

Artigo

Implantação do núcleo de apoio à saúde da família: um estudo com hipertensos e diabéticos

Implementation of the family health support center: a study with hypertensive and diabetic patients

Implementación del centro de apoyo a la salud familiar: un estudio con hipertensivos y diabéticos

Adenilson Gomes¹

Petrônio José de Lima Martelli²

Eduarda Ângela Pessoa Cesse³

Mariana Farias Gomes⁴

Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos⁵

Maria Bernadete Ribeiro Chagas⁶

RESUMO:

Introdução: a criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) permitiu uma atenção qualificada a hipertensos e diabéticos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Brasil, mas ainda conta com fragilidades em torno de sua implantação. *Objetivo:* avaliar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB) em relação às suas ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais na atenção a hipertensos e diabéticos na ESF de Petrolina- PE. Metodologia: Trata-se de um estudo avaliativo de análise de implantação do tipo 1b, que identificou a influência de fatores contextuais políticos e estruturais no Grau de Implantação (GI) do NASF-AB. Resultados: Os resultados identificaram que o GI e suas

1 adenilsongomes@hotmail.com

2 petroniocarla@uol.com.br

3 educesse@uol.com.br

4 marianafarias1992@gmail.com

5 rebecca_soaresandrade@yahoo.com.br

6 beribeiro@yahoo.com.br

dimensões – estrutura e processo – estão parcialmente implantados. O processo é influenciado favoravelmente por fatores políticos como conhecimento acerca do NASF-AB, instituição de parcerias, ampliação de responsabilidades e inovação nas práticas. Por sua vez, a estrutura é influenciada desfavoravelmente por fatores como a estrutura física das unidades de saúde, clima de equipe, vínculos profissionais e investimentos no NASF-AB. Conclusão: A implantação parcial revela a necessidade de superar fortes obstáculos para que esta política consiga induzir melhoras efetivas no cuidado com hipertensos e diabéticos na ESF.

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

ABSTRACT:

Introduction: the creation of the Extended Family Health and Primary Care Center (NASF-AB) allowed qualified care for hypertensive and diabetic patients in the Family Health Strategy (ESF) in Brazil, but it still has weaknesses around its implementation. Objective: to evaluate the implementation of the Family Health Support Center (NASF-AB) in relation to its actions of food / nutrition and physical activity / body practices in the care of hypertensive and diabetic patients in the ESF of Petrolina - PE. Methodology: This is an evaluative study of type 1b implementation analysis, which identified the influence of political and structural contextual factors on the NASF-AB Degree of Implementation (GI). Results: The results identified that the IG and its dimensions - structure and process - are partially implemented. The process is favorably influenced by political factors such as knowledge about the NASF-AB, institution of partnerships, expansion of responsibilities and innovation in practices. In turn, the structure is unfavorably influenced by factors such as the physical structure of the health units, team climate, professional ties and investments in the NASF-AB. Conclusion: The partial implantation reveals the need to overcome strong obstacles so that this policy is able to induce effective improvements in the care of hypertensive and diabetic patients in the ESF.

Keywords: Health evaluation. Diabetes Mellitus. Systemic Arterial Hypertension. Health Care.

RESUMEN:

Introducción: la creación del Centro de Salud de la Familia Extendida y Atención Primaria (NASF-AB) permitió la atención calificada para pacientes hipertensos y diabéticos en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Brasil, pero aún tiene debilidades en su implementación. Objetivo: evaluar la implementación del Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF-AB) en relación a sus acciones de alimentación / nutrición y actividad física / prácticas corporales en la atención de pacientes hipertensos y diabéticos en la ESF de Petrolina - PE. Metodología: Se trata de un estudio evaluativo de análisis de

implementación tipo 1b, que identificó la influencia de factores contextuales políticos y estructurales en el Grado de Implementación (IM) de la NASF-AB. Resultados: Los resultados identificaron que el GI y sus dimensiones - estructura y proceso - se implementan parcialmente. El proceso está influenciado favorablemente por factores políticos como el conocimiento sobre el NASF-AB, la institución de asociaciones, la expansión de responsabilidades y la innovación en las prácticas. A su vez, la estructura está influenciada desfavorablemente por factores como la estructura física de las unidades de salud, clima de equipo, vínculos profesionales e inversiones en NASF-AB. Conclusión: La implantación parcial revela la necesidad de superar fuertes obstáculos para que esta política sea capaz de inducir mejoras efectivas en la atención de los pacientes hipertensos y diabéticos en la ESF.

Palabras clave: Evaluación de la salud. Diabetes Mellitus. Hipertensión arterial sistémica. Cuidado de la salud.

INTRODUÇÃO

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

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

Nessa perspectiva, os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) se constituem numa política recente do Ministério da Saúde para apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) através de equipes multiprofissionais, proporcionando uma atenção à saúde com maior resolubilidade e ampliando o escopo das ações⁵. Através de profissionais da saúde como nutricionistas, professores de educação física, psicólogos, entre

outros, encontrados no NASF-AB, há a oportunidade de se melhorar o manejo da HAS e DM. Dessa maneira, o conjunto formado pelas EqSF e o apoio especializado oferecido pelos NASF-AB se apresenta como um alicerce no cuidado em saúde dentro da rede de atenção aos portadores dessas doenças.

O NASF-AB dispõe de nove áreas estratégicas para servir de enfoque em suas ações, mas é notória a importância das ações de alimentação/nutrição (A/N) e atividade física/práticas corporais (AF/PC) para os portadores desses agravos. Atualmente, revela-se a necessidade de uma atenção especial para o desenvolvimento de ações nessas áreas por influenciarem a prevenção e controle da HAS e DM⁶⁻⁷. Entretanto, no atual manejo dessas doenças, o que se observa é a inadequação de cuidados sendo prestados em diferentes níveis de atenção à saúde, suscitando a má coordenação dos cuidados e a insatisfação dos usuários⁸.

A partir dessa nova dinâmica de organização dos serviços de saúde e da articulação entre NASF-AB e ESF, faz-se necessário repensar a ação de todos os envolvidos (comunidade, profissionais da saúde e gestores) a fim de que ocorra a mudança requerida: efetiva produção de saúde para a população adscrita. Deste modo, busca-se uma pactuação política entre as partes e utilização dos mecanismos adaptativos e de apropriação dos diferentes contextos para a efetiva implantação do NASF-AB⁹.

Assim sendo, os estudos de análise de implantação fornecem métodos e abordagens avaliativas que podem avaliar os enlaces entre a intervenção (programas, políticas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos¹⁰.

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

MÉTODOS

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

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

Vale salientar que o estudo esteve vinculado ao projeto intitulado “*Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF-AB): uma análise dos componentes alimentação, nutrição e atividade física na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco*”, executado pelo grupo de pesquisa do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-SAÚDE) do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Pernambuco. Assim, foram construídos e validados o Modelo Lógico – ML (Figura 1) da intervenção, com base em seus documentos normativos e textos de apoio, e a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) para serem avaliadas as dimensões estrutura e processo do NASF-AB em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais.

A partir da MAJ foram construídos questionários estruturados para avaliação de estrutura e processo. Na estrutura, foram avaliados os locais para o desenvolvimento das ações do NASF-AB, os recursos materiais, os recursos organizacionais e os recursos humanos, correspondendo a um quantitativo de 18 indicadores da MAJ. No que se refere ao processo, foram avaliadas todas as ações do NASF-AB no que diz respeito a A/N e AF/PC para usuários hipertensos e diabéticos agrupando-as em três componentes nesta dimensão: suporte em processos educativos (16 indicadores), suporte clínico-pedagógico

(14 indicadores) e gestão integrada do território (22 indicadores), totalizando 52 indicadores.

Nessa etapa foi aplicado o questionário estruturado a oito nutricionistas e um educador físico do NASF-AB em Petrolina, abrangendo as nove equipes existentes.

Para calcular o GI das dimensões estrutura e processo foi realizado o somatório das pontuações obtidas nos indicadores de cada dimensão separadamente, divididos pela pontuação esperada para a dimensão, e depois multiplicada por 100. O GI total (estrutura + processo) foi estabelecido de forma ponderada, por considerar que a dimensão processo era mais importante que a dimensão estrutura na implantação do NASF-AB em relação às áreas em estudo. Nesse sentido, foi atribuído peso quatro para a dimensão estrutura e peso seis para processo. Assim, o GI total foi obtido a partir da seguinte equação⁴:

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

⁴Em que ΣE^1 = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; ΣP^1 = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão processo; ΣE^2 = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; e ΣP^2 = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão processo.

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

A avaliação do contexto foi baseada no modelo político e contingente formulado por Denis e Champagne¹⁴, no qual foi construído o roteiro semiestruturado de coleta de dados. Após coleta de dados e leitura das entrevistas, lançou-se mão de uma análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁵, criando, assim, categorias temáticas que pudessem contribuir para identificar a

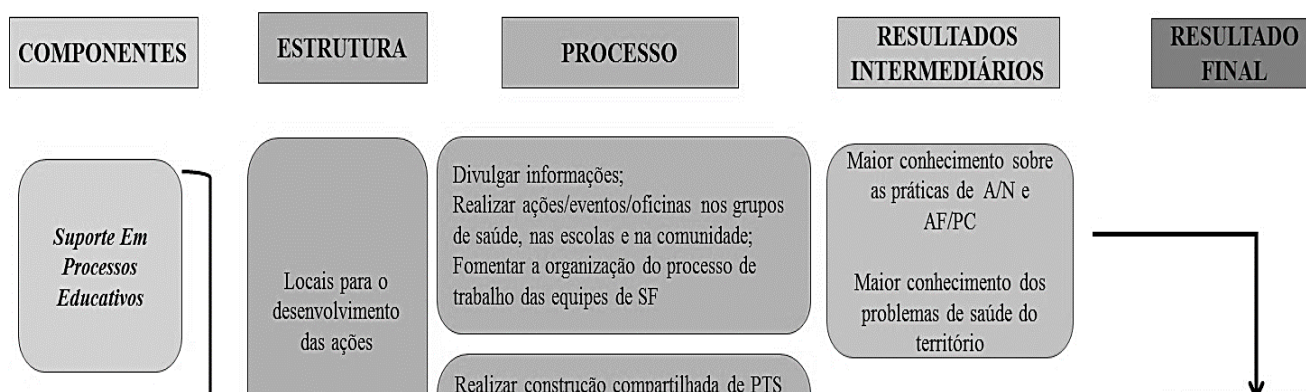
influência do contexto político e estrutural de Petrolina no GI do NASF-AB. Elas foram criadas da maneira como se segue abaixo.

Para cada relato, permitiu-se a criação de núcleos de sentido positivos e negativos. Concluiu-se que o contexto da categoria temática era favorável quando o número de núcleos positivos era maior que o de negativos e vice-versa para as desfavoráveis. O contexto final era favorável quando o número de categorias temáticas favoráveis era maior que o de desfavoráveis (número de categorias favoráveis maior que 50,0%) e vice-versa. Em caso de empate, o critério de desempate foi o julgamento da importância das categorias temáticas para a implantação da intervenção.

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

Sete categorias para cada contexto foram criadas, a saber:

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



Após a determinação do contexto, foi verificada a sua influência sobre o grau de implantação analisando as possíveis relações existentes entre si através de uma triangulação de dados

Fonte: Baseado no ML do projeto de pesquisa com referência em Lira¹⁶.

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

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

Grau de Implantação de Estrutura

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

No entanto, destacaram-se os critérios “local para realizar ações com a comunidade”, “fichas do e-SUS”, “prontuários” e “protocolos de fluxo de encaminhamento”, todos, portanto, considerados implantados (GI > 75,1%).

“Veículo Institucional” foi o único critério considerado não implantado (GI >25,0%).

Os outros critérios variavam de implantação incipiente para parcialmente implantando, sendo a maioria enquadrados nesta última classificação conforme mostra o quadro da Figura 2.

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

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

Entretanto, observam-se a implantação incipiente de muitos critérios, dos quais se destaca “equipe NASF-AB qualificada” (Figura 2). Essa fragilidade na qualificação da equipe também foi encontrada nos estudos realizados por Fernandes *et al*¹⁷ e Reis *et al*¹⁸ ao investigar o trabalho de profissionais do NASF-AB na APS. Fagundes¹⁹ ressalta que a falta de capacitação de profissionais dessa equipe pode ferir uma das diretrizes dessa proposta: a educação permanente em saúde aos profissionais e aos usuários, uma vez que o NASF-AB poderia não estar utilizando suas ferramentas de trabalho de forma correta.

Além disso, observa-se que “locais para realizar reunião”, “materiais informativos”, “equipamentos”, “computadores com internet”, “veículos”, entre outros, também foram recursos que configuram uma estrutura fragilizada para o NASF-AB e isso direciona meios para precariedade da proposta no fortalecimento da resolubilidade da atenção básica e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde. Martinez *et al*²⁰ apontam que em muitas investigações encontram-se indicativos de problemas

estruturais, principalmente relacionados à estrutura física das unidades de saúde, ao transporte para os profissionais e à falta de insumos estratégicos.

A implantação parcial da dimensão estrutura do NASF-AB abre debates para a importância dos aspectos estruturais estarem sendo cada vez mais efetivados, pois ela detém de elementos importantes devendo ser considerada no conjunto de prioridades, pois possibilita a construção de ações de saúde efetivas e humanizadas. Assim sendo, a estrutura é um componente que tende a crescer na qualidade da equipe, organizações e serviços de saúde.

Figura 2 – Quadro da pontuação (%) por critério e indicador da dimensão estrutura do NASF-AB no município de Petrolina.

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)	SUBTOTAL DO CRITÉRIO (%)
ESTRUTURA	Local para realizar reunião	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que possuam local para realizar reunião	59,3	59,3
	Local para realizar as ações com a comunidade	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que possuam local na USF/SMS/comunidade para realizar as ações com a comunidade	77,8	77,8
	Material para as ações	Existência de materiais de escritório	55,6	55,6
	Material informativo	Existência de material informativo relacionado a temática de A/N	55,6	44,4
		Existência de material informativo relacionado a temática de AF/PC	33,3	
	Fichas do e-SUS	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que exista Ficha de Atividade Individual	80,6	89,8
		% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que exista Ficha de Atividade Coletiva	88,9	
		% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que exista Ficha de Procedimentos	100,0	
	Prontuários	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que dispõe prontuários dos usuários para uso do NASF-AB	77,8	77,8
	Equipamentos	Existência de equipamentos	55,6	55,6
	Computador com internet	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que possuem computadores com internet para uso do NASF-AB	55,6	55,6
	Veículo	Existência de veículo	1,1	11,1
Protocolo de fluxo de encaminhamento	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que tenham protocolo de fluxo de encaminhamento	77,8	77,8	
Cadernos de Atenção Básica	% de USF sob área de abrangência do NASF-AB que tenham Cadernos de Atenção Básica	38,9	38,9	

	Instrumento para realizar o diagnóstico do território	Possui o instrumento (método, autor de referência, etc) para realizar o diagnóstico do território	33,3	33,3
	Equipe do NASF-AB qualificada	% de profissionais do NASF-AB que receberam qualificação/capacitação na temática de A/N nos últimos dois anos	44,4	50,6
		% de profissionais do NASF-AB que receberam qualificação/capacitação na temática de AF/PC nos últimos dois anos	18,5	
		Existência de nutricionista e educador físico na equipe NASF-AB	88,9	
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA				59,3

Fonte: elaboração própria

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

Grau de Implantação de Processo

A dimensão processo foi classificada como parcialmente implantada, tendo em vista sua pontuação percentual de 58,7% conforme apontada no quadro da Figura 3.

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

No componente ‘Suporte em Processos Educativos’ apenas os critérios “divulgação de informações” e “apoio a grupos de saúde” foram considerados implantados. “Realização de oficinas com a equipe de saúde da família e a comunidade” e “orientação referente ao processo de trabalho das equipes de saúde da família referentes à temática em estudo” consideraram-se com implantação incipiente (Figura 3).

Ao olhar simultaneamente para os critérios considerados como implantados e os com implantação incipiente, verifica-se que o NASF-AB possui fragilidades nas práticas educativas. Anjos *et al*²¹ trazem essa temática refletindo sobre a importância de se estar fazendo revisões críticas desses

processos educativos elaborados pelos profissionais do NASF-AB para que haja efetivação do seu processo de trabalho com as EqSF, afim de levar à população a uma nova concepção e modo de assistir em saúde.

No componente ‘Suporte Clínico-Pedagógico’ destacam-se os critérios “registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS”, o “uso de protocolo de fluxo de encaminhamento”, o “atendimento domiciliar individual” e a “utilização de prontuários”, pois todos foram classificados como implantados. “Construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território” e “ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares” classificaram-se como não implantados e implantação incipiente, respectivamente (Figura 3).

Esse componente pode ser considerado um importante conjunto de ações que favorecem a indução de apoio matricial, repercutindo diretamente no alcance dos objetivos do NASF-AB²²⁻²³. A não implantação de diversas atividades do suporte clínico-assistencial, pode estar colaborando para que essa equipe desenvolva ações limitantes, o que repercute em fragilidades na coordenação do cuidado em parceria com as EqSF.

Por fim, no componente ‘Gestão Integrada do Território’ pode-se observar que os critérios “planejamento integrado” e “articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais” classificaram-se como implantados. Em contrapartida, a “realização de coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional e de atividade física/práticas corporais” e “reuniões da equipe NASF-AB” configuraram-se como não implantado e implantado incipiente, respectivamente (QUADRO 2).

O NASF-AB desempenha o apoio à gestão e à atenção, sendo uma estratégia de organização das práticas de cuidado e de gestão tendo como diretriz a formação de espaços coletivos que subsidiem ações de prevenção e promoção à saúde, intramuros ou territoriais, bem como de planejamento e gestão local²⁴⁻²⁵. Assim, as atividades vistas nesse último componente sendo

consideradas como implantadas e parcialmente implantadas podem dar margem à difícil consolidação dessa diretriz.

Figura 3—Quadro da pontuação (%) por critério, indicador e componente da dimensão processo do NASF-AB no município de Petrolina/PE.

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

Suporte Clínico-pedagógico	Discussão de casos ou problemas de saúde referentes a A/N e AF/PC com a equipe de SF	% de equipes de SF que o NASF-AB realizou discussão de casos ou problemas de saúde referentes a A/N no último semestre	77,8	70,4
		% de equipes de SF que o NASF-AB realizou discussão de casos ou problemas de saúde referentes a AF/PC no último semestre	63,0	
	Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	% de equipes de SF que o NASF-AB participou da construção do PTS no último semestre	63,0	63,0
	Construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território (PST)	% de equipes de SF que o NASF-AB participou da construção do PST no último semestre	0,0	0,0
	Atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de SF	% de equipes de SF que o NASF-AB participou de atendimento clínico compartilhado	77,8	77,8
	Ações de A/N e AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	Periodicidade de realização de ações de A/N em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	36,1	33,3
		Periodicidade de realização de ações de AF/PC em conjunto com a Academia da Saúde/cidade/similares	30,6	
	Registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS	Registro das atividades realizadas nas fichas do e-SUS	100,0	100,0
	Uso protocolo de fluxo de encaminhamento	Utilização do protocolo de fluxo de encaminhamento	77,8	77,8
	Uso do prontuário	Utilização do prontuário pelo NASF-AB	88,9	88,9
	Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N	88,9	77,8
		Atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	66,7	
	Atendimento domiciliar compartilhado que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	Atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N	88,9	72,2
		Atendimento domiciliar compartilhado com algum integrante da equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a AF/PC	55,6	
	SUBTOTAL DO COMPONENTE			
Gestão Integrada do Território	Utilização do instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	Utiliza o instrumento (método, autor de referência, etc) para realização do diagnóstico do território	33,3	33,3
	Discussão da situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade	Nº de discussões da situação de saúde do território em conjunto com os gestores, equipes de SF e a comunidade no último ano	33,3	33,3
	Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a A/N e AF/PC	Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a A/N no último ano	77,8	61,1
Identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos referentes a AF/PC no último ano		44,4		

	Planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N e AF/PC	Realização de planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais referentes a A/N	96,3	85,2
		Realização de planejamento integrado para construir estratégias que respondam às principais demandas assistenciais referentes a AF/PC	74,1	
	Realização de coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional e de AF/PC	Realização de coleta de indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	33,3	24,0
		Realização de coleta de indicadores de AF/PC	22,2	
		Realização de registro dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	33,3	
		Realização de registro de indicadores de AF/PC	22,2	
		Realização de análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	22,2	
		Realização de análise de indicadores de AF/PC	11,1	
	Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N e AF/PC	Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N	100,0	83,3
		Articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações AF/PC	66,7	
	Participação das atividades de avaliação e monitoramento relativos ao alcance de metas de atividades relacionadas a A/N e AF/PC	Participação na avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	66,7	47,2
		Participação do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a A/N	33,3	
		Participação da avaliação das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas à AF/PC	55,6	
		Participação do monitoramento das atividades relativas ao alcance de metas relacionadas a AF/PC	33,3	
	Participação na análise de desempenho da equipe NASF-AB referente às ações de A/N e AF/PC	Participação na análise de desempenho da equipe NASF-AB referente às ações de A/N	77,8	55,5
Participação na análise de desempenho da equipe NASF-AB referente às ações de AF/PC		33,3		
Participação em reuniões das equipes de SF	% de equipes de SF que o NASF-AB participa das reuniões de equipe	77,8	77,8	
Reuniões da equipe NASF-AB	Periodicidade de reuniões de equipe NASF-AB	37,0	37,0	
SUBTOTAL DO COMPONENTE			52,3	
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			58,7	

Fonte: elaboração própria

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

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

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

O conhecimento acerca do processo de trabalho do NASF-AB foi uma categoria favorável do contexto político, pois foi identificado que as EqSF conhecem o NASF-AB e oferecem possibilidade de execução ao seu processo de trabalho:

"eles [*Agentes Comunitários de Saúde*] têm uma mentalidade boa para entender o processo de trabalho, o planejamento, os grupos, quando nós queremos implantar um grupo eles sempre nos apoiam e nós dependemos do apoio deles porque eles são a ponte entre nós e a comunidade." (Profissional do NASF-AB)

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

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

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

O trabalho multiprofissional baseia-se na busca de respostas no núcleo de competência e responsabilidade de cada profissão, quando as questões advêm justamente da necessidade de sua extrapolação, por meio de práticas em

campos comuns de competência e responsabilidade²⁶. Sendo assim, o NASF-AB vem buscando reconhecer os limites de cada campo de saber. Para tanto, estabelecem nesse percurso parcerias que são na maioria das vezes indispensáveis para aumentar a resolutividade das demandas determinando outra categoria favorável do contexto político:

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

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

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

O contexto político em Petrolina ao ser considerado como favorável demonstra como os atores desenvolvem suas ações de A/N e AF/PC no cotidiano das práticas do NASF-AB, revelando meios por vezes contraditórios à execução das mesmas. As possibilidades e oportunidades emanadas dessas relações poderiam suscitar a troca de saberes, discussões conjuntas e elaboração de planos de cuidados em comum acordo entre os profissionais.

Por outro lado, ao se tratar do contexto estrutural do NASF-AB em relação às ações de A/N e AF/PC em Petrolina, este foi considerado como desfavorável à sua implantação com 57,1% de categorias desfavoráveis.

As estruturas físicas das unidades de saúde da família são desfavoráveis às ações do NASF-AB. No município de Petrolina existe também um arranjo organizacional na atenção primária denominado Atendimento Multiprofissional Especializado (AME), o qual garante um espectro maior de atendimentos pela união de duas ou mais EqSF e um leque maior de serviços de cunho especializado e básico. Mas até nessas AME é visto que existem problemas de infraestrutura para realização das ações do NASF-AB:

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

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

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

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

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

O uso eficiente de recursos locais, muitas vezes já disponíveis, bem como o financiamento direcionado para ações de promoção e prevenção em saúde são essenciais para o adequado controle das DCNT, entretanto, é válido salientar que o escassez de investimentos com recursos financeiros já é apontado nos estudos como fator que implica em descontinuidades do processo de trabalho com essas doenças³¹.

Ademais, outra categoria desfavorável foi os vínculos profissionais. A realidade de contratualização de profissionais com vínculos empregatícios frágeis em Petrolina gera efeitos negativos que se somam aos da implicação anterior dos recursos financeiros:

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

Reis *et al*⁸ afirmam que o processo de trabalho dos profissionais de saúde do NASF-AB está relacionado às condições organizacionais nas quais os serviços disponibilizados estão dispostos, sendo esse um dos fatores determinantes para a manutenção dos padrões de qualidade das ações em saúde desenvolvidas.

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

“Eu tenho sete unidades, não é que todos são iguais. Não são iguais, mas aí dentro das sete eu tenho três que eu consigo

fazer uma atuação maior do que as outras.” (Profissional do NASF-AB)

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

Por fim, a análise da totalidade das categorias permitiu inferir que aproximadamente 50% delas foram consideradas favoráveis à implantação do NASF-AB em relação às ações estudadas. Ao se analisar a importância de cada categoria no desenvolvimento das ações, é visto que em muitas delas existem evidências dessas ações serem executadas de maneira que institua o NASF-AB como elemento indutor de mudanças, embora reveladas fragilidades. Sendo assim, o contexto político e contingente final de Petrolina foi considerado favorável.

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

A presença de apenas 50% de categorias favoráveis pode explicar a implantação parcial tanto da estrutura quanto do processo do grau de implantação do NASF-AB em relação às ações de alimentação, nutrição e atividade física/práticas corporais em Petrolina.

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

O conhecimento acerca do trabalho do NASF-AB pode ser um fator que favorece a implantação de alguns critérios do GI do processo, tais como **“atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de saúde da família”** e **“participação em reuniões das equipes de saúde da**

família”, pois existe o reconhecimento da importância de uma equipe especializada de apoio nas atividades da ESF com hipertensos e diabéticos.

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

A articulação dos serviços de saúde através de parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento das ações, foi outro critério implantado que pode estar relacionado ao contexto político no que tange aos mecanismos de parcerias para a realização de ações. Ao trabalhar com A/N e AF/PC, o NASF-AB aborda fontes parceiras externas para ajudar nessas ações e essas articulações interinstitucionais são sustentadas por longo tempo. Tal fato corrobora com o que é referido por Assiset *al*² os quais informam que a manutenção dessas parcerias é necessária para promoção da educação em saúde, o que tende a favorecer a incorporação gradual de novos hábitos de vida.

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

Assim sendo, o NASF-AB de Petrolina contribui para o fortalecimento da capacidade do cuidado das EqSF aos usuários hipertensos e diabéticos de maneira que estes recebem um espectro maior de informações de autocuidado, estilo de vida e adoção de hábitos alimentares saudáveis. A difusão de informações através de ações de educação em saúde e educação

permanente reflete, então, o que o NASF-AB vem trazer de inovação no processo de trabalho das equipes, em outras palavras, proporcionando a produção de novos conhecimentos em ato, ao instituir a gestão coletiva do cuidado com vistas a uma clínica interdisciplinar comprometida.

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

A influência negativa do contexto estrutural de implantação do NASF-AB pode ser o fator que explique o baixo percentual obtido no GI. Os recursos financeiros para equipes NASF-AB revelam uma insuficiência de investimentos para suas ações e não têm direcionamento específico para financiá-las. Também é visto que as unidades de saúde da família não possuem equipamentos/materiais mínimos necessários para auxílio nessas ações, mesmo possuindo um arranjo organizacional diferenciado como as AME, e existe uma rotatividade no quadro de profissionais do NASF-AB.

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

As disposições normativas do NASF-AB requerem a aquisição de uma infraestrutura de suporte como, por exemplo, normativas locais de

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

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

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

CONCLUSÕES

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

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

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

Ficou evidenciado que o estudo de análise de implantação ofereceu recursos metodológicos oportunamente válidos para a tentativa de verificar as oportunidades e fragilidades que o NASF-AB vem tendo no município de Petrolina ao se trabalhar com ações de alimentação/nutrição e atividade física/práticas corporais. Esses resultados poderão ser utilizados para subsidiar os gestores na tomada de decisão, promovendo as melhorias necessárias nas ações em saúde desenvolvidas pelo NASF-AB.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Bortoluz S, Lima LA, Nedel FB. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. *Ciência & Saúde* 2016; 9(3):156-166.
3. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo, PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(Supl): 126-34.
4. Goulart FAA. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Brasília: OPAS; 2011.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Amaral MN, Silva MEK. Atuação do nutricionista no núcleo de apoio à saúde da família: desafios da interdisciplinaridade no cuidado à saúde. *Trab. Educ.* 2015; 24 (2): 143-55.
7. Furtado GVM, Knuth AG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* 2015; 20 (5): 514-23.
8. Pinheiro CTMA. *Gestão das Doenças Crônicas: Implicações na Prática nos Cuidados de Saúde Primários - Unidade E* [dissertação]. Lisboa: Universidade Aberta; 2009.
9. Andrade LMB, Quandt FB, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde Transform. Soc.* 2012; 3 (1): 18-31.
10. Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2005.
11. Champagne F. A análise de implantação. In: Brousselle A, Contandriopoulos A-P, Hartz Z organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 217 – 238.
12. Prefeitura Municipal de Petrolina (PMP). *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Petrolina: SMS; 2013.
13. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2005.
14. Denis J, Champanhe F. Análise da implantação. In: Hartz, ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Lira RC. *Elaboração e validação de um questionário para avaliação da implantação do componente alimentação, nutrição e atividade física do NASF em Pernambuco, PE* [trabalho de conclusão de residência]. 2017. Recife (PE): IAM/FIOCRUZ; 2017.

17. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter. Mov.* (Online) 2016; 29 (4): 741-50.
18. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1): 01-09.
19. Fagundes AA. *A atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)* [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
20. Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde Debate* 2016; 40 (110): 95-106.
21. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS.. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde Debate* 2013; 37 (99): 672-80.
22. Souza TT, Calvo, M.C. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Rev. Saúde Soc.* 2016; 25 (4): 976-87.
23. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo saúde* 2010; 34 (1): 92-96.
24. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
25. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface Comun. Saúde Educ.* 2017; 21 (62): 65-78.
26. Correia PCL, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ASF). *Saúde Debate* 2017; 41 (espec.): 345-59.
27. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde Debate* 2015; 39 (espec.): 221-31.
28. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros, JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 2015; 40 (131): 59-74.

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