



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO
DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO PARA AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO PARANÁ**

ESLEN GIOVANA DA SILVA CORDEIRO

Foz do Iguaçu
2021



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO PARA AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO PARANÁ**

ESLEN GIOVANA DA SILVA CORDEIRO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família na modalidade de residência.

Orientador: Prof. Dra. Patricia Maria de Oliveira Machado

Foz do Iguaçu
2021

ESLEN GIOVANA DA SILVA CORDEIRO

**ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO PARA AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família

BANCA EXAMINADORA

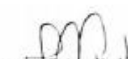


Orientadora: Prof. Dra. Patricia Maria de Oliveira Machado



Documento assinado digitalmente
Rafaela Souza
Data: 19/02/2021 11:14:02-0300
CPF: 027.286.510-94

Me. Rafaela Souza



Janaina Palma de Lima
Nutricionista NASF-AB/ Nordeste
CRN8 3697

Esp. Janaina Palma de Lima

Aprovado: (X) Sim () Não

Foz do Iguaçu – PR
2021

CORDEIRO, Eslen Giovana da Silva. MACHADO, Patricia Maria de Oliveira. **ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO PARA AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO PARANÁ**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar a estrutura e o processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde do estado do Paraná, por meio da análise dos materiais e insumos disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do desenvolvimento de ações voltadas à temática pelas equipes de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (AB/ESF) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Trata-se de um estudo transversal exploratório baseado em dados secundários do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram analisadas as variáveis adaptadas dos módulos I, II e IV do Instrumento de Avaliação Externa, sendo consideradas adequadas para estrutura e processo de trabalho as UBS e equipes que apresentaram pelo menos 80% dos itens analisados. Encontrou-se 40,7% de adequação de estrutura nas UBS, assim como 47% e 34,5% de adequação de processo de trabalho para as equipes de AB/ESF e NASF-AB, respectivamente. Os resultados evidenciam a importância do fomento às ações de alimentação e nutrição, com maior investimento em estrutura e capacitação para a qualificação do processo de trabalho das equipes, garantindo adequada assistência nutricional à população usuária do sistema de saúde.

Palavras – chave: Nutrição. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de processos (cuidados de saúde).

CORDEIRO, Eslen Giovana da Silva. MACHADO, Patricia Maria de Oliveira. **STRUCTURE AND WORK PROCESS FOR FOOD AND NUTRITION ACTIONS IN PRIMARY HEALTH CARE IN PARANÁ**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the structure and work process for food and nutrition actions in Primary Health Care in the state of Paraná, through the analysis of materials and inputs available in Basic Health Units (UBS) and the development of actions focused on the theme by the Primary Care / Family Health Strategy (AB / ESF) teams and Extended Family Health and Primary Care Centers (NASF-AB). This is a cross-sectional exploratory study based on secondary data from the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). The variables adapted from modules I, II and IV of the External Evaluation Instrument were analyzed, and the UBS and teams that presented at least 80% of the items analyzed were considered suitable for structure and work process. It was found 40.7% of structure adequacy in the UBS, as well as 47% and 34.5% of work process adequacy for the AB / ESF and NASF-AB teams, respectively. The results show the importance of promoting food and nutrition actions, with greater investment in structure and training to improve the work process of the teams, ensuring adequate nutritional assistance to the population using the health system.

Keywords: Nutrition. Primary Health Care. Process Assessment, Health Care.

CORDEIRO, Eslen Giovana da Silva. MACHADO, Patricia Maria de Oliveira. **ESTRUCTURA Y PROCESO DE TRABAJO DE LAS ACCIONES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EM LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EM PARANÁ.** 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la estructura y proceso de trabajo de las acciones de alimentación y nutrición en Atención Primaria de Salud en el estado de Paraná, mediante el análisis de materiales e insumos disponibles en Unidades Básicas de Salud (UBS) y el desarrollo de acciones centrado en el tema por los equipos de Atención Primaria / Estrategia de Salud de la Familia (AB / ESF) y los Centros de Atención Primaria y Salud de la Familia Extendida (NASF-AB). Se trata de un estudio exploratorio transversal basado en datos secundarios del 3er ciclo del Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y la Calidad en Atención Primaria (PMAQ-AB). Se analizaron las variables adaptadas de los módulos I, II y IV del Instrumento de Evaluación Externa, considerándose aptas para estructura y proceso de trabajo las UBS y los equipos que presentaron al menos el 80% de los ítems analizados. Se encontró 40,7% de adecuación de estructura en la UBS, así como 47% y 34,5% de adecuación de proceso de trabajo para los equipos AB / ESF y NASF-AB, respectivamente. Los resultados muestran la importancia de impulsar acciones de alimentación y nutrición, con mayor inversión en estructura y capacitación para calificación el proceso de trabajo de los equipos, asegurando una adecuada asistencia nutricional a la población usuaria del sistema de salud.

Palabras clave: Nutrición. Atención Primaria de Salud. Evaluación de Procesos (Atención de Salud).

ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo intitulado “Estrutura e processo de trabalho para ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde do Paraná” está nas normas do periódico “Revista Saúde em Debate”.

Estrutura e processo de trabalho para ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde do Paraná

Structure and work process for food and Nutrition actions in Primary Health Care in Paraná

Eslen Giovana da Silva Cordeiro¹, Patricia Maria de Oliveira Machado²

¹ Universidade Federal da Integração Latino – Americana (UNILA), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. eslengeovana08@hotmail.com

² Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. patricia.machado@unila.edu.br

RESUMO Este estudo objetivou caracterizar a estrutura e o processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde do estado do Paraná, por meio da análise dos materiais e insumos disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do desenvolvimento de ações voltadas à temática pelas equipes de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (AB/ESF) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Trata-se de um estudo transversal exploratório baseado em dados secundários do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram analisadas as variáveis adaptadas dos módulos I, II e IV do Instrumento de Avaliação Externa, sendo consideradas adequadas para estrutura e processo de trabalho as UBS e equipes que apresentaram pelo menos 80% dos itens analisados. Encontrou-se 40,7% de adequação de estrutura nas UBS, assim como 47% e 34,5% de adequação de processo de trabalho para as equipes de AB/ESF e NASF-AB, respectivamente. Os resultados evidenciam a importância do fomento às ações de alimentação e nutrição, com maior investimento em estrutura e capacitação para a qualificação do processo de trabalho das equipes, garantindo adequada assistência nutricional à população usuária do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Nutrição. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de processos (cuidados de saúde).

ABSTRACT This study aimed to characterize the structure and work process for food and nutrition actions in Primary Health Care in the state of Paraná, through the analysis of materials and inputs available in Basic Health Units (UBS) and the development of actions focused on the theme by the Primary Care / Family Health Strategy (AB / ESF) teams and Extended Family Health and Primary Care Centers (NASF-AB). This is a cross-sectional exploratory study based on secondary data from the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality

in Primary Care (PMAQ-AB). The variables adapted from modules I, II and IV of the External Evaluation Instrument were analyzed, and the UBS and teams that presented at least 80% of the items analyzed were considered suitable for structure and work process. It was found 40.7% of structure adequacy in the UBS, as well as 47% and 34.5% of work process adequacy for the AB / ESF and NASF-AB teams, respectively. The results show the importance of promoting food and nutrition actions, with greater investment in structure and training to improve the work process of the teams, ensuring adequate nutritional assistance to the population using the health system.

KEYWORDS Nutrition. Primary Health Care. Process Assessment, Health Care.

Introdução

Os serviços de saúde no Brasil são estruturados prioritariamente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante a garantia do acesso universal a ações que envolvam a promoção, proteção e recuperação da saúde de modo igualitário ¹.

Para cumprir com a premissa da oferta de um serviço gratuito, integral e igualitário aos indivíduos, é importante refletir sobre os fatores que determinam e condicionam a saúde destes, tais como a alimentação e nutrição, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais. A partir do conhecimento, detecção e modificação desses fatores, é possível desenvolver estratégias de prevenção e o controle de doenças e agravos na população ^{2,3}.

Com o envelhecimento, a urbanização e as transformações sociais e econômicas ocorridos nos últimos anos, houveram modificações nos condicionantes de saúde da população brasileira, especialmente no que se refere a alimentação e nutrição, com alterações no estilo de vida, marcados pela redução da prática de atividade física e modificação no padrão alimentar, com o aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras e redução do consumo de frutas, verduras e legumes ⁴.

As discussões sobre as transformações do padrão alimentar da população brasileira aumentaram nos últimos anos, em decorrência da sua associação com a alta prevalência de problemas de saúde, uma vez que o cuidado com a alimentação e a nutrição é considerado um requisito básico para a promoção e proteção da saúde, além de apresentar papel importante no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, como o sedentarismo, a alimentação inadequada, o sobrepeso e a obesidade, por este motivo, as ações voltadas à essa temática tem papel importante no contexto do SUS ⁵⁻⁷.

Como uma forma de promover a alimentação adequada e saudável e a atenção

nutricional para todas as fases do curso da vida no SUS, foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). A PNAN tem o intuito de promover práticas alimentares adequadas e saudáveis por meio da Educação Alimentar e Nutricional (EAN), através da divulgação do Guia Alimentar para a População Brasileira e da promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável ^{8,5}.

Além disso, promove o desenvolvimento de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), por meio do monitoramento contínuo do estado nutricional da população brasileira e ainda, a prevenção e controle dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, como a prevenção de doenças carenciais por meio dos programas de suplementação e das doenças crônicas não transmissíveis ^{9,10,8}.

Ainda, a oferta das ações de alimentação e nutrição no SUS deve ser baseada no reconhecimento das principais demandas de saúde existentes nos territórios de abrangência das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). Para que ocorra esse reconhecimento, é necessário, dentre outros fatores, que sejam disponibilizados instrumentos e sistemas de registro e consolidação de informações, possibilitando às equipes a adequada organização de ações de promoção, proteção e apoio à saúde e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, associadas à temática alimentação e nutrição ¹⁰.

Além disso, é importante que os serviços de saúde e os processos envolvidos com a sua oferta passem por um processo de avaliação, com a participação dos profissionais envolvidos, de modo que os resultados obtidos permitam a mudança no processo de trabalho destes e propiciem a melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de saúde. Esse processo de trabalho em saúde é dependente da relação entre os sujeitos, compreendendo-se que um sujeito isolado é incapaz de executar as ações em saúde, que se desenvolvem no espaço partilhado com o usuário ^{11,12}.

Para realizar essa avaliação do processo de trabalho, iniciativas foram pensadas pelo Ministério da Saúde, como a criação em 2011, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa é voltado para o estabelecimento de mudanças nos processos de trabalho que resultem na qualidade e no acesso aos serviços, associando-se com um processo avaliativo e com certificação, contribuindo para a identificação das necessidades e implementação de melhorias, auxiliando na ampliação do acesso ao sistema de saúde ^{12,13}.

Diante disso, destaca-se a importância da avaliação do processo de trabalho e da estrutura disponível para os profissionais atuantes na APS do estado do Paraná, para o

desenvolvimento de ações voltadas à temática alimentação e nutrição. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo, caracterizar a estrutura e o processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na APS do estado do Paraná, por meio da análise dos materiais e insumos disponíveis nas UBS e do desenvolvimento de ações voltadas à essa temática pelas equipes de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (AB/ESF) e equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal exploratório, baseado em dados secundários dos municípios do estado do Paraná participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB, relativo ao período de 2017 – 2018. Os dados utilizados no estudo são de domínio público e de acesso irrestrito, disponibilizados no sítio eletrônico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde¹⁵. Utilizou-se como referência metodológica o estudo desenvolvido por Machado (2018) que analisou as ações de alimentação e nutrição do 2º ciclo do PMAQ-AB⁸, adaptando-se as variáveis disponíveis nos diferentes bancos.

O estado do Paraná está localizado na região Sul do Brasil, ocupando a 15ª posição em extensão territorial, 6ª em população e a 5ª em economia, quando comparado aos demais estados brasileiros. Além disso, é formado por 399 municípios, que se subdividem em 39 microrregiões e 10 mesorregiões administrativas¹⁵.

Quanto às características dos serviços de saúde ofertados no estado, este conta com 399 secretarias municipais de saúde, 22 consórcios intermunicipais e rede de hospitais constituída por hospitais públicos e privados. A Secretaria Estadual de Saúde está organizada em 22 Regionais de Saúde e 4 macrorregiões de saúde, sendo elas Norte (104 municípios), Leste (86 municípios), Oeste (94 municípios) e Noroeste (115 municípios)¹⁶.

Além disso, o estado é caracterizado por apresentar grandes diferenças econômicas e sociais entre seus municípios, uma vez que alguns possuem expressão econômica e altos índices sociais, enquanto outros não apresentam a mesma característica, o que demonstra a heterogeneidade entre os municípios do estado¹⁵.

Diante disso, foi realizada a avaliação das variáveis nas UBS, equipes de AB/ESF e equipes NASF-AB que participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Paraná, sendo também avaliado a distribuição dos municípios por macrorregiões do estado (leste, oeste, norte, noroeste), porte populacional (até 10.000 habitantes, de 10.001 a 25.000, de 25.001 a 50.000 e

acima de 100.000 habitantes) e por cobertura ESF (<75%, ≥75 e <100% e ≥100%).

Realizou-se também a distribuição das variáveis de acordo com os estratos municipais de desempenho da gestão em saúde. Essa classificação é realizada a partir da associação das características demográficas (densidade demográfica e taxa de urbanização), capacidade de financiamento (PIB per capita) e poder aquisitivo da população (percentual de extrema pobreza e cobertura de plano de saúde), que somados definem as condições para a gestão do sistema local de saúde em três classes: favorável, regular ou desfavorável que associados ao porte populacional dos municípios os classifica em 7 estratos (a. Pequeno desfavorável; b) Pequeno regular; c) Pequeno favorável; d) Médio desfavorável; e) Médio regular; f) Médio favorável; g) Grande)¹⁷.

Para a análise da estrutura e do processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição foram utilizados os módulos I (observação da UBS), II (entrevista com profissional da Equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na Unidade de Saúde) e IV (entrevista com profissional do NASF-AB e verificação de documentos na UBS) disponíveis no Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF-AB (Saúde da Família ou Parametrizada)¹⁹. Ressalta-se que, para a realização do estudo, foram selecionadas apenas as questões relacionadas à temática alimentação e nutrição disponíveis no instrumento.

Dessa forma, para avaliar a estrutura das UBS foi verificada a disponibilidade de equipamentos e materiais importantes para o desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição, tais como: aparelhos de pressão adulto em tamanho padrão e com braçadeira para obeso, balança antropométrica de 150 e 200 kg, balança pediátrica, régua antropométrica, glicosímetro, trena antropométrica, caderneta de saúde da criança, adolescente, idoso e gestante, fita métrica, medicamentos como sais de reidratação oral, sulfato ferroso, ácido fólico, palmitato de retinol, cloridrato de piridoxina, hidroxibalamina e tiamina. Todas as variáveis utilizadas para verificar a estrutura das UBS foram analisadas de forma dicotômica (sim/não), totalizando 20 itens, sendo consideradas adequadas as UBS que contavam com pelo menos 80% do total de itens analisados, conforme disposto no anexo 2.

No que se refere ao processo de trabalho para realização de ações de alimentação e nutrição pelas equipes AB/ESF, foram analisados os blocos de questões relacionadas a exames solicitados e ofertados, saúde da criança, atenção ao sobrepeso e obesidade, ações de promoção da saúde e polos de academia da saúde. Quanto a este último, a atuação das equipes AB/ESF pode não contar com polos de academias da saúde em seu território de abrangência, desta forma,

foi atribuído peso igual neste bloco para equipes com ou sem polo de academia da saúde.

Para a análise da adequação do processo de trabalho das equipes NASF-AB foram analisados os blocos de questões relacionados à: (i) adequação de pessoal; (ii) atenção às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); (iii) saúde da criança; (iv) atenção nutricional e atenção ao sobrepeso e obesidade.

Todas as variáveis de processo de trabalho avaliadas para as equipes de AB/ESF e NASF-AB foram analisadas de maneira dicotômica (sim/não) e as equipes foram consideradas adequadas para o processo de trabalho quando atingiram adequação em 4 blocos do total de 5, ou seja, pelo menos 80% do total de itens analisados, conforme disposto no anexo 2.

Para a realização do estudo foram adotados os seguintes critérios de exclusão: (i) UBS e equipes que não tiveram questionário de avaliação externa aplicado pelo entrevistador de campo do PMAQ e (ii) municípios que aderiram com menos de 70% do total de equipes existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a fim de minimizar o viés de seleção da amostra.

A adequação de estrutura e do processo de trabalho segundo as características organizacionais foi estimada pela prevalência e intervalo de confiança de 95% na análise descritiva, e pela razão da prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% na análise bruta e ajustada da Regressão de Poisson, além do p valor obtido através do Teste de Wald. Os dados foram processados em planilha no Microsoft Office Excel® (Microsoft Corp., Estados Unidos) e em seguida transferidos para o *software* estatístico Stata® 12.0 (Stata Corp, College Station, Estados Unidos).

Por utilizar dados secundários, já disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e por não envolver seres humanos em seu desenvolvimento, o presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Resultados

Aderiram ao 3º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB no estado do Paraná 1.594 UBS, 2.179 equipes de AB/ESF, 218 equipes NASF-AB e 373 municípios de um total de 399 existentes no estado do Paraná.

A partir dos critérios de exclusão aplicados, a amostra final do estudo contemplou 1.455 UBS, 1.983 equipes de AB/ESF, 203 equipes NASF-AB e o número de municípios variou de acordo com as variáveis analisadas entre 349 (UBS), 351 (equipes AB/ESF) e 176 (equipes NASF-AB).

A tabela 1 mostra a distribuição das UBS e equipes analisadas segundo as variáveis do 3º ciclo do PMAQ-AB. Ao analisar por macrorregião de saúde, observa-se que a região que apresenta o maior número de UBS (32,6%) e equipes AB/ESF (36,8%) participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB e que se encaixaram nos critérios de inclusão do estudo foi a região Leste, enquanto as regiões Oeste e Norte concentram o maior número de equipes NASF-AB (28,1%).

Quanto à distribuição das variáveis por porte populacional, observa-se que os municípios com população superior a 100.000 habitantes foram os que apresentaram maior número de UBS (29%) e equipes AB/ESF (38,2%) participantes do estudo, enquanto os municípios com população inferior a 10.000 habitantes foram o que apresentaram maior número de equipes NASF-AB (44,3%).

Os municípios com cobertura ESF inferior a 75%, foram o que apresentaram maior número de UBS (49,4%) e equipes AB/ESF (55,2%) analisadas no estudo, enquanto o maior número de equipes NASF-AB analisadas (45,3%) foi observado em localidades com maior cobertura ESF, maior ou igual a 100% de cobertura populacional.

Por fim, as UBS e equipes AB/ESF e NASF-AB também foram distribuídas de acordo com o desempenho da gestão em saúde dos municípios. A maior concentração de UBS (29%) e equipes AB/ESF (38,2%) analisadas no estudo encontram-se em municípios classificados como grandes em desempenho da gestão em saúde, enquanto a maior concentração de equipes NASF-AB (41,4%) encontra-se em municípios classificados como pequeno regular no desempenho da gestão em saúde.

Tabela 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (AB/ESF), e Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) analisadas segundo as variáveis de contexto. 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Estado do Paraná, Brasil, 2017-2018.

Variáveis descritivas	UBS	Equipes AB/ESF	Equipes NASF
	n (%)	n (%)	n (%)
Paraná (total)	1.455 (100%)	1.983 (100%)	203 (100%)
Macrorregião de Saúde			
Leste	475 (32,6)	729 (36,8)	41 (20,2)
Oeste	302 (20,8)	413 (20,8)	57 (28,1)
Norte	350 (24,1)	444 (22,4)	57 (28,1)
Noroeste	328 (22,5)	397 (20,0)	48 (23,6)
População			
Até 10.000 habitantes	284 (19,5)	351 (17,7)	90 (44,3)
De 10.001 a 25.000 habitantes	400 (27,5)	454 (22,9)	46 (22,7)
De 25.001 a 50.000 habitantes	349 (24,0)	420 (21,2)	30 (14,8)
Mais de 100.000 habitantes	422 (29,0)	758 (38,2)	37 (18,2)
Cobertura ESF			
<75%	719 (49,4)	1.095 (55,2)	62 (30,5)
≥75 e <100%	315 (21,7)	371 (18,7)	49 (24,2)
≥100%	421 (28,9)	517 (26,1)	92 (45,3)
Estratos municipais para desempenho da gestão em saúde (Calvo et al, 2017)			
Grande	422 (29,0)	758 (38,2)	37 (18,2)
Médio favorável	271 (18,6)	327 (16,5)	23 (11,3)
Médio regular	74 (5,1)	88 (4,4)	6 (3,0)
Médio desfavorável	0	0	0
Pequeno favorável	187 (12,8)	238 (12,0)	36 (17,7)
Pequeno regular	413 (28,4)	469 (23,7)	84 (41,4)
Pequeno desfavorável	88 (6,1)	103 (5,2)	17 (8,4)

A adequação de estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes AB/ESF e NASF-AB para a realização de ações de alimentação e nutrição estão descritas na tabela 2.

Das UBS avaliadas no estado do Paraná, menos da metade (40,7%) apresentaram estrutura adequada para a realização de ações de alimentação e nutrição. A maior concentração de UBS com estrutura adequada é observada na macrorregião Leste (46,7%), em municípios com mais de 100.000 habitantes (56,2%), com cobertura ESF inferior a 75% (48,7%) e com desempenho de gestão em saúde classificado como grande (56,2%).

Quanto ao processo de trabalho das equipes AB/ESF para a realização das ações de alimentação e nutrição, 47% do total de equipes avaliadas no estudo apresentaram adequado processo de trabalho para a realização das ações analisadas. A região Oeste apresentou maior concentração de equipes AB/ESF com processo de trabalho adequado (59,6%), assim como municípios com população superior a 100.000 habitantes (57,1%), com cobertura ESF inferior a 75% (53,2%) e classificados com grande desempenho da gestão em saúde (57,1%).

As equipes NASF-AB do Paraná avaliadas no estudo apresentaram apenas 34,5% de adequação do processo de trabalho para a realização de ações de alimentação e nutrição, sendo

observada maior adequação de equipes da macrorregião Leste (51,2%), em municípios com mais de 100.000 habitantes (59,5%), com cobertura ESF inferior a 75% (46,8%) e municípios com grande desempenho da gestão em saúde (59,5%).

Tabela 2. Percentual da adequação de estrutura e adequação do processo de trabalho para as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica segundo as variáveis de contexto. 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Estado do Paraná, Brasil, 2017-2018.

	Adequação de Estrutura das UBS			Adequação de Processo de Trabalho das Equipes AB/ESF			Adequação de Processo de Trabalho das Equipes NASF		
	N	% (IC95%)	valor-p	n	% (IC95%)	valor-p	n	% (IC95%)	valor-p
Paraná (total)	592	40,7 (38,2; 43,2)		931	47,0 (44,7; 49,1)		70	34,5 (28,2; 41,3)	
Macrorregião de Saúde									
Leste	222	46,7 (42,3; 51,3)	<0,001	368	50,5 (46,8; 54,1)	<0,001	21	51,2 (35,6; 64,3)	0,023
Oeste	133	44,0 (38,5; 49,7)		246	59,6 (54,7; 64,2)		22	38,6 (26,6; 52,1)	
Norte	87	24,8 (20,9; 29,7)		175	39,4 (34,9; 44,1)		13	22,8 (13,5; 35,9)	
Noroeste	150	45,7 (40,4; 51,2)		142	35,8 (31,1; 40,6)		14	29,2 (17,7; 44,0)	
População									
Até 10.000 habitantes	124	43,7 (38,0; 49,5)	<0,001	146	41,6 (36,5; 46,8)	<0,001	26	28,9 (20,3; 39,3)	0,006
De 10.001 a 25.000 habitantes	123	30,7 (26,4; 35,5)		160	35,2 (31,0; 39,8)		13	28,3 (16,8; 43,4)	
De 25.001 a 50.000 habitantes	108	30,9 (26,3; 36,0)		192	45,7 (41,0; 50,5)		9	30,0 (15,7; 49,5)	
Mais de 100.000 habitantes	237	56,2 (51,4; 60,8)		433	57,1 (53,6; 60,6)		22	59,5 (42,4; 74,5)	
Cobertura ESF									
<75%	350	48,7 (45,0; 52,3)	<0,001	583	53,2 (50,3; 56,2)	<0,001	29	46,8 (34,5; 59,5)	0,024
≥75 e <100%	86	27,3 (22,6; 32,5)		140	37,7 (32,9; 42,8)		11	22,4 (12,6; 36,7)	
≥100%	156	37,1 (32,5; 41,8)		208	40,2 (36,1; 44,5)		30	32,6 (26,7; 43,0)	
Estratos municipais para desempenho da gestão em saúde (Calvo et al, 2017)									
Grande	237	56,2 (51,4; 60,8)	<0,001	433	57,1 (53,6; 58,0)	<0,001	22	59,5 (42,2; 74,5)	0,007
Médio favorável	93	34,3 (28,9; 40,2)		155	47,4 (42,0; 52,8)		7	30,4 (14,3; 53,3)	
Médio regular	12	16,2 (0,9; 26,7)		35	39,8 (29,9; 50,5)		2	33,3 (4,1; 85,1)	
Pequeno favorável	70	37,4 (30,7; 44,6)		103	43,3 (37,1; 49,7)		13	36,1 (21,7; 53,6)	
Pequeno regular	147	35,6 (31,1; 40,3)		161	34,3 (30,1; 38,8)		19	22,6 (41,8; 33,0)	
Pequeno desfavorável	33	37,5 (27,9; 48,2)		44	42,7 (33,4; 52,6)		7	41,2 (19,2; 67,3)	

Legenda: a. PMAQ-AB: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

b. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%

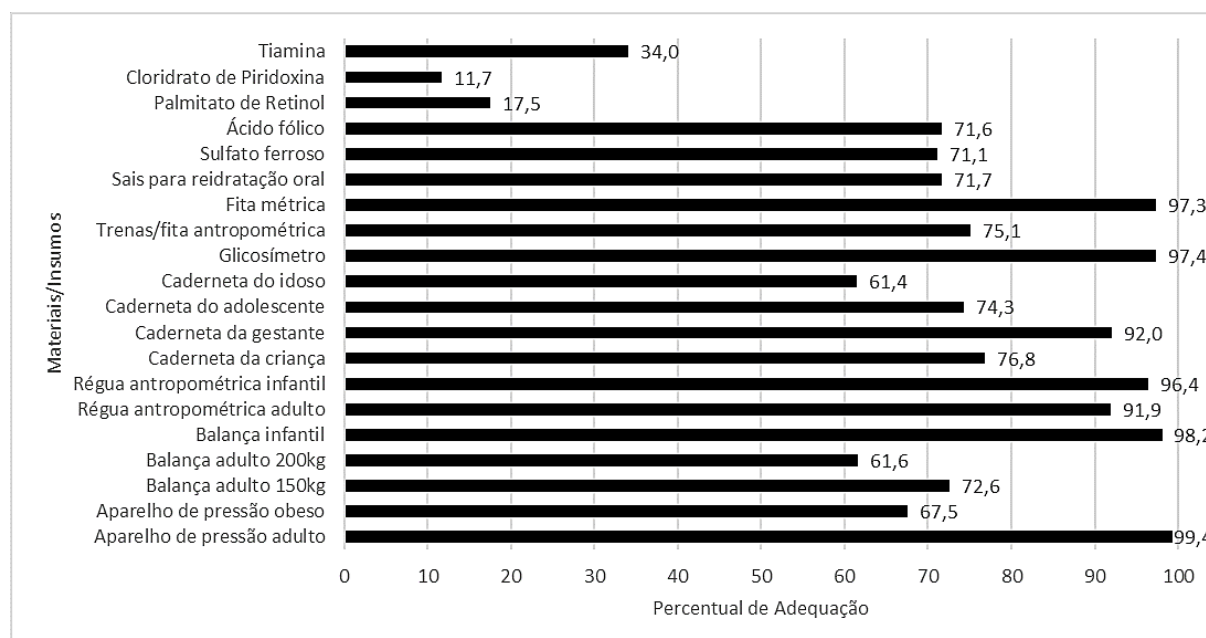
c. NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família

A figura 1 refere-se à disponibilidade dos materiais e insumos que compõem a estrutura para as ações de alimentação e nutrição nas UBS, sendo consideradas adequadas as que apresentaram pelo menos 80% do total de itens analisados.

As UBS apresentaram maior adequação de disponibilidade para aparelho de pressão adulto (99,4%), balança infantil (98,2%), glicosímetro (97,4%) e fita métrica (97,3%). Menor adequação foi observada na disponibilidade dos suplementos vitamínicos de cloridrato de piridoxina (11,7%), palmitato de retinol (17,5%) e tiamina (34%). Quanto às cadernetas para acompanhamento dos usuários do sistema de saúde, observou-se variação entre a caderneta do idoso (61,4%) e da gestante (92%). Equipamentos como balança adulto de 200 kg (61,6%) e aparelho de pressão para indivíduos obesos (67,5%) apresentaram menor adequação quando comparados aos equipamentos para a população em geral.

Destaca-se ainda que não houve 100% de adequação das UBS em nenhum dos itens avaliados de estrutura para a realização de ações de alimentação e nutrição.

Figura 1. Distribuição percentual da disponibilidade de materiais/insumos que compõem a estrutura para as ações de alimentação e nutrição nas UBS. 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Estado do Paraná, Brasil, 2017-2018.



No tocante à distribuição das ações de alimentação e nutrição que compõem o processo de trabalho das equipes de AB/ESF, descritas na figura 2, destacam-se a adequação observada no bloco relacionado a exames solicitados pela equipe e realizados na Rede de Atenção à Saúde

(RAS), que variou entre o teste oral de tolerância a glicose (93,8%) e o exame de creatinina (99,4%).

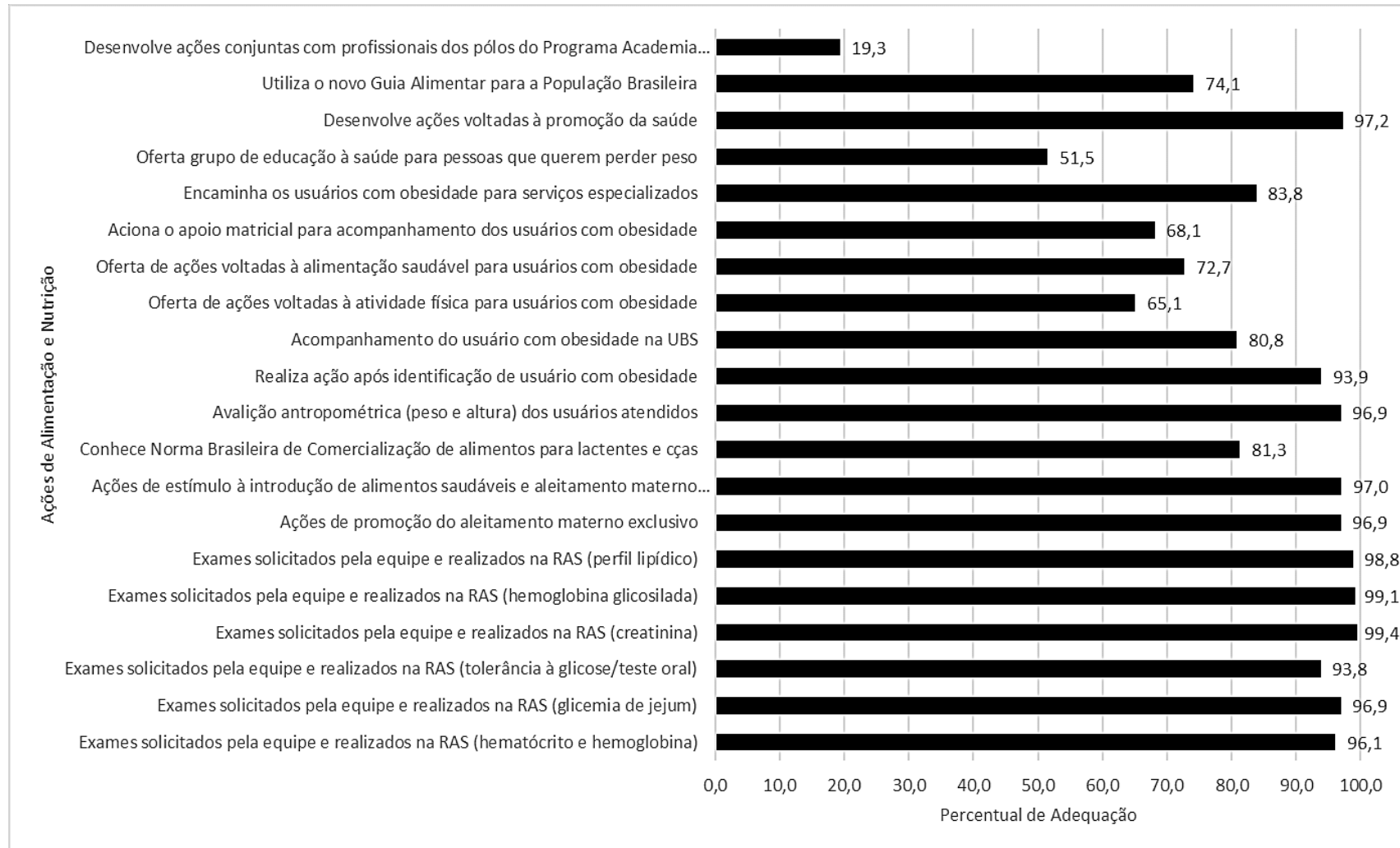
Quanto à atenção à criança do nascimento até os dois anos de idade, as equipes de AB/ESF apresentaram processo de trabalho adequado para ações de promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses (96,9%) e ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança (97%).

O desenvolvimento de ações de promoção da saúde é adequado para 97,2% das equipes de AB/ESF, porém o uso do novo Guia Alimentar para a População Brasileira é adequado somente em 74,1% das equipes avaliadas.

No que se refere à atenção à pessoa com obesidade, observou-se maior adequação das equipes para a identificação do usuário com obesidade, por meio da realização da avaliação antropométrica (96,9%) e desenvolvimento de ação após a identificação (93,9%), porém menor adequação foi observada nos itens de apoio matricial para acompanhamento desses usuários (68,1%), incentivo à prática de atividade física (65,1%) e alimentação saudável (72,7%).

A menor adequação foi observada no bloco de questões associadas ao Programa Academia da Saúde, no item de desenvolvimento de ações conjuntas com profissionais dos polos do programa (19,3%), porém, o baixo percentual de adequação observado pode ser resultado da inexistência dos polos nas localidades em que estão presentes as equipes AB/ESF avaliadas.

Figura 2. Distribuição percentual das ações de alimentação e nutrição que compõem o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (AB/ESF). 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Estado do Paraná, Brasil, 2017-2018.



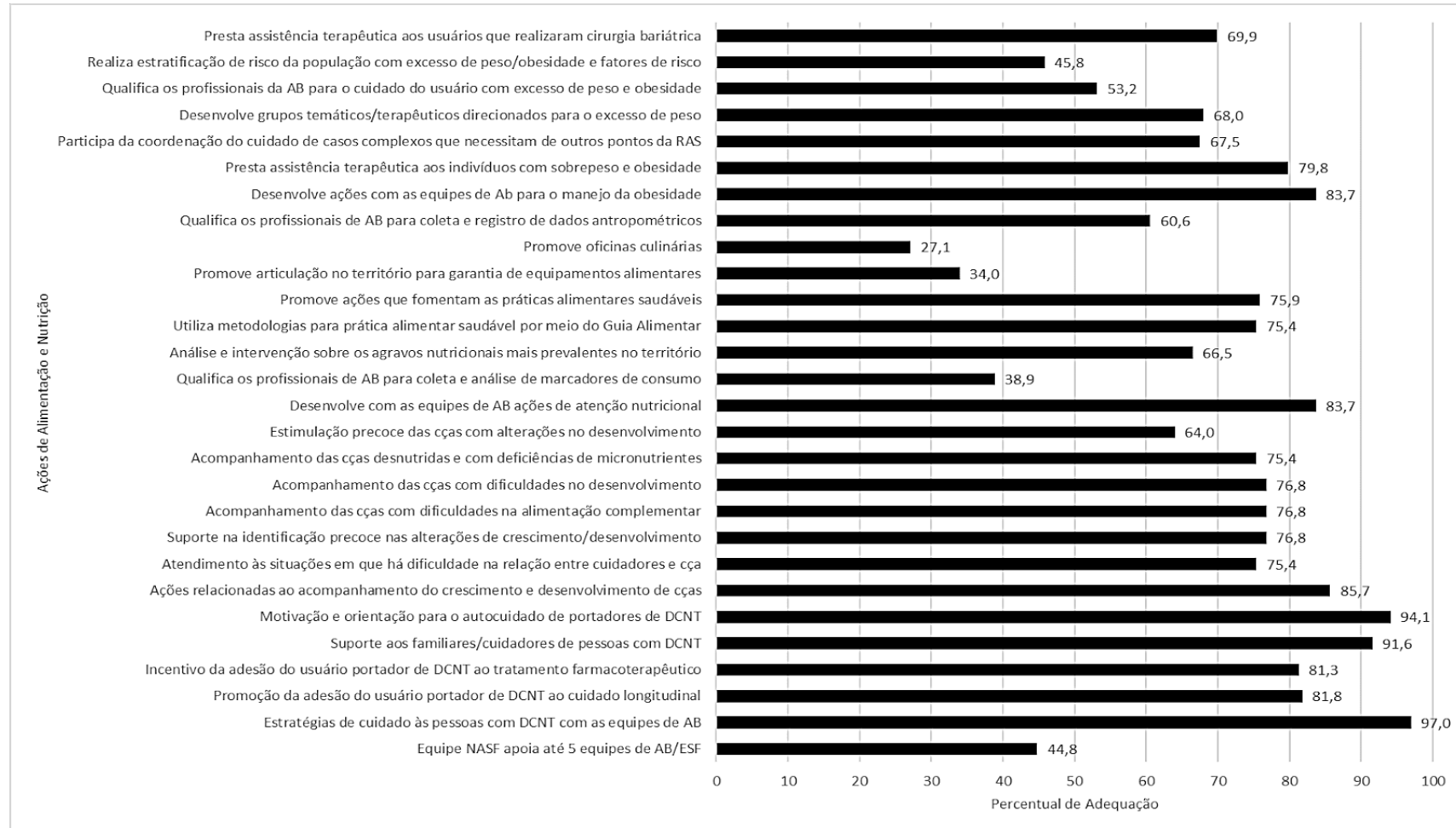
Na figura 3 é apresentada a distribuição de ações de alimentação e nutrição que compõem o processo de trabalho das equipes NASF-AB. Quanto à atenção às DCNTs, observa-se ampla realização de estratégias de cuidado às pessoas com essa condição junto com as equipes de Atenção Básica (97%), suporte aos familiares e cuidadores (91,6%) e motivação e orientação para o autocuidado (94,1%).

Quanto a atenção à saúde da criança, destaca-se o acompanhamento das crianças com dificuldades na alimentação complementar (76,8%), desnutridas e com deficiências de micronutrientes (75,4%). Quanto à atenção nutricional, destaca-se a baixa adequação das equipes para os itens analisados neste bloco, variando entre promoção de oficinas culinárias (27,1%), articulação no território para garantia dos equipamentos alimentares (34%), qualificação dos profissionais da AB para a coleta e análise dos marcadores de consumo (38,9%), coleta e registro de dados antropométricos (60,6%), assim como para a análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território (66,5%). A maior adequação foi observada no item desenvolvimento de ações de atenção nutricional junto às equipes de AB (83,7%).

Por fim, quanto à atenção à pessoa com obesidade, destaca-se a baixa estratificação de risco da população com excesso de peso/obesidade e fatores de risco (45,8%) e qualificação dos profissionais da AB para o cuidado ao usuário com excesso de peso e obesidade (53,2%).

Importante destacar o baixo quantitativo de equipes NASF-AB que apoiam até 5 equipes de AB/ESF (44,8%). Dividido em 3 modalidades distintas, o NASF-AB modalidade 1 pode vincular-se de 5 a 9 equipes ESF/AB, NASF-AB modalidade 2 pode vincular-se de 3 a 4 equipes ESF/AB e NASF-AB modalidade 3 pode vincular-se de 1 a 2 equipes ESF/AB. O elevado número de equipes vinculadas pode justificar a baixa adequação em alguns itens no processo de trabalho das equipes NASF-AB avaliadas.

Figura 3. Distribuição percentual das ações de alimentação e nutrição que compõem o processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 3º Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Paraná, Brasil, 2017-2018.



Discussão

As crescentes demandas de saúde relacionadas à alimentação e nutrição, como as DCNT e os riscos nutricionais existentes em todos os ciclos de vida justificam a necessidade da incorporação de ações de alimentação e nutrição na APS. Para isso, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Paraná determina que as ações de alimentação e nutrição estejam presentes nos três níveis de atenção à saúde, ou seja, estejam estruturadas nos diversos pontos da rede, por meio do estímulo à adoção de hábitos saudáveis, da educação alimentar e nutricional (EAN) e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que é considerada primordial para o desenvolvimento físico, mental e social pleno dos indivíduos ^{19,20}.

O estudo permitiu identificar diferenças existentes para a adequação de estrutura das UBS e processo de trabalho das equipes AB/ESF e NASF-AB, verificando-se maior adequação das variáveis analisadas em municípios com porte populacional superior a 100.000 habitantes, desempenho de gestão em saúde classificado como grande e com cobertura ESF inferior a 75%, sendo esta última que concentra quase 50% das UBS analisadas no estudo.

Houve distinção de adequação das variáveis analisadas entre as macrorregiões de saúde, em que maior adequação de estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes NASF-AB foi observada na macrorregião Leste enquanto maior adequação de processo de trabalho das equipes AB/ESF foi observada entre os participantes da macrorregião Oeste.

Estudo avaliando a estrutura das UBS para o atendimento de indivíduos com diabetes na APS alcançou resultados semelhantes, verificando maior adequação da estrutura em municípios de grande porte, com mais de 300.000 habitantes e com menor cobertura ESF ²¹.

Essa discrepância existente de acordo com o porte populacional dos municípios também pode ser observada em outro estudo, em que concluiu-se que a condição social, demográfica e econômica dos municípios resultou em desempenhos distintos quanto à organização do processo de trabalho das equipes de saúde analisadas, demonstrando a existência de desigualdades desfavoráveis entre os municípios ²².

Quanto a baixa adequação observada em municípios de pequeno porte, em geral, municípios dessa categoria responsabilizam-se pela oferta dos serviços de saúde locais por meio do atendimento às necessidades básicas da população, ficando dependentes de municípios de médio e grande porte para a oferta de serviços mais complexos, além de apresentarem fatores que influenciam no desempenho dos serviços de saúde ofertados à população, como acesso geográfico, baixa participação popular e dificuldade de alocação e contratação de

profissionais¹⁷.

Dessa forma, a maior adequação observada nos municípios de grande porte e grande capacidade de gestão em saúde denota a necessidade da qualificação da gestão, com apoio federal e estadual, de modo a qualificar a gestão em saúde em municípios de pequeno porte e com baixa capacidade de resposta dos sistemas de saúde²².

No Paraná, o processo de divisão das macrorregiões de saúde (Leste, Oeste, Norte e Noroeste) ocorreu no ano de 2013, em decorrência do processo de regionalização dos serviços de saúde, sendo estas regiões definidas a partir de referências dos serviços de média e alta complexidade existentes em cada localidade²⁰.

A diversidade de resultados observada entre as macrorregiões de saúde existentes no estado pode ser explicada pelo processo de descentralização do SUS. Com a ocorrência desse processo, os municípios passaram a responsabilizar-se pela oferta de ações e serviços de saúde na AB, resultando na ampla diversidade de modelos de atenção à saúde, o que pode explicar a maior discrepância na adequação da estrutura das UBS e do processo de trabalho entre as macrorregiões de saúde analisadas no estudo²³.

Quanto à disponibilidade dos materiais e insumos que compõem a estrutura para as ações de alimentação e nutrição nas UBS, observou-se baixa adequação dessa variável nas UBS analisadas, destacando-se ainda que nenhum dos itens avaliados apresentou 100% de adequação de disponibilidade. Porém, maior adequação foi observada nos itens aparelho de pressão adulto, balança infantil, glicosímetro e fita métrica. Os equipamentos supracitados também foram identificados como de maior disponibilidade em outro estudo realizado, em que pelo menos 80% das unidades avaliadas possuíam disponibilidade desses equipamentos, além de outros como balança de 150 kg, estetoscópio adulto e tiras de glicemia capilar²¹.

Menor adequação foi observada na disponibilidade dos suplementos vitamínicos de cloridrato de piridoxina, palmitato de retinol e tiamina, porém, os suplementos de ácido fólico e sulfato ferroso apresentaram maior adequação. Essa distinção de disponibilidade entre os suplementos analisados pode ser explicada pela existência do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que consiste na suplementação profilática desse mineral para todas as crianças de 6 a 24 meses e gestantes do período do pré-natal até o terceiro mês pós parto, além disso, para este último grupo, o programa também disponibiliza a suplementação de ácido fólico. O programa é considerado uma medida de baixo custo e boa efetividade para a prevenção da anemia, que ainda é considerada um grave problema de saúde pública²⁴. Contudo, apesar de apresentar maior disponibilidade, é importante destacar que cerca de 30% das UBS

avaliadas não apresentaram disponibilidade de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico.

Quanto ao suplemento Palmitato de Retinol, apesar da existência do Programa Nacional de Suplementação de vitamina A, instituído em 2005, com o objetivo de controlar e reduzir a deficiência nutricional dessa vitamina em crianças de 6 a 59 meses e puérperas no pós parto imediato, este é aplicado apenas em municípios da região Sul que integram o Plano Brasil Sem Miséria, o que pode explicar a baixa disponibilidade do suplemento nas UBS avaliadas²⁵.

Outro ponto importante a ser destacado é a elevada adequação para o processo de trabalho das equipes AB/ESF para o desenvolvimento de ações de promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e o estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança. O incentivo ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde da APS também tem sido relatado em outros estudos, como no realizado em um município da região Norte do Paraná, em que ao analisar a orientação sobre amamentação durante a assistência gravídico-puerperal e o desfecho do aleitamento materno, os autores verificaram que essa ação foi relatada em 52,3% dos pré-natais²⁶. Em outro estudo semelhante, os autores verificaram que 82,9% das participantes havia sido orientada na UBS sobre a importância do aleitamento materno até os seis meses²⁷.

A assistência materno-infantil é considerada uma das ações a serem desenvolvidas pelas equipes da APS, abrangendo estratégias de promoção e manejo do aleitamento materno. A elevada adequação no estudo pode ser resultado da maior notoriedade que tem sido atribuída a essa temática, tendo em vista sua identificação como importante estratégia para a redução da mortalidade infantil²⁸.

Quanto à atenção à pessoa com obesidade, o estudo demonstrou maior adequação das equipes AB/ESF para a identificação dessa condição e posterior desenvolvimento de ações voltadas à temática, contudo, observa-se baixa adequação de ações de incentivo ao apoio matricial, prática de atividade física e alimentação saudável, fundamentais para a prevenção ou controle da obesidade.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, os autores também analisaram as ações de prevenção e controle da obesidade no âmbito da Atenção Básica e verificaram que as consultas individuais e atividades em grupo, como grupos educativos, de apoio e salas de espera foram as principais ações destacadas pelos participantes. Além disso, grupos de caminhada, ações em parceria com o Programa Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola, Programa Bolsa Família e equipes NASF-AB também foram citadas pelas participantes²⁹.

No ano de 2014, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica nº 38:

estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica e obesidade, como uma forma de auxiliar os profissionais de saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do SUS para o cuidado integral à obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, por meio da abordagem integral e humanizada ao indivíduo com excesso de peso ³⁰.

A adequação da atenção nutricional pelas equipes NASF-AB também foi considerada baixa, principalmente no que se refere à promoção de oficinas culinárias e articulação no território para garantia dos equipamentos alimentares.

O processo de produção do cuidado em alimentação e nutrição no âmbito da APS também tem sido debatido em outros estudos, e um deles ao buscar compreender esse processo com base em práticas de apoio matricial verificou que nas atividades voltadas à essa temática desenvolvidas com os usuários, geralmente os profissionais utilizavam objetos, utensílios de prática culinária, imagens com escolhas alimentares, balança, fita métrica e cadernetas de saúde, marcadores de consumo alimentar, banners, folhetos, jogos de tabuleiros e materiais produzidos pelos profissionais e estagiários ³¹. Além das estratégias supracitadas, conversas em roda, palestras e consultas, também são citadas como formas de realizar ações voltadas à temática alimentação e nutrição na APS ³².

Vale ressaltar que o instrumento de Avaliação Externa do 3º Ciclo de PMAQ-AB não define especificamente quais estratégias podem ser utilizadas pelas equipes NASF-AB para desenvolver as ações que compõe o bloco atenção nutricional, limitando-o apenas ao uso do Novo Guia Alimentar para a População Brasileira e a prática de oficinas culinárias para o estímulo a hábitos alimentares saudáveis, não ampliando para outras estratégias, como as citadas no estudo ^{31,32}, o que se mostra, inclusive, como um fator limitante.

O apoio matricial também foi citado em outro estudo, que concluiu que as expectativas apresentadas pelos participantes sobre apoio matricial em ações de alimentação e nutrição eram direcionadas para as ações coletivas, incentivo à intersetorialidade e qualificação das equipes ESF com enfoque em DCNTs, além de destacar a importância do profissional nutricionista como referência no matriciamento de ações de alimentação e nutrição ³³. Esse profissional também é identificado como um facilitador do acesso da população à serviços que assegurem a alimentação saudável, prevenção de doenças, promoção ou recuperação da saúde ³⁴.

Além disso, observou-se baixa adequação na qualificação dos profissionais da Atenção Básica para a coleta e análise dos marcadores de consumo, coleta e registro de dados antropométricos, assim como para a análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais

prevalentes no território.

Resultado semelhante foi observado no estudo onde os autores verificaram que apesar de todos os membros das equipes de saúde realizarem a aferição das medidas antropométricas corretamente, houveram dificuldades na aferição do comprimento em crianças e nos procedimentos realizados antes da aferição do peso em adultos e crianças, além de os profissionais não realizarem o registro das informações ou preenchimento das planilhas do SISVANweb³⁵. O presente estudo, assim como o citado anteriormente, demonstra a importância da realização de ações de sensibilização e capacitação dos profissionais que trabalham na APS para a adequada coleta de medidas antropométricas assim como, o preenchimento de planilhas nos sistemas de informações, permitindo adequado diagnóstico e melhor acompanhamento do estado nutricional da população usuária do sistema de saúde.

O estudo também demonstrou que 55,2% das equipes NASF-AB analisadas estão vinculadas a mais de 5 equipes de AB/ESF e esse fato pode justificar a baixa adequação em alguns itens relacionados ao processo de trabalho dessas equipes para a realização de ações de alimentação e nutrição, uma vez que, quanto maior o número de equipes AB/ESF vinculadas a uma mesma equipe NASF-AB, torna-se mais difícil a realização de um trabalho qualificado, apesar de a portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012³⁶, permitir a vinculação das equipes NASF-AB à até 9 equipes de AB/ESF, de acordo com a modalidade estabelecida.

As atividades das equipes NASF-AB podem ser divididas em duas dimensões, a clínico-assistencial, desenvolvida diretamente com os usuários e compartilhada com as equipes de referência e a técnico pedagógica, por meio do apoio educativo para e com as equipes³⁷. A baixa adequação do processo de trabalho das equipes NASF-AB também pode ser observada em outro estudo, em que os autores verificaram a existência de equipes que não realizavam as atividades primordiais que compõem os objetivos de atuação do NASF-AB³⁸. Porém, essa inadequação foi associada à fragilidade na gestão de demandas e de atenção compartilhada, o que leva a sobrecarga e a um funcionamento equivocado da equipe. Dessa forma, o fortalecimento da gestão das demandas voltadas às equipes NASF-AB contribui para o melhor processo de trabalho destas e por fim, confere maior resolubilidade das ações realizadas³⁸.

O presente estudo apresenta relevância uma vez que traz evidências sobre a atual estrutura das UBS e processo de trabalho das equipes atuantes na APS do estado do Paraná para a realização de ações de alimentação e nutrição, que são fundamentais considerando a atual situação epidemiológica do país. Os resultados obtidos proporcionam aos gestores informações que podem subsidiar a melhoria da atenção nutricional ofertada nos serviços de saúde do estado.

Pode-se apontar como limitações no estudo, o fato de o instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB limitar o bloco atenção das equipes NASF-AB apenas ao uso do Novo Guia Alimentar para a População Brasileira para o estímulo à práticas alimentares saudáveis e ao desenvolvimento de oficinas culinárias, que para serem desenvolvidas demandam financiamento por parte da gestão, não considerando, por exemplo o uso de outras estratégias como objetos, utensílios de prática culinária, imagens com escolhas alimentares, balança, fita métrica, banners, folhetos, jogos de tabuleiros além de conversas em roda, palestras e consultas. Além disso, o instrumento também não cita a atenção domiciliar à saúde, uma das funções desempenhadas pelas equipes NASF-AB. Destacando-se, portanto, que as limitações supracitadas podem, inclusive, ter interferido na adequação do processo de trabalho dessas equipes.

Sugere-se, portanto, que futuros estudos sejam desenvolvidos incluindo a atenção domiciliar à saúde e abordando as estratégias específicas utilizadas nas ações de atenção nutricional desenvolvidas pelas equipes NASF-AB.

Considerações finais

A inserção de ações de alimentação e nutrição na APS faz-se necessária em virtude da atual situação epidemiológica existente no país, em que as principais demandas de saúde estão associadas às doenças crônicas não transmissíveis e as deficiências nutricionais, ambos relacionados a alimentação e estilo de vida ¹⁸.

Os resultados deste estudo indicaram que menos da metade das UBS participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB do estado do Paraná apresentaram estrutura adequada para a realização de ações de alimentação e nutrição. No que se refere ao processo de trabalho das equipes AB/ESF para as ações de alimentação e nutrição, também foi observada baixa adequação, assim como para as equipes NASF-AB, além de serem observadas diferenças de adequação entre os municípios, em que os de maior porte, com menor cobertura ESF e com capacidade de gestão classificada como grande apresentaram maior adequação para as ações analisadas.

A baixa oferta de ações de alimentação e nutrição na APS limita o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção à saúde. Diante disso, os resultados encontrados evidenciam a necessidade de fomento às ações de alimentação e nutrição, com maior investimento para uma adequada estrutura, com disponibilidade de equipamentos, assim como, maior capacitação e adequação do processo de trabalho das equipes

de AB/ESF e NASF-AB de modo a garantir adequada assistência nutricional à população usuária do sistema de saúde.

O presente estudo demonstra ainda que o PMAQ-AB se constitui como uma importante fonte de dados para a análise da estrutura das UBS e processo de trabalho das equipes, permitindo o aprimoramento dos serviços de saúde ofertados à população usuária do sistema de saúde.

Referências

1. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Revista Estudos Avançados*. 2013; 27 (78): 7 – 26.
2. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 Set 1990.
3. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. 2017; 26 (3): 676 – 689.
4. Souza GCA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Revista Saúde e Sociedade*. 2010; 19 (3): 509 – 517.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde 2013.
6. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*. 2011; 24 (6): 809 – 824.
7. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
8. Machado PMO. *Atenção Nutricional no Âmbito da Atenção Primária à Saúde: análise da implantação em municípios brasileiros [tese]*. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018. 299 p.
9. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, et al. et al. Um olhar sobre a agenda e alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2018; 23 (6): 1829 – 1836.
10. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panam Salud Publica*. 2020; 44: 1 – 8.
11. Faria HX, Araújo MD. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Revista Saúde e Sociedade*. 2010; 19 (2): 429 – 439.
12. Ferreira LR, Júnior JAS, Arrigoti T, et al. Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica. *Revista da escola de enfermagem USP*.

2018; 52: 1 – 9.

13. Barbosa MJL, Rodrigues PP, Barbosa AML, et al. Processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Revisão Integrativa. *Revista Contexto e Saúde*. 2018; 18 (35): 50 – 60.

14. Ministério da Saúde (Brasil). Portal da Secretaria da Atenção Primária à Saúde [Internet]. [Brasília – DF]: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); [data desconhecida] [Acesso em 2021 jan 08]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/>.

15. Costa YS, Reis PRC. Análise das microrregiões do Paraná quanto ao nível de desenvolvimento socioeconômico. In: XXXIV Encontro de ANPAD; 2010 Set 25 – 29; Rio de Janeiro; 2010. p. 1 – 17.

16. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020 – 2023. Curitiba: SESA, 2020. 210 p.

17. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços em Saúde*. 2016; 25 (4): 767 – 776.

18. Ministério da Saúde (Brasil). Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada). Brasília – DF: MS, 2017.

19. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica de Saúde. Brasília - DF: MS, 2009.

20. Paraná. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016 – 2019. Curitiba: SESA, 2016. 200p.

21. Neves RG, Duro SMS, Muñiz J, et al. Estrutura das unidades básicas de saúde para a atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018; 34 (4): 1 – 10.

22. Baldani MH, Ribeiro AE, Gonçalves JRSN, et al. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ. *Revista Saúde em Debate*. 2018; 42 (1): 145 – 162.

23. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51-86.

24. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília – DF: MS, 2013.

25. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de vitamina A. Brasília – DF: MS, 2013.

26. Bauer DFV, Ferrari RAP, Cardelli AAM, et al. Orientação profissional e aleitamento materno exclusivo: um estudo de corte. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2019; 24: 1 – 11.
27. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2018; 23 (4): 1077 – 1088.
28. Costa FS, Silva JLL, Machado EA, et al. Promoção do aleitamento materno no contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2019; 13 (1): 44 – 58.
29. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, et al. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36 (3): 1 – 19.
30. Ministério da Saúde (Brasil), Cadernos de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília: MS, 2014.
31. Magalhães LM, Santos LA. Multiplicidade, heterogeneidade e coordenação: a produção do cuidado em alimentação e nutrição a partir das práticas de apoio matricial. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36 (7): 1 – 12.
32. Botelho FC, Guerra LDS, Cárdenas AP, et al. Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2016; 21 (6): 1889 – 1898.
33. Fittipaldi ALM, Barros DC, Romano VF. Apoio matricial nas ações de alimentação e nutrição: visão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2017; 27 (3): 793 – 811.
34. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, et al. A importância da inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16 (1): 797 – 804.
35. Hunger R, Costa DN, Faria AL, et al. Monitoramento da avaliação antropométrica no contexto do sistema de vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde. *Revista APS*. 2017; 20 (2): 194 – 202.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2012.
37. Ministério da Saúde (Brasil), Cadernos de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família Volume 1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: MS, 2014.
38. Lima RSA, Nascimento JA, Ribeiro KSQS, et al. O apoio matricial no trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análise a partir dos indicadores do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2019; 27 (1): 25 - 31.

ANEXOS

Anexo 1 - Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF-AB (Saúde da Família ou Parametrizada) adaptado para coleta de dados sobre ações de alimentação e nutrição na APS. Estado do Paraná, Brasil, 2017.

MÓDULO I - OBSERVAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE		
CÓDIGO	PERGUNTA	OPÇÕES DE RESPOSTA
I.3 Identificação da Modalidade e Profissionais da Equipe de Atenção Básica		
I.3.1	Existem profissionais que atuam na UBS e não fazem parte da equipe mínima e do NASF?	Sim
		Não
		Não sabe / não respondeu
I.3.2	Qual número de profissionais existentes, que fazem parte da(s) equipe(s) (excluindo NASF), para cada profissão?	Médico especialista
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente Social
		Farmacêutico
		Terapeuta ocupacional
		Fonoaudiólogo
		Profissional de educação física
Outro(s) profissionais de nível superior		
I.8 - Equipamentos e Materiais		
I.8.2	Quantos aparelhos de pressão adulto (em tamanho padrão) em condições de uso?	Quantidade
I. 8.3	Quantos aparelhos de pressão adulto	Quantidade

	com braçadeira para obeso em condições de uso?	
I.8.9	Quantas balanças antropométricas de 150 kg em condições de uso?	Quantidade
I.8.10	Quantas balanças antropométricas de 200 kg em condições de uso?	Quantidade
I.8.11	Quantas balanças infantis em condições de uso?	Quantidade
I.8.12	Quantas réguas antropométricas adulto em condições de uso?	Quantidade
I.8.13	Quantas réguas antropométricas infantil em condições de uso?	Quantidade
I.8.26	Quantos glicosímetros em condições de uso?	Quantidade
I.8.36	Quantas trenas/fitas antropométricas (maleáveis) em condições de uso?	Quantidade
I.9 - Material Impresso para Atenção à Saúde		
I.9.1	Caderneta de saúde da criança sempre disponível	Sim
		Não
I.9.2	Caderneta da gestante sempre disponível	Sim
		Não
I.9.3	Caderneta do adolescente sempre disponível	Sim
		Não
I.9.4	Caderneta do Idoso ou equivalente sempre disponível	Sim
		Não
I.12 - Insumos para Atenção à Saúde		
I.12.14	Fita métrica sempre disponível	Sim
		Não

I.15 - Medicamentos Componentes da Farmácia Básica

I.15.2	Possui Sais para Reidratação Oral em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.1	Sulfato ferroso em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.2	Ácido fólico em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.3	Palmitato de retinol em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.4	Cloridrato de piridoxina em quantidade suficiente?	Sim
		Não
I.15.4.5	Tiamina em quantidade suficiente?	Sim
		Não

MÓDULO II - ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE

CÓDIGO	PERGUNTA	OPÇÕES DE RESPOSTA
II.12.1 Quais desses exames para o pré-natal são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde?		
II.12.1.3	Dosagem de hemoglobina e hematócrito	Sim
		Não
II.12.1.4	Glicemia de jejum	Sim
		Não
II.12.1.5	Tolerância à glicose (teste oral)	Sim

		Não
II.12.2 Quais desses exames são solicitados pela sua equipe para serem realizados na rede de serviços de saúde? E OFERTADO NO MUNICÍPIO?		
II.12.2.4	Creatinina	Sim
		Não
II.12.2.7	Hemoglobina glicosilada	Sim
		Não
II.12.2.9	Perfil lipídico	Sim
		Não
II.16 - Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida		
II.16.9	A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	Sim
		Não
II.16.10	A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	Sim
		Não
II.16.11	A equipe conhece e cumpre a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (Lei 11.265 de 2006 e Decreto 8.552 de 2015)	Sim
		Não
II.19 - Atenção à Pessoa com Obesidade		
II.19.1	A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	Sim
		Não
II.19.2	Após a identificação de usuário com obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), a equipe realiza alguma ação?	Sim
		Não

II.19.3	Quais dessas ações a equipe realiza?	Realiza acompanhamento do usuário na UBS
		Oferta ações voltadas à atividade física
		Oferta ações voltadas à alimentação saudável
		Aciona equipe de apoio matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS
		Encaminhar para serviço especializado
		Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso
		Nenhuma das anteriores
II. 26 - Promoção à Saúde		
II.26.1	A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?	Sim
		Não
II.26.2	Quais ações de promoção de saúde são desenvolvidas:	Ações de apoio ao autocuidado
		Promoção da Cultura de Paz e dos Direitos Humanos
		Promoção do Desenvolvimento Sustentável
		Mobilização da população adscrita para discussão de questões de saúde que afetam à coletividade
		Articulação intersetorial com outros serviços públicos
		Organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território
		Nenhuma das anteriores
II.26.3	A equipe utiliza o novo “Guia Alimentar	Sim

	para a População Brasileira” do Ministério da Saúde?	Não
II.26.3/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.27 - Programa Academia da Saúde		
II.27.3	A equipe desenvolve ações conjuntas com os profissionais do polo do Programa Academia da Saúde?	Sim
		Não
II.27.4	Quais dessas ações são desenvolvidas?	Planejamento das ações
		Discussão de casos
		Participação no grupo de apoio à gestão do Polo
		Encaminhamento dos usuários para as atividades do polo
		Práticas corporais e atividade física
		Práticas artísticas e culturais (dança, teatro e outros)
		Construção de projetos terapêuticos para os usuários
		Mobilização da comunidade para participar das ações do programa
		Nenhuma das anteriores
MÓDULO IV- ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DO NASF E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE		
CÓDIGO	PERGUNTA	OPÇÕES DE RESPOSTA
IV.2 - Identificação da Unidade de Saúde		
IV.2.3	Qual profissional entrevistado?	Assistente Social
		Farmacêutico
		Fisioterapeuta

		Fonoaudiólogo
		Médico Acupunturista
		Médico Clínico
		Médico do Trabalho
		Médico Geriatria
		Médico Ginecologista e Obstetra
		Médico Homeopata
		Médico Pediatra
		Médico Psiquiatra
		Médico Veterinário
		Nutricionista
		Psicólogo
		Professor de Educação Física na Saúde
		Terapeuta Ocupacional
		Sanitarista
		Educador Social
IV.3 - Eixo 1 - Gestão do NASF em âmbito municipal		
IV.3.4	A sua equipe NASF apoia quantas equipes de atenção básica? (inclui equipes de saúde da família, equipes ribeirinhas e equipes de consultório de rua).	1 equipe
		2 equipes
		3 equipes
		4 equipes
		5 equipes
		6 equipes
		7 equipes
		8 equipes

		9 equipes
		Mais de 9 equipes
IV.3.5	Existe diagnóstico de território que revela qual a necessidade de profissionais para compor a equipe de NASF?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
IV.8 - Ações Específicas para o Cuidado Integral		
Abordagem de pessoas com doenças crônicas		
IV.8.1	O NASF apoia e desenvolve com as Equipes de Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?	Sim
		Não
IV.8.2	Tais estratégias envolvem:	Promoção da adesão do usuário ao cuidado longitudinal
		Incentivo para a adesão do usuário ao tratamento farmacoterapêutico
		Suporte aos familiares/ cuidadores de pessoas com doenças crônicas
		Motivação e orientação para o autocuidado
		Nenhuma das anteriores
IV.9. Atenção à saúde da criança		
IV.9.1	O NASF apoia e desenvolve ações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do território?	Sim
		Não
IV.9.2	Quais ações são realizadas?	Atendimento às situações em que há dificuldade na relação entre pais ou cuidadores e crianças
		Suporte na identificação precoce de alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento nas crianças

		Acompanhamento das crianças com dificuldades na alimentação complementar
		Acompanhamento das crianças com atraso ou dificuldades no desenvolvimento (mental, físico, fonoaudiológico ou visual) (Estratégico)
		Acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes
		Estimulação precoce das crianças com alterações do desenvolvimento infantil
		Nenhuma das anteriores
IV.12. Atenção nutricional pelo NASF		
IV.12.1	O NASF desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações de atenção nutricional?	Sim
		Não
IV.12.2	Quais das seguintes ações são realizadas?	Qualifica os profissionais da Atenção Básica na coleta e análise dos marcadores de consumo? (Geral)
		Realiza análise e intervenção sobre os agravos nutricionais mais prevalentes no território (por exemplo: anemias, desnutrição, hipovitaminose A)? (Geral)
		Utiliza metodologias e/ou ferramentas com ênfase em práticas alimentares saudáveis, tais como o Guia Alimentar para a População Brasileira? (Estratégico)
		Promove ações que fomentam práticas alimentares saudáveis, baseado no consumo de alimentos regionais e no Guia Alimentar para a População Brasileira (Estratégico)
		Promove articulação no território para garantia de equipamentos de alimentos saudáveis, como feiras de alimentos agroecológicos, hortas comunitárias (Geral)

		Promove de oficinas culinárias (Geral)
		Qualifica os profissionais da Atenção Básica para a coleta e registro dos dados antropométricos
		Nenhuma das anteriores
IV.13. Atenção à pessoa com obesidade		
IV.13.1	O NASF desenvolve com as Equipes de Atenção Básica ações para o manejo da obesidade?	Sim
		Não
IV.13.2	Quais das seguintes ações são realizadas?	Presta assistência terapêutica aos indivíduos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m ²
		Participa da coordenação do cuidado dos casos complexos que necessitam de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC 30 kg/m ² com comorbidades ou IMC 40 kg/m ²
		Desenvolve grupos temáticos e/ou terapêuticos direcionados ao público com excesso de peso e obesidade em conjunto com a Equipe de Atenção Básica (Geral)
		Qualifica os profissionais da Atenção Básica para o cuidado do usuário com excesso de peso e obesidade (Geral)
		Realiza estratificação de risco da população com excesso de peso e obesidade, de acordo com a classificação do estado nutricional e a presença de outros fatores de risco e comorbidades (Estratégico)
		Presta assistência terapêutica aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade. (Geral)
		Nenhuma das anteriores

Anexo 2 – Metodologia utilizada para determinação da adequação da estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes AB/ESF e NASF-AB. Estado do Paraná, Brasil, 2021.

MÓDULO I - OBSERVAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE		
Variáveis PMAQ	Somatório	Juízo Adequação
I.8.2	Todas as variáveis PMAQ para estrutura das UBS foram analisadas de forma dicotômica (sim/não). Totalizando 20 itens para estrutura	Foram consideradas adequadas as UBS que contavam com pelo menos 80% do total de itens analisados
I.8.3		
I.8.9		
I.8.10		
I.8.11		
I.8.12		
I.8.13		
I.8.26		
I.8.36		
I.9.1		
I.9.2		
I.9.3		
I.9.4		
I.12.14		
I.15.2		
I.15.4.1		
I.15.4.2		
I.15.4.3		
I.15.4.4		
I.15.4.5		

MÓDULO II - ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE				
Blocos	Variáveis PMAQ*	Somatório	Juízo bloco	Adequação PT EqAB/ESF
Exames solicitados e ofertados	II.12.1.3	Total de 12 itens para o bloco de exames	Equipe foi considerada adequada quando atingiu 100% dos itens analisados	As equipes AB/ESF foram consideradas adequadas para o PT quando atingiram adequação em 4 blocos do total de 5, ou seja, pelo menos 80%
	II.12.1.3.1			
	II.12.1.4			
	II.12.1.4.1			
	II.12.1.5			
	II.12.1.5.1			
	II.12.2.4			
	II.12.2.4.1			
	II.12.2.7			
	II.12.2.7.1			
II.12.2.9				

	II.12.2.9.1			
Saúde da Criança	II.16.9	Total de 3 itens para o bloco saúde da criança	Equipe foi considerada adequada quando atingiu 100% dos itens analisados	
	II.16.10			
	II.16.11			
Atenção ao sobrepeso/obesidade	II.19.1	Total de 8 itens para bloco atenção ao sobrepeso/obesidade	Equipe foi considerada adequada quando cumpriu pelo menos 5 dos itens analisados	
	II.19.2			
	II.19.3.1			
	II.19.3.2			
	II.19.3.3			
	II.19.3.4			
	II.19.3.5			
II.19.3.6				
Ações de Promoção da Saúde	II.26.1	Total de 9 itens para bloco ações de promoção à saúde	Equipe foi considerada adequada quando cumpriu pelo menos 4 dos itens analisados	
	II.26.2.1			
	II.26.2.2			
	II.26.2.3			
	II.26.2.4			
	II.26.2.5			
	II.26.2.6			
	II.26.3			
II.26.3/1				
Pólos de Academia da Saúde**	II.27.3	Total de 9 itens para bloco ações conjuntas com polo de academia da saúde	Equipe foi considerada adequada quando realizou pelo menos 1 dos itens analisados	
	II.27.4.1			
	II.27.4.2			
	II.27.4.3			
	II.27.4.4			
	II.27.4.5			
	II.27.4.6			
	II.27.4.7			
II.27.4.8				

*Todas as variáveis foram analisadas de forma dicotômica (sim/não)

MÓDULO IV- ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DO NASF E VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE				
Blocos	Variáveis PMAQ*	Somatório	Juízo bloco	Adequação PT Eq. NASF
Adequação de Pessoal	IV.3.4	Total de 2 itens para bloco adequação de pessoal	Equipe foi considerada adequada quando cumpriu 100% dos itens analisados	As equipes NASF foram consideradas adequadas para o PT quando atingiram adequação em 4 blocos do total de 5, ou seja, pelo menos 80%
	IV.3.5			
Atenção as DCNT	IV.8.1	Total de 5 itens para	Equipe foi considerada	
	IV.8.2.1			

	IV.8.2.2	bloco adequação de pessoal	adequada quando cumpriu pelo menos 4 dos 5 itens analisados
	IV.8.2.3		
	IV.8.2.4		
Saúde da Criança	IV.9.1	Total de 7 itens para bloco adequação de pessoal	Equipe foi considerada adequada quando cumpriu pelo menos 5 dos 7 itens analisados
	IV.9.2.1		
	IV.9.2.2		
	IV.9.2.3		
	IV.9.2.4		
	IV.9.2.5		
	IV.9.2.6		
Atenção Nutricional	IV.12.1	Total de 8 itens para bloco adequação de pessoal	Equipe foi considerada adequada quando cumpriu pelo menos 6 dos 8 itens analisados
	IV.12.2.1		
	IV.12.2.2		
	IV.12.2.3		
	IV.12.2.4		
	IV.12.2.5		
	IV.12.2.6		
	IV.12.2.7		
Atenção ao Sobrepeso/ Obesidade	IV.13.1	Total de 7 itens para bloco adequação de pessoal	Equipe foi considerada adequada quando cumpriu pelo menos 6 dos 7 itens analisados
	IV.13.2.1		
	IV.13.2.2		
	IV.13.2.3		
	IV.13.2.4		
	IV.13.2.5		
	IV.13.2.6		

*Todas as variáveis foram analisadas de forma dicotômica (sim/não)

APÊNDICES

Apêndice 1 - Normas para submissão do artigo na Revista Saúde em Debate.

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto:

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de

Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências elaborado pela editoria do Cebes.

Observações

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’.

Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.