

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
RESOLUÇÃO Nº 66/2010

**Aprova as Diretrizes estaduais para
implantação, funcionamento e
qualificação dos Núcleos de Apoio à
Saúde da Família no Estado da
Bahia**

A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições, tendo em vista o decidido na 181ª Reunião Ordinária do dia 18 de março de 2010 e considerando:

1. A importância estratégica da Atenção Básica na organização e consolidação do SUS;
2. O papel da Estratégia de Saúde da Família na reorientação do modelo técnico-assistencial de saúde;
3. O processo de implantação da Atenção Básica no Estado da Bahia e os problemas que condicionam seu desenvolvimento e qualificação;
4. A necessidade de esse processo de desenvolvimento e qualificação ser implementado com uma ação compartilhada e articulada do conjunto dos Municípios, que substitua ações isoladas por políticas interfederadas pactuadas entre os entes e atores sociais que constituem o SUS Bahia;
5. A importância de manter e reforçar a atuação do Governo do Estado na Educação Permanente, Avaliação e Monitoramento, Apoio Institucional e Co-Financiamento da Estratégia de Saúde da Família;
6. A instituição recente da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia – FESF por diversos Municípios baianos, com o apoio do Governo do Estado, como uma entidade interfederada, 100% pública, dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins

lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, com o fim exclusivo de, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado, desenvolver ações e serviços de atenção à saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com as políticas de saúde dos Municípios, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e do Ministério da Saúde;

7. A Resolução Nº. 123/2009 da CIB que cria o Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família da Bahia como um programa do SUS-Bahia, pactuado entre Governo do Estado e Municípios da Bahia, que visa a incentivar os Municípios baianos, o Governo do Estado e a FESF a atuar em cooperação e articulados para a expansão, qualificação e desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família;

8. A Portaria do Ministério da Saúde nº 648 de 28 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Atenção Básica;

9. A Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e define em seu artigo 8º, inciso I, como competência das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação do NASF I entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º desta Portaria;

10. A necessidade de adequar e complementar o texto da Portaria do MS nº 154/2008 às especificidades e à Política Estadual de Atenção Básica da Bahia;

11. A necessidade de orientar o processo de trabalho a ser desenvolvido e os mecanismos de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Estado da Bahia;

RESOLVE

1. Aprovar, na forma do Anexo I, as Diretrizes Estaduais para credenciamento, implantação, funcionamento e qualificação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF;
2. Apoiar, para fins de credenciamento e implantação do NASF I, os Municípios que não tenham os parâmetros mínimos definidos pelo art. 5º da Portaria do MS nº 154/2008, possibilitando a adesão conjunta de Municípios via consórcio ou contratualização com a Fundação Estatal Saúde da Família – FESF;
3. Revogar o trecho da Resolução da CIB nº. 49/2008 que trata de credenciamento do NASF, adotando novo modelo de projeto para credenciamento, através do Anexo II desta Resolução.

ANEXO I DA RESOLUÇÃO CIB 66/2010

Diretrizes estaduais para implantação, funcionamento e qualificação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Estado da Bahia

1- PRINCÍPIOS GERAIS

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF é uma estratégia inovadora para a AB/ESF, que deve provocar a mudança na atuação dos profissionais e ampliar a abrangência e o **escopo** das ações e sua resolutividade. Seu objetivo principal é **apoiar e ampliar** as ações das equipes da ESF na qualificação **do cuidado em saúde**, a partir do processo de territorialização e regionalização, pautado na implantação das **Linhas de Cuidado**.

Para tanto se fazem necessárias algumas diretrizes para os NASF do Estado da Bahia:

- O NASF faz parte da Estratégia de Saúde da Família e não constitui-se em porta de entrada do sistema, sendo seu objetivo principal o Apoio Matricial às equipes de saúde da família.
- O NASF não se configura em um serviço de especialidades na Atenção Básica e seu processo de trabalho diverge do modelo ambulatorial. Deve trabalhar no sentido de ampliar a capacidade resolutiva da Atenção Básica através da ampliação da clínica e do cuidado compartilhado com a equipe de Saúde da Família.
- O NASF, em parceria com a gestão municipal, deve fortalecer as ações em equipe e o diálogo sobre o processo de trabalho, pautado na responsabilização de tarefas pactuadas e usuário-centradas.
- O NASF deve identificar, em conjunto com as equipes de Saúde da Família e comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem desenvolvidas em cada uma das áreas cobertas pelo NASF.
- O NASF deve desenvolver ações, em conjunto com as equipes de Saúde da Família, que se integrem e fortaleçam as outras políticas e ações estratégicas como educação, esporte, cultura, assistência social, entre outras, no fortalecimento da Promoção da Saúde e Intersetorialidade.
- O NASF deve apoiar as equipes de Saúde da Família do seu território, garantindo o matriciamento das mesmas e contribuindo para a qualificação do cuidado e resolutividade da Atenção Básica, assim como para a estruturação da rede de

serviços, no desenho das Linhas de Cuidado.

- São ferramentas de trabalho do NASF no Estado da Bahia, no exercício do Apoio Matricial, as ações de Educação Permanente, Articulação das Redes Assistenciais, Clínica Ampliada e elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a partir de reuniões periódicas com as equipes de Saúde da Família, realizando ações interdisciplinares e o cuidado compartilhado.
- O NASF é um fundamental dispositivo para a qualificação da Atenção Básica, apoiando e ampliando as ações das equipes da ESF adscritas ao seu território, o que o localiza na **Atenção Básica**, em especial na **Estratégia Saúde da Família**.

2- RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

2.1. Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

2.1.1 Buscar adequada gestão do trabalho do NASF, contratando profissionais com vínculo empregatício estável, através de concurso ou seleção pública, configurando vínculo estatutário ou de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme Lei nº 5.452/ 1943.

2.1.2 Envidar esforços para incluir na Coordenação da Atenção Básica a coordenação das ações do NASF. A depender da realidade e necessidades do Município, essa coordenação poderá ser feita pelo próprio coordenador da Atenção Básica, por um coordenador específico para o NASF que trabalhe conjuntamente com o coordenador da Atenção Básica e/ou mediante um colegiado composto por trabalhadores do NASF, representantes das ESF, pela coordenação da Atenção Básica e representante do Conselho Municipal de Saúde.

2.1.3 Recomenda-se que essa Coordenação integre às práticas de gestão as ações de educação permanente, de apoio institucional e acolhimento pedagógico às equipes de trabalhadores do NASF e, desta forma, realize uma gestão mais próxima das dificuldades e do cotidiano dos trabalhadores, na perspectiva da transformação do modelo biomédico de atenção.

2.1.4 Estimular e apoiar ações de promoção e educação em saúde, tornando-as parte das agendas das equipes da ESF, em conjunto com o NASF.

2.1.5 Facilitar e mediar a aproximação do NASF com as equipes da ESF, no intuito de auxiliar na definição do plano de ação do NASF, assim como no Projeto de Saúde do território, dialogando com as equipes e com o controle social.

2.1.6 Observar a qualidade do vínculo com as equipes da ESF, o conhecimento e a

capacidade de articulação dos diversos serviços e atores que compõem a rede municipal de saúde, de outros setores públicos e dos recursos comunitários, a capacidade pedagógica da equipe do NASF e a capacidade de coprodução e cogestão do Cuidado.

2.1.7 Realizar avaliação e monitoramento das ações do NASF, alicerçados nas diretrizes de seu processo de trabalho, nas respostas às necessidades de saúde dos territórios e às necessidades de apoio aos profissionais das equipes de Saúde da Família e dos Projetos de Saúde pensados para cada um desses territórios.

2.1.8 Garantir o deslocamento da equipe do NASF nos territórios a ela adscritos e entre as unidades de saúde por ela matriciadas, possibilitando as condições necessárias ao processo de trabalho preconizado para o NASF.

2.2. Compete à Secretaria Estadual de Saúde:

2.2.1 Assessorar na construção do projeto de implantação do NASF, através das equipes de apoio institucional das Dires e da DAB, com foco nas necessidades de saúde e singularidades dos Municípios, reforçando a implantação das Linhas de Cuidado.

2.2.2 Acompanhar e assessorar a gestão municipal, através das ações do apoio institucional, oferecendo ferramentas de apoio à coordenação da Atenção Básica do Município, especialmente no que se refere ao processo de trabalho desenvolvido no NASF, buscando garantir o funcionamento adequado das equipes.

2.2.3 Apoiar os Municípios na qualificação do NASF por meio de ações de Educação Permanente, em articulação com instituições de ensino, Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), Núcleos Microrregionais de Educação Permanente para Atenção Básica, Fundação Estatal Saúde da Família (FESF).

2.2.4 Apoiar os Municípios no processo de avaliação e monitoramento das ações do NASF, buscando garantir o funcionamento adequado das equipes.

3- DO PROCESSO DE TRABALHO

São características do processo de trabalho das equipes do NASF:

3.1. Cartografia

3.1.1 Em **conjunto** com a gestão municipal, as equipes do NASF devem pactuar o processo de trabalho **com as equipes de Saúde da Família e comunidades**, considerando as necessidades de saúde e equipamentos sociais do território.

3.1.2 O NASF deve realizar o mapeamento das necessidades de saúde, das redes de apoio social e rede de serviços de saúde, de seu território adscrito, a partir das cartografias das equipes da ESF sob sua responsabilidade, tendo como perspectiva a

articulação da Rede de Cuidado.

3.1.3 A identificação das necessidades de saúde tem como perspectiva identificar grau de vulnerabilidade e risco para se estabelecer as frentes de ação do NASF e definir as ações prioritárias a serem desenvolvidas no território.

3.1.4 Os Objetos de Ação do NASF são as equipes da ESF, os usuários, suas famílias e as comunidades a elas adscritas, norteadas pela perspectiva das Linhas de Cuidado, constituindo redes de cuidado aos usuários com ênfase na integralidade das ações, conforme preconizado no Estado da Bahia.

3.1.5 No planejamento para identificar as frentes de ação prioritárias para o NASF em cada território, a ser realizado em conjunto com as equipes da ESF e comunidade, devem ser contempladas ações de promoção e prevenção em saúde, abrangendo as dimensões clínica assistencial, Educação Permanente e a articulação da Rede de Cuidado, atuando de forma a fomentar a implantação das Linhas de Cuidado.

3.2. Cuidado compartilhado

3.2.1 Devem ser elaborados, em conjunto com as equipes da ESF, Projetos Terapêuticos Singulares (para usuário, família e/ou comunidade), por meio de discussões periódicas em equipe, realizando ações interdisciplinares entre as equipes do NASF e equipes da ESF, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada pelo cuidado.

3.2.2 O Cuidado compartilhado utiliza como ferramenta o Apoio Matricial e a Interconsulta, ou seja, o atendimento conjunto e/ou discussão de caso em caráter de Educação Permanente, ampliando a resolutividade das equipes da ESF, atuando de forma integrada e planejada nas atividades desenvolvidas por estas equipes, resguardando as questões éticas.

3.2.3 A equipe do NASF deve identificar, em conjunto com as equipes da ESF, as necessidades de matriciamento, nas dimensões clínica, pedagógica e gerencial.

3.3. Da Gestão do Cuidado

3.3.1 A equipe do NASF deve apoiar as equipes de Saúde da Família quanto ao aspecto gerencial no planejamento, organização da oferta de serviços e agenda de ações em saúde, dialogando com as pactuações realizadas entre a equipe da ESF e a comunidade, em ações de integração entre a atenção individual e coletiva, qualificação local dos encaminhamentos e solicitações, gestão do cuidado e acolhimento como dispositivos e ferramentas do processo de trabalho.

3.4.2 Devem ser consideradas as especificidades do território, com Projetos Terapêuticos

que dialoguem com as necessidades das Populações em Situação de Exclusão, criando um cenário para estruturação da rede e posterior desenho de Linhas de Cuidado para essas populações.

3.5. Dimensão Pedagógica

3.5.1 Uma das dimensões do matriciamento é a pedagógica, portanto, as equipes do NASF devem realizar ações de desenvolvimento de competências e Educação Permanente junto às equipes da ESF e comunidades.

3.5.2 A partir do desenvolvimento de tecnologias e práticas, O NASF deve ser campo de estágios, programas de Residências Multiprofissionais e outros processos pedagógicos que visem a qualificar trabalhadores e gestores do SUS.

3.5.3 A dimensão pedagógica materializa-se também por meio das trocas de experiências e saberes que cada trabalhador ou núcleo profissional possuem. Esta dimensão se produz em ato, podendo ocorrer em reuniões de equipes, discussões de casos, matriciamento, atividades grupais, entre outras.

3.6. Registro e Avaliação das Ações

3.6.1 É de responsabilidade dos profissionais do NASF realizar o registro das atividades desenvolvidas para subsidiar o monitoramento e avaliação das ações.

4- DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

4.1. A Educação Permanente dos profissionais do NASF é de responsabilidade compartilhada dos Municípios, das redes regionalizadas de educação permanente, da SESAB e do Ministério da Saúde.

4.2. Frente à crescente expansão do NASF e à necessidade de qualificação dos profissionais para as especificidades do processo de trabalho proposto, o NASF, quando vinculado à Residência / Especialização Multiprofissional, expande as suas possibilidades de intervenção, estabelecendo um diálogo teórico-prático com os educandos na perspectiva da Educação Permanente. Este processo ocorrerá mediante estratégias conjuntas de diversos atores como a EESP, DAB- SESAB, Instituições de Ensino Superior e FESF.

4.3. O processo de início de Educação Permanente das equipes do NASF deve se dar através do Acolhimento Pedagógico (Curso Introdutório). Sugere-se que este acolhimento ocorra logo após a contratação e antes mesmo do início das atividades do NASF junto às

equipes da ESF e ao território, tendo o prazo máximo de três meses após a implantação para ser realizado. O Acolhimento Pedagógico faz-se necessário em função de as graduações ofertarem, atualmente, de forma incipiente os conteúdos necessários às práticas do NASF e da saúde coletiva.

4.4. Os conteúdos mínimos do Acolhimento Pedagógico deverão ser os mesmos abordados no introdutório para as equipes da ESF (conforme preconizado pela Portaria 648/2006 e descrito na Portaria 2527/2006), acrescidos de outros necessários às práticas do NASF, tais como: clínica ampliada, educação permanente, apoio matricial e equipe de referência, projeto terapêutico singular, articulação de redes assistenciais e gestão compartilhada.

5 – DO PLANEJAMENTO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DO NASF

Entendendo que o NASF é uma estratégia de fortalecimento da Rede de Cuidados e que atua através da qualificação e incremento da resolutividade da Atenção Básica, a avaliação e monitoramento de suas práticas exigem indicadores relacionados às ações desenvolvidas pelas equipes do NASF e a relação destas com as equipes de Saúde da Família.

A avaliação e monitoramento das ações tem como principal objetivo identificar como têm atuado as equipes do NASF e que impacto suas ações têm provocado na saúde da população e no processo de trabalho das equipes da ESF, de forma a subsidiar o planejamento de ações, direcionando o processo de trabalho para atender às necessidades identificadas.

Nesse contexto, a avaliação e monitoramento das ações do NASF não se restringem a uma abordagem quantitativa baseada em procedimentos: visa a identificar as práticas estabelecidas pelas equipes, no sentido de avançar na elaboração de projetos terapêuticos, matriciamento das equipes de Saúde da Família e articulação da Rede de Cuidados do território.

Os indicadores para a Avaliação e Monitoramento das equipes do NASF devem refletir o seu processo de trabalho. As equipes devem registrar as ações realizadas em instrumento próprio, o que possibilita a avaliação das metas pactuadas a partir das necessidades sócio-epidemiológicas do Município e das necessidades identificadas pelas equipes da ESF para a qualificação de seu processo de trabalho, avaliando o que foi anteriormente planejado. É desejável que o instrumento possa ainda subsidiar a alimentação dos dados dos sistemas de informação estabelecidos pelo Ministério da Saúde como, por exemplo, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações não deve dar-se em momentos pontuais. Deve ocorrer cotidianamente através do matriciamento, permitindo correções de trajetória. A avaliação quantitativa será dada pelos indicadores que a Estratégia da Saúde da Família já utiliza em seus cotidianos. A avaliação qualitativa ocorre no acompanhamento da realização das ações propostas pelo NASF, constituindo-se como elemento de análise do processo de trabalho da equipe da ESF na qualificação do Cuidado e do NASF no matriciamento das equipes de saúde da família.

Alguns marcadores poderão auxiliar na elaboração de indicadores para o monitoramento e posterior avaliação das ações das equipes do NASF. Os marcadores para monitoramento podem ser divididos em dois componentes:

Componente I – Marcadores de Gestão do Processo de Trabalho

Componente II - Marcadores de Produção do Cuidado

O componente I refere-se aos marcadores de Gestão do Processo de Trabalho, refletindo as ações que o NASF desenvolve através de arranjo organizacional de trabalho (matriciamento). O componente II refere-se aos marcadores de Produção do Cuidado, na perspectiva da ampliação da clínica e qualificação do Cuidado das equipes da ESF, considerando sempre as necessidades de saúde identificadas para cada território adscrito.

5.1 Marcadores para subsidiar a elaboração de indicadores para monitoramento e avaliação das ações do NASF

5.1.1 Componente I - Marcadores de Gestão do Processo de Trabalho

Este componente da avaliação e monitoramento reflete o processo de trabalho do NASF, privilegiando as ações pactuadas com as equipes da ESF, contemplando as necessidades de saúde identificadas nos territórios adscritos, não sendo prioritariamente registradas por núcleo profissional, mas sim, pelas Frentes de Ação e Objetos de Ação do NASF. **Alguns dos indicadores possíveis de serem contemplados neste componente são: Grupos, Oficinas, Visitas Domiciliares, Atendimentos, Atividades de Educação Permanente, Reuniões, Ações de matriciamento e Articulação de Redes Assistenciais.**

5.1.1.1 Grupos: Os grupos consistem em atividades coletivas de média a longa duração, com identidade e vínculo entre seus participantes. Podem ser caracterizados em grupos operativos e terapêuticos. Os grupos operativos em geral possuem objetivos bem definidos e atuam em função de tarefas. Já os grupos terapêuticos objetivam proporcionar práticas de produção do Cuidado e/ou publicizar saberes e práticas de Cuidado individual ou coletivo. **Exemplos de grupos:** Grupo de idosos, crianças, gestantes, teatro, música, grupo de saúde mental, grupos que abordem a saúde do trabalhador, entre outros.

Oficinas: As oficinas consistem em atividades coletivas cujo objetivo é a produção de determinado produto ou processo, com finalidades terapêuticas e/ou pedagógicas, onde os participantes não necessariamente possuem uma identidade grupal ou vínculo. Em geral, as oficinas são de curta a média duração, com os mesmos participantes, ou de longa duração com variação dos participantes. Na sua maioria são abertos, podendo agregar novos participantes a qualquer momento. **Exemplos de Oficinas:** Oficina de artesanato, pintura, plantas medicinais, oficina de geração de renda, entre outros.

Visitas Domiciliares (VD): Ferramenta voltada para atendimentos a populações adscritas, exercida por um ou mais profissionais de saúde com o intuito de fortalecer os vínculos, produzir cuidado e coletar informações que subsidiem a construção de projetos terapêuticos singulares. Diferente das Intervenções Domiciliares e Internações Domiciliares, a VD possui caráter de acompanhamento longitudinal e busca conhecer os hábitos e costumes da família, atuando com respeito à sua autonomia, evitando interferências desnecessárias na forma de viver dos usuários. Recomenda-se que os profissionais do NASF realizem suas visitas domiciliares acompanhados de um profissional da ESF, sendo um momento de compartilhamento da Produção do Cuidado e *matriciamento em ato*, em que se ampliam as capacidades de cuidar de ambas as equipes.

Atendimentos: São momentos de escuta e de intervenção profissional com o intuito de produzir cuidados. Os atendimentos compõem o escopo de ações dos profissionais do NASF e podem ocorrer conjuntamente com a equipe da ESF (interconsulta) ou serem conduzidos pelo profissional do NASF, compondo o Projeto Terapêutico definido por ambos no matriciamento. A concepção de atendimento preconizada para a ESF e para o NASF é a da clínica ampliada, que tem seu foco nas necessidades do usuário (usuário-centrada) e não na medicalização da saúde e do usuário, que o leva a buscar o serviço de

saúde. A clínica ampliada está pautada no trabalho interdisciplinar e na construção compartilhada – entre os profissionais da ESF e NASF e usuários – de projetos terapêuticos singulares.

Atividades de Educação Permanente: Materializam a dimensão pedagógica do saber-fazer do NASF e configuram um importante instrumento de gestão para a qualificação dos processos de trabalho das equipes da ESF ou são voltados aos usuários. As atividades de Educação Permanente realizadas pelo NASF serão planejadas mediante as necessidades identificadas pelas equipes da ESF, no cotidiano processo de matriciamento e encontro do NASF com as equipes da ESF, na busca da qualificação do seu processo de trabalho e nas necessidades dos usuários/comunidades. **Exemplos de atividades de educação permanente:** oficinas de educação em saúde, seminários temáticos (mobilizados a partir da identificação das necessidades locais com periodicidade a critério dos participantes) e reuniões com as equipes da ESF com temáticas a serem definidas de acordo com a priorização de necessidades identificadas nas suas práticas.

Reuniões: As reuniões são espaços privilegiados de tomadas de decisões quer sejam referentes ao processo de trabalho, projetos terapêuticos ou ações de desenvolvimento comunitário. **Exemplos de reuniões:** entre os integrantes da equipe do NASF (recomenda-se que sejam semanais), entre o NASF e as equipes da ESF, entre a equipe do NASF e gestores municipais ou trabalhadores da saúde (coordenação da Atenção Básica, Vigilâncias, representantes de serviços da rede especializada, etc) e de outros setores, reuniões do NASF com associações de moradores, entre outros.

Ações de matriciamento: O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes da ESF, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes da ESF e NASF, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência à saúde. O Apoio Matricial, enquanto arranjo organizacional, acaba por orientar todo o processo de trabalho do NASF. Contudo, existem ações onde o foco é o matriciamento em si, ou seja, suporte às equipes da ESF. Entre as ações, destacam-se a elaboração de **Projetos Terapêuticos Singulares, discussões de casos, reuniões com as equipes da ESF, visitas domiciliares e atendimentos compartilhados** (quando o objetivo principal é a ampliação da resolutividade e da capacidade de cuidar da equipe da ESF).

Articulação de Redes Assistenciais: Este conjunto de ações possibilita a organização do fluxo do usuário na rede assistencial da saúde e de setores com as quais tem interface, tais como assistência social, educação, cultura e esportes, produzindo conexões entre os serviços e também recursos comunitários, com objetivo de viabilizar integralidade do cuidado. A articulação tem como ferramentas as reuniões, visitas institucionais, seminários temáticos e eventos em geral que promovam pactuações de fluxos de referência e contrarreferência e parcerias interinstitucionais

5.1.1 Componente II – Marcadores de Produção do Cuidado:

Os marcadores deste componente refletem a necessidade de verificar que impacto as ações desenvolvidas pelo NASF em conjunto com a ESF estão tendo sobre a situação de vida da população. Os indicadores elencados a partir deste marcador devem ser capazes de verificar se as ações consideradas prioritárias para a equipe do NASF junto às equipes da ESF estão atingindo seu objetivo, contribuindo para atingir as metas de saúde do Município, pactuadas a partir dos parâmetros do Pacto pela Vida e também da Atenção Básica no Estado da Bahia.

Sendo o NASF parte integrante da Estratégia de Saúde da Família e considerando que o maior foco de suas ações é o matriciamento das equipes da ESF, a avaliação de suas ações não pode ocorrer de forma isolada, sendo de suma importância utilizar os mesmos indicadores que já vêm sendo usados para monitorar o impacto das ações da Atenção Básica sobre a população.

O monitoramento e a avaliação das ações do NASF através desses indicadores serão utilizados para subsidiar o planejamento de ações, qualificando o matriciamento das equipes da ESF e o desenvolvimento de projetos de saúde para a população dos territórios adscritos a essas equipes. Assim, a avaliação das ações do NASF também contribuirá para a qualificação da gestão do processo de trabalho das equipes da ESF. A avaliação dos resultados das intervenções é fundamental para ampliar as possibilidades e superar os impasses institucionais que freqüentemente geram dificuldades em operar ações conjuntas entre os profissionais.

Entre os indicadores possíveis de serem utilizados para contemplar este componente de avaliação podem ser citados:

- indicadores da Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, conforme estabelecido pela Portaria nº 221/GM, de 17 de abril de 2008, entre os

quais estão incluídos internações por diagnósticos como tuberculose, sífilis, anemia, sinusite e faringite aguda, asma, hipertensão arterial e diabetes melitus, doenças relacionadas ao pré-natal e parto, entre outros;

- dados obtidos em fontes tais como SISVAN (alimentar e nutricional), SINASC (nascidos vivos), SIM (mortalidade), SIAB e demais instrumentos de avaliação e monitoramento utilizados pelas equipes da ESF ou, ainda, instrumentos como o de [Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia](#) Saúde da Família (AMQ) e PROGRAB;

- indicadores que poderão ser criados a partir das práticas das equipes do NASF e ESF para verificar o incremento da resolutividade das equipes da ESF, tais como número de encaminhamentos à rede especializada, por exemplo.

Ressaltando que a avaliação e o monitoramento devem ser utilizados como parte integrante do planejamento cotidiano das ações do NASF, sugere-se a utilização do instrumento abaixo. Trata-se de um dos instrumentos possíveis para operacionalizar de forma mais clara uma reflexão sobre o processo constante de avaliação das práticas, que envolve planejar ações, executá-las, monitorá-las e avaliá-las para, então, desencadear um novo processo de planejamento, não devendo este instrumento ser considerado como um modelo fixo, mas como um exercício de planejamento para ser adequado às necessidades de cada equipe.

Necessidades Identificadas	Indicadores de Saúde	Ações que as equipes da ESF já desenvolvem	Frentes de Ação	Ações Propostas pelo NASF	Metas
----------------------------	----------------------	--	-----------------	---------------------------	-------

Para que o planejamento faça sentido e gere significado aos trabalhadores que executarão as ações planejadas e haja comprometimento com as pactuações, é imprescindível que seja realizado em espaços coletivos, envolvendo trabalhadores e gestores na construção dos projetos de intervenção, definindo responsabilidades e tarefas de cada ator envolvido. O desenvolvimento de espaços em que a análise de situações e tomada de decisões sejam possíveis e compartilhadas institui o hábito de avaliar as ações e o planejamento, redefinindo-os conforme o pactuado.

Os espaços coletivos de planejamento devem acontecer no Município de maneira sistemática, devendo ser considerados como atividade integrante do processo de trabalho das equipes, tanto da ESF quanto do NASF. Sugere-se que a periodicidade das reuniões da equipe do NASF seja semanal, para viabilizar a avaliação e planejamento das ações

desenvolvidas. As equipes da ESF também devem reunir-se semanalmente para avaliar seu processo de trabalho e planejar suas ações, identificando suas demandas de apoio à equipe do NASF.

Considerando a relevância desses espaços, sugere-se que este desenho seja desenvolvido para a microrregião de maneira progressiva, semelhante à Rede Regionalizada de Educação Permanente para a Atenção Básica. Dessa forma, propõe-se que espaços de avaliação trimestrais sejam instituídos por microrregião, e semestrais por macrorregião, para uma consolidação da avaliação estadual das ações desenvolvidas pelo NASF, a ser realizada anualmente na Mostra Estadual de Saúde da Família, possibilitando que os Municípios possam construir mudanças compartilhadas a partir da troca de informações e enfrentamento dos desafios vivenciados por cada um.

No intuito de exemplificar a discussão proposta pelo componente II **Marcadores do Impacto na Situação de Saúde**, seguem abaixo dois exemplos de como esses marcadores podem orientar o processo de trabalho das equipes do NASF no seu cotidiano.

Necessidades Identificadas	Indicadores de Saúde	Ações que a Equipe da ESF já desenvolvem	Frentes de Ação	Ações Propostas pelo NASF	Metas
Prevalência de Hipertensão e Diabetes	Internações hospitalares por AVC	Grupo de hipertensos e de Diabetes	Prática Integrativas e Complementares	Implantação de herbários e hortas nas USF e /ou demais recursos comunitários (igrejas, praças e espaços públicos, associações de moradores),	Implantação do Herbário e Horta em seis meses
		Atendimentos,	Assistência Farmacêutica	Discussão do uso racional de medicamentos	Desenvolvimento de X Oficinas Temáticas junto às Equipes da ESF
		Grupo de caminhada	Atividade física	Fortalecimento do grupo de caminhadas e inserção de outras atividades físicas (hidroginástica, yoga, tai chi, etc.)	Implantação de um Yoga em três meses
		VD		Atividade de Educação Permanente para as Equipes da ESF: O que é grupo? Como conduzir grupos?	Realização de x oficinas abordando a temática dos grupos junto as equipes da ESF

		Busca ativa,	Alimentação	Articulado com os herbários e hortas discutir sobre alimentação saudável (por meio de refeições como cafés da manhã, chá da tarde, etc.)	Realização de oficinas de produção de alimentos saudáveis, sendo consumidos em cafés da manhã após as caminhadas ou grupo de yoga ou chás da tarde
				Estruturação do Acolhimento às Urgências na USF	Realização de reuniões com as coordenações do SAMU, UPA e coordenação da AB
Elevado índice de Alcoolismo	Nº de Alcoolista no território adscrito (Ficha A)	Grupo de familiares de Alcoolistas	Assistência Farmacêutica	Levantamento dos psicotrópicos dispensados na USF	Realização do levantamento em 30 dias
				Levantamento junto aos prontuários em relativo ao alcoolismo	Realização do levantamento em 30 dias
				Caracterização do público-alvo, identificando idade, gênero, renda, etc.	Realização da caracterização em 30 dias
			Saúde Mental	Qualificação e/ou do fortalecimento do grupo existente	Participação de representantes do NASF no grupo desenvolvido pela equipe da ESF como estratégia de matriciamento por três meses
				Implantação de novos grupos temáticos	Implantação de grupo de alcoolistas em seis meses
				Promoção de espaços de discussão com a comunidade, compondo um dos elementos do Projeto Terapêutico do Território.	Realização de X oficinas temática junto à comunidade para discussão do alcoolismo
			Educação Permanente	Atividades de educação permanente com as Equipes da ESF para discutir sobre alcoolismo, uso e abuso de substâncias psicoativas e redução de danos	Realização de x atividades pedagógicas junto às equipes da ESF
				Matriciamento das ESF aos casos identificados	

6 - DO PROCESSO DE CREDENCIAMENTO E IMPLANTAÇÃO

1º. O Município deverá solicitar apoio à Diretoria Regional de Saúde – DIRES para obter orientações necessárias à estruturação e elaboração do projeto de credenciamento das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

2º. O Município, após receber orientação da DIRES, elaborará projeto de credenciamento de Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, conforme Modelo Anexo II.

3º De posse do projeto, ou justificativa de mudança de profissional (para os Municípios que já tenham sido credenciados pela CIT e desejam mudar o perfil da equipe do NASF), o Município o submeterá ao Conselho Municipal de Saúde - CMS para avaliação e aprovação.

4º. Após aprovação do projeto pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS, o Município enviará toda a documentação (Projeto e cópia da ata do Conselho Municipal de Saúde) à Diretoria Regional de Saúde - DIRES de vinculação administrativa para análise e emissão de parecer.

5º. Uma vez avaliado o processo e emitido pela DIRES parecer **favorável**, esta encaminhará a documentação acima citada ao Colegiado de Gestão Microrregional - CGMR, a fim de ser apreciada nessa instância e, após sua aprovação, à Diretoria de Atenção Básica (DAB), para que esta encaminhe à CIB do Estado da Bahia. Nos casos em que o CGMR não esteja em funcionamento regular, o projeto deverá ser encaminhado diretamente da DIRES à Diretoria de Atenção Básica - DAB.

6º. Sendo o parecer da Diretoria Regional de Saúde – DIRES, **desfavorável**, o projeto deverá retornar ao Município para as adequações requeridas.

7º. A etapa de apreciação estadual deverá ser concluída no prazo de 30 dias, sendo que a DIRES deverá emitir o parecer sobre o projeto do Município no período de 15 dias, a contar do seu recebimento. Não havendo cumprimento do prazo pelo nível regional, o Município poderá encaminhar o projeto para apreciação do nível central (Diretoria da Atenção Básica).

8º. O projeto não sendo aprovado pelo Colegiado de Gestão Microrregional ou Comissão

Intergestores Bipartite - CIB, será encaminhado ao Município, através da Diretoria Regional de Saúde - Dires de vinculação administrativa, para que sejam efetuadas as adequações requeridas.

9º. Sendo aprovado pela CIB, o projeto será enviado para o nível federal, para a competente publicação da habilitação no Diário Oficial da União – DOU, e será dada ciência à Diretoria da Atenção Básica da SESAB.

10º. As atividades então iniciadas serão obrigatoriamente registradas, em caráter imediato, nos Sistemas de Informação em Saúde: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS).

(Os itens 11º, 12º, 13º, 14º e 15º dizem respeito apenas aos Municípios que realizarem projeto do NASF I por consórcio intermunicipal)

11º. Estarão aptos a implantar NASF mediante consórcio intermunicipal os Municípios com densidade demográfica igual ou superior a 10 e teto de Equipes da ESF inferior a 8.

12º Para garantir a viabilidade do processo de trabalho discriminado nesta resolução, os Municípios que realizarem projeto do NASF via consórcio intermunicipal deverão ser territorialmente contíguos, permitindo o deslocamento rápido entre eles e garantindo a operacionalização do trabalho em equipe junto às equipes da ESF ao NASF referenciadas.

13º O projeto do NASF por consórcio intermunicipal deverá contemplar um número máximo de três (3) Municípios, garantindo, também, o limite máximo de 20 equipes da ESF a ele referenciadas, de acordo com o estabelecido na portaria MS nº154/2008.

14º Os gestores devem estar atentos à qualidade do processo de trabalho do NASF no contexto do consórcio, de maneira a garantir o funcionamento conforme as diretrizes apresentadas nesta resolução e na portaria MS nº154/2008, apresentando uma agenda condizente com as características geográficas entre os Municípios envolvidos.

15º Diante da complexidade do objeto de trabalho do NASF e, conseqüentemente, de

seu processo de trabalho, recomenda-se, ainda, que seja observado o tempo de deslocamento necessário dos trabalhadores do NASF entre os Municípios que pretendem implantá-lo conjuntamente. Considerando que a carga horária prevista na portaria MS nº154/2008 é de 40h/semanais e que esta será dividida entre os Municípios participantes do consórcio, o tempo de deslocamento poderá vir a ser um fator comprometedor da qualidade e da resolutividade do trabalho do NASF, inviabilizando-o.

16º. O projeto do NASF não será aprovado na observância de quaisquer itens abaixo:

- a) Inexistência de Conselho Municipal de Saúde (CMS) ou funcionamento irregular avaliado através da cópia das três últimas atas do CMS;
- b) Falta da cópia da ata do CMS aprovando o projeto de credenciamento no Município, ou, sendo NASF modalidade consórcio, ausência das atas do CMS de quaisquer dos Municípios envolvidos;
- c) Vinculação a um número menor que 8 ESF para o NASF I e menor que 3 ESF para o NASF II, conforme preconiza a portaria ministerial 154/GM/2008;
- d) Ausência de estruturação da referência e contrarreferência, em conformidade com as responsabilidades definidas pela Portaria no. 648/GM/2006;
- f) Não apresentação de projeto ou preenchimento incompleto do modelo de projeto (anexo II);
- g) Em NASF modalidade consórcio intermunicipal, o não cumprimento dos artigos 11º, 12º e 13º, podendo o Apoio Institucional da DAB e DIRES requerer reelaboração do projeto em conjunto com o Município, caso não sejam observadas as condições necessárias para o adequado processo de trabalho do NASF discriminados nesta resolução.

ANEXO II DA RESOLUÇÃO CIB 66/2010

**Projeto para Credenciamento do NASF do
Município de _____**

Projeto elaborado para implantação do
Núcleo de Apoio à Saúde da Família tipo ____ do Município de _____

Mês
ano

Sumário

1 – Apresentação

2 – Caracterização do Município e Identificação das Necessidades de Saúde

3 – Rede de Cuidados do Município

4 – Modelo de Gestão da Secretaria de Saúde e do NASF

5 – Objetivos do NASF

6 – Diretrizes Operacionais do Processo de Trabalho do NASF e ESF

7 – Caracterização do Território de Atuação do NASF

8 – Áreas de Apoio do NASF

9 – Forma de Contratação e Recursos Humanos

10 – Estrutura

11 – Equipamentos e Materiais

12 – Recursos Financeiros

13 – Metas das Ações Estratégicas e Avaliação

14. Compromissos firmados entre os Municípios com o intuito de celebrar consórcio intermunicipal para credenciamento do NASF

1 – Apresentação

Apresentar o projeto com breve justificativa para implantação do NASF.

2 – Caracterização do Município e Identificação das Necessidades de Saúde

- *Descrever breve caracterização e história do Município.*
- *Apresentar Indicadores sociais (dados demográficos, condições de moradia, renda, etc).*
- *Apresentar Indicadores de saúde (avaliar dados dos agravos prevalentes, causas mais comuns de internação e morte – utilizar dados do SIAB, DIS, SINAN, SIM, etc).*
- *No caso de consórcio ou dispositivo similar para credenciamento do NASF, deve constar no projeto a caracterização relativa aos Municípios envolvidos e a sinalização do Município em cujo estabelecimento de saúde o NASF estará cadastrado, indicando o CNES do mesmo.*

3 – Rede de Cuidados do Município

Discriminar a rede de serviços do Município (pública e conveniada), quantificando e descrevendo a oferta que eles oferecem.

Descrever a rede de Média e Alta Complexidade e como se dá o processo de articulação com a Atenção Básica.

Rede da Atenção Básica

1. Nº de Unidades de Saúde da Família:
2. Nº de Unidades Básicas de Saúde Tradicionais:
3. Nº de Equipes de Saúde da Família:
4. Nº de Equipes de Saúde Bucal modalidade I e II:
5. Razão entre Equipes de Saúde Bucal / Equipes de Saúde da Família:
6. Nº de Equipes de EACS:
7. Nº de Agentes Comunitários de Saúde:
8. Cobertura Saúde da Família: %
9. Cobertura EACS: %

Rede de Média e Alta

Sugere-se o quadro abaixo:

Descrição do Serviço	Oferta e Papel na Rede	Dificuldades
<i>Exemplo: Ambulatório de especialidade s</i>	• <i>Atendimento de Fisioterapia</i> • <i>Atendimento de Ginecologia</i> • <i>Atendimento de Nutrição</i>	• <i>Fila de Espera</i> • <i>Falta equipamentos</i>
<i>Exemplo: Hospital Municipal</i>	• <i>Atendimento de Clínico Geral</i> • <i>Atendimento de Pediatria</i> • <i>Realização de Pequenas Cirurgias.</i> • <i>20 Leitos para internação</i>	• <i>Falta de recursos humanos</i>

4 – Modelo de Gestão da Secretaria de Saúde e do NASF

- *Descrever como a Secretaria Municipal de Saúde está organizada e como o NASF está articulado dentro da Atenção Básica.*
- *Definir quem fará a gestão da equipe do NASF e do seu processo de trabalho (Coordenador do NASF, Coordenador da Atenção Básica, Apoiador Institucional Municipal, Supervisor da Saúde da Família, Colegiado de Gestão do NASF, ou outro desenho de gestão).*

5 – Objetivos do NASF

Objetivo Geral esperado ao se implantar a estratégia do NASF

Objetivos Específicos esperados com as ações do NASF

6 – Diretrizes Operacionais do Processo de Trabalho do NASF e ESF

- *O NASF deve trabalhar no sentido de ampliar a capacidade de resolutividade da Atenção Básica através da ampliação da clínica e do cuidado compartilhado com a equipe de Saúde da Família.*
- *Não deve constituir-se em porta de entrada do sistema para os usuários, uma vez que seu trabalho é apoiar a equipe de Saúde da Família através do matriciamento.*

- Deve buscar fortalecer a perspectiva da integralidade do Cuidado através de ações desenvolvidas junto às equipes de Saúde da Família e da articulação das redes de serviços e redes de apoio, superando a lógica da referência e contrarreferência que não necessariamente implica um cuidado compartilhado e resolutivo.
- O NASF, juntamente com outras ações da gestão municipal, deve induzir o trabalho em equipe e o diálogo sobre o processo de trabalho pautado na distribuição de tarefas pactuadas e usuário-centradas.
- O NASF não é um núcleo de referência responsável por receber encaminhamentos das equipes de Saúde da Família, ou seja, não substitui a rede ambulatorial de especialidades.
- O NASF está vinculado às equipes de Saúde da Família em territórios definidos, o que o faz integrante da Atenção Básica.
- O NASF deve atuar de forma integrada e planejada nas ações sobre o território, junto às equipes de Saúde da Família, devendo haver espaços de discussão e planejamento entre o NASF e as equipes de Saúde da Família.
- O NASF deve desenvolver o Cuidado Compartilhado por meio da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, a partir das necessidades de saúde identificadas junto ao território e/ou famílias.
- O NASF não nega as demandas de atenção individual, porém sua ação central deve estar pautada na ampliação da resolutividade e desenvolvimento de autonomia das equipes de Saúde da Família para que operacionalizem o Cuidado.
- O NASF deve identificar, em conjunto com as equipes de Saúde da Família e comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem desenvolvidas em cada uma das áreas cobertas.
- O NASF deve desenvolver ações que integrem e fortaleçam as políticas e ações estratégicas como educação, esporte, cultura, ação social, etc.

7 – Caracterização do Território de Atuação do NASF

Nome da Unidade	Nome e/ou N° da área de abrangência da ESF/ESB	Microáreas que compõem a área de abrangência da ESF/ESB	População Estimada por Microárea (n° de pessoas)	total coberta pela ESF/ESB (n° de pessoas)
USF FLORES	Exemplo: PSF FLORES - Equipe 1	1	467	
		2	594	
		3	396	

				3567
USF FLORES	Exemplo: PSF FLORES - Equipe 2	8	456	3784
		9	489	
		10	557	
Total de unidades	Total de equipes	Total de micros	Total de pessoas	

- Sinalizar Unidade de Saúde da Família em que o NASF estará vinculado no SCNES (apontar o nome e número do CNES da USF).

8 – Áreas de Apoio do NASF

Definir, de acordo com avaliação da Rede de Cuidados do Município, necessidades de saúde e de matriciamento das equipes de Saúde da Família

Exemplo:

Áreas	Ocupações	Número de profissionais	Carga horária semanal
Atividade física	Professor de Educação Física	1	40h
Alimentação	Nutricionista	1	40h
Reabilitação	Fisioterapeuta	2	20h
	Fonoaudiólogo	1	40h
Saúde Mental	Terapeuta Ocupacional	2	20h

9 – Forma de Contratação e Recursos Humanos

Exemplo:

Ocupação e nome do profissional (se já estiver definido)	Forma de seleção	Forma de contratação	Regime de trabalho	Remuneração Bruto
<i>Exemplo</i> <i>Nutricionista - contratar</i>	<i>Entrevista e avaliação de currículo</i>	<i>Contrato de profissional autônomo</i>	<i>40 horas/ semanal</i>	<i>R\$ 3.000,00</i>
<i>Psicólogo -</i>	<i>Seleção Pública simplificada</i>	<i>Contratação dos profissionais via FESF</i>	<i>40 horas/ semanal</i>	<i>R\$ 3.000,00</i>
<i>Terapeuta Ocupacional - contratar</i>	<i>Concurso Público</i>	<i>CLT</i>	<i>20 horas/ semanal</i>	<i>R\$ 1.500,00</i>

10 – Estrutura

- *É necessário definir local para a equipe do NASF realizar reunião de planejamento e organização das atividades semanais. Local para guardar material e realizar ações de educação permanente. Pode ser junto a uma USF adscrita ao seu território.*
- *O NASF não necessita ter uma sede própria: seu trabalho é no território e percorrendo as unidades de saúde da família, conforme o planejamento.*

11 – Equipamentos e Materiais

Material / Equipamento	Existente	A ser adquirido

--	--	--

12 – Recursos Financeiros

Recurso que será gasto com compra de equipamentos, materiais e manutenção da equipe. Para o NASF tipo I, após credenciado e cadastrado no CNES, o Município recebe R\$20 mil para implantação e R\$20 mil mensais para manutenção da equipe e para NASF tipo II são R\$6 mil reais.

13 – Metas das Ações Estratégicas e Avaliação

Necessidades Indentificadas	Indicadores de Saúde
Prevalência de Hipertensão e Diabetes	Internações hospitalares por AVC
Elevado índice de alcoolismo	Nº de Alcoolista no território adscrito (Ficha A)

14. Compromissos firmados entre os Municípios com o intuito de celebrar consórcio intermunicipal para credenciamento do NASF I

Para NASF I Modalidade Consórcio, será necessário o preenchimento deste tópico no projeto, no qual devem constar todos os compromissos firmados entre os Municípios, necessários para o bom desenvolvimento do trabalho do NASF, conforme discriminado a seguir:

- Descrição das pactuações entre os Municípios envolvidos, no que diz respeito às contrapartidas financeiras necessárias com relação ao NASF, como exemplo, o transporte dos profissionais do NASF entre os Municípios (Como ocorrerá o deslocamento da equipe do NASF entre os Municípios: veículo, combustível, motorista, horários, etc.), os insumos e materiais necessários, entre outros.
- Indicação do Município que será o gestor dos recursos e como será realizada a gestão compartilhada do processo de trabalho da equipe do NASF. O Município gestor dos recursos deve se comprometer a realizar o pagamento dos profissionais e administração idônea dos recursos provenientes do Ministério da Saúde (incentivo federal). Considerando que os Municípios são corresponsáveis pela gestão do NASF, recomenda-se a criação de um colegiado gestor intermunicipal, com a participação dos trabalhadores e gestores dos Municípios envolvidos, no qual serão discutidas questões prioritárias do NASF, como processo de trabalho, gestão dos recursos, problemáticas a serem enfrentadas, temas prioritários de

Educação Permanente, entre outros assuntos necessários.

- Todos os Municípios envolvidos devem comprometer-se a incluir no relatório anual de gestão a execução das ações do NASF e seus respectivos custeios pelos Municípios.