

Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasc e do componente alimentação/nutrição

Primary Care in Alagoas: the expansion of the Family Health Strategy, of the Nasc and of the nourishment and nutrition component

Maria Anielly Pedrosa da Silva¹, Risia Cristina Egito de Menezes², Maria Alice Araújo Oliveira³, Giovana Longo-Silva⁴, Leiko Asakura⁵

¹ Graduada em Nutrição pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Maceió (AL), Brasil.
mariaanielly@hotmail.com

² Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil. Professora adjunta da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Maceió (AL), Brasil.
risiamenezes@yahoo.com.br

³ Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil. Professora associada da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Maceió (AL), Brasil.
alicemcz@ig.com.br

⁴ Doutora em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil. Doutora em Ciências aplicadas à Pediatria pela Universidade do Porto (FCNAUP) - Porto, Portugal. Professora adjunta da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Maceió (AL), Brasil.
giovana_longo@yahoo.com.br

⁵ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Maceió (AL), Brasil.
asakura_leiko@yahoo.com.br

RESUMO O artigo descreve a evolução da Atenção Básica à Saúde de Alagoas, com ênfase na ampliação da Estratégia Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do componente alimentação e nutrição. Estudo descritivo utilizando dados de sistemas de informação do Ministério da Saúde. A Estratégia Saúde da Família se ampliou em Alagoas, com simultânea adesão ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família e aumento na cobertura da suplementação de ferro e vitamina A, e do Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional. Houve evolução positiva na Atenção Básica no Estado, em relação à cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do componente da nutrição, ressaltando-se a necessidade de estudos que avaliem a qualidade dessas políticas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Nutrição em saúde pública.

ABSTRACT *The article describes the evolution of Primary Health Care in Alagoas, with emphasis on the enlargement of the Family Health Strategy, of the Support Center for Family Health, and of the nourishment and nutrition component. Descriptive study using information systems datas of the Ministry of Health. The Family Health Strategy has been extended in Alagoas, with simultaneous adherence to the Support Center for Family Health, and increase in the coverage of iron and vitamin A supplementation, and of the Nutritional Alimentary Surveillance System. There was favorable evolution in Primary Care in the state, with regard to the population coverage of the Family Health Strategy, to the Support Center for Family Health, and to the nutrition's component, highlighting the need for studies that evaluate the quality of these policies.*

KEYWORDS *Family health; Primary Health Care; Nutrition in public health.*

Introdução

Estabelecida como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem assumido como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF), como ponto de partida, modelo e centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde no Brasil (BRASIL, 2011).

Inicialmente voltada para estender a cobertura assistencial às áreas de maior vulnerabilidade social, gradativamente, a implantação da ESF estabeleceu um processo de organização das práticas desenvolvidas na Atenção Básica, propondo uma atenção integral em saúde, sob o enfoque e a perspectiva da prevenção primária de doenças e promoção da saúde, tendo os princípios do SUS como pressuposto de desenvolvimento (BRASIL, 2011).

A dimensão organizativa da ABS tem sido pouco registrada na literatura. No entanto, nos estados do Nordeste – entre eles, Alagoas –, ela tem sido marcada, de forma geral, por problemas tais como: inadequada estrutura física dos serviços; insuficiência e perfil dos profissionais de saúde; e irregular monitoramento e avaliação das ações, de forma que ainda é uma política em construção (FACCHINI ET AL., 2006).

Implantada desde 1994, a evolução e a qualificação da ABS no Estado de Alagoas – em especial, a ESF – compõem parte do conjunto de prioridades político-organizativas, que tem como principal desafio ampliar sua atuação, visando a uma maior resolubilidade da atenção, de forma a produzir resultados positivos na saúde e na qualidade de vida da população (FACCHINI ET AL., 2006; BRASIL, 2011).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), dispositivo legal que define e organiza o processo de trabalho na Atenção Básica, devem fazer parte da composição mínima das Equipes de Saúde da Família (EqSF): um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, que devem estar comprometidos com o cuidado da saúde, de forma humanizada, fortalecendo os processos de descentralização e fomentando o

direito à saúde como um direito constitucional de cidadania (BRASIL, 2006B; BRASIL, 2011).

Tendo os princípios do SUS como pressupostos, a ESF tem, no alcance da cobertura universal, na equidade, na melhoria da qualidade e na humanização do cuidado, os maiores desafios a serem enfrentados (BRASIL, 2005). Nesse contexto, e considerando a necessidade de apoiar e ampliar o escopo das ações de Atenção Básica e da ESF, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2008A), cujas propostas são contribuir com a ESF, por meio do trabalho interdisciplinar e matricial, de forma a garantir o respeito às peculiaridades locais, incluindo profissionais de áreas até então não devidamente contempladas, a exemplo do nutricionista (BRASIL, 2008A).

A definição dos profissionais que compõem cada Nasf segue critérios de disponibilidade e de necessidade estabelecida em cada região. Cumpre referir que estudos alertam para a importância de o nutricionista integrar os recursos humanos para a ABS sob a justificativa de que sua ausência pode resultar em execução superficial das ações de alimentação e nutrição, área fundamental para a promoção da saúde e a prevenção de agravos decorrentes da inconclusa transição nutricional brasileira, como carências nutricionais, sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, entre outros (PÁDUA; BOOG, 2006; JAIME ET AL., 2011; BARROS; FARIAS JUNIOR, 2012; SILVA ET AL., 2012).

Desta forma, o atual perfil epidemiológico da população brasileira justifica a inserção do componente alimentação e nutrição na Atenção Básica, conforme previsto nos documentos normativos que organizam e orientam o processo de trabalho neste nível de atenção e segundo determinam a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política Nacional da Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde, entre outros dispositivos legais (BRASIL, 2006, 2006B, 2012).

A ABS, em Alagoas e no Brasil como um todo, tem se consolidado nos últimos anos, ganhando destaque na agenda governamental

pela incorporação da Política Nacional da Atenção Básica e pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição e suas diretrizes. O tema alimentação e nutrição, neste nível de atenção, se insere de forma singular, como estratégia para fortalecimento da Política Nacional de Saúde, e consequente melhoria da saúde da população (BRASIL, 2006B, 2012).

No âmbito da Atenção Básica, destacam-se os programas nacionais de suplementação de ferro e de vitamina A, principais estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento de dois importantes problemas de saúde pública no País: a anemia ferropriva e a hipovitaminose A. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A consiste na suplementação de crianças de 6 a 59 meses de idade com suplementos de vitamina A, incluindo todos os municípios das regiões Norte e Nordeste. Esses suplementos deverão ser distribuídos às crianças, na rotina da Atenção Básica, nas ações de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil ou junto às campanhas de multivacinação, cabendo ao município definir a melhor estratégia de distribuição. Quanto ao Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o mesmo consiste na suplementação profilática de crianças de 6 a 18 meses com ferro; gestantes a partir da vigésima semana gestacional com ferro e ácido fólico; e mulheres até o terceiro mês pós-parto e pós-aborto, com ferro (BRASIL, 2007, 2013A).

Diante do exposto, o presente trabalho busca descrever a expansão da ABS no Estado de Alagoas, com ênfase na ampliação da ESF, do Nasf e do componente alimentação e nutrição.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, que utiliza dados referentes ao Estado de Alagoas, provenientes dos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, disponíveis nas bases de dados do SUS

(Datusus, CNES Net, Sisvan Web e Sistema de Gerenciamento dos Programas Nacionais de Suplementação de Ferro e de Vitamina A). Foi realizada a análise da descrição temporal referente à evolução da ABS no Estado de Alagoas, no período de 1991 a 2013. Os arquivos foram extraídos no formato DBC e expandidos no programa *TabWin*.

Foram consultados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) disponíveis no site do Datusus, sendo acessados os relatórios anuais de serviços especializados do Estado de Alagoas, com abrangência em todos os municípios, segundo tipos de serviço e ESF implantada, apoio à saúde da família implantado, tipos de serviço e existência do Nasf. Também foi investigada a presença do nutricionista no referido núcleo.

A partir desses dados foi descrita a evolução histórica da implantação da ESF, segundo município e número de equipes, durante os anos de 1994 a 2013. Ressalta-se que os dados referentes ao ano de 1995 não foram disponibilizados pelo sistema de informação consultado.

A análise referente à estimativa da população coberta e da proporção da cobertura populacional assistida pela ESF compreendeu os anos de 1998 a 2013. Para a evolução histórica da implantação do Nasf no Estado, avaliaram-se os anos de 2008, 2009 e 2011 a 2013. Os dados referentes ao ano de 2010 também não estavam disponíveis no momento da análise, interrompendo a série estudada.

A descrição da série histórica sobre a população assistida pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) foi elaborada mediante a disponibilização dos dados dos relatórios quantitativos, no período de 2005 a 2012, no sistema de informação do referido programa. Para tal, foi selecionado o estado de Alagoas com abrangência em todos os municípios, e realizado o levantamento por ciclo da vida e produto utilizado.

No que concerne ao quantitativo de cápsulas de vitamina A distribuídas no Estado, foram obtidos relatórios disponíveis no site do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA), agrupados segundo

faixa etária das crianças e estágio do ciclo de vida referente à gestação e aos grupos populacionais que são alvos do referido programa, com abrangência em todos os municípios. Para coleta dessas informações, foi considerado o período de 2011 a 2013, anos em que os referentes dados se encontravam disponíveis no sistema de informação consultado.

O quantitativo de indivíduos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) foi obtido a partir dos relatórios referentes ao estado nutricional desses indivíduos, disponíveis no sistema oficial de informação do Ministério da Saúde, o Sisvan Web. Para tal, foi selecionada a abrangência por estado, o período anual (de 1991 a 2013) e as fases do ciclo de vida. Posteriormente, em cada uma dessas fases, foi analisado o total anual de indivíduos acompanhados pelo referido sistema.

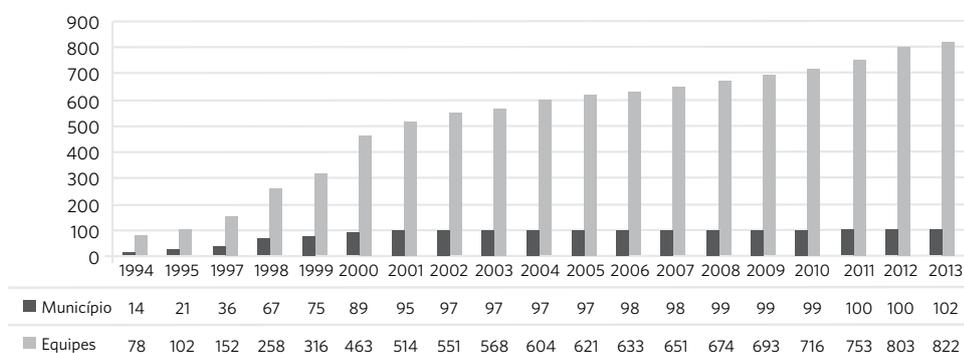
Devido às características do estudo, que analisa dados de acesso público referentes a sistemas oficiais de informação do Ministério da Saúde, sem a identificação dos sujeitos

participantes, considerou-se que o mesmo não necessita de aprovação em comitês de ética reconhecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), conforme preveem os princípios éticos para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos. Ressalta-se que todas as informações estão disponíveis para o público geral como forma de democratizar as informações em saúde no Brasil e fortalecer o controle social.

Resultados

Mediante análise da evolução histórica da implantação da ESF, segundo número de equipes de saúde em Alagoas, observa-se que, no início do período analisado, 14 municípios apresentavam o programa implantado, com um total de 78 equipes, sendo a abrangência estendida para 100% dos seus 102 municípios em 2013, com um incremento de 744 equipes (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Evolução histórica da implantação da Estratégia Saúde da Família, segundo número de municípios e equipes. Alagoas, 1994-2013*



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, 2013

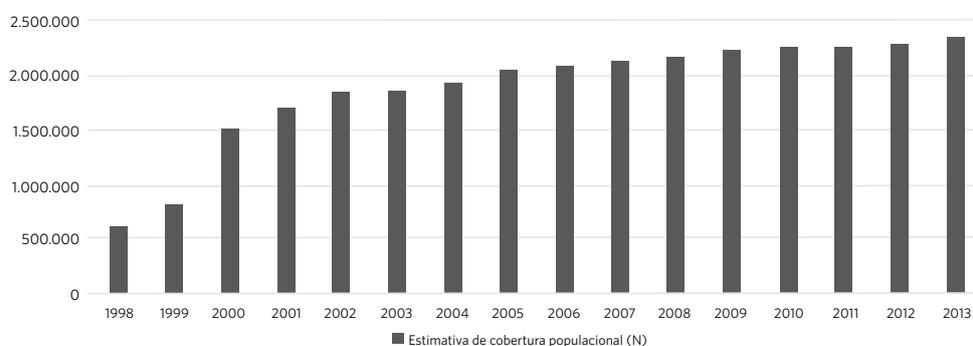
*Os dados referentes ao ano de 1995 não foram disponibilizados pelo sistema de informação consultado

Número total de municípios do Estado de Alagoas: 102

Em relação à evolução histórica da cobertura populacional da ESF em Alagoas, pode-se constatar um aumento superior a 380% no número total da população assistida

pela estratégia, no período analisado, evoluindo de uma estimativa de cobertura de cerca de 23% (1998) para pouco mais de 74% (2013) (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Evolução histórica da implantação da Estratégia Saúde da Família, segundo estimativa da população coberta e da proporção da cobertura populacional. Alagoas, 1998-2013



Ano	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
%	22,99	30,61	55,71	59,52	64,70	64,22	66,12	69,74	68,51	69,53	70,33	71,39	71,51	72,30	72,39	74,13

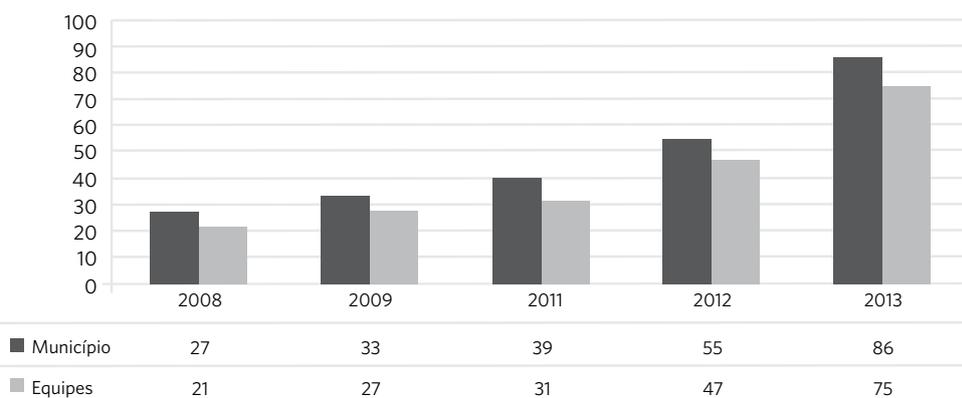
cobertura

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2013

Para a evolução histórica da implantação do Nasf, segundo o número de equipes, foi observado que, no início do período analisado, ele foi implantado em 27 municípios, perfazendo um total de 21 equipes de saúde. Após 5 anos (2013), a cobertura do

programa, bem como o número de equipes, foi triplicada em sua totalidade, atingindo 86 municípios (*gráfico 3*). Em relação à inserção do nutricionista nas equipes do Nasf, 79% desses municípios apresentavam esse profissional em sua composição mínima.

Gráfico 3. Evolução do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Estado de Alagoas, segundo número de equipes e municípios.



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde, 2013

*Os dados referentes ao ano de 2010 não foram disponibilizados pelo sistema de informação consultado

Ao analisar a distribuição de vitamina A no Estado de Alagoas, observou-se que a suplementação foi realizada principalmente com as crianças, na faixa etária de 12 a 55

meses de idade, sendo o maior quantitativo de suplementos distribuído no ano de 2012 (tabela 1).

Tabela 1. Evolução temporal da cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Ferro e de Vitamina A, segundo público-alvo. Alagoas, 2005-2012

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO										
Ano	Criança 0-18m		Gestante a partir da 26ª Semana				Mulher até 3º mês pós-parto			
	Sulfato Ferroso (frasco)		Ácido Fólico		Sulfato Ferroso (comprimido)		Sulfato Ferroso (comprimido)		Sulfato Ferroso (frasco)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2005	605	0,95	10.010	46,25	1.010	46,25	32	0,15	12	0,06
2006	27.214	42,75	53.153	245,59	59.46	272,82	21.857	100,99	103	0,48
2007	2.51	32,21	15.813	73,06	23.434	18,28	7.454	34,44	525	2,38
2008	19.671	29,77	12.615	46,07	23.207	84,75	5.154	18,52	122	0,45
2009	26.71	39,45	15.691	57,3	16.563	6,48	5.932	21,66	78	0,28
2010	17.817	32,07	15.695	75,52	16.718	80,44	7.68	34,1	86	0,41
2011	10.039	12,82	11.284	34,98	12.446	35,48	3.798	11,77	130	0,4
2012	11.825	15,10	16.244	50,36	18.870	58,5	5.824	18,06	398	1,23

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO								
	Criança 6-11 meses		Criança 12-55 meses				Puérpera	
	n	%	1ª dose		2ª dose		n	%
			n	%	n	%		
2011	24.192	45,34	75.653	34,59	21.496	14.800	43,31	
2012	49.979	76,80	113.701	51,98	48.658	23.998	72,11	
2013	25.579	47,27	98.684	63,56	9.538	10.519	32,36	

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição, 2013

O PNSF, por sua vez, apresentou cobertura instável e inconstante, sendo observados períodos de aumento do número de indivíduos assistidos (42% de cobertura entre as crianças, em 2006) e de redução (15% de cobertura entre as crianças, em 2012). No que se refere ao público, as gestantes compreendem o grupo mais contemplado com a suplementação, enquanto as puérperas apresentaram a menor

cobertura populacional desse programa (tabela 1).

Quanto ao Sisvan, observou-se que, nos 10 primeiros anos de sua implantação (1991 a 2001), 21 indivíduos foram cadastrados e avaliados. A partir de 2006, contudo, a alimentação do sistema passou a ocorrer de forma mais consistente, sendo os registros concentrados entre os menores de 7 anos de idade (tabela 2).

Tabela 2. Evolução histórica do número de indivíduos cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, segundo fases do ciclo de vida. Alagoas, 1991-2012

Ano	Criança					Adolescente	Adulto (20-60 a)	Idoso (>60 a)	Gestante (10-60 a)
	0-2 a	2-5 a	5-7 a	7-10 a	total				
1991-2001	7	-	1	1	9	3	8	1	-
2002	8	-	-	-	8	-	3	-	-
2003	7	-	-	-	7	-	-	-	-
2004	12	5	-	-	17	1	-	-	-
2005	19	11	-	-	30	-	-	-	-
2006	34	71	45	1	151	59	154	1	13
2007	229	328	286	28	871	84	372	2	70
2008	11.759	62.215	76.049	17.984	168.007	93.446	193.596	229	2.070
2009	14.947	61.577	57.914	2.562	137.000	60.929	163.206	1.102	3.273
2010	19.341	69.846	59.963	1.551	150.701	63.122	170.085	280	8.515
2011	20.451	69.068	60.378	2.560	152.457	67.066	177.355	1.148	11.170
2012	23.644	104.829	85.623	13.466	227.562	133.618	322.522	1.815	15.517

Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição/Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2013

Discussão

O esforço para a reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas desde a proposta da ESF como eixo estruturante da Atenção Básica. Experiências pioneiras como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), adotado em 1991, inspiraram seu surgimento, sob a denominação de Programa Saúde da Família (PSF), que desde então vem sendo aprimorado e ampliado em todo o País (BRASIL, 2011). Sob uma perspectiva histórica, aproximadamente 80% dos municípios brasileiros ainda não haviam aderido à ESF nos primórdios de 1998. Entretanto, do total de municípios, cerca de 8%, apenas, não haviam implantado a estratégia em 2008, de forma que mais de 90% dos municípios brasileiros já participavam da estratégia no referido ano (BRASIL, 2008B, 2010A).

Acompanhando tendência nacional, este estudo mostra que, em Alagoas, a

implantação da ESF se iniciou em 1994 e atingiu 100% dos municípios apenas 19 anos após a adesão formal do poder municipal à referida estratégia.

Apesar das tendências de crescimento na implantação da ESF em Alagoas, bem como em todo o território nacional, vale ressaltar que a adesão dos municípios à ESF variou de acordo com o porte dos mesmos, tendo os de menores tamanhos conseguido operacionalizar sua implantação com maior celeridade, em relação àqueles de grande porte. Esse evento, em especial, ocorreu nos primeiros anos da inserção, sobretudo na região Nordeste do Brasil, onde a escassez de serviços de assistência à saúde é notadamente mais marcante (BRASIL, 2006; FACCHINI ET AL., 2006).

É importante destacar que a dimensão estadual destes dados dificulta o estabelecimento de grupos de comparação, não sendo plausível generalizar os achados para o contexto municipal. No entanto, deve-se ponderar que, de forma geral, a ampliação

da ESF nas cidades de médio e grande porte de Alagoas também tem se apresentado desigual. De acordo com os sistemas oficiais de informação do Ministério da Saúde, Maceió, a capital do Estado, apresenta uma cobertura da ESF menor que 30% de sua população, mantendo este índice desde o ano de 2006¹. Tal fato pode ser atribuído a diversos fatores: a complexidade socio sanitária, o perfil e a formação dos profissionais, a organização urbana e a cultura da medicina especializada, entre outros (BRASIL, 2006; FACCHINI ET AL., 2006).

A exemplo do número de municípios que implantaram a ESF em seus territórios, a evolução das EqSF e a cobertura populacional (representada pelo número de pessoas cadastradas) também apresentaram tendência crescente em Alagoas, no período analisado. Essa expansão progressiva pôde ser evidenciada mediante a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), em 1998, considerando que, a partir de então, o quantitativo dessas equipes passou a ser oficialmente registrado no Brasil (BRASIL, 2008B). Vale salientar que garantir a ampliação em termos numéricos não significa assegurar atenção integral à saúde, ou que a mesma ocorra de forma satisfatória, conforme preconizado, no sentido de melhorar a qualidade de vida da população. É necessário que se faça uma reflexão sobre sua operacionalização e sustentabilidade, bem como sobre a qualidade da atenção prestada, elemento considerado fator limitante deste estudo. Apesar disto, os indicadores aqui apresentados evidenciam que a evolução do número de municípios, equipes e cobertura populacional da estratégia (número de pessoas acompanhadas) tem se mantido em forte crescimento desde sua inserção no Estado, entretanto, com certa predisposição a uma menor velocidade nesse aumento.

É importante destacar, ainda, que a cobertura populacional pela ESF sofre influência do número de habitantes/município. Enquanto em um território com 20 mil habitantes, seis EqSF cobrem 100% da população,

o mesmo número de equipes em um território com 80 mil habitantes cobre apenas 26% (BRASIL, 2008B; CONIL, 2002). Tal afirmação é comprovada nos achados de Facchini *et al.* (2006), que constataram que, embora o crescimento do número EqSF tenha sido duas vezes maior no Sul (44%) do que no Nordeste (22%), a cobertura populacional atingia, respectivamente, proporções equivalentes a: 1 equipe – 15.149 habitantes; e 1 equipe – 6.060 habitantes.

De forma similar, foi constatado que o número de equipes multiprofissionais e a cobertura do Nasf em Alagoas foram triplicados em 4 anos, o que pode sinalizar um esforço em gerar mudanças visando à melhoria dos níveis de saúde da população.

A implantação de Nasfs, por si só, não é garantia de resultados efetivos e positivos na saúde, cujos fatores determinantes perpassam por questões de acesso aos bens e serviços, trabalho, renda, educação e segurança, entre de outros. A exemplo da ESF, o Nasf, dispositivo que pode contribuir para aumentar a resolutividade das equipes da Atenção Básica, por meio do aprimoramento das intervenções da equipe de apoio, vem ganhando espaço no cenário da saúde no Estado de Alagoas. No entanto, após cinco anos de sua criação, 16% dos seus municípios ainda não efetivaram a implantação deste importante recurso, destinado a concretizar e potencializar o compartilhamento de práticas e saberes na Atenção Básica (CUNHA, 2011).

Especificamente quanto à inserção do nutricionista, observou-se que esse profissional está presente nas equipes de apoio em aproximadamente 80% dos municípios que aderiram ao Nasf no Estado aqui avaliado. Dados apresentados pelo Ministério da Saúde apontaram que 72% das 814 equipes do Nasf distribuídas em território nacional, até novembro de 2009, contavam com a presença do nutricionista. Pesquisa nacional conduzida pelo Conselho Federal de Nutricionistas (CFN, 2006) mostra que, no ano de 2006, dos 2.492 nutricionistas brasileiros, apenas 8,8%

¹ Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe/siab/cnv/SIABSAL.def>>. Acesso em: 2013.

atuavam no âmbito da saúde pública, reforçando o entendimento da lenta inserção deste profissional neste nível de atenção.

A primeira portaria que regulamenta o Nasf aponta as ações prioritárias de atuação das equipes. Dentre elas, destaca-se a área de alimentação e nutrição, cujos conhecimentos específicos permitem a melhor condução das equipes em problemas relacionados a esta área de conhecimento, de forma a ampliar o universo da atuação clínica em direção à prática de uma clínica ampliada. A interdisciplinaridade nas práticas de saúde visa superar a lógica profissional de diferenciação para o modelo de colaboração entre áreas, disciplinas e profissões, mediante o apoio matricial, importante facilitador de canais de comunicação entre os profissionais do Nasf (BRASIL, 2011; CUNHA, 2011).

Quando presente no Nasf, o nutricionista deve apoiar as equipes na implementação das ações de alimentação e nutrição, fortalecendo o papel do setor saúde no sistema de segurança alimentar e nutricional. Neste sentido, a promoção de práticas alimentares saudáveis torna-se um importante componente da promoção da saúde em todas as fases do ciclo da vida, em especial, em resposta às principais demandas assistenciais relacionadas aos distúrbios nutricionais, incluindo a desnutrição, carências específicas, obesidade e demais distúrbios alimentares associados às doenças e agravos não transmissíveis. Para isto, torna-se necessário que as equipes se apropriem de instrumentos operacionais estabelecidos, dentre os quais podem ser citados: o Sistema de Gerenciamento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVITA), do PNSF, e o Sisvan (BRASIL, 2010A, 2012; BARROS; FARIAS JUNIOR, 2012; SILVA ET AL., 2012; JAIME ET AL., 2011; BRASIL, 2010B).

O PNSF, que prevê o uso de ferro medicamentoso, entre outras ações, é uma das estratégias nacionais para o enfrentamento da anemia por carência de ferro no País. No que se refere à cobertura populacional aqui encontrada, observa-se uma variação entre

os grupos populacionais assistidos, havendo maior distribuição dos suplementos entre os menores de 18 meses de idade e gestantes, assemelhando-se à tendência observada em território nacional onde, no ano de 2009, foram suplementadas 1.552.900 gestantes e 609.354 crianças com a mesma idade.

É importante destacar que a tendência aqui encontrada apresenta importantes variações em relação aos anos avaliados, que podem ser explicadas pelo fluxo de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede de saúde. Em especial, destaca-se o ano de 2006, que apresenta um maior quantitativo desses medicamentos distribuídos no Estado de Alagoas, para todos os grupos populacionais atendidos pelo programa, em relação aos outros anos analisados. Observa-se, para o referido ano, que a distribuição do ácido fólico ultrapassou os 100% de cobertura populacional estabelecida, mais que dobrando a meta pactuada pelo Estado e ultrapassando, também, a distribuição de comprimidos de sulfato ferroso para gestantes e para as mulheres no pós-parto. No entanto, excetuando-se o ano de 2006, observam-se percentuais de cobertura populacional que raramente alcançam um patamar de 50% da população.

A meta preconizada pelo Ministério da Saúde para essa população é de que 100% do público-alvo, ou seja, todas as crianças dessas faixas etárias deveriam receber a suplementação medicamentosa como forma de prevenir a anemia ferropriva. Assim, os dados aqui apresentados revelam que, durante o período analisado (2006), excetuando-se as gestantes, grande parte da população de Alagoas esteve fora do alcance da importante estratégia de controle e prevenção deste que é um dos principais agravos nutricionais que acometem a população do local na atualidade (BRASIL, 2010C).

Percebe-se, portanto, a necessidade de maiores esforços no sentido de atender às metas estabelecidas, uma vez que a periodicidade de suplementação não vem sendo

seguida, o que pode estar contribuindo para elevadas prevalências de anemia ferropriva entre crianças e gestantes no Estado.

Referentes ao PNSVITA, os resultados aqui obtidos apontam oscilação no quantitativo da aplicação periódica e emergencial de megadoses de retinol sérico no território alagoano como um todo, área considerada de risco para o problema.

Observa-se melhor cobertura entre as crianças, especialmente as menores de 1 ano de idade e puérperas, para o ano de 2012. Dados semelhantes foram encontrados por Martins *et al.* (2007), que identificaram que a cobertura do PNSVITA no território nacional mostra-se, usualmente, mais elevada em crianças de 6 a 11 meses.

Segundo protocolo de condutas gerais do programa, as metas de cobertura populacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde são de 100%, 70% e 50% para menores de 1 ano e puérperas, crianças entre 12-55 meses (primeira dose) e crianças entre 12-55 meses (segunda dose), respectivamente (BRASIL, 2013A). No entanto, a exemplo das considerações supracitadas a respeito do PNSF em Alagoas, este programa também alcança menos da metade da população que é alvo, sendo esta, privada do acesso a um serviço de atenção nutricional, previsto pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição, dentre outros dispositivos legais que organizam o processo de trabalho na ABS, em especial, do componente alimentação e nutrição (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, pode-se observar que, apesar de apresentarem evolução positiva, no que se refere à cobertura populacional no Estado, para o período analisado, estes programas de suplementação não estão sendo operacionalizados de forma universal, ao apresentarem cobertura abaixo do pactuado pelo Estado com as instâncias competentes.

Ainda em relação aos programas de suplementação medicamentosa, outra questão importante é a integralidade dessas ações, uma vez que os mesmos não visam apenas

à distribuição emergencial de suplementos, mas também preveem ações de promoção da alimentação adequada e saudável, incentivo ao aleitamento materno e ao consumo de alimentos fortificados, e educação alimentar e nutricional, entre outros aspectos aqui não considerados (BRASIL, 2013A, 2013B).

As evidentes variações dos percentuais de cobertura populacionais aqui encontradas podem ser explicadas conforme resultados de estudo para avaliar o PNSVITA em um dos estados brasileiros. No referido estudo, os autores apontaram falhas no processo de aquisição do medicamento, mencionando a morosidade no recebimento, o fornecimento insuficiente das cápsulas, a ausência de treinamento da equipe, a existência de número reduzido de Agentes Comunitários de Saúde e o descompromisso dos responsáveis pelas crianças (PAIVA; GAGLIARI; QUEIROZ, 2011).

Os indicadores aqui analisados para o PNSF e o PNSVITA são considerados indicadores de gerenciamento, não permitindo uma avaliação mais ampla da ação, que contemple a qualidade ou a satisfação do usuário. No entanto, a análise desses dados nos fornecem importantes informações, que permitem aos gestores reorganizar a assistência, melhorar a qualidade da ação e elaborar estratégias de intervenção que permitam a solução dos problemas de saúde dos usuários desses serviços.

A baixa oferta de ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica implica em limitar o cumprimento dos princípios da integralidade, universalidade e resolubilidade da atenção. Para superar esse desafio, faz-se necessário, além de fomentar a inserção das ações de alimentação e nutrição, no âmbito das estratégias de atenção à saúde, de forma multidisciplinar, promover o apoio e a incorporação qualificada do nutricionista neste nível de atenção.

O Sisvan, por sua vez, foi implantado em Alagoas em 1991, e apresenta, desde então, tendência crescente na cobertura populacional em todas as fases do ciclo da vida, com

destaque para crianças e gestantes. Este fato, também observado em todo o Brasil, decorre da exigência do acompanhamento das condicionalidades da saúde para participação no Programa Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2010D).

Cumprir citar que, segundo Marchaukoski (2011), em 2010, mais de 4.200 crianças brasileiras menores de 5 anos estavam sendo acompanhadas pelo sistema de informação. Em 2011, cerca de 70% das 10 milhões de famílias com perfil de saúde possuíam seus dados antropométricos registrados no Sisvan.

O diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional, com o reconhecimento das áreas geográficas, segmentos e grupos mais vulneráveis, propiciado pelo Sisvan, imprime racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e de promoção de práticas alimentares saudáveis. Neste sentido, este sistema de informação torna-se de fundamental importância, tanto para o aperfeiçoamento das ações de vigilância alimentar e nutricional, e sua incorporação nas rotinas de atendimento aos usuários da rede, em todas as fases do curso de vida, quanto para o gerenciamento do programa de transferência de renda, o PBF (JAIME ET AL., 2011; BRASIL, 2012).

Diante do exposto, constata-se que houve expansão da ABS no Estado de Alagoas, com ênfase na ampliação da ESF, do Nasf e do componente alimentação e nutrição, no período avaliado. No entanto, ressalta-se

que, apesar do avanço da cobertura populacional, em todo o território alagoano, com progressos certamente positivos para a saúde desta população, ainda se faz necessário despende esforços, no sentido de aumentar o número de equipes da ESF e do Nasf nos municípios, melhorando não só a cobertura populacional, mas e, principalmente, o enfoque na adequada operacionalização das ações de alimentação e nutrição, fundamentais para a vigilância e a prevenção de enfermidades que englobam hoje a agenda prioritária de problemas de saúde pública a serem combatidos.

Por fim, sugere-se a realização de estudos que objetivem avaliar a efetividade e a qualidade da atenção à saúde prestada pelas estratégias aqui analisadas, bem como a atuação das equipes de saúde, em especial, no componente de alimentação e nutrição, e na Atenção Básica como um todo, de forma a garantir uma assistência de melhor qualidade e aprimorar as condições de vida da população.

Colaboradores:

Emília Chagas Costa - CAV/UFPE, Vanessa Sá Leal - CAV/UFPE, Juliana Souza Oliveira - CAV/UFPE. ■

Referências

- BARROS, C. M. L.; FARIAS JUNIOR, G. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 140-154, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006b. (Série Pactos pela Saúde 4).
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 31 mar. 2006a. Seção 1, p. 63.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 24 jan. 2008a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 fev. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e Saúde da Família: os números*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 fev. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998/2006*. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2008b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF, 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Unicef. *Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes*. Brasília, DF, n. 20, p. 60, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Relatório de gestão - 2009*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c.
- CONIL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir de análise do

Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). *Inserção profissional dos Nutricionistas no Brasil*. Brasília, DF: CFN, 2006.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 4, p. 961-970, 2011.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, 2011.

MARCHAUKOSKI, J. N. *Metodologia de implantação do NASF em Pinhais –PR*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2011. (Projeto Técnico).

MARTINS, M. C. et al. Panorama das ações de controle da deficiência de vitamina “A” no Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 5-18, 2007.

PAIVA, A. A.; GAGLIARI, M. P. P.; QUEIROZ, D. Brazilian Vitamin A Supplementation Program in Paraíba State: an analysis from the narrative of the Family Health Program Team. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n. 3, p. 373-383, 2011.

PÁDUA, J. G.; BOOG, M. C. F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 19, n. 4, p. 413-24, 2006.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2984, 2012.

Recebido para publicação em março de 2014
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve