

Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013*

doi: 10.5123/S1679-49742019000200009

Family Health Support Center: health promotion, physical activity, and chronic diseases in Brazil – national PMAQ survey 2013

Núcleo de Apoio a la Salud de la Familia: promoción de la salud, actividad física y enfermedades crónicas en Brasil – encuesta nacional PMAQ 2013

Thamires Lorenzet Cunha Seus¹ –  orcid.org/0000-0001-6714-1586

Denise Silva da Silveira² –  orcid.org/0000-0002-6003-315X

Elaine Tomasi² –  orcid.org/0000-0001-7328-6044

Elaine Thumé³ –  orcid.org/0000-0002-1169-8884

Luiz Augusto Facchini² –  orcid.org/0000-0002-5746-5170

Fernando Vinholes Siqueira¹ –  orcid.org/0000-0002-2899-3062

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

²Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas, RS, Brasil

³Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Pelotas, RS, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o relato de ações de promoção da saúde dirigidas a portadores de doenças crônicas não transmissíveis, o apoio do profissional de educação física (PEF) e a realização da ação de promoção de práticas corporais e atividade física (PCAF) pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), segundo variáveis de contexto dos municípios do Brasil. **Métodos:** estudo transversal, integrante do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 2013/2014, mediante entrevistas a profissionais do NASF. **Resultados:** a ação mais relatada pelas equipes foi a avaliação e reabilitação de condições psicossociais (90,8%); a ação de promoção de PCAF foi a sexta mais realizada e teve maior prevalência no Sudeste brasileiro (89,6%), em municípios de médio porte (88,7%), com índice de desenvolvimento humano (IDH) médio (86,7%); o PEF apoiou 87% das equipes. **Conclusão:** revelou-se importante contribuição do NASF para as ações de PCAF.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Promoção da Saúde; Doença Crônica.

* Artigo derivado de tese de doutorado intitulada 'Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o profissional de Educação Física', defendida por Thamires Lorenzet Cunha Seus junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em 2018. Fonte de financiamento do estudo: Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS): Processo nº 25000.187078/2011-11.

Endereço para correspondência:

Thamires Lorenzet Seus – Rua Luís de Camões, nº 625, Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96055-630
E-mail: seustl@gmail.com



Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um incremento qualificador da Atenção Básica (AB). De modo a romper com a visão fragmentada tradicional da atenção à saúde no Brasil, os NASFs atuam de forma integrada, prestando apoio matricial às equipes de Saúde da Família, capacitando-as para intervenções terapêuticas e pedagógicas entre populações específicas, como, por exemplo, nos consultórios de rua, na assistência a populações ribeirinhas e fluviais, ou no Programa Academia da Saúde. Afinal, o trabalho do NASF contribui para o acesso da população à equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF),¹ de forma a direcionar as ações da AB para o desenvolvimento de estratégias de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população.²

O PMAQ representa uma avaliação nacional de aspectos relacionados à organização, estrutura e processo de trabalho da AB, possibilitando amplo conhecimento desse nível de atenção do Sistema Único de Saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de induzir a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, a melhoria da qualidade da atenção e o desenvolvimento dos trabalhadores da AB.³ Os gestores municipais inscrevem suas equipes – de AB e NASF – para serem objeto das avaliações do PMAQ. Após a fase de avaliação externa, composta por entrevistas com os profissionais, gestores e usuários da AB, as equipes são certificadas de acordo com seu desempenho avaliado e passam a contar – ou não – com repasse de recursos financeiros.³

No Brasil, país constituído de 5.570 municípios desde 2013, o sistema de saúde tem como sua porta de entrada a AB.⁴ Já no ano de 2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes de AB.³

O PMAQ representa uma avaliação nacional de aspectos relacionados à organização, estrutura e processo de trabalho da AB, possibilitando amplo conhecimento desse nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os indicadores da avaliação do PMAQ, está o con-

trole de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), razão por que o tema é investigado na entrevista com o profissional do NASF e é registrado seu relato do desenvolvimento de estratégias de promoção e reabilitação da saúde, entre as quais as ações de promoção de práticas corporais e atividade física (PCAF).

Nas últimas décadas, de característica transição epidemiológica, observa-se o aumento das DCNT, responsáveis por 63% das mortes no mundo em 2008.⁵ No Brasil, no mesmo ano de 2008, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), 31,3% dos participantes afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica.⁶ Em 2013, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, revelaram prevalência de 45,1% de DCNT.⁷

Estima-se que a inatividade física seja um fator determinante para 6 a 10% das principais DCNT, e há evidências de que estas são responsáveis por 9% das mortes prematuras no mundo a cada ano.^{5,8} Diante dessa realidade, aumentar o nível de atividade física (AF) da população tornou-se um objetivo do SUS, e as PCAF, uma questão prioritária da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).⁹

Este estudo teve o objetivo de descrever o relato de ações de promoção da saúde dirigidas a portadores de doenças crônicas não transmissíveis, o apoio do profissional de educação física e a promoção de práticas corporais e atividade física pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de acordo com variáveis de contexto dos municípios brasileiros.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que integra a avaliação externa do PMAQ 2013/2014, realizada por 41 instituições federais de ensino e pesquisa, lideradas por: Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Federal do Piauí (UFPI). A coleta de dados aconteceu entre os meses de outubro de 2013 e março de 2014, e envolveu cerca de 1.000 entrevistadores e supervisores em todas as Unidades da Federação (UFs).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2012, 95% dos municípios brasileiros contavam com um total de 33.404 equipes de AB.³

Os dados foram coletados com um profissional indicado pelos componentes da equipe, lotado na unidade de saúde de cada equipe inscrita para participar da avaliação externa do PMAQ. Essas equipes aceitaram responder ao questionário aplicado por meio eletrônico, disponibilizado em *tablets*. Suas respostas tiveram envio automatizado ao servidor central do Ministério da Saúde. A análise da consistência do banco ficou a cargo das instituições-líderes, sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde.

O instrumento de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ continha quatro módulos:

Módulo I – Observação da estrutura da unidade de saúde

Módulo II – Entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da equipe de AB e verificação de documentos na unidade básica de saúde (UBS)

Módulo III – Entrevista com usuário na unidade de saúde

Módulo IV – Entrevista com profissional do NASF

Salienta-se que, para o presente estudo, foram utilizadas informações dos módulos II e IV.

Os desfechos principais do estudo foram as ações de promoção da saúde dirigidas às pessoas portadoras de doenças crônicas, desenvolvidas ou apoiadas pelo NASF, segundo o relato das equipes de AB. As variáveis independentes foram:

- a) Unidade da Federação, considerados os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal (por região geopolítica: Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sudeste; Sul);
- b) porte do município (muito pequeno, até 10.000 habitantes; pequeno, de 10.001 a 30.000 hab.; médio, de 30.001 a 100.000 hab.; grande, de 100.001 a 300.000 hab.; muito grande, acima de 300.000 hab.);
- c) índice de desenvolvimento humano (IDH) (muito baixo, até 0,499; baixo, de 0,500 a 0,599; médio, de 0,600 a 0,699; alto, de 0,700 a 0,799; muito alto, de 0,800 a 1,000); e
- d) cobertura populacional da ESF nos municípios (classificada em três grupos: baixa, até 33,30%; média, de 33,31 a 66,60%; alta, de 66,61 a 100%.

Para analisar o apoio do profissional de educação física (PEF) às equipes de AB, utilizou-se a questão

do Módulo II, 'Quais profissionais do NASF apoiam sua equipe?', com as seguintes opções de resposta: fisioterapeuta; profissional de educação física; médico veterinário; assistente social; nutricionista; fonoaudiólogo; farmacêutico; sanitarista; médico pediatra; médico ginecologista; médico psiquiatra; arte-educador; terapeuta ocupacional; psicólogo; médico geriatra; médico obstetra; médico do trabalho; médico acupunturista; médico internista; e médico homeopata.

A investigação de ações de promoção da saúde dirigidas às pessoas portadoras de doenças crônicas, desenvolvidas ou apoiadas pelo NASF, foi operacionalizada com perguntas extraídas do Módulo IV:

- a) O NASF apoia e desenvolve com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas? (sim; não); e
- b) De que forma o NASF realiza esse apoio?
 - avaliação e reabilitação da condição motora;
 - avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória;
 - avaliação e reabilitação de condições psicossociais;
 - promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico;
 - realização de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição;
 - realização de práticas corporais e atividade física junto aos polos do programa Academia da Saúde e/ou outros espaços;
 - orientações para redução de danos;
 - qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção;
 - monitoramento dos usuários acompanhados em outros pontos de atenção, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular proposto;
 - outras.

A base de dados utilizada foi disponibilizada pelo DAB/Ministério da Saúde. Na análise de dados, foi utilizado o pacote estatístico Stata 12.0. Descreveu-se a distribuição de frequências relativas e absolutas das variáveis. Aplicou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para avaliar a diferença entre as proporções, considerando-se o nível de significância de 5%.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas: Ofício nº 38, de 10 de maio de 2012. Todos os participantes das equipes de AB e de NASF assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Em 2013, 29.778 equipes de AB, distribuídas em 93,6% dos municípios brasileiros (n=5.213), aderiram ao PMAQ. Fizeram parte deste estudo 17.157 equipes de AB (57,6% do total do país), que recebiam apoio de 1.773 equipes de NASF em suas ações (Figura 1). Entre as equipes de NASF, 76,7% eram da modalidade NASF 1, 22,4% NASF 2 e 0,9% NASF 3.

As equipes de NASF estavam distribuídas, em maior frequência, nos estados de Minas Gerais (n=295; 16,6%), Bahia (n=170; 9,6%) e São Paulo (n=149; 8,4%). Quando verificada a distribuição por regiões do Brasil, 46,3% (n=821) delas encontravam-se na região Nordeste, seguida das regiões Sudeste (n=520; 29,3%) e Sul (n=186; 10,7%) (Tabela 1).

Mais da metade das equipes de NASF estavam em municípios de pequeno (31,9%) e médio porte (26,1%), e com IDH classificado como médio (37,2%) e alto (30,8%). Maior presença de equipes de NASF foi observada em locais com alta cobertura municipal da ESF (76,6%) (Tabela 1). Entre as equipes de AB, 87,0% (n=14.931) recebiam o apoio de profissional de educação física integrado às equipes de NASF.

Do total das equipes de NASF, 95,3% relataram apoiar e desenvolver estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas, junto às equipes de AB. Nesse contexto, observou-se que 84,6% das equipes de NASF (n=1.430) realizavam ações de promoção de práticas corporais e atividade física: a proporção de equipes de NASF que realizavam ações de promoção de PCAF foi igual ou superior a 50% em todas as UFs participantes do estudo; destacaram-se o Acre e o Distrito Federal, onde 100% das equipes de NASF relataram realizar ações

de promoção de PCAF, além de Minas Gerais (95,4%) e Goiás (95,0%) (Figura 2). A Figura 2 apresenta o número de equipes de NASF e o número de equipes que relataram ações de práticas corporais e atividade física.

Entre as regiões, o Sudeste apresentou a maior proporção de relato de equipes que promovem PCAF (89,6%) (p=0,001). Municípios de médio porte (88,7%) (p=0,005) e médio IDH (86,7%) (p=0,002) foram os que apresentaram melhores resultados quanto à promoção de PCAF. Não houve diferença no relato de promoção de PCAF no que concerne à cobertura da Saúde da Família nos municípios (Tabela 2).

Entre todas as estratégias de cuidado, a ação mais prevalente foi a avaliação e reabilitação de condições psicossociais (90,8%), não apresentando diferenças significantes entre as UFs (p=0,53), regiões (p=0,24), porte do município (p=0,55), IDH (p=0,60) ou percentual de cobertura da ESF (p=0,97). O segundo relato mais frequente foi de tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição (89,5%), ao apresentar diferença significativa entre as UFs (p=0,008), sendo mais prevalente no Amapá, Distrito Federal, Roraima, Sergipe, as quatro com 100% (Tabela 3).

De todas as ações avaliadas, segundo relatos do PMAQ, a realização de ações de promoção de práticas corporais e atividade física foi a sexta mais realizada pelas equipes de NASF, com diferença significativa entre as proporções quando observadas as variáveis de contexto: UFs (p<0,001), Acre e Distrito Federal com 100%; região (p<0,001), sendo maior no Sudeste (89,6%); porte dos municípios (p=0,005), maior em municípios de médio porte (88,7%); e nos municípios com IDH médio (p=0,002) (Tabela 3).

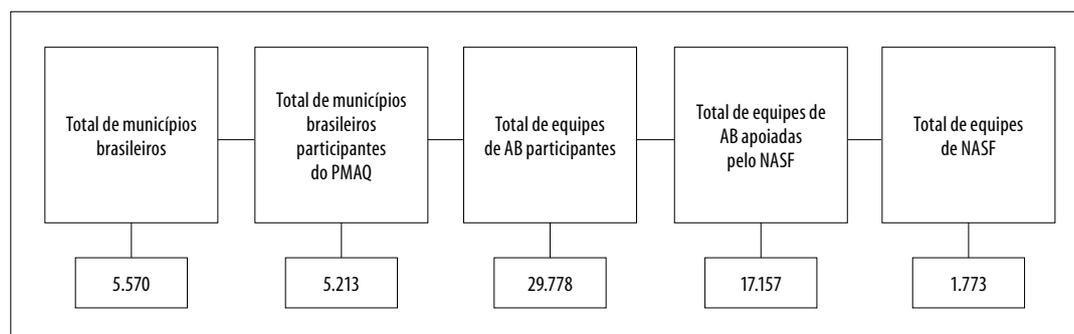


Figura 1 – Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e do estudo sobre ações de promoção da saúde, prática corporal e atividade física desenvolvidas e/ou apoiadas por Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Brasil, 2013

Tabela 1 – Descrição de equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (n=1.773) em relação às variáveis de contexto ‘Unidade da Federação’, ‘região’, ‘porte do município’, ‘índice de desenvolvimento humano (IDH)’ e ‘cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Brasil, 2013

Variáveis de contexto	Equipes de NASF (n=1.773)	
	n	%
Estado		
Acre	9	0,6
Alagoas	54	3,0
Amazonas	29	1,5
Amapá	17	1,0
Bahia	170	9,6
Ceará	141	7,9
Espírito Santo	5	0,3
Goiás	60	3,4
Maranhão	44	2,5
Minas Gerais	295	16,6
Mato Grosso do Sul	38	2,1
Mato Grosso	17	1,0
Pará	38	2,1
Paraíba	116	6,5
Pernambuco	141	7,9
Piauí	86	4,8
Paraná	76	4,3
Rio de Janeiro	71	4,0
Rio Grande do Norte	57	3,2
Rondônia	9	0,5
Roraima	4	0,2
Rio Grande do Sul	31	1,7
Santa Catarina	82	4,6
Sergipe	12	0,7
São Paulo	149	8,4
Tocantins	20	1,1
Região		
Norte	126	7,1
Nordeste	821	46,3
Centro-Oeste	117	6,6
Sudeste	520	29,3
Sul	186	10,7

Continua

Tabela 1 – Descrição de equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (n=1.773) em relação às variáveis de contexto 'Unidade da Federação', 'região', 'porte do município', 'índice de desenvolvimento humano (IDH)' e 'cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF)', segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Brasil, 2013

Variáveis de contexto	Equipes de NASF (n=1.773)	
	n	%
Porte do município^a		
Muito pequeno	151	8,5
Pequeno	566	31,9
Médio	462	26,1
Grande	219	12,3
Muito grande	375	21,2
IDH^b		
Muito baixo	5	0,3
Baixo	350	19,7
Médio	659	37,2
Alto	547	30,8
Muito alto	212	12
Cobertura da ESF^c		
Baixa	31	1,7
Média	384	26,7
Alta	1.358	76,6

Nota:

a) Porte do município: muito pequeno (≤10.000 hab.); pequeno (10.001 a 30.000 hab.); médio (30.001 a 100.000 hab.); grande (100.001 a 300.000 hab.); ou muito grande (>300.000 hab.).

b) Índice de desenvolvimento humano (IDH): muito baixo (≤0,499); baixo (0,500 a 0,599); médio (0,600 a 0,699); alto (0,700 a 0,799); ou muito alto (0,800 a 1,000).

c) Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF): baixa (≤33,30%); média (33,31 a 66,60%); ou alta (66,61 a 100,00%).

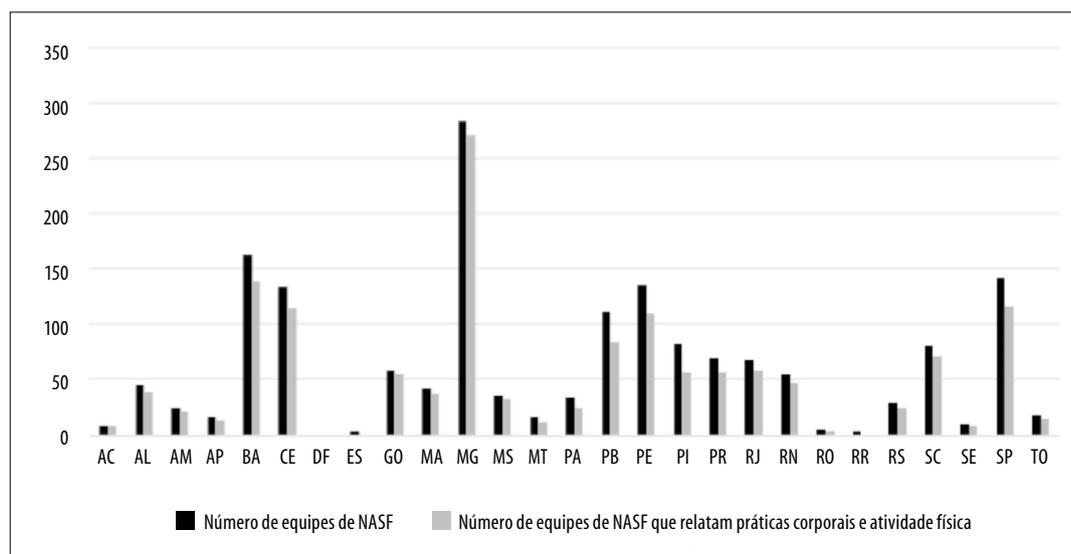


Figura 2 – Proporção do relato de realização de práticas corporais e atividade física por equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por Unidade da Federação, segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Brasil, 2013

As três ações de promoção da saúde menos relatadas foram: (i) a avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória, com prevalências diferentes entre as UFs (maior no Amapá: 88,5%) ($p=0,017$) e de acordo com a cobertura da ESF (maior em alta cobertura: 70,7%) ($p=0,029$); e (ii) a promoção de estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico e (iii) o monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção, ambas com prevalências diferentes entre os estados ($p<0,05$), maiores na região Sul e Sudeste, respectivamente, nos municípios muito grandes, naqueles com IDH muito alto e com percentual de cobertura da ESF médio (Tabela 3).

Discussão

Os achados deste estudo estão entre os primeiros publicados a partir da avaliação do PMAQ Ciclo 2 sobre as ações de promoção da saúde relatadas por equipes de NASF, considerando-se diferentes variáveis de contexto. Evidenciou-se que pouco mais da metade das equipes de AB contavam com apoio das equipes do NASF, e que o número de equipes de NASF está abaixo do recomendado pelas diretrizes do NASF. Além disso, as equipes de NASF encontravam-se principalmente na região Nordeste, em municípios de pequeno porte, com IDH classificado como médio ou alto.

Tabela 2 – Proporção do relato de realização de práticas corporais e atividade física por equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por variáveis de contexto, segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Brasil, 2013

Variáveis de contexto	Equipes de NASF	Realização de práticas corporais e atividade física		
		%	n	p valor
Região (n=1.690)				p<0,001
Norte	110	79,1	87	
Nordeste	785	81,7	641	
Centro-Oeste	112	89,3	100	
Sudeste	502	89,6	450	
Sul	181	84	152	
Porte do município^a (n=1.690)				p=0,005
Muito pequeno	141	84,4	119	
Pequeno	525	80,2	421	
Médio	443	88,7	393	
Grande	216	83,8	181	
Muito grande	365	86,6	316	
IDH^b (n=1.690)				p=0,002
Muito baixo	5	80	4	
Baixo	325	77,2	251	
Médio	623	86,7	540	
Alto	528	86	454	
Muito alto	209	86,6	181	
Cobertura da ESF^c (n=1.690)				p=0,668
Baixa	25	84	21	
Média	374	83,2	311	
Alta	1.291	85	1.098	
Total		84,6	1.430	

a) Porte do município: muito pequeno (≤ 10.000 hab.); pequeno (10.001 a 30.000 hab.); médio (30.001 a 100.000 hab.); grande (100.001 a 300.000 hab.); muito grande (> 300.000 hab.).

b) Índice de desenvolvimento humano (IDH): muito baixo ($\leq 0,499$); baixo (0,500 a 0,599); médio (0,600 a 0,699); alto (0,700 a 0,799); muito alto (0,800 a 1,000).

c) Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF): baixa ($\leq 33,30\%$); média (33,31 a 66,60%); alta (66,61 a 100,00%).

Tabela 3 – Proporção do relato de ações de promoção da saúde por equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por variáveis de contexto dos municípios, segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Brasil, 2013

Variáveis de contexto	Equipes de NASF (n=1.690)	Ações de promoção da saúde							
		A	B	C	D	E	F	G	H
		Avaliação e reabilitação de condições psicossociais	Tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição	Avaliação e reabilitação da condição motora	Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção	Orientações para redução de danos	Avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória	Estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico	Monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Estado (n=1.690)									
AC	8	100,0 (8)	62,5 (5)	87,5 (7)	87,5 (7)	62,5 (5)	50,0 (4)	50,0 (4)	75,0 (6)
AL	46	89,1 (41)	89,1 (41)	91,3 (42)	80,4 (37)	89,1 (41)	69,6 (32)	45,7 (21)	53,7 (22)
AM	24	87,5 (21)	91,7 (22)	91,7 (22)	75,0 (18)	66,7 (16)	79,2 (19)	50,0 (12)	61,9 (13)
AP	17	88,2 (15)	100,0 (17)	88,2 (15)	76,5 (13)	88,2 (15)	88,5 (15)	58,8 (10)	86,7 (13)
BA	164	87,2 (143)	89,0 (146)	83,5 (137)	89,6 (147)	90,2 (148)	59,1 (97)	63,4 (104)	72,7 (104)
CE	135	90,4 (122)	89,6 (121)	95,6 (129)	90,4 (122)	85,2 (115)	78,5 (106)	52,6 (71)	67,2 (82)
DF	1	100,0 (1)	100,0 (1)	100,0 (1)	100,0 (1)	100,0 (1)	0,0	100,0 (1)	100,0 (1)
ES	4	100,0 (4)	75,0 (3)	100,0 (4)	75,0 (3)	100,0 (4)	50,0 (2)	100,0 (4)	0,0
GO	59	88,1 (52)	84,7 (50)	91,5 (54)	83,1 (49)	93,2 (55)	62,7 (37)	66,1 (39)	73,1 (38)
MA	42	90,5 (38)	92,9 (39)	92,9 (39)	83,3 (35)	83,3 (35)	71,4 (30)	59,5 (25)	71,1 (27)
MG	286	94,1 (269)	93,4 (267)	91,3 (261)	91,3 (261)	87,4 (30)	75,2 (215)	80,1 (229)	72,1 (194)
MS	36	88,9 (32)	80,6 (29)	80,6 (29)	80,6 (29)	83,3 (35)	63,9 (23)	63,9 (23)	62,5 (20)
MT	16	87,5 (14)	87,5 (14)	62,5 (10)	37,5 (6)	68,8 (11)	50,0 (8)	68,8 (11)	28,6 (4)
PA	34	88,2 (30)	94,1 (32)	85,3 (29)	76,5 (26)	88,2 (30)	67,6 (23)	41,2 (14)	53,3 (16)
PB	112	88,4 (99)	88,4 (99)	91,1 (102)	91,1 (102)	85,7 (96)	74,1 (83)	54,5 (61)	56,6 (56)
PE	137	93,4 (128)	87,6 (120)	91,2 (125)	88,3 (121)	87,6 (120)	62,8 (86)	69,3 (95)	74,2 (95)
PI	83	84,3 (70)	90,4 (75)	89,2 (74)	86,7 (72)	80,7 (67)	72,3 (60)	49,4 (41)	67,1 (47)
PR	70	92,9 (65)	94,3 (66)	91,4 (64)	87,1 (61)	88,6 (62)	71,4 (50)	72,9 (51)	66,2 (43)
RJ	69	89,9 (62)	89,9 (62)	89,9 (62)	92,8 (64)	89,9 (62)	68,1 (47)	69,6 (48)	67,7 (42)
RN	56	98,2 (55)	96,4 (54)	92,9 (52)	91,1 (51)	87,5 (49)	71,4 (40)	67,9 (38)	65,5 (36)
RO	5	80,0 (4)	40,0 (2)	80,0 (4)	40,0 (2)	60,0 (3)	40,0 (2)	60,0 (3)	50,0 (2)
RR	4	100,0 (4)	100,0 (4)	100,0 (4)	75,0 (3)	100,0 (4)	50,0 (2)	75,0 (3)	100,0 (4)
RS	30	90,0 (27)	86,7 (26)	63,3 (19)	76,7 (23)	83,3 (25)	53,3 (16)	63,3 (19)	70,4 (19)
SC	81	95,1 (77)	90,1 (73)	88,9 (72)	82,7 (67)	84,0 (68)	69,1 (56)	85,2 (69)	63,6 (49)
SE	10	100,0 (10)	100,0 (10)	90,0 (9)	90,0 (9)	90,0 (9)	70,0 (7)	40,0 (4)	80,0 (8)
SP	143	90,2 (129)	83,2 (119)	86,0 (123)	87,4 (125)	90,2 (129)	65,0 (93)	71,3 (102)	86,8 (112)
TO	18	83,3 (15)	83,3 (15)	88,9 (16)	72,2 (13)	77,8 (14)	77,8 (14)	83,3 (15)	60,0 (9)
	p valor	0,53	0,008	0,001	<0,001	0,136	0,017	<0,001	<0,001

a) Porte do município: muito pequeno (≤ 10.000 hab.); pequeno (10.001 a 30.000 hab.); médio (30.001 a 100.000 hab.); grande (100.001 a 300.000 hab.); muito grande (> 300.000 hab.).

b) Índice de desenvolvimento humano (IDH): muito baixo ($\leq 0,499$); baixo (0,500 a 0,599); médio (0,600 a 0,699); alto (0,700 a 0,799); muito alto (0,800 a 1,000).

c) Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF): baixa ($\leq 33,30\%$); média (33,31 a 66,60%); alta (66,61 a 100,00%).

Nota: Ações de promoção da saúde: A, avaliação e reabilitação de condições psicossociais; B, tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição; C, avaliação e reabilitação da condição motora; D, qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção; E, orientações para redução de danos; F, avaliação e reabilitação da condição cardiorrespiratória; G, estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico; H, monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção.

Continua

Tabela 3 – Proporção do relato de ações de promoção da saúde por equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por variáveis de contexto dos municípios, segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Brasil, 2013

Variáveis de contexto	Equipes de NASF (n=1.690)	Ações de promoção da saúde							
		A	B	C	D	E	F	G	H
		Avaliação e reabilitação de condições psicossociais	Tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição	Avaliação e reabilitação da condição motora	Qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção	Orientações para redução de danos	Avaliação e reabilitação da condição cardiopulmonar	Estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico	Monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Região (n=1.690)									
Norte	110	88,2 (97)	88,2 (97)	88,2 (97)	74,5 (82)	79,1 (87)	71,8 (79)	55,4 (61)	57,3 (63)
Nordeste	785	89,9 (706)	89,8 (705)	90,3 (709)	88,7 (696)	86,6 (680)	68,9 (541)	58,7 (461)	60,7 (477)
Centro-Oeste	112	88,4 (99)	83,9 (94)	83,9 (94)	75,9 (85)	86,6 (97)	60,7 (68)	66,1 (74)	56,2 (63)
Sudeste	502	92,4 (464)	89,8 (451)	89,6 (450)	90,2 (453)	88,6 (445)	71,1 (357)	76,3 (383)	69,3 (348)
Sul	181	93,4 (169)	91,2 (165)	85,6 (155)	83,4 (151)	85,6 (155)	67,4 (122)	76,8 (139)	61,3 (111)
	p valor	0,24	0,33	0,15	<0,001	0,12	0,26	<0,001	<0,001
Porte do município^a (n=1.690)									
Muito pequeno	141	84,4 (126)	89,4 (126)	90,8 (128)	85,8 (121)	83,7 (118)	70,9 (100)	63,8 (90)	62,4 (88)
Pequeno	525	91,0 (478)	89,1 (468)	89,3 (469)	82,3 (432)	83,4 (438)	67,6 (355)	60,7 (319)	58,5 (307)
Médio	443	92,3 (409)	92,1 (408)	90,5 (401)	87,8 (389)	88,3 (391)	70,2 (311)	61,6 (273)	59,4 (263)
Grande	216	91,2 (197)	88,0 (190)	83,3 (180)	88,0 (190)	82,9 (179)	69,4 (150)	70,8 (153)	59,3 (128)
Muito grande	365	89,0 (325)	87,7 (320)	89,6 (327)	91,8 (335)	92,6 (338)	68,8 (251)	77,5 (283)	75,6 (276)
	p valor	0,55	0,27	0,06	0,001	<0,001	0,9	<0,001	<0,001
IDH^b (n=1.690)									
Muito baixo	5	100,0 (5)	100,0 (5)	100,0 (5)	100,0 (5)	100,0 (5)	60,0 (3)	60,0 (3)	40,0 (2)
Baixo	325	90,7 (295)	89,0 (289)	91,4 (297)	85,8 (279)	85,2 (277)	71,4 (232)	56,0 (182)	56,6 (184)
Médio	623	91,5 (570)	91,5 (570)	90,2 (562)	87,2 (543)	83,3 (519)	69,3 (432)	60,5 (377)	60,7 (378)
Alto	528	89,4 (472)	87,1 (460)	84,8 (448)	84,1 (444)	88,4 (467)	65,5 (346)	71,9 (380)	60,6 (320)
Muito alto	209	92,3 (193)	89,9 (188)	92,3 (193)	93,8 (196)	93,8 (196)	73,7 (154)	84,2 (176)	85,2 (178)
	p valor	0,60	0,162	0,004	0,01	0,001	0,18	<0,001	<0,001
Cobertura da ESF^c (n=1.690)									
Baixa	25	92,0 (23)	92,0 (23)	84,0 (21)	92,0 (23)	96,0 (24)	64,0 (16)	56,0 (14)	48,0 (12)
Média	374	90,6 (339)	88,2 (330)	85,8 (321)	86,4 (323)	88,8 (332)	63,6 (238)	71,9 (269)	69,8 (261)
Alta	1.291	90,8 (1.173)	89,8 (1.159)	90,1 (1.163)	86,8 (1.121)	85,2 (1.108)	70,7 (913)	64,7 (835)	61,1 (789)
	p valor	0,97	0,63	0,048	0,721	0,129	0,029	0,019	0,003
	Total	90,8 (1.535)	89,5 (1.512)	89,1 (1.505)	86,8 (1.467)	86,6 (1.464)	69,1 (1.167)	66,2 (1.118)	62,8 (1.062)

a) Porte do município: muito pequeno (≤ 10.000 hab.); pequeno (10.001 a 30.000 hab.); médio (30.001 a 100.000 hab.); grande (100.001 a 300.000 hab.); muito grande (> 300.000 hab.).

b) Índice de desenvolvimento humano (IDH): muito baixo ($\leq 0,499$); baixo (0,500 a 0,599); médio (0,600 a 0,699); alto (0,700 a 0,799); muito alto (0,800 a 1,000).

c) Cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF): baixa ($\leq 33,30\%$); média (33,31 a 66,60%); alta (66,61 a 100,00%).

Nota: Ações de promoção da saúde: A, avaliação e reabilitação de condições psicossociais; B, tratamento e reabilitação de agravos relacionados à alimentação e nutrição; C, avaliação e reabilitação da condição motora; D, qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção; E, orientações para redução de danos; F, avaliação e reabilitação da condição cardiopulmonar; G, estratégias para adesão ao tratamento farmacoterapêutico; H, monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção.

A presença das equipes de NASF foi proporcional à cobertura da ESF, ou seja, há mais equipes onde a cobertura é maior. E a ação de promoção de saúde mais frequentemente realizada pelas equipes de NASF foi a avaliação e a reabilitação de condições psicossociais.

Observou-se que em 2013, menos de 60% das equipes de AB tinham o apoio do NASF, visto que 29.778 equipes de AB participaram do PMAQ. E, não obstante a maioria das equipes de NASF estarem enquadradas na modalidade NASF 1 (76,7%), o número médio de equipes de AB ($n=9,7$) para cada equipe de NASF superava o recomendado pelas diretrizes do NASF.¹⁰ As diretrizes indicam que a modalidade NASF 1 pode se vincular com 5 a 9 equipes, modalidade NASF 2 com 3 a 4 equipes e NASF 3 com 1 a 2 equipes.¹⁰ Os resultados do presente estudo sugerem a necessidade de aumentar o número de equipes de NASF nos municípios brasileiros, diante da relevância da atuação na AB de profissionais competentes nas diferentes especialidades demandadas para o atendimento à saúde da população, e do possível impacto da atuação dessas equipes na prevenção e cuidado de pessoas com DCNT.

A região Nordeste, segundo dados do DAB/Ministério da Saúde, apresentava a maior proporção de cobertura populacional pela ESF em 2013 (71,5%),¹¹ como também a maior prevalência de equipes de NASF (46,3%). Possivelmente, as características e necessidades da região, inclusive sua escassez de médicos comprometidos com a atenção primária à saúde, justificam os resultados do Nordeste.¹²

Embora a maioria dos municípios brasileiros sejam considerados como de pequeno porte,¹³ a maior concentração populacional do país reside nos municípios de maior porte. Encontra-se maior prevalência de equipes de NASF na categoria de municípios de pequeno porte, possivelmente amparada na maior necessidade de apoio das equipes de AB, dadas suas maiores dificuldades diante dos desafios para a Saúde nas pequenas localidades, comparativamente aos municípios de maior porte: por exemplo, a falta de profissionais da saúde, inclusive médicos, para ocupar as vagas disponíveis em municípios pequenos. Entretanto, a maioria da população vive em municípios de grande porte, permitindo concluir que as populações com maiores necessidades em saúde e residentes nestes municípios não têm acesso às mesmas atividades de promoção de saúde desenvolvidas pelo NASF.

Observou-se que, quanto maior a cobertura populacional de ESF, maior é a prevalência de equipes de NASF.

Trata-se de um resultado possível de se prever, uma vez que as equipes estão vinculadas umas às outras e espera-se que essa relação seja diretamente proporcional.

As equipes de NASF estão localizadas principalmente em municípios com IDH médio e alto (68%). Contudo, acredita-se que a carência maior por especialistas na AB se verifique nos municípios onde a população tem menos oportunidade de acesso a serviços do setor da Saúde Suplementar, a exemplo dos municípios com IDH baixo.¹⁴ Outrossim, a colocação da maioria das equipes de NASF em municípios com IDH médio e alto pode resultar em piora da desigualdade em saúde.

Encontraram-se proporções de ações de promoção da saúde voltadas a portadores de DCNT, apoiadas ou desenvolvidas pelas equipes de NASF, entre 62,8% (para o monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção) e 90,8% (para ações de avaliação e reabilitação de condições psicossociais).

As prevalências brasileiras de transtornos mentais comuns (TMC) podem variar de 17 a 35%,¹⁵ ou até 50%, a depender do local estudado.^{16,17} Considera-se a AB um nível de assistência à saúde privilegiado para o desenvolvimento de ações territoriais de saúde mental, seja em função de sua proximidade com a comunidade, seja por seu princípio do apoio matricial, visto enquanto um fundamento para o avanço da Reforma Psiquiátrica no país.¹⁸ Ao reconhecer as equipes de NASF como equipes multiprofissionais atuantes no apoio às equipes de AB com base no princípio do apoio matricial, compreende-se por que a avaliação e reabilitação de condições psicossociais tenha sido a prevalência mais expressiva entre as ações de promoção da saúde apoiadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Também está prevista, entre as diretrizes de ação do NASF, a priorização de profissionais e de ações de saúde mental frente aos dados epidemiológicos expressivos de transtornos mentais atendidos pela Saúde da Família,² com uma possível prevalência de 50% entre usuários de UBS.¹⁷

A despeito da relevância da saúde mental, todas as ações de promoção de saúde devem ser praticadas no âmbito da AB, diante da realidade plural das condições de saúde da população e sua demanda por diferentes atendimentos. Embora haja algumas diferenças entre as proporções das ações de promoção da saúde (à exceção da avaliação e reabilitação de agravos psicossociais), principalmente nos contextos dos estados e das categorias de classificação do IDH dos municípios,

entende-se que cada equipe de NASF deve promover suas ações de acordo com as necessidades do território sob sua responsabilidade de apoio, após considerar as características locais comuns ou específicas de cada município.

Há especificidades e particularidades regionais, capazes de influenciar as diferenças encontradas. Estudo com base em dados do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizado em 2005, comparou as demandas dos usuários dos serviços de UBS das regiões Sul e Nordeste e demonstrou que os principais procedimentos realizados são atendimentos básicos de enfermagem (38,0%) e consultas médicas (17,8%) na região Sul (enquanto no Nordeste essas proporções são de 23,9% e 15,3% respectivamente), ao passo que na região Nordeste, o principal procedimento foi a visita domiciliar (35,0%).¹⁹ Tal diversidade reforça a ideia da territorialidade como componente multidimensional tão relevante a ponto de ser considerado e assimilado em todas as suas minúcias, na atuação das equipes de NASF.²

Ainda de acordo com as diretrizes de criação do NASF, as PCAF constituem uma ação essencial a ser desenvolvida e apoiada pelas equipes.² Além de ser um fator determinante para 6 a 10% das principais DCNT, a inatividade física interfere na expectativa de vida da população.⁸ Estima-se que, se fosse eliminada a inatividade física, a expectativa de vida da população mundial aumentaria em 0,68 ano.⁸

Estudos que avaliaram os custos referentes ao hábito sedentário mostraram que quanto menor o nível de atividade física da população, maior o uso e os custos envolvidos com medicamentos,^{20,21} consultas clínicas e hospitalizações.²² Segundo informações da literatura nacional, em 2013, aproximadamente 15% dos custos com internações pelo SUS foram atribuíveis à inatividade física.²³

Portanto, há de se considerar o profissional de educação física como fundamental na composição das equipes de NASF. Entre as equipes de AB, 87% (n=14.931) recebiam o apoio desse profissional na condição de integrante das equipes de NASF; e constatou-se que 84,6% das equipes de NASF realizavam ações de promoção de práticas corporais e atividade física com portadores de doenças crônicas.

Medina et al.²⁴ analisaram dados do ciclo 1 do PMAQ e demonstraram que entre as equipes de AB, em 2012, 42,7% promoviam o incentivo a práticas corporais

e 61% o incentivo à atividade física. Apesar de essa coleta ter-se realizado de maneira diferente no ciclo 2 do PMAQ, com práticas corporais e atividade física na mesma questão, destaca-se o fato de as equipes de NASF se envolverem mais com ações de promoção de PCAF do que as equipes de AB, revelando a importância de equipes multiprofissionais atuando na AB com a participação do profissional de educação física. Os dados apresentados neste estudo reforçam a prioridade da promoção de atividade física, enquanto contribuição do NASF ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT 2011-2022, e sugerem que todas as equipes de AB deveriam desenvolver esse tipo de ação.

Além de benefícios em nível global, um estudo qualitativo ressaltou o relato de indivíduos participantes de programa de atividade física promovido por equipe de NASF, sobre seus benefícios físicos, sociais, psicológicos e econômicos.²⁵ A presença do profissional de educação física fortalece as equipes de NASF na promoção da atividade física, vista como um tratamento não farmacológico capaz de prevenir a necessidade de utilização dos serviços de saúde, reduzir os gastos com medicamentos e proporcionar bem-estar, sem custos para os participantes.²⁵

Além de descrever características das equipes de NASF do Brasil, o presente estudo revela a proporção de ações de promoção da saúde, práticas corporais e atividade física promovidas pelas equipes de NASF à luz de variáveis de contexto, e reconhece o apoio do profissional de educação física às equipes de AB no desenvolvimento dessas iniciativas. Para tanto, utilizou-se dos dados produzidos pela avaliação externa do ciclo 2 do PMAQ.

Entre as ações de promoção da saúde apoiadas ou desenvolvidas pelas equipes de NASF para promoção e prevenção de DCNT, a menor proporção foi de 62,8% para o monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção, enquanto a avaliação e reabilitação de condições psicossociais foi a mais frequente (90,8%). Ações de promoção da realização de práticas corporais e de atividade física foram realizadas por 84,6% das equipes de NASF, e entre as equipes de AB, 87% recebiam o apoio do profissional de educação física do NASF. O número de equipes de NASF que atendem às equipes de AB revelou-se abaixo do recomendado pelas diretrizes do NASF, indicando a necessidade da criação de mais equipes. Ademais, constatou-se o importante aumento da prevalência de

ações de práticas corporais e de atividade física a partir da existência do NASF.

Entre as possíveis limitações do estudo, encontra-se o fato de as equipes partícipes da avaliação do PMAQ terem sido indicadas pelos gestores, possivelmente por serem as melhores do município. Nesse sentido, os resultados apresentados devem ser interpretados com cautela, uma vez que as equipes não avaliadas poderiam enfrentar problemas diferentes das equipes consultadas na avaliação.

Persistem indagações acerca dos efeitos das intervenções para os desfechos em saúde no nível populacional,

e o percentual da população participante das ações desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Contribuição dos autores

Seus TL, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA e Siqueira FV participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2008 jan 25 [citado 2019 mar 13], Seção 1:47. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2019 mar 13]. 152 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd27.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mais perto de você: programa nacional da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 55 p.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conheça cidades e estados do Brasil: população [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013 [citado 2019 mar 13]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
5. World Health Organization. Global status report on non communicable disease 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [citado 2019 mar 13]. 176 p. Disponível em: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
6. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [citado 2019 mar 13]. 256 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf
7. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, Gomes LN, Silva Júnior JB, Reis AAC. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2015 dez [citado 2019 mar 13];18(2):3-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00003.pdf>. doi: 10.1590/1980-5497201500060002
8. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet [Internet]. 2012 Jul [citado 2019 Mar 13];380(9838):219-29. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61031-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61031-9/fulltext). doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde PNPS: revisão da Portaria MS/GM no 687, 30 de março de 2006 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2019 mar 13]. p. 36. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf
10. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012 dez 28; Seção 1:223. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
11. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da saúde da família. Teto, credenciamento e implantação das estratégias

- de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2019 mar 13]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
12. Girardi SN, Carvalho CL, Araújo JF, Farah JM, Wan Der Maas L, Campos LAB. Índice de escassez de médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária [Internet]. Brasília: Rede Observação de Recursos Humanos em Saúde; 2009 [citado 2019 mar 13]. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/Indice_de_escassez_de_medicos_no_Brasil_estudo_exploratorio_no_ambito_da_Atencao Primaria.pdf
 13. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 out-dez [citado 2019 mar 13];25(4):767-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf>. doi: 10.5123/s1679-49742016000400010
 14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Desenvolvimento humano e IDH [Internet]. [S.L.]: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2017 [citado 29 jul 2017]. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>
 15. Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PV, Garcias CMM, Silva CV da, et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 Jan [citado 2019 Mar 13];25(1):59-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/06.pdf>. doi: 10.1590/S0102-311X2009000100006
 16. Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari DJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Mar 13];33(2):150-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v33n2/a10v33n2.pdf>. doi: 10.1590/S1516-44462011000200010
 17. Gomes VÊ, Miguel TLB, Miasso AI. Transtornos mentais comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013 nov-dez [citado 2019 mar 13];21(6):1203-11. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/pt_0104-1169-rlae-0104-1169-2990-2355.pdf. doi: 10.1590/0104-1169.2990.2355
 18. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2009 mar [citado 2019 mar 13];18(1):63-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>. doi: 10.1590/S0104-12902009000100007
 19. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Silva DS da, Siqueira FV, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 nov [citado 2019 mar 13];16(11):4395-404. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a12v16n11.pdf>. doi: 10.1590/S1413-81232011001200012
 20. Peeters GMEE, Mishra GD, Dobson AJ, Brown WJ. Health care costs associated with prolonged sitting and inactivity. *Am J Prev Med* [Internet]. 2014 Mar [citado 2019 Mar 13];46(3):265-72. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(13\)00636-3/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(13)00636-3/fulltext). doi: 10.1016/j.amepre.2013.11.014
 21. Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro HL. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2012 fev [citado 2019 mar 13];56(1): 6–11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v56n1/v56n1a02.pdf>. doi: 10.1590/S0004-27302012000100002
 22. Woolcott JC, Ashe MC, Miller WC, Shi P, Marra C. Does physical activity reduce seniors need for health-care: a study of 24281 Canadians. *Br J Sports Med* [Internet]. 2010 Jan [citado 2019 Mar 13];44(12):902-4. Disponível em: <http://bjsm.bmj.com/content/early/2009/10/23/bjsm.2008.057216>. doi: 10.1136/bjsm.2008.057216
 23. Bielemann RM, Silva BGC, Coll CVN, Xavier MO, Silva SG. Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 out [citado 2019 mar 13];49(75):1-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2015.v49/75/pt/>. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005650
 24. Medina MG, Aquino R, Luiza A, Vilasbôas Q, Mota E, Pereira E, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate* [Internet]. 2014 out [citado 2019 mar 13];38(spe):69-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>. doi: 10.5935/0103-1104.2014S006
 25. Santos ALB, Aguiar JB, Gurgel LA, Silveira MAA, Catunda KC, Souza FCV. Representações sociais da atividade física na atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 dez [citado 2019 mar 13];29(Supl):16-24. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6382>. doi: 10.5020/18061230.2016.sup.p16

Abstract

Objective: to describe reported health promotion actions directed towards chronic non-communicable disease (CNCD) patients, the support of physical education professionals (PEP) and the implementation of actions to promote body practices and physical activity (BPPA) by the Family Health Support Center (FHSC) teams, according to Brazilian municipality context variables. **Methods:** this was a cross-sectional study, forming part of the 2013/2014 National Primary Health Care Access and Quality Improvement Program (PMAQ), by means of interviews with FHSC professionals. **Results:** the action most reported by the teams was evaluation and rehabilitation of psychosocial conditions (90.8%); promotion of BPPA was the sixth most performed action, and was more prevalent in the Brazilian Southeast region (89.6%), in medium-sized municipalities (88.7%), with medium human development index (HDI) (86.7%); PEP provided support to 87% of the teams. **Conclusion:** FHSC were found to make an important contribution to BPPA.

Keywords: Primary Health Care; Health Evaluation; Health Promotion; Chronic Disease.

Resumen

Objetivo: describir el relato de acciones de promoción de la salud dirigidas a portadores de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), el apoyo del profesional de educación física (PEF) y la realización de la acción de promoción de prácticas corporales y actividad física (PCAF) por los equipos del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), según variables de contexto de los municipios de Brasil. **Métodos:** estudio transversal, integrante del Programa Nacional de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ) 2013/2014, con entrevistas a profesionales del NASF. **Resultados:** la acción más relatada por los equipos fue la evaluación y la rehabilitación de condiciones psicosociales (90,8%); la acción de promoción de PCAF fue la sexta más realizada, tuvo mayor prevalencia en el Sudeste brasileño (89,6%), en municipios de mediano porte (88,7%), con índice de desarrollo humano (IDH) medio (86,7%); el PEF apoyó 87% de los equipos. **Conclusión:** se reveló una importante contribución del NASF a acciones de PCAF.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Evaluación en Salud; Promoción de la Salud; Enfermedad Crónica.

Recebido em 01/10/2018
Aprovado em 21/02/2019

Editora associada: Suele Manjourany Duro –  orcid.org/0000-0001-5730-0811