

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Curso de Especialização em Saúde Coletiva

Área de Concentração – Epidemiologia, Avaliação e Informação em Serviços
de Saúde

**PERFIL DA PRODUTIVIDADE DOS NUTRICIONISTAS
DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA NO
PERÍODO DE 2009 A 2011: UMA FERRAMENTA PARA
GESTÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
BELO HORIZONTE**

Kimielle Cristina Silva

Belo Horizonte - MG

2013

Kimielle Cristina Silva

Perfil da produtividade dos nutricionistas dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família no período de 2009 a 2011: Uma ferramenta para gestão das ações em saúde no município de Belo Horizonte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Área de Concentração: Epidemiologia, Avaliação e Informação em Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Milene Cristine Pessoa

Belo Horizonte - MG

2013

Pesquisa

Perfil da produtividade dos nutricionistas dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família no período de 2009 a 2011: Uma ferramenta para gestão das ações em saúde no município de Belo Horizonte*

Kimielle Cristina Silva¹, Milene Cristine Pessoa².

* Artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Área de Concentração Epidemiologia, Avaliação e Informação em Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

¹ Nutricionista. Aluna do Curso de Especialização em Saúde Coletiva - Área de Concentração Epidemiologia, Avaliação e Informação em Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Nutricionista. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autora correspondente: **Kimielle Cristina Silva**

E-mail: kimielle@gmail.com

Telefone: (61)3315-9012

Resumo

Na Atenção Básica, as ações de controle e prevenção das carências nutricionais, bem como do sobrepeso e da obesidade devem ser planejadas a partir do diagnóstico local, baseado na caracterização do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares, sendo esse nível de atenção estratégico para efetividade dessas ações. Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para fortalecimento das ações da AB foi a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar o escopo das ações nesse nível de atenção, e consequentemente aumentar a sua resolubilidade. O NASF se constitui como equipe multiprofissional, composta por profissionais de diversas áreas de conhecimento, dentre essas o nutricionista. A inserção do nutricionista nesta equipe possibilitou que as ações de alimentação e nutrição ocorressem de forma efetiva na AB. Em Belo Horizonte, a inserção do nutricionista nas equipes de NASF ocorreu em diferentes contextos sociais e suas principais atividades de prestação de serviços diretos à população são desenvolvidas na UBS em parceria com a ESF como ferramenta o apoio matricial. O presente estudo analisou a produtividade dos nutricionistas dos NASF de Belo Horizonte nos anos de 2009 a 2011, com o intuito de gerar dados que contribuam para o fortalecimento das ações desse profissional no âmbito da AB.

Palavras-chave: produtividade; nutricionistas; Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Abstract:

In primary care, measures to control and prevent nutritional deficiencies, and overweight and obesity should be planned from the local diagnosis, based on the characterization of the epidemiological profile of the community and residential spaces, with that level of attention to strategic effectiveness of these actions. One of the strategies adopted by the Ministry of Health to strengthen the shares of primary care was the creation of Centers of Support for Family Health (NASF), which aims to broaden the scope of the shares at this level of attention, and consequently increase its solvability. The NASF is constituted as a multidisciplinary team, comprised of professionals from various fields of knowledge, among these the nutritionist. The insertion of this team nutritionist possible that stocks of food and nutrition occur effectively in primary care. In Belo Horizonte, the insertion of the teams nutritionist NASF occurred in different social contexts and its principal activities to provide direct services to the population at basic health Unit are developed in partnership with the family health teams as a tool support matrix. The present study examined the productivity of nutritionists NASF of Belo Horizonte in the years 2009 to 2011, in order to generate data that will contribute to the strengthening of the actions of a trader within the AB.

Key-words: productivity; nutritionists; Centers of Support for Family Health

Introdução

O atual cenário epidemiológico brasileiro é representado pela tripla carga de doenças/agravos com uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco - tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada - e o aumento expressivo do crescimento das causas externas. Ainda neste contexto, insere-se a transição nutricional, marcada por alterações complexas no consumo alimentar que juntamente com um estilo de vida sedentário são considerados os fatores imediatos do aumento do peso verificado nas últimas décadas na população brasileira (MENDES, 2011; COUTINHO, 2008)

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são as principais causas de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea (BRASIL, 2013).

Faz ainda parte do mesmo cenário o quadro de insegurança alimentar e nutricional e as carências nutricionais como a anemia muito prevalente em crianças, gestantes e mulheres em idade reprodutiva e a hipovitaminose A, quase sempre associadas a situações de pobreza e precariedade nas condições de alimentação e do espaço geográfico (PNDS, 2009; PNAN, 2012).

Tais agravos representam uma das razões que justifica a ampliação das ações de alimentação e nutrição no contexto da Atenção Básica (AB), evidenciando a promoção de práticas alimentares saudáveis como um item importante em todas as fases dos ciclos da vida (CERVATO- MANCUSO *et al*, 2012).

Na Atenção Básica, as ações de controle e prevenção das carências nutricionais, bem como do sobrepeso e da obesidade devem ser planejadas a partir do diagnóstico local, baseado na caracterização do perfil epidemiológico

da comunidade e dos espaços domiciliares, sendo esse nível de atenção estratégico para efetividade dessas ações (COUTINHO *et al.*, 2008).

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para fortalecimento das ações da AB foi a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar o escopo das ações nesse nível de atenção, e conseqüentemente aumentar a sua resolubilidade (BRASIL, 2008). O NASF se constitui como equipe multiprofissional, composta por profissionais de diversas áreas de conhecimento, dentre essas o nutricionista.

A inserção do nutricionista nesta equipe possibilitou que as ações de alimentação e nutrição ocorressem de forma efetiva na AB, qualificando a vigilância alimentar e nutricional e as práticas promotoras da alimentação adequada e saudável no âmbito da AB.

O NASF, como toda estratégia adotada, precisa de constante avaliação, de forma a permitir que sejam pensadas adequações no processo de trabalho e desenvolvimento de novas possibilidades. A produtividade dos profissionais pode ser considerada uma importante forma de avaliação desse trabalho.

A sistematização dos dados de produção norteia a organização das ações e a adequação de recursos humanos no município, assim como permite conhecer as demandas mais freqüentes para ensinar temas de qualificação dos profissionais já existentes na rede. Pensando no trabalho do nutricionista, a produtividade possibilita que o gestor conheça o quantitativo e o perfil dos atendimentos realizados por esse profissional e avalie se esse está de acordo com o cenário de saúde-doença atualmente vivenciado.

Diante do exposto o objetivo deste estudo é analisar a produtividade dos nutricionistas dos NASF de Belo Horizonte nos anos de 2009 a 2011, com o intuito de gerar dados que contribuam para o fortalecimento das ações desse profissional no âmbito da AB.

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido com a utilização dos dados de produção de atendimentos individuais e domiciliares dos nutricionistas do NASF de Belo Horizonte disponíveis no Sistema de Informação do município entre os anos de 2009 e 2011.

Organização dos serviços de saúde em Belo Horizonte

Os serviços públicos de saúde em Belo Horizonte, são organizados em nove distritos sanitários, que englobam todos os equipamentos de saúde, incluindo os serviços contratados e conveniados (MINAS GERAIS, 2010a).

No âmbito da AB, esses distritos somavam, no período estudado, em média 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 543 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo que 75% dos habitantes são cobertos pela Estratégia de Saúde da Família. Cada núcleo de NASF possui composição diversa no que se refere às categorias profissionais que o compõe e apoia em média 12 ESF.

Até o ano de 2011, a carga horária de nutricionistas manteve-se homogênea entre os nove distritos, totalizando no município 46 nutricionistas com carga horária total de 1620 horas. O Quadro 1 apresenta o quantitativo mensal de ações previstas para cada nutricionista no NASF de Belo Horizonte.

Quadro 1- Quantitativo mensal de ações previstas na agenda dos nutricionistas* dos Núcleos de Apoio a Saúde da família em Belo Horizonte, MG.

Ação desenvolvida	Meta de produção por mês*
Atendimento Individual	24 atendimentos
Visita domiciliar	08 visitas
Atividades coletivas	08 encontros
Reunião de matriciamento	08 a 12 encontros

*Organização referente a um profissional com carga horária de 20 horas.

Fonte: (MINAS GERAIS, 2010)

Dados da produtividade

No município é utilizado um formulário para registro de produção preenchido mensalmente por todos os profissionais do NASF. Esse instrumento contém campos de preenchimento comum entre as categorias profissionais. São eles: sexo, idade, tipo de atendimento (primeiro atendimento, consulta subsequente ou visita domiciliar), condutas (alta, retorno, referência para outro profissional). Nos campos especificamente preenchidos pelos nutricionistas encontram-se os seguintes diagnósticos: anemia, desnutrição, obesidade, disfunções do TGI, dislipidemias, hiperuricemia, insuficiência renal, hipertensão arterial e *diabetes mellitus*.

Após preenchimento, que se dá de forma manual e individual, os dados referentes às produtividades dos profissionais do município são compilados mensalmente por meio de um sistema de informação organizado pela Gerência de Tecnologia de Informação em Saúde.

Análise dos dados

Para esse estudo, as análises foram realizadas levando em consideração três eixos:

- O perfil de atendimentos nutricionais segundo sexo e faixa etária;
- O perfil de atendimentos (atendimento individual, consulta subsequente e visita domiciliar);
- Os atendimentos nutricionais, segundo diagnóstico (anemia, desnutrição, Diabetes, Hipertensão e Obesidade).

Os atendimentos para pacientes com diagnóstico de Hipertensão foram apresentados somados aqueles com diagnóstico de Diabetes devido à forma de organização dos dados do sistema.

Foi apresentada também a média de atendimentos por carga horária dos nutricionistas de cada distrito sanitário. Para isso, dividiu-se o número de atendimentos pela carga horária de nutricionistas de cada distrito.

Foram adotados para o estudo os indicadores descritos no quadro abaixo:

Quadro 2- Indicadores de avaliação do atendimento nutricional

Indicadores	Cálculo do indicador
Cobertura total de atendimentos	$\frac{\text{Número total de atendimentos} \times 100}{\text{População total cadastrada}}$
Cobertura de atendimentos sexo masculino	$\frac{\text{Número de atendimentos do sexo masculino} \times 100}{\text{População do sexo masculino cadastrada}}$
Cobertura de atendimentos sexo feminino	$\frac{\text{Número de atendimentos do sexo feminino} \times 100}{\text{População do sexo feminino cadastrada}}$
Cobertura de atendimentos de crianças menores de um ano	$\frac{\text{Número de atendimentos de menores de um ano} \times 100}{\text{População menor de 1 ano cadastrada}}$
Cobertura de atendimentos de pessoas entre um e 14 anos	$\frac{\text{Número de atendimentos entre um e 14 anos} \times 100}{\text{População entre um e 14 anos cadastrada}}$
Cobertura de atendimentos de pessoas entre 15 e 49 anos	$\frac{\text{Número de atendimentos entre 15 e 49 anos} \times 100}{\text{População entre 15 e 49 anos cadastrada}}$
Cobertura de atendimentos de pessoas com mais de 50 anos	$\frac{\text{Número de atendimentos maiores de 50 anos} \times 100}{\text{População com mais de 50 anos cadastrada}}$
Proporção de consultas subsequentes	$\frac{\text{Número de primeiras consultas} \times 100}{\text{População total cadastrada}}$
Proporção de consultas subsequentes	$\frac{\text{Número de consultas subsequentes} \times 100}{\text{População total cadastrada}}$
Proporção de consultas subsequentes	$\frac{\text{Número de visitas domiciliares} \times 100}{\text{População total cadastrada}}$
Proporção de atendimentos devido ao diagnóstico anemia	$\frac{\text{Número de atendimentos relacionados a anemia} \times 100}{\text{Total de atendimentos}}$
Proporção de atendimentos devido ao diagnóstico desnutrição	$\frac{\text{Número de atendimentos relacionados a desnutrição} \times 100}{\text{Total de atendimentos}}$
Proporção de atendimentos devido ao diagnóstico diabetes	$\frac{\text{Número de atendimentos relacionados ao diabetes} \times 100}{\text{Total de atendimentos}}$
Proporção de atendimentos devido ao diagnóstico dislipidemias	$\frac{\text{Número de atendimentos relacionados a dislipidemias} \times 100}{\text{Total de atendimentos}}$
Proporção de atendimentos devido ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes	$\frac{\text{Número de atendimentos relacionados a HAS} \times 100}{\text{Total de atendimentos}}$
Proporção de atendimentos devido ao diagnóstico obesidade	$\frac{\text{Número de atendimentos relacionados a obesidade} \times 100}{\text{Total de atendimentos}}$
Média de atendimentos por carga horária (CH)	$\frac{\text{Número de atendimentos realizados} \times 100}{\text{Total de atendimentos}}$

das nutricionistas	Carga horária total dos nutricionistas
--------------------	--

Para análise da adequação das ações realizadas com relação às ações previstas, foi utilizado os parâmetros de acordo com o preconizado no quadro 1, ou seja, para atendimentos individuais deverão ser feitos 24 atendimentos/mês para cada 20 horas da categoria. Para visitas domiciliares deverão ser realizadas 8 visitas/mês a cada 20 horas da categoria (MINAS GERAIS, 2010b). Após o cálculo do atendimento previsto, chegou-se ao percentual de adequação.

Para o cálculo de adequação do número de nutricionistas no município de Belo Horizonte, foram usados três métodos:

- Média de ESF vinculada por nutricionista, considerando como adequado estar entre 8 a 20 ESF (BRASIL, 2008a);
- A resolução do Conselho Federal de Nutricionistas, nº 380/2005, a qual preconiza um nutricionista para cada 50 mil habitantes (CFN, 2005);
- Número mínimo e máximo de nutricionistas no município considerando o valor mínimo (32.000) e máximo (80.000) de habitantes cadastrados pela ESF que cada nutricionista deveria atender (BRASIL, 2008a).

Os dados foram processados e analisados com auxílio do programa SPSS 19.0 por meio da distribuição de frequências das variáveis estudadas segundo distrito sanitário.

Resultados

Os nutricionistas realizaram nos anos de 2009, 2010 e 2011 um quantitativo de 42.694 atendimentos. Os distritos de Venda nova, Nordeste e Norte apresentaram maior número de atendimentos no ano de 2009, sendo os atendimentos nesses locais representativos de 39% (n=5.360) dos atendimentos totais realizados nesse ano. Porém, nos anos posteriores esses distritos apresentaram decréscimo no seu número de atendimentos. Em contrapartida, os distritos Centro Sul, Leste, Noroeste e Pampulha apresentaram movimento diferente dos descritos acima, apresentando aumento na sua produtividade quando comparados os anos de 2009 a 2011. O distrito Oeste apresentou aumento de atendimentos do ano de 2009 para 2010, com posterior decréscimo no ano de 2011. Já o distrito Barreiro, não apresentou variações no quantitativo de atendimento, representando a menor produtividade em todos os anos analisados (Tabela 1).

Em relação ao sexo, verificou-se que para todos os anos e todos os distritos a cobertura foi maior entre as mulheres. Considerando a faixa etária, observaram-se maiores coberturas entre as crianças menores de um ano e entre as pessoas com 50 anos ou mais (Tabela 1).

A Tabela 2 apresenta o perfil de cobertura dos atendimentos realizados pelos nutricionistas. Verificou-se um perfil diferenciado entre os distritos (primeiro atendimento, consulta subsequente e visita domiciliar). No Barreiro, observam-se para todos os anos proporções semelhantes dos tipos de atendimentos. Em relação aos distritos Centro Sul, Nordeste, Norte e Pampulha verificou-se maior proporção de atendimentos de primeira consulta e de consultas subsequentes em todos os anos em detrimento de visitas domiciliares. O distrito Leste se destacou no que se refere a número de atendimentos domiciliares, apresentando em dois anos consecutivos o maior número de atendimentos domiciliares do que atendimentos em consultório. O distrito Oeste apresentou maior cobertura de atendimentos domiciliares quando comparado aos demais. O distrito Pampulha apresentou nos anos de 2010 e 2011, o maior número de atendimentos subsequentes.

Tabela 1 - Cobertura de atendimentos nutricionais, segundo distrito sanitário, Belo Horizonte, 2009 a 2011

Ano	segundo sexo e faixa etária ¹	Regionais								
		Barreiro	Centro Sul	Leste	Nordeste	Noroeste	Norte	Oeste	Pampulha	Venda Nova
2009	Total	0,57	0,62	0,86	1,53	0,93	1,34	0,95	0,98	1,49
	Masculino	0,35	0,30	0,48	0,56	0,44	0,54	0,53	0,36	0,57
	Feminino	0,52	0,55	0,73	1,27	0,71	1,03	0,92	0,75	0,92
	Menores de um ano	2,88	1,81	1,15	3,02	3,14	0,88	1,62	0,75	1,65
	De um a 14 anos	0,75	0,56	0,73	1,60	0,97	0,95	0,75	0,68	1,20
	De 15 a 49 anos	0,20	0,26	0,32	0,61	0,30	0,50	0,34	0,47	0,34
	50 anos ou mais	0,71	0,67	1,15	1,30	0,91	1,44	1,95	0,71	1,47
2010	Total	0,62	0,97	0,83	1,27	1,05	1,46	1,65	1,37	1,47
	Masculino	0,25	0,50	0,48	0,49	0,49	0,59	0,68	0,46	0,55
	Feminino	0,49	0,83	0,67	1,11	0,81	1,05	1,27	1,10	0,95
	Menores de um ano	0,97	1,94	2,22	1,92	4,83	1,01	2,83	1,00	3,17
	De um a 14 anos	0,52	0,74	0,85	0,97	2,20	1,00	*	1,08	1,08
	De 15 a 49 anos	0,17	0,48	0,26	0,57	0,33	0,54	0,47	0,59	0,36
	50 anos ou mais	0,79	1,05	1,07	1,28	1,00	1,49	2,57	1,10	1,48
2011	Total	0,56	1,47	1,16	1,25	1,38	1,16	1,16	1,51	1,03
	Masculino	0,32	0,57	0,63	0,54	0,69	0,54	0,51	0,54	0,59
	Feminino	0,43	1,14	0,98	1,03	1,08	0,80	0,89	1,02	0,95
	Menores de um ano	1,01	3,36	2,55	1,47	*	0,38	2,58	2,00	2,77
	De um a 14 anos	0,44	1,03	1,32	0,94	1,77	0,77	0,67	1,13	0,98
	De 15 a 49 anos	0,20	0,60	0,43	0,54	0,54	0,38	0,36	0,41	0,46
	50 anos ou mais	0,81	1,39	1,38	1,32	1,27	1,30	1,84	1,42	1,38

¹ Total de atendimentos/ População de referência *100

*dados não disponíveis

Tabela 2 - Perfil de cobertura de atendimentos, segundo distrito sanitário, Belo Horizonte, 2009 a 2011

Ano	nutricionais ¹	Regionais								
		Barreiro	Centro Sul	Leste	Nordeste	Noroeste	Norte	Oeste	Pampulha	Venda Nova
2009	Carga horária de Nutricionistas	200	80	120	160	180	160	120	80	200
	Primeira Consulta	0,18	0,25	0,17	0,47	0,36	0,35	0,41	0,33	0,40
	Atendimentos subsequentes	0,18	0,07	0,16	0,44	0,14	0,38	0,12	0,23	0,36
	Visitas domiciliares	0,13	0,13	0,31	0,13	0,28	0,21	0,32	0,09	0,29
2010	Carga horária de Nutricionistas	220	120	160	160	200	160	160	100	160
	Primeira Consulta	0,14	0,38	0,18	0,40	0,37	0,34	0,47	0,35	0,47
	Atendimentos subsequentes	0,16	0,21	0,13	0,38	0,21	0,40	0,43	0,46	0,24
	Visitas domiciliares	0,12	0,13	0,30	0,13	0,26	0,20	0,34	0,10	0,28
2011	Carga horária de Nutricionistas	240	120	180	200	180	180	160	100	240
	Primeira Consulta	0,17	0,56	0,43	0,36	0,58	0,28	0,28	0,31	0,43
	Atendimentos subsequentes	0,17	0,30	0,20	0,39	0,31	0,31	0,24	0,45	0,20
	Visitas domiciliares	0,13	0,13	0,26	0,12	0,23	0,16	0,26	0,18	0,23

¹ Total de atendimentos/ População de referência *100

Tabela 3 - Perfil de atendimentos nutricionais, segundo distrito sanitário, Belo Horizonte, 2009 a 2011

Ano		Distritos								
		Barreiro	Centro Sul	Leste	Nordeste	Noroeste	Norte	Oeste	Pampulha	Venda Nova
2009	Anemia	2,06	7,96	3,74	1,48	1,98	2,95	0,91	5,25	9,14
	Desnutrição	14,55	14,53	15,14	7,34	10,64	7,62	7,81	9,87	11,32
	Dislipidemias	12,07	6,57	9,84	8,18	9,25	11,35	7,01	9,33	18,71
	Hipertensão arterial e Diabetes	46,64	49,48	58,82	50,74	53,14	49,46	61,50	41,84	47,26
	Obesidade	31,63	29,41	26,17	43,41	32,39	37,47	31,71	39,11	20,10
	Média de atendimentos por CH das nutricionistas	8,49	7,23	13,38	22,32	9,46	15,61	15,58	15,95	18,28
	2010	Anemia	1,97	6,76	1,68	0,61	2,46	2,43	0,89	2,79
Desnutrição		11,31	12,31	15,30	6,87	11,94	7,45	8,17	4,01	11,77
Dislipidemias		14,51	9,76	8,33	10,21	10,01	14,31	11,17	11,82	15,69
Hipertensão arterial e Diabetes		47,92	49,22	56,04	43,86	47,30	47,60	56,38	45,82	46,66
Obesidade		32,82	33,15	26,66	42,12	33,84	37,03	29,95	43,81	22,55
Média de atendimentos por CH das nutricionistas		8,52	7,52	9,68	18,55	10,68	15,23	20,26	17,94	22,51
2011		Anemia	1,26	2,13	0,74	1,59	0,94	2,07	2,01	1,42
	Desnutrição	10,85	11,00	12,25	8,04	12,25	8,64	8,35	4,87	11,45
	Dislipidemias	11,63	9,60	8,31	10,80	6,73	11,94	7,78	13,96	10,65
	Hipertensão arterial e Diabetes	45,32	43,70	41,76	40,56	52,14	50,34	58,12	54,22	43,08
	Obesidade	33,75	35,41	35,87	38,22	33,11	34,59	29,81	34,92	33,58
	Média de atendimentos por CH das nutricionistas	6,95	11,37	11,97	16,11	11,22	13,44	14,30	19,70	10,52

Os atendimentos nutricionais com diagnóstico de obesidade foram os mais prevalentes, quando considerado os diagnósticos analisados separadamente, exceto nos distritos Leste e Venda Nova (Tabela 3). Já a Hipertensão Arterial e o Diabetes, quando somados, apresentam percentual próximo ou maior que 50% dos atendimentos realizados pelos nutricionistas. Os atendimentos referentes à anemia foram os mais baixos quando comparados aos outros diagnósticos.

Quando se comparou a média de atendimentos por CH, verificou-se que os distritos Pampulha, Centro Sul e Noroeste aumentaram a média de atendimentos, enquanto os outros diminuíram. Em 2009, os distritos que apresentaram maior média de atendimento foram Nordeste e Venda Nova. Em 2010, Venda Nova permaneceu com a maior média de atendimento, juntamente com o distrito Oeste. Já em 2011, foram os distritos Pampulha e Nordeste aqueles com maior produtividade. Contudo, observamos que o distrito Centro Sul foi o que apresentou menor produtividade nos anos de 2009 e 2010, sendo que, no ano de 2011, o distrito Barreiro ocupou tal posição.

Na tabela 4, observa-se o percentual de adequação entre os atendimentos individuais e visitas domiciliares previstos e realizados. Percebe-se que esse percentual manteve-se em torno de 50% para os dois tipos de atendimento, havendo uma discreta redução com o passar dos anos.

Tabela 4- Adequação do quantitativo de atendimentos individuais e visitas domiciliares realizados pelas nutricionistas do NASF Belo Horizonte, no período de 2009 a 2011.

		Atendimento individual			Visita Domiciliar		
		Realizado	Previsto	% Adequação	Realizado	Previsto	% Adequação
2009	Barreiro	1.068	2.880	37	401	960	42
	Centro Sul	295	1.152	26	122	384	32
	Leste	627	1.728	36	570	576	99
	Nordeste	2.104	2.304	91	304	768	40
	Noroeste	807	2.304	35	450	768	59
	Norte	1.535	2.592	59	446	864	52
	Oeste	1.055	1.728	61	630	576	109
	Pampulha	733	1.152	64	122	384	32
	Venda Nova	1.863	2.880	65	705	960	73
		Média de Adequação	10.087	18.720	54	3.750	6.240
2010	Barreiro	911	3.168	29	373	1.056	35
	Centro Sul	541	1.728	31	118	576	20
	Leste	575	2.304	25	551	768	72
	Nordeste	1.813	2.304	79	295	768	38

	Noroeste	947	2.304	41	428	768	56
	Norte	1.555	2.880	54	425	960	44
	Oeste	1.762	2.304	76	665	768	87
	Pampulha	1.057	1.440	73	128	480	27
	Venda Nova	1.747	2.304	76	689	768	90
	Média de Adequação	10.908	20.736	53	3.672	6.912	53
2011	Barreiro	1.017	3.456	29	390	1.152	34
	Centro Sul	801	1.728	46	116	576	20
	Leste	1.163	2.592	45	490	864	57
	Nordeste	1.738	2.592	67	284	864	33
	Noroeste	1.451	2.880	50	382	960	40
	Norte	1.243	2.592	48	334	864	39
	Oeste	1.028	2.304	45	501	768	65
	Pampulha	991	1.440	69	230	480	48
	Venda Nova	1.552	3.456	45	566	1.152	49
	Média de Adequação	10.984	23.040	48	3.293	7.680	43

*Os atendimentos individuais foram calculados pela soma das primeiras consultas com a subsequente

Discussão

A atuação do nutricionista no município de Belo Horizonte ocorre em diferentes contextos sociais e suas principais atividades de prestação de serviços diretos à população como atendimentos individuais, visitas domiciliares e atendimentos em grupo são desenvolvidos na UBS em parceria com a ESF e NASF.

A implantação dos NASF em Belo Horizonte, no período avaliado, seguiu o recomendado pela portaria GM 154, que cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (BRASIL, 2008a). Conforme tal portaria, o NASF, na modalidade adotada por Belo Horizonte (NASF 1), deve dar apoio, no mínimo 8 e, no máximo, 20 ESF. A média do município era de 12 ESF por NASF.

Em Belo Horizonte, o nutricionista da AB atua dentro do NASF o qual possui característica matricial em sua organização. Ou seja, o profissional atende os usuários referenciados pela ESF e não toda a população da área de abrangência (CAMPOS & DOMITTI, 2007).

Outro ponto que deve ser ressaltado é sobre a distribuição de atividades de cada nutricionista do NASF, sendo que tal profissional é responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, reuniões de matriciamento, grupos, participações em ações intersetoriais, além das ações assistenciais em nível individual e domiciliar (MINAS GERAIS, 2010a).

Em média, são destinadas a atenção domiciliar e a atenção individual, 8 horas semanais (4 horas para cada atividade), considerando um profissional de 20 horas. Essa carga horária seria insuficiente se pensarmos na população da área de abrangência das UBS cobertas pelos profissionais, porém deve-se lembrar que profissionais do NASF trabalham com a lógica do matriciamento, onde são atendidos os casos referenciados pela equipe de AB (MINAS GERAIS, 2010b).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), políticas públicas como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) conjugam esforços no estabelecimento de diretrizes e estratégias para a garantia ao direito humano à saúde e à alimentação adequada. As diretrizes e propostas de trabalho apresentadas por essas políticas demandam não apenas

a inclusão, mas adequação dos profissionais nutricionistas na AB (PNAB, 2011; PNAN, 2012; PNPS, 2006).

Na organização matricial do NASF, as atividades assistenciais (atendimentos em consultório e visitas domiciliares) são elaboradas em conjunto com as ESF e se baseiam em rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição referenciadas aos nutricionistas do NASF por meio das reuniões de matriciamento.

Os distritos sanitários possuem lógicas de trabalho diferentes de acordo com as características de gestão do nível local. Essas diferenças influenciam diretamente na organização do serviço do NASF e nos resultados do estudo. Os resultados de descrição das ações assistenciais mostram dois movimentos diferentes que ocorreram no município: de um lado um movimento crescente de atendimentos ao longo dos anos e , em alguns locais, a diminuição. Os distritos que inicialmente apresentaram alta produtividade seguidas de queda nos anos posteriores podem ter priorizado no início das atividades as ações assistenciais. Essa priorização ocorreu em alguns distritos pela dificuldade de estruturação das atividades coletivas e pela fragilidade nas reuniões de matriciamento, obstáculos comuns no início da implantação dos NASF. Outra explicação para esse número alto de atendimentos na fase inicial é a existência de uma demanda reprimida devido a falta do profissional nutricionista na AB. O decréscimo na produtividade com o passar dos anos sugere a substituição de parte da carga horária destinada as ações assistenciais por outras atividades coletivas como Lian Gong, Academia da Cidade, grupos operativos, campanhas de sensibilização em Saúde e mesmo a participação em eventos intersetoriais, o que aumenta as atividades referentes a promoção de saúde e prevenção de doenças com conseqüente diminuição das atividades de reabilitação.

Alguns distritos por sua vez, passaram por movimento diferente, pois ao chegarem às UBS encontraram dificuldades quanto à infraestrutura para realização das ações e entendimento da proposta pelas ESF, o que foi sendo modificado com o tempo, resultando em aumento do número de atendimentos.

A maior frequência de atendimentos para o sexo feminino foi observada em todos os distritos.

Alguns fatores são identificados como preditores da diferença entre os gêneros na avaliação do estado de saúde. As mulheres têm maior preocupação, conhecimento e compromisso quanto ao cuidado da sua saúde e da família. Além disso, apresentam maior busca e adesão ao tratamento de doenças do que os homens, uma vez que as mudanças comportamentais, de estilo de vida e de saúde pelas quais elas têm passado nos últimos anos podem ter favorecido o aparecimento de doenças crônicas (CLAUDIA *et al*, 2002; IBGE,2009) .

Dados do suplemento sobre Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde 27, da PNAD 2008, revelam que as mulheres são majoritariamente as que mais utilizam os serviços de saúde no Brasil. A pesquisa, considerando o total da população brasileira, revelou que 73,6% (139,9 milhões de habitantes) declararam ter um serviço de saúde de uso regular; destes, 53,4% eram mulheres. Nos 12 meses que antecederam a entrevista, 67,7% da população brasileira declarou ter consultado um médico. A parcela de mulheres que o fizeram no último ano foi de 76,1%; a de homens, 58,8% (BEZERRA *et al*,2011) .

A faixa etária mais atendida foram as crianças menores de 1 ano. Isso se deve ao fato de que no fluxo de atendimento de crianças com alergias alimentares e via alternativa de alimentação é obrigatório realização de avaliação nutricional. Nessa faixa etária, também são atendidas crianças com alterações de apetite, baixo peso ou obesas.

A faixa etária de 15 a 49 anos foi a menos atendida, provavelmente por ser correspondente a idade onde a maior parte das pessoas estão em idade produtiva, o que inviabiliza o acesso aos serviços de saúde que funcionam em horário convencional. Segundo SILVA *et al* (2012) as UBS foram organizadas para o funcionamento em horários quase sempre incompatíveis com a jornada laboral da maioria das pessoas, sendo assim, é relevante analisar e reconfigurar a organização do trabalho e o processo laboral do sistema de saúde.

Ao chegarmos na faixa etária que inclui os idosos (acima de 50 anos) percebemos o aumento do número de atendimento, o que está em conformidade com os estudos que relatam o aumento da incidência de doenças crônicas com o envelhecimento (Brasil, 2010). Entre os idosos

brasileiros, CAMPOS *et al* (2006) encontraram uma prevalência de 32,3% de sobrepeso e 11,6% de obesidade. Os idosos portadores de doenças crônicas apresentaram maior risco de alterações no estado nutricional. Com base nos resultados, os autores concluíram que o excesso de peso, e não a desnutrição, constitui o principal problema nutricional da população idosa brasileira.

O tipo de atendimento (atenção domiciliar ou em consultório) é definido a partir das reuniões de matriciamento com as ESF. Para tanto é levado em consideração o grau de independência e funcionalidade do paciente a ser atendido, além das disponibilidades de agenda. A atenção domiciliar em sua maior parte é realizada aos pacientes acamados ou restritos ao domicílio (Brasil, 2012c). Áreas com maior número de idosos tendem a exigir maior cobertura de visitas domiciliares. Assim, o distrito Leste que se destacou com maior produção de atendimentos domiciliares, ao passo de que, também apresentou número expressivo de pessoas atendidas na faixa etária maior que 50 anos.

Em geral os atendimentos individuais foram mais frequentes que os domiciliares e dentre muitos motivos que explicam essa prevalência estão a forma de estruturação dessas atividades. A atenção domiciliar devido seu deslocamento permite o atendimento de menor número de pessoas em um turno se comparado com o atendimento em consultório. Além disso, esse tipo de atendimento envolve a escuta, orientação de familiares e treino do cuidador, aumentando o tempo gasto por paciente. Com relação ao perfil dos diagnósticos mais atendidos, percebemos que estamos de acordo com os estudos recentes que demonstram alta e crescente prevalência de doenças crônicas como a obesidade, Hipertensão arterial e Diabetes (VIGITEL, 2012). A alimentação saudável possui importante papel na prevenção e controle dessas doenças crônicas, sendo de extrema importância a intervenção nutricional desses pacientes como observado nos dados do estudo (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2006).

Com relação a média de atendimento por carga horária dos nutricionistas, pouco pode-se inferir dos dados encontrados. Percebe-se que esses valores variaram bastante entre distritos e mesmo dentre o mesmo distrito ao longo dos anos. A regional de Venda Nova, por exemplo, mostrou a maior média no ano de 2009 e ficou entre as menores em 2011. Essas

oscilações muitas vezes correspondem à priorização de ações em cada distrito e em cada ano. No caso dos distritos que apresentaram menos atendimentos, é provável que apresentaram nesses anos mais ações coletivas ou reuniões institucionais. Além disso, ocorrências de obstáculos nessas atividades podem ter interferido como ausência de consultórios e poucos referenciamentos pela ESF.

Ressalta-se que na AB devem ser desenvolvidas prioritariamente ações de promoção e prevenção, sem prejuízo das assistenciais (BRASIL, 2012a). Assim, a caracterização da produtividade das ações assistenciais dos nutricionistas do NASF de BH sugerem que Belo Horizonte vem priorizando as atividades coletivas na organização da agenda desses profissionais.

O aumento na carga horária dos profissionais nutricionistas ao longo dos anos e o maior conhecimento sobre a atuação desse profissional pela equipe teve impacto no referenciamento de casos, aumento dos atendimentos em muitas regionais, sem desconsiderar o aumento de abordagens coletivas como grupos terapêuticos não avaliados nesse trabalho.

A tabela 4 mostra a adequação das ações assistenciais no nutricionista com relação ao número previsto pelo município. O percentual de adequação não chegou ao esperado (100%). As barreiras relacionadas à estrutura física e mesmo compreensão da proposta de trabalho do NASF pelos profissionais da ESF podem ter sido motivos para essa não adequação. Além disso, a taxa de absenteísmo nos atendimentos do NASF é alta, principalmente com relação as intervenções nutricionais que dependem do querer do indivíduo envolvido. Muitas vezes essa demanda é observada pelos profissionais da ESF e não pelo usuário. A intervenção nutricional demanda da pessoa estar no momento adequado para aceitar e aderir a mudanças de hábito de vida (NATACHA & BETZABETH, 2007). A não observância desse aspecto contribui para o número acentuado de faltas.

Entende-se que o perfil de atendimentos realizados pelos nutricionistas do NASF de Belo Horizonte, apresentado nesse trabalho, pode não ter contemplado todo o potencial de atendimento dos nutricionistas da rede. Isso se deve ao fato de que os anos iniciais de análise são coincidentes com o período de início do NASF no município. Após a implantação do mesmo em 2008, as equipes da ESF e NASF passaram por adequações em seu processo

de trabalho. Situações como ausência das equipes nas reuniões de matriciamento, baixa qualidade no referenciamento de casos para esses profissionais, espaço inadequado ou inexistente nas UBS para realização dos atendimentos em consultório e mesmo fragilidade na infra estrutura de atendimento como carros e materiais foram obstáculos enfrentados nessa fase inicial de implantação do NASF e, com certeza, influenciaram negativamente nos números das ações executadas.

Além disso, a produtividade avaliada mostra os atendimentos realizados, mas não apresenta computo de faltas. Para avaliar o potencial de atendimentos agendados pelos nutricionistas, seria importante somar as faltas ao número de atendimentos realizados. Apesar das faltas não serem comumente computadas em sistemas que armazenam a produção, sua análise pode contribuir para compreensão dos grandes índices de absenteísmo de usuários a consultas

O quantitativo atual de profissionais no município, no período estudado, se adequa ao esperado para desenvolvimento de ações do NASF na cidade, sendo 85% dos núcleos possuíam o profissional nutricionista.

Quando avaliamos os recursos humanos do NASF, temos que levar em consideração três formas de adequação. Segundo portaria 154 (Brasil, 2008), que descreve que cada equipe /profissional de NASF deve estar vinculado a um número de 8 a 20 ESF. Em Belo Horizonte, verificou-se uma média adequada de 11 ESF por nutricionista de NASF.

Outra referência é a resolução do CFN nº 380/2005, a qual preconiza um nutricionista para cada 50 mil habitantes (CFN, 2005). Logo, em Belo Horizonte deveria existir um total de 50 nutricionistas. Nesse parâmetro, utilizou-se a população total do município. Apesar de Belo horizonte ter atingido adequação de 92%, deve-se ser ressaltado que essa resolução diz respeito a profissionais que atuam diretamente nas UBS. Em BH, os profissionais atuam no NASF, que possui lógica diferenciada de trabalho, como já ressaltado.

Outro cálculo que pode ser realizado, considerando a técnica utilizada por CERVATO-MANCUSO *et al* (2012) seria considerar o número máximo de nutricionistas que deveriam existir no município, utilizando a portaria vigente à época do estudo (BRASIL, 2010). Nesse cálculo, consideraríamos a necessidade de, no mínimo, 1 nutricionista a cada 80.000 habitantes (correspondentes a cada 20 equipes de saúde da família com 4000 habitantes

cada). De maneira complementar, calculamos também o número máximo de profissionais considerando a possibilidade de se ter um nutricionista para cada 32.000 habitantes (correspondentes a cada 8 equipes de saúde da família com 4000 habitantes). Optamos por utilizar como população total para cálculo, apenas aquela cadastrada pelo PSF, ou seja, a que deve ser coberta pelos nutricionistas do NASF. Logo, para o total de 1.754.559 pessoas, um número adequado de nutricionistas seria de no mínimo de 22 e no máximo 55. Percebe-se que o município de Belo Horizonte possuía 46 nutricionistas, estando adequado de acordo com o cálculo realizado, inclusive se aproximando do número máximo de profissionais.

Apesar disso, é importante salientar que o número de equipes vinculadas ao NASF recomendadas pela portaria GM nº154 (2008), era muito grande, mesmo considerando a forma de trabalho matricial proposta. A prova disso é que após essa portaria já foram realizados 2 novos direcionamentos : 1 NASF vinculado de 8 a 15 equipes (BRASIL, 2011a) e , mais recentemente, 1 NASF vinculado de 5 a 9 equipes (BRASIL, 2012).

Uma limitação dos cálculos utilizados acima, é que no mesmo, está sendo considerada uma nutricionista em cada equipe de NASF, entendendo a importância da cobertura desse profissional em todo o município. Certamente, essa seria uma importante estratégia para fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no país. Porém, nenhuma das portarias que falam sobre o NASF, colocam a presença desse profissional como obrigatória, sendo essa uma decisão da gestão municipal de acordo com seus dados epidemiológicos, ambientais e assistenciais (BRASIL, 2010).

Outra limitação do estudo é a forma de preenchimento do formulário utilizado para as análises. Atualmente, esse preenchimento é realizado de forma manual e de responsabilidade de cada profissional. Isso pode contribuir para subestimação dos dados, pois muitos profissionais desconhecem a importância do preenchimento regular do formulário de produtividade. A partir do ano de 2012, o município vem realizando treinamento dos profissionais para que esse preenchimento seja realizado automaticamente pelo sistema de informação de Belo Horizonte, a partir do uso do prontuário eletrônico por todos os profissionais do NASF.

O campo outros diagnósticos não foi analisado, pela impossibilidade de detalhar os diagnósticos existentes dentro desse campo. Esse instrumento de produtividade era utilizado pelos profissionais da atenção Básica do município e não se adequava a realidade do NASF. Após o ano de 2011, foi criado novo instrumento que pudesse superar essas limitações e adequar-se os diagnósticos do instrumento ao perfil de atendimento dos nutricionistas.

Conclusão

As ações assistenciais não podem esgotar-se como estratégia para tratamento de doenças, mas sua organização deve ser qualificada, para que os profissionais alcancem o cuidado integral ao usuário. O conhecimento do perfil dos atendimentos realizados pelos nutricionistas de Belo Horizonte será de grande valia para a reflexão da prática desses profissionais e fortalecimento do papel do mesmo no NASF. Apesar dos dados sugerirem uma priorização das ações preventivas, é importante que os registros referentes a outras formas de trabalho também sejam avaliados, assim como as taxas de absenteísmo nas atividades assistenciais.

Os atendimentos voltados, em maior número, para as doenças crônicas mostram a importância da organização das ações assistenciais e coletivas, no sentido de prevenir o surgimento dessas doenças e controlar aquelas já existentes. Além de reafirmar a importância das intervenções nutricionais nesse contexto.

Os dados permitirão melhorar a estruturação das ações já desenvolvidas, como a criação de protocolos clínicos, metodologias de trabalho em grupo, aquisição de materiais para intervenção e algumas capacitações de profissionais. Sabe-se que a avaliação de instrumentos de produtividade não deve ser o único parâmetro para organização dos serviços de saúde por considerarem apenas aspectos quantitativos, porém são um dos passos imprescindíveis para avaliar questões como adequação de recursos humanos e direcionamento das ações em saúde.

Referências

Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman II RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. Cad. Saúde Pública vol.27 n.12 Rio de Janeiro Dec. 2011.

Brasil. Resolução CFN nº 380 de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecer parâmetros numéricos de referência, por área de atuação e dá outras providências. Conselho Federal dos Nutricionistas 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União 2008a; 24 jan.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

Brasil. Portaria nº 3.124 de 28 de Dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2012; 28 Dez.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília :Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JÁ, Colsoimo EA, Abrantes MM. Estado Nutricional e Fatores Associados em Idosos. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(4):214-221.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva da ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência & saúde Coletiva*, 17 (12): 3289-3300, 2012.

Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única de nutrição. *Cad saúde Pública* 2008; 24 (Supl. 2): S332-S340.

Claudia Travassos, Francisco Viacava, Rejane Pinheiro, Alexandre Brito. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* vol.11 n.5-6 Washington May./Jun. 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Síntese de indicadores 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.

Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Oficina III – Territorialização e Diagnóstico Local/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG: 2010a.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Oficina V – Organização da Atenção Programada/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESPMG: 2010b.

Natacha Toral, Betzabeth Slater. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciênc. saúde coletiva* vol.12 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2007.

Silva PAS, Furtado MS, Guilhon AB, Souza NVDO, David HMSL. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. Esc. Anna Nery vol.16 no.3 Rio de Janeiro Sept. 2012.