brasil em 2013, 93,6% dos municípios brasileiros (n=5.213) aderiram ao PMAQ 2 totalizando 29.778 equipes de AB. Entre estas, 17.157 (57,6%) recebiam apoio de 1.773 equipes de NASF para auxiliar suas ações. Observou-se que as equipes de NASF utilizavam principalmente consultórios compartilhados na UBS (85,7%) e espaços no território (82,7%) para o desenvolvimento de suas atividades (Tabela 1).

Entre as equipes de NASF, 75,2% possuíam veículo disponível para suas atividades, e 40,5% das equipes considerou que a disponibilidade deste atende

as necessidades sempre, e na maioria das vezes (39,5%). Sobre insumos para realização de suas atividades 83% relataram ter disponibilidade (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição de aspectos da estrutura das equipes de NASF no Brasil. PMAQ 2013.

Características de trabalho das equipes de NASF		
	%	N
<b>Espaços disponibilizados para a realização de atividades do NASF (n=1773)</b>		
Consultório exclusivo	38,8	689
Consultório compartilhado com equipe	85,7	1.520
Sala de reuniões na unidade	72,7	1.290
Espaços no território	82,7	1.467
Outros	35,8	636
<b>Disponibilidade de veículo para o NASF (n=1773)</b>		
Sim	75,2	1.333
<b>Atendimento das necessidades do NASF de acordo com a disponibilidade do veículo (n=1333)</b>		
Sempre	40,5	540
Na maioria das vezes	39,5	527
Às vezes	15,8	211
Raramente	3,9	52
Nunca	0,2	3
<b>Disponibilidade de insumos para realização das atividades do NASF (n=1773)</b>		
Sim	83,0	1.471

Constatou-se que para 63,4% dos profissionais foi oferecida formação específica quando iniciaram o trabalho no NASF, principalmente do tipo reunião informativa (62,1%) e oficina de capacitação (61,8%). Entre os profissionais que realizaram algum tipo de formação, 60% avaliaram a qualidade desta como boa (Tabela 2).

Quanto ao oferecimento de educação permanente, esta aconteceu para 67,4% (para todos ou para alguns) dos profissionais do NASF. Dentre os que participaram da educação permanente, 61,4% a classificaram como de boa qualidade. Os temas abordados foram principalmente: organização do processo de trabalho do NASF (79,4%), situações de conflitos sociais (76%) e saúde mental (75%) (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição de variáveis relacionadas à formação de profissionais do NASF no Brasil. PMAQ 2013.

	%	n
<b>Oferecimento de formação específica para o NASF quando o profissional iniciou o trabalho (n=1773)</b>		
Sim, para todos os profissionais	45,6	808
Sim, para alguns profissionais	17,8	315
Não	36,6	650
<b>Tipo de formação oferecida ao profissional do NASF quando este iniciou o trabalho (n=1123)</b>		
Curso introdutório	48,9	549
Oficina de capacitação	61,8	694
Reunião informativa	62,1	697
Outros	16,8	189
<b>Opinião do profissional do NASF sobre a qualidade da formação oferecida (n=1123)</b>		
Muito boa	26,9	302
Boa	60,0	674
Regular	11,9	134
Ruim	1,2	13
<b>Oferecimento de educação permanente para os profissionais do NASF (n=1773)</b>		
Sim, para todos os profissionais	51,6	915
Sim, para alguns profissionais	15,8	280
Não	32,6	578
<b>Opinião do profissional do NASF sobre a qualidade da educação permanente oferecida (n=1195)</b>		
Muito boa	25,4	303
Boa	61,4	734
Regular	11,8	141
Ruim	1,2	15
Péssima	0,2	2
<b>Temas abordados nas atividades de educação permanente (n=1195)</b>		
Princípios e diretrizes da Atenção Básica	72,0	860
Organização do processo de trabalho da Atenção Básica	70,4	841
Organização do processo de trabalho do NASF	79,4	949
Discussão de casos complexos e/ou Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	66,9	800
Metodologias de trabalho com grupos	61,2	731
Ações de vigilância no território	53,2	636
Condições crônicas	69,2	827
Saúde mental	75,0	896
Saúde da mulher	66,0	789
Saúde da criança	66,8	798
Reabilitação/ Saúde da Pessoa com Deficiência	63,4	758
Situações de conflitos sociais (violência, uso de álcool e outras drogas, etc)	76,0	909

As equipes de AB receberam o apoio principalmente de fisioterapeutas (87,4%), profissionais de Educação Física (87%) e médicos veterinários (85%) das equipes de NASF. Além disso, identificou-se que 85,13% (n=14.605) dos profissionais das equipes de AB consideraram necessária outra categoria profissional para compor o NASF.

Tabela 3. Prevalência de equipes de Atenção Básica apoiadas pelos profissionais do NASF. PMAQ 2013.

<b>Profissionais do NASF que apoiam as equipes de AB (n=17.157)</b>	<b>%</b>	<b>n</b>
Fisioterapeuta	87,4	14.993
Profissional de Educação Física	87,0	14.931
Médico Veterinário	85,0	14.580
Assistente Social	69,0	11.850
Nutricionista	62,2	10.665
Fonoaudiólogo	50,8	8.713
Farmacêutico	40,9	7.012
Sanitarista	24,7	4.248
Médico Pediatra	17,6	3.017
Médico Ginecologista	16,6	2.850
Médico Psiquiatra	16,0	2.741
Arte Educador	6,0	1.022
Terapeuta Ocupacional	5,1	882
Psicólogo	3,7	636
Médico Geriatra	3,0	519
Médico Obstetra	2,4	414
Médico do Trabalho	1,9	326
Médico Acupunturista	1,7	285
Médico Internista	1,3	229
Médico Homeopata	1,0	174

## DISCUSSÃO

### ***Estrutura disponibilizada para o NASF***

Os espaços disponibilizados para a realização das atividades das equipes de NASF são principalmente os consultórios compartilhados na UBS (85,7%) e espaços no território (82,7%) e a maior parte das equipes (75,2%) possui veículo disponível para suas ações. Além disso, 83% das equipes relatou ter insumos necessários para executar seu trabalho.

Segundo Donabedian, boas condições de estrutura representam situação favorável para um bom processo de trabalho, o que aumenta a probabilidade de desfechos positivos e pode resultar em resolutividade do serviço (DONABEDIAN, 1988).

A realidade encontrada a partir destes resultados demonstrou estar de acordo com as diretrizes do NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Conforme o Ministério da Saúde preconiza, as equipes de NASF não necessitam de espaço próprio para exercer suas atividades. Para tal, devem ocupar o espaço físico das unidades às quais estão vinculadas, ou ainda outros espaços disponíveis no

território, como o espaço das academias da saúde, escolas, parques, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Parece razoável a estrutura para o NASF desempenhar suas atividades, inclusive na opinião dos profissionais que consideraram a disponibilidade de veículo suficiente na maioria das vezes (39,5%) ou sempre (40,5%).

### ***Formação dos profissionais do NASF***

Acredita-se que o tema NASF ainda não tenha sido incluído nos currículos de graduações da área da saúde, por ser um programa relativamente novo (criado em 2008). Na opinião de alunos de curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (n=15) há limitações na formação inicial dos profissionais para atuar na AB, que poderiam ser superadas através de reestruturação curricular, maior aproximação com a realidade através de estágios, transversalidade do tema na grade curricular e disciplinas integradas com outras áreas (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Frente a isso, é relevante o desenvolvimento de situações de aperfeiçoamento (cursos, palestras, oficinas, etc) para profissionais que atuam nas equipes de NASF. No entanto, pouco mais de 30% dos profissionais responderam que não lhes foi oferecido nenhum tipo de formação específica quando iniciaram o trabalho no NASF (36,6%) ou educação continuada (32,6%). Esses dados revelaram que é necessário aumentar a prevalência de ações educativas para as equipes de NASF.

Os principais temas abordados nas atividades de educação permanente oferecida a profissionais do NASF foram a organização do processo de trabalho no NASF, situações de conflitos sociais e saúde mental. Parece coerente que estes assuntos sejam os mais frequentes, pois é crucial que o profissional tenha conhecimento sobre os princípios do processo de trabalho no seu campo de atuação. Ademais, as situações de conflitos sociais, como violência, uso de álcool e drogas são frequentes e é importante que profissionais da AB que tem contato próximo com a população estejam aptos frente a essas situações (FRANÇA et al., 2017). No Brasil, a violência, que em 1990 era a sétima causa

de morte prematura, passou para primeira (2005) e segunda causa mais frequente em 2015 (FRANÇA et al., 2017).

Outrossim, é previsto pelas diretrizes do NASF a priorização dos profissionais e de ações de saúde mental em vista dos dados epidemiológicos expressivos em relação aos transtornos mentais atendidos pela Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que podem apresentar prevalência de 50% em usuários de Unidade Básica de Saúde (UBS) (GOMES et al., 2013).

### ***Composição das Equipes de NASF***

A escolha dos profissionais que compõem as equipes de NASF é feita pelos gestores municipais de acordo com prioridades identificadas a partir de dados epidemiológicos e com as necessidades do território e das equipes de atenção básica que serão apoiadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). As equipes de NASF devem desenvolver suas ações voltadas à prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde de uma população ou indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Os profissionais do NASF que mais apoiavam as equipes de AB foram os fisioterapeutas (87,4%) e os profissionais de Educação Física (87%). Acredita-se que estes profissionais eram os mais prevalentes em função da atuação frente a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Sabe-se que as DCNT são as principais carga de doenças no Brasil e por isso estas se tornaram prioridade na área da saúde (SCHMIDT et al., 2011). Além disso, há evidências de que a atividade física pode prevenir o aparecimento de DCNT (LEE et al., 2012) bem como tratá-las (PICCINI et al., 2012) e diante disso, estratégias de promoção de saúde com foco nos níveis de atividade física têm sido desenvolvidas (HEATH et al., 2012).

É responsabilidade do médico veterinário atuante na AB, a observação e contribuição em aspectos relacionados à integração homem-animal (XAVIER et al., 2017). Entre os profissionais da AB participantes do PMAQ, 85% relataram receber o apoio de médicos veterinários do NASF.

Segundo o Conselho Federal de Medicina Veterinária, são ações do médico veterinário no NASF: avaliação de fatores de risco à saúde; prevenção, controle

e diagnóstico de doenças transmitidas por animais; educação em saúde com foco na prevenção de doenças de caráter antropozoonótico; estudos e pesquisa em saúde pública que favoreçam a territorialidade e a qualidade da atenção, entre outras (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA, 2017).

Atribui-se a alta participação do médico veterinário do NASF devido a fatores que colaboram para disseminação de enfermidades, a exemplo, o contato próximo com animais de companhia, que aumenta os riscos de exposição à zoonoses (XAVIER et al., 2017). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 revelou que 44,3% dos domicílios do país possuíam pelo menos um cachorro, e 17,7% ao menos um gato e no total haviam 52,2 milhões de cães e 22,1 milhões de gatos no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2015).

Apesar disso, em recente revisão sobre publicações acerca do NASF, nenhum estudo sobre com este tema foi encontrado (SEUS; FREITAS; SIQUEIRA, 2018). Este fato indica a necessidade de que esta atuação seja mais explorada em âmbito científico para consolidação e disseminação de conhecimento sobre o médico veterinário no NASF.

## **Conclusão**

Diante da falta de critério que estabeleça um parâmetro de avaliação da estrutura das equipes classificando-as como adequada ou não, os resultados encontrados sugerem que as equipes de NASF têm estrutura de acordo com o preconizado nas diretrizes do NASF, as quais esclarecem que não é necessário a existência de um espaço exclusivo para as equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), bem como  $\frac{3}{4}$  das equipes dispunham de veículo para o desenvolvimento de suas atividades.

Destaca-se a necessidade de aumentar a abrangência de ações de aperfeiçoamento aos profissionais do NASF visto que para percentual significativo destes profissionais não foi oferecida este tipo de ação.

Quanto aos profissionais do NASF que apoiam as equipes de atenção básica verifica-se grande diversidade de profissões. Sugere-se que novos

estudos sejam feitos com o objetivo de verificar se estes profissionais atendem as necessidades dos territórios de ação das equipes.

## Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA. **Portal do Conselho Federal de Medicina Veterinária**. Disponível em:

<<http://portal.cfmv.gov.br/portal/pagina/index/id/93/secao/2>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Nota Metodológica - PMAQ ciclo 2**. Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo)>.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856–864, 1978.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care How Can It Be Assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluacion y monitoreo de la calidad de la atencion. **Salud Publica de México**, v. 35, p. 94–97, 1993.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 885–899, 2013.

FRANÇA, E. B. et al. Cause-specific mortality for 249 causes in Brazil and states during 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. **Population Health Metrics**, v. 15, n. 1, p. 39, 2017.

GOMES, V. F. et al. Transtornos Mentais Comuns : perfil sociodemográfico e. 2013.

HEATH, G. W. et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 272–281, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Disponível em:

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/10138-pns-2013-tres-em-cada-quatro-brasileiros-costumam-buscar-atendimento-medico-na-rede-publica-de-saude.html>>. Acesso em: 19 dez. 2017.

LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** **Cadernos de Atenção Básica**. [s.l.: s.n.]. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad27.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad27.pdf)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Disponível em:

<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php)>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal Brasil**. Disponível em:

<<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/01/servicos-de-atencao-basica-do-programa-saude-da-familia-chegarao-a-mais-56-municipios>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

PICCINI, R. X. et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 543–550, 2012.

REIS, E. J. F. B. DOS et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50–61, 1990.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61–74, 2011.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316–319, 2000.

SEUS, T. L.; FREITAS, M. P.; SIQUEIRA, F. V. FAMILY HEALTH SUPPORT CENTERS: WHAT IS THE PUBLICATIONS SCENARIO? **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 22, n. 5, 2018.

XAVIER, D. R. et al. O médico veterinário na Atenção Básica. **Revista Desafios**, v. 4, n. 2, p. 7, 2017.

## **CONCLUSÕES DA TESE**

## **Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Profissional de Educação Física**

Com a presente tese de doutorado buscou-se responder qual a realidade de atuação do PEF enquanto componente das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, além de descrever amplamente as características das equipes de todo Brasil que passaram por avaliação no PMAQ-2. Neste ciclo, ocorrido em 2013, 93,6% dos municípios aderiram ao PMAQ, totalizando 29.778 equipes de AB entrevistadas. Entre estas, 17.157 (57,6%) recebiam apoio de 1.773 equipes de NASF para auxiliar suas ações.

Contatou-se que o Profissional de Educação Física (PEF) é o segundo mais prevalente nas equipes de NASF de todo Brasil, apoiando 87% das equipes de AB. Além disso, destaca-se o fato de que 84,6% das equipes de NASF apoiavam ou desenvolviam ações de promoção de Práticas Corporais e Atividades Físicas à portadores de doenças crônicas. Esse resultado demonstrou que o PEF nas equipes de NASF tem papel importante no controle e prevenção das DCNT, visto que quando avaliadas apenas as equipes de AB no ciclo I do PMAQ por Medina e colaboradores (2014), a prevalência de incentivo à AF foi de 61%.

As equipes de NASF estão distribuídas em sua maioria nas regiões Nordeste (46,3%) e Sudeste (29,3%) seguidas das regiões Sul (10,7%), Norte (7,1%) e Centro Oeste (6,6%), principalmente em municípios de pequeno (31,9%) e médio porte (26,1%). As equipes estão principalmente em municípios com IDH médio (37,2%) e alto (30,8%) e naqueles com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família (76,6%).

Quando analisada a ação de apoio e promoção de Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF), todas as equipes do Acre e Distrito Federal relataram realizá-la, e em Minas Gerais esta prevalência foi de 95,4% seguida por Goiás com 95%. As regiões com maiores prevalências do relato desta ação foram Centro-Oeste 89,3% e Sudeste 89,6%, e nos municípios de médio porte 89,7%. Entre todas as ações de promoção da saúde, PCAF foi a 6ª mais prevalente.

Quando analisados os aspectos relacionados a estrutura para o trabalho do NASF, observou-se que as equipes utilizam principalmente consultórios

compartilhados na UBS (85,7%) e espaços no território (82,7%) para o desenvolvimento de suas atividades. Entre as equipes, 75,2% relataram ter veículo disponível para o trabalho, e 40,5% das equipes considerou que a disponibilidade deste atendeu as necessidades sempre e na maioria das vezes (39,5%). Sobre insumos para realização de suas atividades 83% relataram ter disponibilidade.

As equipes de AB receberam o apoio principalmente de fisioterapeutas (87,4%), PEF (87%) e médicos veterinários (85%) das equipes de NASF. A maioria dos profissionais da AB (85,1%; n=14.605) consideraram necessária outra categoria profissional para compor o NASF.

Em revisão bibliográfica identificou-se que as publicações sobre o NASF, em sua maioria, são de caráter qualitativo a respeito da implantação e ações desenvolvidas pelas equipes, e sobre as relações interprofissionais e o apoio matricial. Há carência de estudos que descrevam a efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes e os efeitos das intervenções praticadas na população atendida. Sobre o profissional de educação física ainda são poucas publicações (11,6%) e essas tratam principalmente de descrever a inserção e atuação do PEF nos NASF. Não foram encontradas publicações que avaliam o efeito da atuação do PEF e das intervenções desenvolvidas na saúde da população.

***PRESS RELEASE***

## **OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

O Ministério da Saúde constantemente desenvolve estratégias para melhorar o atendimento à população. Entre essas ações, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que apoiam as equipes de Atenção Básica (AB) com profissionais de diversas áreas, ampliando a abrangência do atendimento.

Para avaliar a efetividade das ações e incentivar as equipes a melhorar os serviços de saúde, o governo junto com instituições de ensino e pesquisa do país, desenvolveram o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ). O PMAQ avalia as equipes de acordo as ações desenvolvidas, a estrutura utilizada além de considerar a opinião dos usuários. Em 2013, 93,6% dos municípios brasileiros aderiram ao PMAQ (n=5.213), totalizando 29.778 equipes de AB e 1.773 equipes de NASF.

Em recente tese de doutorado defendida pela aluna Thamires Lorenzet Cunha Seus, no Programa de Pós Graduação da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), orientada pelo Prof. Dr Fernando Vinholes Siqueira, foram analisados os dados coletados pelo PMAQ em 2013 para descrever amplamente os aspectos relacionados às equipes de NASF: ações de promoção da saúde desenvolvidas; estrutura disponibilizada para desenvolver o seu trabalho; os profissionais que compunham estas equipes multiprofissionais, visto que cada município determinou a composição das equipes de acordo com as necessidades do território. Da mesma forma, as equipes de NASF desenvolveram ações baseadas em dados epidemiológicos da região, por isso foi detectado grande variação de ações de promoção da saúde em relação.

A realização da tese de doutorado foi possível devido ao fato de que o Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFPEL coordenou a coleta de dados nacional em parte das Unidades da Federação.

Os principais achados da tese demonstram que os três profissionais mais frequentes nas equipes de NASF são o fisioterapeuta (presente em 87,4% das equipes), o profissional de educação física (em 87% das equipes) e o médico veterinário (em 85% das equipes). Além disso, 95% das equipes apoiam e desenvolvem estratégias de cuidado à pessoas com doenças crônicas junto com as equipes de AB. A estratégia de promoção de Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF) é desenvolvida em todos os estados brasileiros, mas principalmente nas regiões Sudeste e Centro Oeste, onde quase 90% das equipes realiza esta ação.

Entre todas as estratégias de cuidado, a ação mais prevalente em todo território nacional foi a Avaliação e reabilitação das condições psicossociais (90,8%) seguida do Tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação (89,5%) e avaliação e reabilitação da condição motora (89,1%). Essas ações também são as mais prevalentes nas regiões Norte e Nordeste (em todas essas a prevalência é maior que 88%). Nas regiões Sul e Sudeste também há maior prevalência de Avaliação e reabilitação da condição psicossocial (maior que 92%).

Sobre a estrutura de trabalho, identificou-se que a mesma segue as recomendações das Diretrizes do NASF, pois a maioria das equipes utiliza consultórios compartilhados para desenvolver suas atividades. Além disso, constatou-se que mais de 60% dos profissionais foi oferecida formação específica quando iniciaram o trabalho no NASF, principalmente do tipo reunião informativa (62,1%) e oficina de capacitação (61,8%). Entre os profissionais que realizaram algum tipo de formação, 60% avaliaram a qualidade desta como boa.

Também foi oferecida atividades de educação permanente para a maioria dos profissionais do NASF. Os temas abordados foram principalmente: organização do processo de trabalho do NASF (79,4%), situações de conflitos sociais (76%) e saúde mental (75%).

Os resultados apresentados permitem identificar as características da atuação das equipes de NASF em todo Brasil com informações sobre as ações de promoção da saúde à portadores de doenças crônicas, incluindo práticas corporais e atividades físicas, promovidas ou apoiadas pelas equipes. Além

disso, estes dados fornecem um panorama acerca da distribuição das equipes de NASF no Brasil conforme variáveis de contexto. A partir desse cenário, acredita-se que seja possível contribuir com a evolução de políticas públicas de saúde.

## **ANEXOS**

ANEXO I. Parte do instrumento de coleta de dados da fase de Avaliação Externa do PMAQ – Ciclo 2. Módulo IV- Entrevista com profissional do NASF e verificação de documentos na Unidade de Saúde.

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

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

15

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

15

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

17

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

18

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

19

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

20

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

21

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

22

ANEXO II. Parte do instrumento de coleta de dados da fase de Avaliação Externa do PMAQ – Ciclo 2. Módulo II- Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica que recebe o apoio do NASF.

**Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica que recebe apoio do NASF**

Este Módulo será aplicado para todas as equipes de atenção básica que recebem apoio do NASF

<b>II.33 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)</b>		
<b>Adequação da composição das equipes às necessidades do território</b>		
ET - NII.33.1	O gestor municipal debateu com sua equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
NII.33.2	Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	<input type="checkbox"/> Arte Educador (profissional com formação em arte e educação) <input type="checkbox"/> Assistente social <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Médico pediatra <input type="checkbox"/> Médico psiquiatra <input type="checkbox"/> Médico Acupunturista <input type="checkbox"/> Médico Homeopata <input type="checkbox"/> Médico Ginecologista/Obstetra <input type="checkbox"/> Médico Geriatra <input type="checkbox"/> Médico Internista (Clínica Médica) <input type="checkbox"/> Médico do Trabalho <input type="checkbox"/> Médico Veterinário <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Profissional de educação física <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Sanitarista <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Outro
NII.33.3	Você considera que seria importante outra categoria profissional compor o NASF? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não há necessidade de outra categoria no NASF

G - NIII.33.4	Você considera que a atuação do NASF está de acordo com quais aspectos: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Realidade	Necessidade/demandas da sua equipe
		epidemiológica e social deste território	
ET - NIII.33.5	Quando os profissionais do NASF iniciaram suas atividades de apoio, houve um momento para articulação/planejamento das ações conjuntas? Se NÃO, passar para a questão NIII.33.7.	Outros	Demandas diretas dos usuários
		Sim	
NIII.33.6	Indique o que foi discutido neste planejamento: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Não	Não sabe/Não respondeu
		Não sabe/Não respondeu	
NIII.33.7	Você considera a carga horária disponível dos profissionais do NASF à sua equipe:	Sim	Pactuação das atividades a serem desenvolvidas
		Não	
NIII.33.8	Como é feito o contato da sua equipe com o NASF?	Definição de funções e atribuições entre as equipes	Definição de objetivos, metas e resultados da atuação do NASF
		Organização de critérios e fluxos para apoio do NASF	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Organização de critérios e fluxos para encaminhamento de usuários a outros serviços/portos de atenção	Organização de critérios e fluxos para apoio do NASF
		Muito Suficiente	
NIII.33.10	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado:	Suficiente	Razoavelmente suficiente
		Razoavelmente suficiente	
NIII.33.11	Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?	Insuficiente	Muito Insuficiente
		Muito Insuficiente	
Acesso das Equipes ao NASF			
Em dias programados de atividades presenciais			
Por e-mail			
Por telefone			
Diretamente, a qualquer momento na própria UBS			

35

G - NIII.33.10	O NASF atende as solicitações de apoio da sua equipe em tempo adequado:	Mais de 30 dias	Mensagem de texto no celular
		Sempre	
G - NIII.33.11	Você conhece o cronograma/agenda de atividades do NASF com sua equipe?	Na maioria das vezes	Outro
		Às vezes	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Raramente	1 dia
		Nunca	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Sim	2 dias
		Não	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	1 dia	3 dias
		2 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	3 dias	4 dias
		4 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	5 dias	5 dias
		6 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	7 dias	6 dias
		8 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	9 dias	7 dias
		10 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	11 dias	8 dias
		12 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	13 dias	9 dias
		14 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	15 dias	10 dias
		16 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	17 dias	11 dias
		18 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	19 dias	12 dias
		20 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	21 dias	13 dias
		22 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	23 dias	14 dias
		24 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	25 dias	15 dias
		26 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	27 dias	16 dias
		28 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	29 dias	17 dias
		30 dias	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Mais de 30 dias	18 dias
		Sempre	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Na maioria das vezes	19 dias
		Às vezes	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Raramente	20 dias
		Nunca	
NIII.33.9	Em média, quantos dias o NASF demora para atender uma solicitação de apoio de sua equipe?	Sim	21 dias
		Não	

36

Resolutividade da AB a partir do trabalho do NASF	Saúde do Trabalhador											
	Apoio à organização do processo de trabalho da equipe					Outras						
G - NIII 33.20	Como você avalia o efeito ou contribuição do NASF nas seguintes situações:											
NIII 33.20.1 Resolver as necessidades dos usuários	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NIII 33.20.2 Redução do número de encaminhamentos realizados de forma equivocada ou desnecessária para a atenção especializada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NIII 33.20.3 Qualificação dos encaminhamentos necessários	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NIII 33.20.4 Lidar com problemas com os quais antes não lidava ou tinha dificuldade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NIII 33.20.5 Melhoria dos indicadores de saúde da população do território	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NIII 33.20.6 Ações e verificação de melhoria da situação de saúde dos casos compartilhados entre sua equipe e o NASF	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NIII 33.20.7 Ampliação do acesso da população, por meio da ampliação do escopo de ações ofertadas na UBS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
NIII 33.21	Em uma escala de 0 a 10, que nota você atribuiu ao apoio que sua equipe recebe do NASF?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

39

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 340, de 04 de fevereiro de 2013**. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340\\_04\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html). Acesso em: jun/2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq\\_nasf.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf). Acesso em: jul/2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://sma.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>. Acesso em: out/2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Caderno de Atenção Básica n. 27**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo\\_CAP\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf). Acesso em: ago/2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf). Acesso em: fev/2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

40

ANEXO III. Parte do instrumento de coleta de dados da fase de Avaliação Externa do PMAQ – Ciclo 2. Módulo II- Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde.

			Não
G - II.26.3	A equipe incentiva e desenvolve na Unidade Básica de Saúde e/ou no território: <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>		Práticas corporais
			Atividade física
			Outro(s)
			Não desenvolve atividade de promoção à saúde
<b>II.27 Programa Bolsa-Família</b>			
G - II.27.1	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa-Família? Se NÃO, passar para o bloco II.28.		Sim
			Não
G - II.27.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.27.2	Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?		Sim
			Não
<b>II.28 Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio</b>			
ET - II.28.1	A equipe possui protocolo ou critérios para visita domiciliar? Se NÃO, passar para a questão II.28.2.		Sim
			Não
ET - II.28.1/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
G - II.28.2	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?		Sim
			Não
II.28.3	Os agentes comunitários de saúde tem a programação das visitas feitas em função das prioridades de toda a equipe?		Sim
			Não
G - II.28.4	A equipe possui levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)? Se NÃO, passar para a questão II.28.5.		Sim
			Não
G - II.28.4/1	Existe documento que comprove?		Sim
			Não
II.28.4.1	Quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar?		Médico
			Enfermeiro
			Técnico/auxiliar de enfermagem
			Cirurgião-dentista
			Técnico/auxiliar de saúde bucal
			Nenhuma das anteriores
II.28.4.2	A participação dos profissionais da equipe no cuidado domiciliar obedece a quais critérios?		Demanda programada
			Críticos de risco biológico e