

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

RAFAELA CAVALCANTI LIRA

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA
IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ATIVIDADE
FÍSICA DO NASF EM PERNAMBUCO, PE

RECIFE

2018

RAFAELA CAVALCANTI LIRA

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA
IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ATIVIDADE
FÍSICA DO NASF EM PERNAMBUCO, PE**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientadora: Dr. Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Recife

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

R768e Lira, Rafaela Cavalcanti.

Elaboração e validação de um questionário para avaliação da implantação do componente alimentação, nutrição e atividade física do Nasf em Pernambuco, PE/ Rafaela Cavalcanti Lira. — Recife: A autora, 2017.

31 p.: il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Louisiana Regadas de Macedo Quinino.

1. Avaliação em Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Doença Crônica. 5. Sistema Único de Saúde. I. Quinino, Louisiana Regadas de Macedo II. Título.

CDU 614.2

RAFAELA CAVALCANTI LIRA

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA
IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ATIVIDADE
FÍSICA DO NASF EM PERNAMBUCO, PE**

Monografia apresentada ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, da Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

MSc. Gisele Cazarin
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE

Dr. Louisiana Regadas de Macedo Quinino
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ/PE. Instituto Aggeu Magalhães – IAM.

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA
IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E ATIVIDADE
FÍSICA DO NASF EM PERNAMBUCO, PE**

**DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A QUESTIONNAIRE FOR EVALUATION
OF THE IMPLEMENTATION OF THE COMPONENT FEEDING, NUTRITION
AND PHYSICAL ACTIVITY OF THE NASF IN PERNAMBUCO, PE**

Rafaela Cavalcanti Lira¹
Gisele Cazarin²
Mariana Farias Gomes³
Eduarda Ângela Pessoa Cesse³
Louisiana Regadas de Macedo Quinino³

⁽¹⁾ Secretaria de Saúde do Paulista. Paulista. Pernambuco

⁽²⁾ Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Recife. Pernambuco

⁽³⁾ Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz/PE. Instituto Aggeu Magalhães. Recife. Pernambuco.

Endereço para correspondência do autor responsável:

Rafaela Cavalcanti Lira. Secretaria de Saúde do Paulista, Superintendência de Regulação Assistencial. Praça João XXII, s/n, Centro, Paulista-PE CEP 54.315-110. Fone/Fax: 81 3301-5682

Artigo a ser encaminhado à Revista de APS – Atenção Primária à Saúde

LIRA, Rafaela Cavalcanti. **Elaboração e validação de um questionário para avaliação da implantação do componente alimentação, nutrição e atividade física do NASF em Pernambuco, PE.** 2018. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

Objetivos: identificar os consensos acerca da atuação dos profissionais do NASF nos componentes alimentação, nutrição e atividade física. **Métodos:** foram elaborados um modelo teórico lógico e uma matriz de avaliação acerca das atribuições dos profissionais do NASF. Essa matriz foi submetida à apreciação de especialistas que julgaram a importância dos indicadores de análise definidos, estabelecendo-se o consenso ou o dissenso a partir de pontos de corte previamente definidos, utilizando-se do método Delfo e técnica de consenso. **Resultados:** a matriz de avaliação resultante do consenso apresenta três níveis de análise (estrutura, atividade-processo e resultado), que estão desmembrados em dez dimensões compostas de 63 indicadores de avaliação. Do total de indicadores, apenas sete não apresentaram consenso. **Conclusões:** apesar de provisório, o consenso ora estabelecido pode constituir um referencial de elevada utilidade para a realização de pesquisas, podendo servir de base para a realização de investigações avaliativas sobre a implantação do NASF.

Palavras chaves: Avaliação em Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Sistema Único de Saúde

Introdução

A maior causa de morte hoje no mundo é representada pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estudo realizado em 2008 aponta que 36 milhões de pessoas morreram por complicações relacionadas às DCNT sendo que desse total, 78% das mortes ocorreram em países subdesenvolvidos¹. O Brasil tem também as DCNT como a principal causa de mortalidade, tendo estas, em 2009, ficado responsáveis por 72,4% do total de óbitos².

Dados recentes da pesquisa anual Vigitel, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a USP, revelam que 18,9% dos brasileiros adultos são obesos e 8,9% possuem diagnóstico para diabetes³. Revelam também que desde 2006 a prevalência da obesidade e diabetes vem aumentando à razão de 0,7 e 0,3 ponto percentual por ano, respectivamente. A epidemia de obesidade e diabetes atinge todas as classes sociais, porém possuem maior incidência nos mais pobres⁴.

O Ministério da saúde brasileiro reconhece que o sedentarismo, aliado a adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com baixa concentração de nutrientes, têm relação direta com as DCNT. Diante disso cada vez mais se revela a importância e a necessidade de uma atenção especial relacionada à alimentação, nutrição e atividades físicas nos serviços de saúde⁵.

A estratégia de saúde da família (ESF) é a responsável pelo acompanhamento dos usuários portadores de DCNT, assim como pela coordenação e ordenação do cuidado do mesmo dentro da rede de atenção à saúde, ressaltando a importância da atenção básica no enfrentamento dessas doenças⁶.

Em 2008, no entanto, mesmo considerando-se os inegáveis avanços que a estratégia proporcionou, verificou-se a necessidade de se ampliar a oferta de saúde na rede de serviços, diversificando-se a abrangência e o alvo das ações visando uma maior resolutividade. Foi dessa necessidade que o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar a consolidação da atenção básica através de equipes multiprofissionais (nutricionistas, professores de educação física, psicólogos, entre outros) que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das ESF. Estava, assim, formada uma rede de apoio à atenção aos portadores de DCNT⁷. O NASF hoje está definido em três modalidades de conformação de equipe (Tipo 1, 2 ou 3), essa classificação depende dos números de equipes de saúde da família que podem ser vinculadas ao NASF⁸.

O arranjo organizacional dos NASF, no que diz respeito ao tipo e quantidade de profissionais que o compõem, deve ser definido pelo gestor municipal de acordo com as características epidemiológicas e necessidades locais⁹. Considerando as peculiaridades das DCNT (multifatorialidade, cronicidade, dentre outras, que exigem cuidado multidisciplinar e atenção integral), somadas à herança histórica fragmentada e mais facilmente orientada às condições agudas da organização dos sistemas de saúde, a tarefa de pensar epidemiologicamente a organização dos NASF pode ser complicada e árdua, produzindo diferentes graus de compreensão a respeito da política o que pode dificultar a execução da mesma nas diferentes instâncias municipais^{7:10}. Nestes casos, justificam-se trabalhos que visem avaliar a execução do que está proposto nas normas ministeriais que subsidiam a implantação dos NASF.

Levando em consideração uma possível fragilidade do cuidado do atendimento dos portadores de DCNT, diante do exposto acima, esse estudo teve como objetivo a elaboração de um instrumento para subsidiar avaliações futuras acerca da atuação dos profissionais que

compõem o NASF no que diz respeito ao componente alimentação, nutrição e atividades físicas/práticas corporais na assistência aos portadores de DCNT, buscando esclarecer se suas práticas conduzem com as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo pré-avaliativo, que compreende a elaboração de um modelo lógico e de uma posterior e consequente matriz de avaliação sobre a atuação dos profissionais do NASF no que diz respeito aos componentes alimentação, nutrição e atividades físicas/práticas corporais.

Para buscar apreender conceitualmente a realidade, Medina et al. (1997) sugerem que o passo inicial seja a idealização. É o que se chama de “*objeto-modelo*”, que procura representar os traços-chave de um objeto completo¹¹. Este objeto-modelo, por sua vez, necessita ser dotado de propriedades passíveis de serem tratadas pela teoria, devendo ser enxertado com uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos¹². A construção da teoria do objeto-modelo, ou seja, a elaboração do modelo lógico, é o primeiro passo para a conquista conceitual da realidade.

Para esta pesquisa, o modelo lógico foi elaborado, a partir da teoria existente, por uma equipe de pesquisadores e estudantes da FIOCRUZ - PE com expertise na área de alimentação, nutrição e atividade física e em avaliação em saúde, a partir de extensa revisão da literatura especializada e do referencial normativo do SUS. O modelo foi sistematizado a fim de demonstrar de forma esquemática a atuação da equipe multiprofissional do NASF nos componentes alimentação, nutrição e atividades físicas/práticas corporais na rede atenção aos portadores de DCNT.

Conforme disposto por Medina (2005), a elaboração de uma matriz de julgamento a partir do modelo lógico é o segundo passo para realização de uma avaliação. Esta matriz deve conter os padrões, indicadores e pontos de corte adotados para julgar se o programa está acontecendo conforme recomendado e servirá de subsídio para futuras avaliações do componente alimentação, nutrição e atividade física nos NASF.

Para que a matriz possa ser usada em processos avaliativos, ela precisou ser devidamente validada. Sendo assim, optou-se por realizar um consenso entre especialistas através do método Delfos e da técnica de consenso. O método Delfos utiliza questionários que são respondidos individualmente por especialistas selecionados e a técnica de consenso envolve uma discussão aberta sobre um determinado tema igualmente entre especialistas. Foram convidados, para tanto, pesquisadores, gestores e técnicos da saúde que tiveram de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para a técnica Delfos, foram convidados 25 especialistas: gestores (3), pesquisadores e especialistas em avaliação (5) e técnicos municipais (17). Estes foram selecionados tanto por possuírem experiência na área de alimentação, nutrição, atividades físicas e práticas corporais, como por sua expertise na área de avaliação em saúde.

Na primeira etapa, a matriz de avaliação foi encaminhada via correio eletrônico, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e cada especialista procedeu a uma análise individual das dimensões e indicadores de avaliação propostos, atribuindo, numa escala de 0 a 10, a importância de cada indicador para a avaliação da atuação dos profissionais do NASF no tocante aos componentes em questão. Não houve perdas nessa etapa da análise.

Na etapa seguinte foi realizada uma oficina com os especialistas do laboratório de avaliação, monitoramento e vigilância em saúde - LamSaúde da FIOCRUZ/PE, a qual

possibilitou a discussão acerca das dimensões e indicadores definidos, com o objetivo de promover a troca de experiências e o confronto de opiniões, principalmente em torno dos pontos de maior divergência apresentados como resultado da etapa anterior.

Para a identificação do consenso foram calculados a média e o desvio padrão para cada indicador da matriz, a partir da pontuação conferida pelos especialistas. A média proporcionou mensurar o grau de importância de cada componente da matriz, enquanto o desvio padrão permitiu estimar o grau de consenso. Com base na classificação proposta por Souza et al., 2005, o ponto de corte para a média foi fixado em 7 e o ponto de corte para o desvio-padrão fixado em 3¹³.

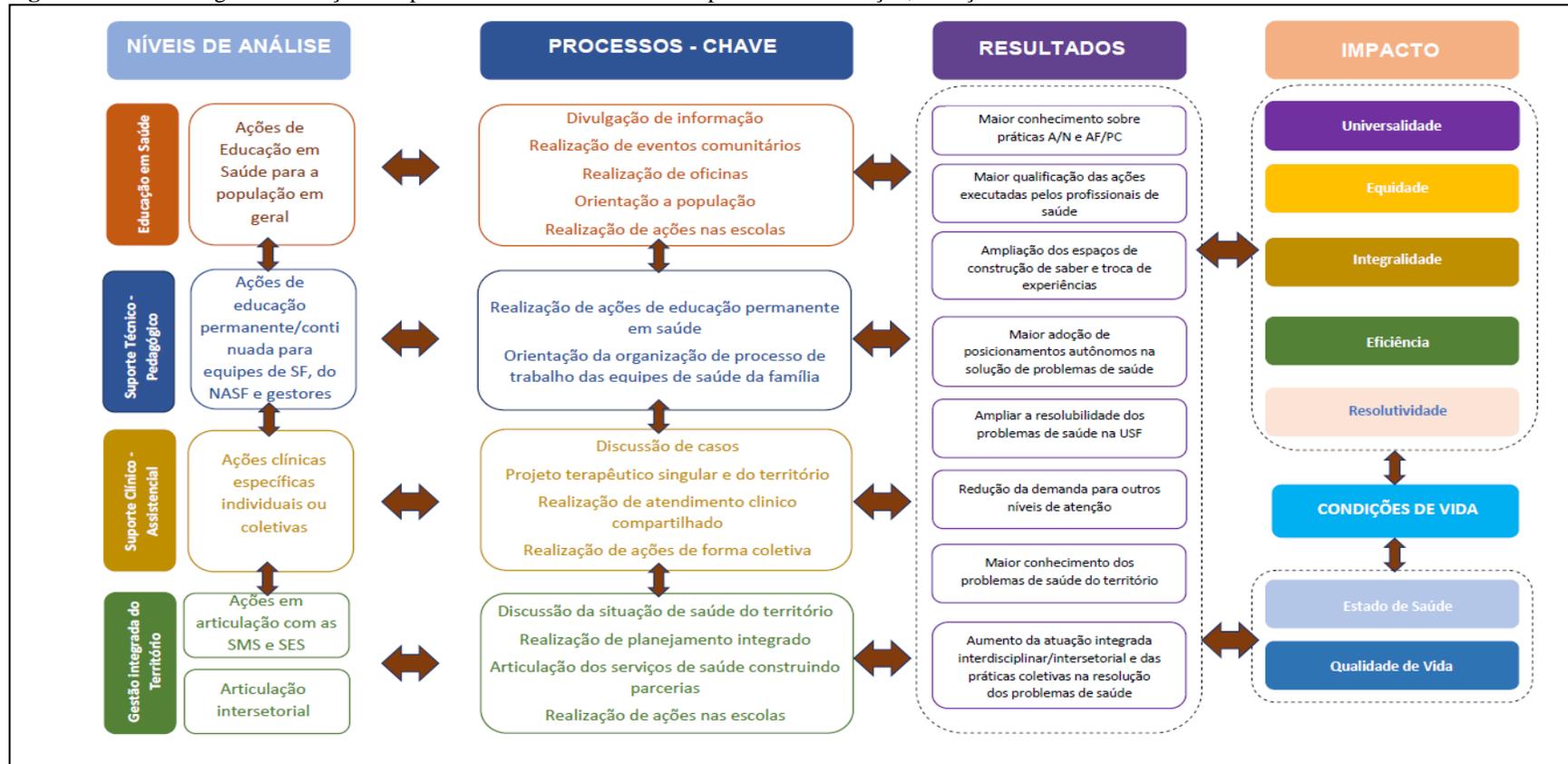
Com base nisso, os componentes da matriz foram categorizados em quatro grupos: importantes com consenso; pouco importantes com consenso; importante com dissenso e pouco importante com dissenso. Os componentes importantes e consensuais foram aqueles entendidos como essenciais no âmbito de atribuições dos profissionais do NASF no que concerne aos componentes alimentação, nutrição e atividades físicas/práticas corporais e que, por isso, devem integrar sua matriz de avaliação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ em 2016

Resultados

O modelo lógico construído está representado na figura 1.

Figura 1. Modelo Lógico da atuação dos profissionais do NASF no componente alimentação, nutrição e atividade física.



Fonte: Autora.

A matriz de avaliação (tabela 1) foi formulada como um desmembramento do modelo teórico-lógico e também foi estruturada em três níveis de análise: estrutura, atividade-processo e resultados. O nível estrutura foi constituído pelas seguintes dimensões: locais para desenvolvimento das ações, recursos materiais, recursos organizacionais e recursos humanos. O nível atividade – processo pelas dimensões: educação em saúde, suporte técnico-pedagógico, suporte clínico-assistencial e gestão integrada do território. Finalmente, o nível resultado, que foi dividido em intermediários e resultado final. Cada uma das dimensões da matriz agrupou um conjunto de indicadores de avaliação que buscaram explicitar as atribuições inerentes ao profissional do NASF nos componentes alimentação e nutrição e atividade física/práticas corporais.

Após a primeira análise estatística do consenso, pós método Delfo, apenas 13 de 63 indicadores apresentaram divergência (Tabela 2) e após a segunda etapa, pós técnica de consenso, 7 indicadores foram excluídos, resultando uma matriz final com 56 indicadores (Tabela 3).

Tabela 1. Matriz de indicadores

Nível: Estrutura
Dimensão: Locais para desenvolvimentos para ações
Sala de Reunião Locais na Comunidade Consultórios na USF
Dimensão: Recursos Materiais
Materiais Informativos (folders, banner, cartaz) Materiais para elaborações das ações (cartazes, pilotos coloridos, tesoura, papel, caneta, pasta, cadeiras e etc.). Equipamentos (balança, fita métrica, calculadora, estadiômetro, adipômetro) Prontuários Fichas do e-sus (Fichas de Atividade Individual, Ficha de Atividade Coletiva e Ficha de Procedimentos). Computador para internet Veículo
Dimensão: Recursos Organizacionais
Protocolos assistenciais Protocolos de fluxo de referência Cadernos de atenção básica Instrumentos para realizar o diagnóstico do território
Dimensão: Recursos Humanos
Profissionais do NASF Equipes de Saúde da Família Gestores de Saúde Comunidade
Nível: Atividade - processo
Dimensão: Educação em Saúde
Divulgar informações que possam contribuir para a adoção de práticas de A/N e AF/PC Realizar eventos comunitários para a divulgação e o fomento de ações de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais, sedentarismo e obesidade Formar ou apoiar os grupos de saúde existentes referente a temática de A/N e AF/PC na USF e comunidade Realizar oficinas com a equipe de SF e a comunidade para a construção de materiais que fomentem a prática A/N e AF/PC

Orientar as famílias para o uso de material instrucional com recomendações que visem a prática saudável de A/N e AF/PC
Realizar as ações de A/N e AF/PC nas escolas da área de abrangência do NASF

Dimensão: Suporte Técnico - Pedagógico

Realizar ações de educação permanente da equipe de SF referentes a temática de A/N e AF/PC
Definir temas e pontos críticos em conjunto com a equipe de SF sobre a atuação profissional na temática A/N e AF/PC
Orientar a organização do processo de trabalho das equipes de SF no que se refere as práticas de A/N e AF/PC

Dimensão: Suporte Clínico - Assistencial

Discutir casos ou problemas de saúde com a equipe de SF relacionados com A/N e AF/PC
Realizar construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS)
Realizar construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território (PST)
Realizar atendimento clínico individual pelo nutricionista e educador físico
Realizar atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de SF que envolva a temática de A/N e AF/PC
6. Realizar ações de AF/PC de forma coletiva
Realizar ações de A/N e AF/PC conjuntamente com a Academia da Saúde/cidade/similares da área de abrangência de atuação do NASF
Registrar as atividades desenvolvidas nos prontuários dos usuários
Registrar as atividades realizadas nas fichas do e-SUS
Utilizar protocolos assistenciais
Utilizar protocolos de fluxos de encaminhamento dos usuários para outras instâncias
Identificar hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde
Realizar atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC
Realizar atendimento domiciliar compartilhado com a equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC

Dimensão: Gestão Integrada do Território

Discutir a situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade
Identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais
Realizar planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de A/N e AF/PC
Realizar, junto com a equipe de SF, a coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional
Articular os serviços de saúde construindo parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N e AF/PC
Promover eventos em parceria com produtores e comerciantes locais, visando fomentar a alimentação saudável, por meio da produção e consumo de alimentos regionais
Participação na elaboração e implementação da Política de Alimentação e Nutrição local

Participação nas atividades de avaliação, monitoramento e elaboração de relatórios de atividades relativos ao alcance de metas de atividades relacionadas a A/N e AF/PC

Participar da análise de desempenho do NASF nas ações de alimentação e nutrição

Participar de reuniões das equipes de SF

Participar de reuniões da equipe NASF

Nível: Resultados

Dimensão: Resultados Intermediários

Maior conhecimento sobre práticas A/N e AF/PC

Maior qualificação das ações executadas pelos profissionais de saúde no que se refere a A/N e AF/PC

Ampliação dos espaços de construção de saber e troca de experiências

Maior adoção de posicionamentos autônomos na solução de problemas de saúde em âmbito individual e coletivo

Ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde na USF

Redução da demanda para outros níveis de atenção

Maior conhecimento dos problemas de saúde do território

Abordagem integral do indivíduo pelos diversos saberes profissionais

Interlocução das ações da Atenção Básica com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde

Aumento da atuação integrada interdisciplinar/intersetorial e das práticas coletivas na resolução dos problemas de saúde

Dimensão: Resultado Final

Redução da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Fonte: Autora.

Tabela 2. Matriz de indicadores nível estrutura, atividade-processo e resultados: resultados pós Delfo

Nível: Estrutura				
Dimensão: Locais para desenvolvimentos para ações				
Indicador	Média	Desvio Padrão	Julgamento	
Sala de Reunião	9,8	0,7	Importante com Consenso	
Locais na Comunidade	7,3	3,1	Importante com Dissenso	
Consultórios na USF	4,8	4,0	Pouco Importante com Dissenso	
Dimensão: Recursos Materiais				
Materiais Informativos (folders, banner, cartaz)	9,0	1,1	Importante com Consenso	
Materiais para elaborações das ações (cartazes, pilotos coloridos, tesoura, papel, caneta, pasta, cadeiras e etc.).	9,2	2,1	Importante com Consenso	
Equipamentos (balança, fita métrica, calculadora, estadiômetro, adipômetro)	7,2	3,7	Importante com Dissenso	
Prontuários	7,0	4,5	Importante com Dissenso	
Fichas do e-sus (Fichas de Atividade Individual, Ficha de Atividade Coletiva e Ficha de Procedimentos).	8,8	1,4	Importante com Consenso	
Computador para internet	9,0	2,1	Importante com Consenso	
Veículo	9,6	0,9	Importante com Consenso	
Dimensão: Recursos Organizacionais				
Protocolos assistenciais	7,1	4,2	Importante com Dissenso	
Protocolos de fluxo de referência	7,0	4,1	Importante com Dissenso	
Cadernos de atenção básica	8,9	2,1	Importante com Consenso	
Instrumentos para realizar o diagnóstico do território	7,9	2,9	Importante com Consenso	
Dimensão: Recursos Humanos				
Profissionais do NASF	10,0	0,0	Importante com Consenso	
Equipes de Saúde da Família	9,6	2,0	Importante com Consenso	
Gestores de Saúde	9,4	2,1	Importante com Consenso	
Comunidade	9,4	2,1	Importante com Consenso	
Nível: Atividade – Processo				
Dimensão: Educação em Saúde				

Indicador	Média	Desvio - Padrão	Julgamento
Divulgar informações que possam contribuir para a adoção de práticas de A/N e AF/PC	9,4	2,0	Importante com Consenso
Realizar eventos comunitários para a divulgação e o fomento de ações de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais, sedentarismo e obesidade	9,4	2,0	Importante com Consenso
Formar ou apoiar os grupos de saúde existentes referente a temática de A/N e AF/PC na USF e comunidade	9,8	0,4	Importante com Consenso
Realizar oficinas com a equipe de SF e a comunidade para a construção de materiais que fomentem a prática A/N e AF/PC	9,6	0,7	Importante com Consenso
Orientar as famílias para o uso de material instrucional com recomendações que visem a prática saudável de A/N e AF/PC	8,9	2,1	Importante com Consenso
Realizar as ações de A/N e AF/PC nas escolas da área de abrangência do NASF	9,3	1,8	Importante com Consenso
Dimensão: Suporte Técnico - Pedagógico			
Realizar ações de educação permanente da equipe de SF referentes a temática de A/N e AF/PC	9,0	2,2	Importante com Consenso
Definir temas e pontos críticos em conjunto com a equipe de SF sobre a atuação profissional na temática A/N e AF/PC	9,5	0,8	Importante com Consenso
Orientar a organização do processo de trabalho das equipes de SF no que se refere as práticas de A/N e AF/PC	9,0	2,1	Importante com Consenso
Dimensão: Suporte Clínico - Assistencial			
Discutir casos ou problemas de saúde com a equipe de SF relacionados com A/N e AF/PC	9,9	0,3	Importante com Consenso
Realizar construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	9,9	0,4	Importante com Consenso
Realizar construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território (PST)	8,6	2,1	Importante com Consenso
Realizar atendimento clínico individual pelo nutricionista e educador físico	6,8	3,8	Pouco Importante com Dissenso
Realizar atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de SF que envolva a temática de A/N e AF/PC	8,6	1,9	Importante com Consenso
Realizar ações de AF/PC de forma coletiva	9,0	2,8	Importante com Consenso
Realizar ações de A/N e AF/PC conjuntamente com a Academia da Saúde/cidade/similares da área de abrangência de atuação do NASF	8,2	2,1	Importante com Consenso
Registrar as atividades desenvolvidas nos prontuários dos usuários	6,5	4,3	Pouco Importante com

			Dissenso
Registrar as atividades realizadas nas fichas do e-SUS	8,5	2,0	Importante com Consenso
Utilizar protocolos assistenciais	7,0	4,2	Pouco Importante com Dissenso
Utilizar protocolos de fluxos de encaminhamento dos usuários para outras instâncias	8,3	2,5	Importante com Consenso
Identificar hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde	9,3	2,0	Importante com Consenso
Realizar atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	8,9	2,1	Importante com Consenso
Realizar atendimento domiciliar compartilhado com a equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	9,6	0,7	Importante com Consenso
Dimensão: Gestão Integrada do Território			
Discutir a situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade	9,8	0,5	Importante com Consenso
Identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais	9,4	2,0	Importante com Consenso
Realizar planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de A/N e AF/PC	9,5	0,7	Importante com Consenso
Realizar, junto com a equipe de SF, a coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	9,0	2,1	Importante com Consenso
Articular os serviços de saúde construindo parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N e AF/PC	8,6	1,7	Importante com Consenso
Promover eventos em parceria com produtores e comerciantes locais, visando fomentar a alimentação saudável, por meio da produção e consumo de alimentos regionais	6,2	4,4	Pouco Importante com Dissenso
Participação na elaboração e implementação da Política de Alimentação e Nutrição local	6,7	4,3	Pouco Importante com Dissenso
Participação nas atividades de avaliação, monitoramento e elaboração de relatórios de atividades relativos ao alcance de metas de atividades relacionadas a A/N e AF/PC	7,2	4,1	Importante com Dissenso
Participar da análise de desempenho do NASF nas ações de alimentação e	8,0	3,2	Importante com Dissenso

nutrição				
Participar de reuniões das equipes de SF	8,2	2,7	Importante com Consenso	
Participar de reuniões da equipe NASF	9,5	2,0	Importante com Consenso	

Nível: Resultados

Dimensão: Resultados Intermediários

Indicador	Média	Desvio Padrão	Julgamento
Maior conhecimento sobre práticas A/N e AF/PC	9,1	2,0	Importante com Consenso
Maior qualificação das ações executadas pelos profissionais de saúde no que se refere a A/N e AF/PC	9,5	0,8	Importante com Consenso
Ampliação dos espaços de construção de saber e troca de experiências	9,6	0,8	Importante com Consenso
Maior adoção de posicionamentos autônomos na solução de problemas de saúde em âmbito individual e coletivo	8,0	2,5	Importante com Consenso
Ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde na USF	9,9	0,4	Importante com Consenso
Redução da demanda para outros níveis de atenção	9,3	2,1	Importante com Consenso
Maior conhecimento dos problemas de saúde do território	9,8	0,6	Importante com Consenso
Abordagem integral do indivíduo pelos diversos saberes profissionais	9,9	0,3	Importante com Consenso
Interlocução das ações da Atenção Básica com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde	9,5	2,0	Importante com Consenso
Aumento da atuação integrada interdisciplinar/intersetorial e das práticas coletivas na resolução dos problemas de saúde	9,8	0,5	Importante com Consenso
Dimensão: Resultado Final			
Redução da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis	9,8	0,6	Importante com Consenso

Fonte: Autora.

Tabela 3. Matriz de indicadores nível estrutura, atividade-processo e resultados: resultados pós consenso

Nível: Estrutura				
Dimensão: Locais para desenvolvimentos para ações				
	Indicador	Média	Desvio Padrão	Julgamento
	Sala de Reunião	9,8	0,7	Importante com Consenso
	Locais na Comunidade	7,3	2,9	Importante com Dissenso
Dimensão: Recursos Materiais				
	Materiais Informativos (folders, banner, cartaz)	9,0	1,1	Importante com Consenso
	Materiais para elaborações das ações (cartazes, pilotos coloridos, tesoura, papel, caneta, pasta, cadeiras e etc.).	9,2	2,1	Importante com Consenso
	Equipamentos (balança, fita métrica, calculadora, estadiômetro, adipômetro)	7,2	2,9	Importante com Dissenso
	Prontuários	7,0	2,9	Importante com Dissenso
	Fichas do e-sus (Fichas de Atividade Individual, Ficha de Atividade Coletiva e Ficha de Procedimentos).	8,8	1,4	Importante com Consenso
	Computador para internet	9,0	2,1	Importante com Consenso
	Veículo	9,6	0,9	Importante com Consenso
Dimensão: Recursos Organizacionais				
	Cadernos de atenção básica	8,9	2,1	Importante com Consenso
	Instrumentos para realizar o diagnóstico do território	7,9	2,9	Importante com Consenso
Dimensão: Recursos Humanos				
	Profissionais do NASF	10,0	0,0	Importante com Consenso

Equipes de Saúde da Família	9,6	2,0	Importante com Consenso
Gestores de Saúde	9,4	2,1	Importante com Consenso
Comunidade	9,4	2,1	Importante com Consenso

Nível: Atividade – Processo

Dimensão: Educação em Saúde

Indicador	Média	Desvio Padrão	Julgamento
Divulgar informações que possam contribuir para a adoção de práticas de A/N e AF/PC	9,4	2,0	Importante com Consenso
Realizar eventos comunitários para a divulgação e o fomento de ações de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais, sedentarismo e obesidade	9,4	2,0	Importante com Consenso
Formar ou apoiar os grupos de saúde existentes referente a temática de A/N e AF/PC na USF e comunidade	9,8	0,4	Importante com Consenso
Realizar oficinas com a equipe de SF e a comunidade para a construção de materiais que fomentem a prática A/N e AF/PC	9,6	0,7	Importante com Consenso
Orientar as famílias para o uso de material instrucional com recomendações que visem a prática saudável de A/N e AF/PC	8,9	2,1	Importante com Consenso
Realizar as ações de A/N e AF/PC nas escolas da área de abrangência do NASF	9,3	1,8	Importante com Consenso

Dimensão: Suporte Técnico - Pedagógico

Realizar ações de educação permanente da equipe de SF referentes a temática de A/N e AF/PC	9,0	2,2	Importante com Consenso
Definir temas e pontos críticos em conjunto com a equipe de SF sobre a atuação profissional na temática A/N e AF/PC	9,5	0,8	Importante com Consenso
Orientar a organização do processo de trabalho das equipes de SF no que se refere as práticas de A/N e AF/PC	9,0	2,1	Importante com Consenso

Dimensão: Suporte Clínico - Assistencial

Discutir casos ou problemas de saúde com a equipe de SF relacionados com A/N e AF/PC	9,9	0,3	Importante com Consenso
--------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	-------------------------

Realizar construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	9,9	0,4	Importante com Consenso
Realizar construção compartilhada de Projeto de Saúde no Território (PST)	8,6	2,1	Importante com Consenso
Realizar atendimento clínico compartilhado com os profissionais da equipe de SF que envolva a temática de A/N e AF/PC	8,6	1,9	Importante com Consenso
Realizar ações de AF/PC de forma coletiva	9,0	2,8	Importante com Consenso
Realizar ações de A/N e AF/PC conjuntamente com a Academia da Saúde/cidade/similares da área de abrangência de atuação do NASF	8,2	2,1	Importante com Consenso
Registrar as atividades realizadas nas fichas do e-SUS	8,5	2,0	Importante com Consenso
Utilizar protocolos de fluxos de encaminhamento dos usuários para outras instâncias	8,3	2,5	Importante com Consenso
Identificar hábitos alimentares regionais e suas potencialidades para promoção da saúde	9,3	2,0	Importante com Consenso
Realizar atendimento domiciliar individual que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	8,9	2,1	Importante com Consenso
Realizar atendimento domiciliar compartilhado com a equipe de SF que envolva problemas de saúde referente a A/N e AF/PC	9,6	0,7	Importante com Consenso
Dimensão: Gestão Integrada do Território			
Discutir a situação de saúde do território com os gestores, equipes de SF e a comunidade	9,8	0,5	Importante com Consenso
Identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais	9,4	2,0	Importante com Consenso
Realizar planejamento integrado para construir estratégias que respondam as principais demandas assistenciais que envolva a temática de A/N e AF/PC	9,5	0,7	Importante com Consenso
Realizar, junto com a equipe de SF, a coleta, registro e análise dos indicadores de segurança e de diagnóstico alimentar e nutricional	9,0	2,1	Importante com Consenso
Articular os serviços de saúde construindo parcerias interinstitucionais com instituições e entidades locais para o desenvolvimento de ações A/N e AF/PC	8,6	1,7	Importante com Consenso
Participação nas atividades de avaliação, monitoramento e elaboração de relatórios de	7,2	2,9	Importante com

atividades relativos ao alcance de metas de atividades relacionadas a A/N e AF/PC			Dissenso
Participar da análise de desempenho do NASF nas ações de alimentação e nutrição	8,0	2,9	Importante com Dissenso
Participar de reuniões das equipes de SF	8,2	2,7	Importante com Consenso
Participar de reuniões da equipe NASF	9,5	2,0	Importante com Consenso

Nível: Resultados

Dimensão: Resultados Intermediários

Indicador	Média	Desvio Padrão	Julgamento
Maior conhecimento sobre práticas A/N e AF/PC	9,1	2,0	Importante com Consenso
Maior qualificação das ações executadas pelos profissionais de saúde no que se refere a A/N e AF/PC	9,5	0,8	Importante com Consenso
Ampliação dos espaços de construção de saber e troca de experiências	9,6	0,8	Importante com Consenso
Maior adoção de posicionamentos autônomos na solução de problemas de saúde em âmbito individual e coletivo	8,0	2,5	Importante com Consenso
Ampliar a resolubilidade dos problemas de saúde na USF	9,9	0,4	Importante com Consenso
Redução da demanda para outros níveis de atenção	9,3	2,1	Importante com Consenso
Maior conhecimento dos problemas de saúde do território	9,8	0,6	Importante com Consenso
Abordagem integral do indivíduo pelos diversos saberes profissionais	9,9	0,3	Importante com Consenso
Interlocução das ações da Atenção Básica com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde	9,5	2,0	Importante com Consenso
Aumento da atuação integrada interdisciplinar/intersetorial e das práticas coletivas	9,8	0,5	Importante com

na resolução dos problemas de saúde

Consenso

Dimensão: Resultado Final

Redução da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

9,8

0,6

Importante com
Consenso

Fonte: Autora.

Discussão

Com o aumento do contingente de DCNT, os serviços de saúde se deparam com o desafio de prestar assistência a uma quantidade cada vez maior de indivíduos cujo perfil de morbidade é marcado por limitações funcionais e qualidade de vida prejudicada. Para tanto, novos serviços, a exemplo dos NASF, são criados no sentido de dar vazão a uma demanda reprimida, o que, pela quantidade de mudança trazida, pode gerar dificuldades na implantação e execução das ações nas instâncias locais.

Nesse contexto, coloca-se a necessidade de se criar elementos que venham a favorecer possíveis avaliações futuras de programas como os NASF, detentores de tais características, que auxiliem a tomada de decisão de gestores na organização dos serviços de saúde de forma a prestarem melhor assistência à população. Para tanto, faz-se necessário refletir sobre algumas informações importantes, listadas adiante.

Em um estudo de pré-avaliação, as etapas desenvolvidas tais como a descrição detalhada da intervenção, a elaboração de perguntas avaliativas relevantes ao processo, a construção do modelo lógico e o consenso sobre os itens a serem avaliados proporcionam o esclarecimento e reflexões gerais sobre limites e possibilidades da avaliação proposta¹⁴ e possibilitaram discussões a respeito da validade do estudo.

A construção do modelo lógico do componente alimentação, nutrição e atividade física do NASF, assim como todos os processos de construção de modelos lógicos, teve como referência a abordagem de avaliação orientada pela teoria do programa. Nesta abordagem, estudiosos da avaliação de programas destacam a importância de se partir da análise de sua teoria, não só para identificar o que o programa espera alcançar, mas para entender como espera alcançar, o que se configura em um importante elemento para subsidio de futuras avaliações. Para tanto foi necessário articular uma explícita descrição das ideias, hipóteses e

expectativas que constituem a estrutura do programa e o seu funcionamento esperado. Este processo contribuiu consideravelmente para a validade dos instrumentos aqui produzidos, tanto pela orientação baseada na teoria quanto pelo consenso dos especialistas. Considerações a respeito da validade externa desses instrumentos devem, contudo, ser feitas quando da aplicação dos instrumentos na realidade empírica¹⁵.

A construção do modelo também permitiu elaboração da matriz de julgamento nos três níveis de análise com o mesmo poder de se fazer valer internamente, pelos motivos já explicitados.

Em se tratando da análise dos componentes da matriz propriamente dita Houve consenso e semelhança no julgamento de valor dos indicadores, sendo a maior parte destes considerados importantes para a avaliação na visão dos “experts” pela técnica de consenso Delfos. O consenso Delfos facilita o acesso a um grupo amplo e a uma população geograficamente dispersa de forma simultânea e permite o intercâmbio de informações entre um número importante de pessoas¹⁶.

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais¹⁷. Também pode ser entendida como a estrutura física das unidades de saúde e a estrutura organizacional da rede de serviços¹⁸.

No nível estrutura apenas dois indicadores foram excluídos (Protocolos Assistenciais e Protocolos de Fluxo de Referência). Um dos questionamentos dos profissionais é que apesar da existência dos protocolos eles se tornam ineficazes devido a fragilidade dos encaminhamentos por insuficiência da rede de atenção.

Apesar de se esperar uma maior interlocução da atenção básica com a rede de atenção à saúde, um estudo recente realizado em Recife verificou que a Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DCNT encontra-se parcialmente implantada no município. O encaminhamento de pacientes da atenção básica para a atenção especializada foi considerado incipiente, e a

contra referência, ou seja, a comunicação entre os níveis de atenção, não implantada¹⁹. Tudo isso corrobora dificultando a continuidade do atendimento, não só para a recuperação da saúde, mas também para que medidas preventivas e de promoção da saúde sejam mais efetivas¹⁰.

A maioria dos critérios considerados pouco importantes pertenciam ao nível atividade-processo. Ao contrário do que possa parecer inicialmente, acredita-se que não houve uma desvalorização desta dimensão por parte dos “experts” quanto à sua relevância para a avaliação da atuação dos profissionais do NASF. Tal constatação pode ser justificada pelo fato de ser observada uma sobreposição de interpretações entre os indicadores propostos na matriz inicial para este nível. Percebe-se que os cinco indicadores excluídos (Realizar atendimento clínico individual pelo nutricionista e educador físico, Registrar as atividades desenvolvidas nos prontuários dos usuários, Utilizar protocolos assistenciais, Promover eventos em parceria com produtores e comerciantes locais, visando fomentar a alimentação saudável, por meio da produção e consumo de alimentos regionais e Participação na elaboração e implementação da Política de Alimentação e Nutrição local) são contemplados em outros indicadores no mesmo nível.

O nível resultado teve todos os seus indicadores considerados relevantes para avaliação da atuação dos profissionais do NASF.

A HAS e o DM assumem posição de destaque entre as principais causas de morbimortalidade, interferindo na qualidade de vida dos acometidos, ao mesmo passo que acarretam altos custos para os serviços públicos de saúde e considerando que o NASF, junto à equipe de saúde da família, se constitui numa importante ferramenta para o confronto desse complicado perfil epidemiológico e nutricional, para reforço das ações de controle dessas doenças é de se esperar que a atuação do NASF gere uma redução da morbimortalidade por DCNT²⁰.

O instrumento final proposto neste estudo, legitimado pelos diversos atores que compuseram as etapas de construção e validação, representa uma alternativa diferenciada de avaliação da atuação dos profissionais do NASF, ao possibilitar uma avaliação por um maior número de aspectos, por meio de indicadores válidos, mais sensíveis e específicos, e passíveis de serem verificados por fontes acessíveis, legítimas e mais próximas do cotidiano dos espaços de atuação, permitindo maior aproximação entre métodos avaliativos da atuação profissional e realidade da efetivação das DCNT. Além disso, a elaboração de modelos de avaliação e o uso de técnicas de construção de consenso por outros estudos aponta no sentido de uma tendência cada vez mais crescente no uso dessa ferramenta, enquanto prática de investigação científica²¹⁻²².

Agradecimentos

A todos que se envolveram ou foram envolvidos na construção do trabalho. Em especial as pesquisadoras Louisiana Quinino e Eduarda Cesse, todos os técnicos, gestores e pesquisadores que se dispuseram a participar da discussão, a FIOCRUZ/PE pelas instalações físicas para desenvolvimento do projeto e a FACEPE pelo financiamento do projeto.

Contribuição dos autores

Rafaela Cavalcanti Lira realizou a revisão bibliográfica, realizou o convite aos técnicos, gestores e pesquisadores que participaram da pesquisa, analisou e consolidou os resultados, participou da redação do artigo científico. Mariana Farias realizou a revisão bibliográfica, construiu o modelo teórico-lógico. Juliana Costa realizou a revisão bibliográfica, construiu o modelo teórico-lógico. Adenilson Gomes realizou a revisão bibliográfica, construiu o modelo teórico-lógico. Eduarda Cesse contribuiu na concepção da pesquisa, desenvolveu o projeto de pesquisa, realizou a revisão bibliográfica e construiu o modelo teórico-lógico. Louisiana Quinino realizou a revisão bibliográfica, construiu o modelo teórico-lógico, contribuiu na concepção da pesquisa e participou da redação do artigo científico.

Referências

1. ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, London v. 376, n. 9755, p. 1861 - 1868, 2010.
2. SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil, 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. MONTEIRO, C. A. Obesidade e diabetes: epidemias silenciosas. [Internet], 2017. Disponível em: <http://noblat.oglobo.globo.com/geral/noticia/2017/04/obesidade-e-diabetes-epidemias-silenciosas.html>
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF, 2013
7. MACINKO, J.; HARRIS, M.J. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 372, p. 2177-2181, 2015.
8. 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 República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 dez 12; Seção 1:37.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). [Internet], 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php
10. SILVA, S.F.; MAGALHÃES, H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA S (Org). *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.
11. MEDINA et al., 1997.
12. MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-64.

13. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Fiocruz; 2005. p. 65-102.
14. Mendes MFM, Cazarin G, Bezerra LCA, Dubeux LS. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. In: Samico A, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 57-64.
15. CHAMPAGNE et al, 2011.
16. ESHER A, SANTOS EM, MAGARINOS-TORRES R, AZEREDO TB. Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/AIDS. CienSaude Colet 2012; 17(1):203-214.
17. DONABIDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA, Chicago, v. 260, p. 1743-1748, set. 1988.
18. VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.
19. ANDRADE, R. S. et al. Rede de Atenção à Saúde ao portador de diabetes mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife, PE. Saúde em debate.No prelo. 2015.
20. FONTBONNE, A. et al. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects followed by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil - SERVIDIAH Study. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1195 - 1204, 2013.
21. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 20
22. Alves CKA. Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2008.