

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AMAQ - NASF

**AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA
DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

**NÚCLEOS DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA**



PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA (PMAQ)

Brasília - DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

AMAQ - NASF

**AUTOAVALIAÇÃO PARA MELHORIA
DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

**NÚCLEOS DE APOIO
À SAÚDE DA FAMÍLIA**



PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA (PMAQ)

Brasília - DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição - 2015 - 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2
Lotes 5/6, bloco II, subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Supervisão geral:

Eduardo Alves Melo

Coordenação Técnica Geral:

Allan Nuno Alves de Sousa
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Eduardo Alves Melo
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Hêider Aurélio Pinto
Patrícia Constante Jayme
Patrícia Sampaio Chueri
Thais Severino da Silva

Revisão Técnica:

Eduardo Alves Melo
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Hêider Aurélio Pinto
José Eudes Barroso Viera
Marcelo Pedra Martins Machado
Patrícia Araújo Bezerra
Sílvia Reis

Elaboração Técnica:

Allan Nuno Alves de Sousa
Aristides Vitorino de Oliveira Neto
Eduardo Alves Melo
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Hêider Aurélio Pinto
José Eudes Barroso Viera
Marcelo Pedra Martins Machado
Patrícia Araújo Bezerra
Patrícia Constante Jaime
Patrícia Sampaio Chueri
Pauline Cristine da Silva Cavalcanti
Sílvia Reis
Thais Coutinho de Oliveira
Thais Severino da Silva

Colaboração:

Alexandre Trino
Alyne Araújo de Melo

Ana Lúcia Sousa Pinto
Angélica Saraiva Rangel de Sá
Antônio Neves Ribas
Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz
Camilla Maia Franco
Daniel Miele Amado
Fernanda Ferreira Marcolino
Flávio da Guarda
Francisca Lopes de Souza
Heide Gauche
Janete dos Reis Coimbra
Jorge Ernesto Sérgio Zepeda
José Miguel do Nascimento Júnior
Karen Sarmento Costa
Kelly Poliany de Souza Alves
Kimielle Cristina da Silva
Maria Ondina Paganelli
Mariana Carvalho Pinheiro
Martim Taborda
Olivia Ugarte
Orlando Mário Soeiro
Patrícia Sampaio Chueiri
Patrícia Constante Jaime
Paulo Santana
Renata Pella
Rodrigo Cabral da Silva
Rosana Ballesterio
Sara Araújo da Silva
Sonia Augusta Leitão Saraiva
Stefania Santos Soares
Suellen Fabiane Campos
Thais Severino Silva
Thais Titon de Souza
Thiago Pithon

Participação:

Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e
Estratégicas
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Departamento de Apoio à Gestão da Vigilância em Saúde

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Silva e Tatiane Souza – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Amaq - Nasf : Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica : núcleos de apoio à saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

60 p. : il.

ISBN 978-85-334-2325-1

1. Atenção Básica. 2. Promoção da Saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2015/0027

Títulos para indexação:

Em inglês: Amaq - Nasf : Self-evaluation for access and quality improvement in Primary Care : Family's health support nuclei
Em espanhol: Amaq - Nasf : Autoevaluación para la mejoría del acceso y calidad en Atención Primaria: Núcleos de apoyo a la salud de la familia

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

Amaq - Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

CMS - Conselho Municipal de Saúde

Coap - Contrato Organizativo de Ação Pública

DAB - Departamento de Atenção Básica

eAB - Equipe de Atenção Básica

Nasf - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Pmaq - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Pnab - Política Nacional da Atenção Básica

PSE - Programa Saúde na Escola

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

MS - Ministério da Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	07
1	INTRODUÇÃO	09
1.1	Princípios e Diretrizes da Atenção Básica à Saúde	09
2	OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	12
3	AUTOAVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	15
3.1	Momentos Autoavaliativos	17
3.2	Momentos do Processo Autoavaliativo	17
3.3	Planejamento e Intervenção	18
4	A FERRAMENTA - AUTOAVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (AMAQ-NASF)	20
4.1	Organização do Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	20
4.2	Padrões de Qualidade	21
4.3	Classificação dos Padrões de Qualidade	23
4.4	Classificação das Dimensões e Subdimensões	24
4.5	Instruções para Preenchimento do Instrumento Amaq-Nasf	26
4.5.1	Instruções Gerais	26
4.5.2	Instruções Específicas para cada Dimensão	27
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICES	29
	Apêndice A - Dimensão: Gestão Municipal	29
	Apêndice B - Dimensão: Gestão da Atenção Básica/Nasf	31
	Apêndice C - Dimensão: Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	33
	Apêndice D - Folha de Respostas e Classificação Gestão do Nasf	34
	Apêndice E - Organização do Processo de Trabalho do Nasf	35
	Apêndice F - Subdimensão: Atenção Integral à Saúde	40
	ANEXO - MATRIZ DE INTERVENÇÃO	51

APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde tem priorizado a execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e de avaliação de processos e resultados. São muitos os esforços empreendidos para a implementação de iniciativas que promovam o acesso com qualidade aos serviços de saúde à sociedade brasileira e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde nos diversos contextos existentes no País.

O presente instrumento compõe as ações e as atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, conjunto de iniciativas do Departamento de Atenção Básica (DAB) para cuidar da população no ambiente em que vive, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq), como uma das estratégias indutoras de qualidade pelo Ministério da Saúde. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da cultura de avaliação da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

A garantia da qualidade da atenção básica e o aumento de sua resolutividade têm sido uma das prioridades do Ministério da Saúde. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) surgem nesse sentido e, agora, no intuito de induzir ainda mais esse movimento, é apresentado o documento *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Amaq-Nasf)*. Dessa forma, o Ministério da Saúde reafirma o compromisso com os processos de melhoria contínua do acesso e da qualidade dos serviços da Atenção Básica em todo o País.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Princípios e Diretrizes da Atenção Básica à Saúde

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e das necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando os critérios de risco, de vulnerabilidade, de resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

A atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. A atenção básica tem como fundamentos e diretrizes (BRASIL, 2011):

- Ter território adscrito e responsabilidade sanitária sobre ele, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial

da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e de funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e de confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.
- Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de

articulação entre os profissionais são essenciais, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual, progressivamente, os núcleos de competências profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e na orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

2 OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

A expansão da Saúde da Família (SF), estratégia prioritária para a organização da atenção básica no Brasil, trouxe consigo resultados positivos, mas também evidenciou inúmeros desafios. Entre eles, destaca-se o processo em curso de redefinição e de qualificação da atenção básica na ordenação das redes de atenção e na sua capacidade efetiva de gestão do cuidado.

Na perspectiva de ampliar a capacidade de responder à maior parte dos problemas de saúde da população na atenção básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2009). Isso significou o início de uma política audaciosa, mas que ainda não contemplava grande parcela dos municípios brasileiros. A fim de possibilitar que qualquer município que possuía Saúde da Família pudesse aderir à proposta, e também de qualificar o trabalho das equipes Nasf já implantadas, novas regulamentações foram elaboradas mais recentemente. Atualmente, as portarias vigentes que se referem ao Nasf são a de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), e a de nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades 1 e 2 e cria a modalidade 3.

O quadro a seguir apresenta as três modalidades de Nasf presentes na Portaria nº 3.124/2012, que são financiadas e reconhecidas formalmente pelo MS:

Quadro 1 – Modalidade de equipe Nasf

MODALIDADES	NÚMEROS DE EQUIPES VINCULADAS	SOMATÓRIA DAS CARGAS HORÁRIAS PROFISSIONAIS*
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB para populações específicas (eCR**, equipe Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo de 200h semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR**, equipe Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo de 120h semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR**, equipe Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo de 80h semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Fonte: (BRASIL, 2012b).

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20h.

**Equipe Consultório na Rua.

***Equipe Saúde da Família.

Conforme a Pnab (BRASIL, 2011), os Nasfs configuram-se como equipes multiprofissionais compostas por profissionais de diferentes campos de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e os saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.

As diretrizes que embasam o trabalho do Nasf são as da atenção básica, já citadas anteriormente neste documento. A diferença do trabalho do Nasf para as demais equipes, no entanto, é que se orienta pelo referencial teórico-metodológico do **apoio matricial**. Isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração entre equipes envolvidas na atenção às situações/problemas comuns num dado território. Essa integração ocorre na perspectiva de compartilhar as ações de saúde, por meio da troca de saberes entre os diversos profissionais e a elaboração de projetos comuns de intervenção.

Dessa forma, pode-se dizer que o Nasf se constitui em retaguarda especializada para as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no lócus da própria Atenção Básica (AB). O Nasf desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo em pelo menos duas dimensões: **clínico-assistencial e técnico-pedagógica**. A primeira é aquela

que vai produzir ou incidir sobre a ação clínica direta com os usuários; e a segunda que vai produzir ação de apoio educativo com e para as equipes. Poderíamos ainda identificar uma dimensão de atuação direta sobre elementos coletivos, como os riscos coletivos e o trabalho coletivo de uma equipe. Essas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos, guiando-se de forma coerente pelo que requer cada momento, situação ou equipe (BRASIL, 2009). Isso significa atuar potencialmente sobre os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente.

3 AUTOAVALIAÇÃO NO ÂMBITO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O Pmaq tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Está organizado em quatro fases que se complementam, formando um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

A **primeira fase** do Pmaq consiste na adesão ao programa. Ocorre mediante a contratualização de compromissos a serem firmados entre as equipes do Nasf e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde. Esse processo implica a gestão dos recursos em função dos compromissos e dos resultados pactuados e alcançados. Envolve a pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social, contribuindo com o aprimoramento da cultura de negociação e a pactuação no âmbito do SUS.

A adesão ao Pmaq e a incorporação de processos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade da AB pressupõem o protagonismo de todos os atores envolvidos durante o processo de implementação do programa. A característica voluntária está associada à ideia de que o reforço e a introdução de práticas vinculadas ao aumento da qualidade da AB somente poderão se concretizar em ambientes nos quais os trabalhadores e os gestores se sintam motivados e se percebam essenciais para o seu êxito.

A **segunda fase** do programa é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade. É estruturada em quatro dimensões consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, produzindo melhorias contínuas da qualidade na atenção básica, quais sejam: **autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional**.

A autoavaliação, objeto deste documento, é um ponto importante do processo de desenvolvimento do Pmaq, sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos implicados avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho.

A **terceira fase** do Pmaq consiste na avaliação externa, em que será realizado um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes de Atenção Básica participantes do programa. Destaca-se que os padrões de qualidade presentes no instrumento de certificação, que será utilizado

nessa etapa, guardam similaridade com os padrões de autoavaliação que serão apresentados neste documento.

A **quarta e última fase** do programa é o momento de recontractualização com a gestão municipal e as equipes do Nasf, a partir das realidades evidenciadas na avaliação externa. Essa etapa dá concretude à característica incremental da melhoria do acesso e da qualidade adotada pelo programa, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores que envolvem a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes.

Cabe destacar, no entanto, que essas fases não são estanques: uma não começa apenas quando a outra termina, e sim simultaneamente.

No âmbito do Pmaq, recomenda-se que a autoavaliação seja realizada a partir de ferramenta composta por um conjunto de padrões de qualidade, ou seja, por um conjunto de declarações acerca da qualidade esperada quanto ao processo de trabalho e aos resultados das ações do Nasf.

Os processos autoavaliativos devem ser constituídos não apenas pela identificação de problemas, mas também pela realização de intervenções no sentido de superá-los. Não sendo possível intervir em tudo aquilo que se julga necessário – a considerar tempo, recursos, aspectos políticos etc. –, é fundamental que sejam estabelecidas prioridades de investimento para construir estratégias de ação com iniciativas concretas para a superação dos problemas identificados.

Desse modo, processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos da fase de desenvolvimento do Pmaq, na medida em que contribuirão na identificação das principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional. Nesse sentido, a autoavaliação não deve ser encarada como uma ocasião de pouca relevância, tampouco como um momento angustiante que poderá resultar em punições ou desmotivação dos trabalhadores.

Com o objetivo de induzir a implementação de processos autoavaliativos na atenção básica, 10% da nota para a certificação da equipe é vinculada à autoavaliação.

Ressalta-se que a utilização da Amaq-Nasf não é de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais e às equipes Nasfs definirem qual(is) o(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que melhor se adequa(m) à suas necessidades e realidades.

O Pmaq não define periodicidade para a realização das autoavaliações. No entanto, destaca-se que, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo suficiente para a execução de parte do plano de intervenção, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade das ações.

3.1 Momentos Autoavaliativos

Os processos autoavaliativos na atenção básica devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e de avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais. Seu intuito é verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de Atenção Básica, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

A dinâmica pedagógica dos processos autoavaliativos torna-se efetiva no momento em que permite aos gestores, aos coordenadores e aos profissionais das equipes identificarem os nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações de saúde no território, bem como avaliarem as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas.

Para que esses processos autoavaliativos aconteçam, torna-se fundamental que sejam realizados entre pares, coletivamente, considerando todos os atores envolvidos com a atenção básica e, diante dos resultados da autoavaliação, deverão ser identificadas as situações que precisam ser revistas e/ou modificadas.

3.2 Momentos do Processo Autoavaliativo

Os momentos de construção ou preparação para a implementação de processos autoavaliativos atingem seu potencial indutor de transformação quando são orientados por métodos participativos, com uso de abordagens libertadoras da criatividade, que consideram a pluralidade dos atores presentes, promovendo um espaço privilegiado para a construção do pensamento. É nesse momento que os indivíduos produzem sentidos e significados com potencial de mobilização de iniciativas para o aprimoramento dos serviços.

Nesse sentido, a organização desses momentos deve contribuir com a indução de atitudes dos atores envolvidos diante das questões colocadas, proporcionando aos participantes oportunidades adequadas de reflexão, de discussão sobre suas práticas e as possibilidades de mudanças.

- Momento I - Sensibilização e apresentação das estratégias de implementação de processos autoavaliativos no município aos gestores, aos coordenadores, e às equipes/profissionais do município, ressaltando a importância de processos autorreflexivos na identificação das potencialidades, fragilidades e estratégias de enfrentamento para a melhoria dos serviços e da satisfação do profissional com o trabalho.
- Momento II - Sensibilização dos gestores, coordenadores e equipes/profissionais do Nasf/AB para a escolha e a utilização de um instrumento orientador da

autoavaliação e a importância do planejamento para a implementação das intervenções identificadas pelos atores responsáveis.

- Momento III – Discussão dos desafios e ações para o seu enfrentamento com a participação de todos os atores envolvidos: gestores, coordenadores, equipes/profissionais, comunidade, entre outros.
- Momento IV – Elaboração da matriz de intervenção e construção dos planos estratégicos de intervenção, com ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, orientadas para a melhoria da organização e da qualidade dos serviços da Atenção Básica.
- Momento V – Avaliação dos resultados alcançados diante das intervenções implantadas e implementadas no município.

3.3 Planejamento e Intervenção

Integra-se aos processos autoavaliativos o desenvolvimento de propostas de intervenção/planos de ação, ou seja, a pactuação de ações para a superação dos desafios elencados. O planejamento favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o reordenamento ou manutenção das ações.

Os processos de planejamento construídos de forma democrática e pactuados entre os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes, profissionais e usuários) são mais efetivos, pois possuem maior alinhamento com as necessidades e as realidades locais. Favorecem também a maior comunicação entre os atores, com o aumento da capacidade gerencial de tomada de decisões, a construção de consciência coletiva e a responsabilização dos envolvidos (MATUS, 2000).

Nesse sentido, sugere-se que, inicialmente, esse planejamento contemple os problemas elencados como os mais importantes para o grupo. Já as prioridades de ações de intervenção a serem implementadas levam também em consideração seu impacto sobre o problema, a governabilidade dos atores envolvidos, bem como suas capacidades e o desejo de mudança.

Alguns passos para o planejamento das intervenções:

- Elencar os principais problemas identificados pelos atores na autoavaliação.
- Escolher os problemas prioritários a serem enfrentados.
- Refletir sobre as causas dos problemas escolhidos e selecionar os nós críticos.
- Buscar estratégias de intervenção para a superação dos problemas prioritários.
- Traçar o plano de ação com uso de uma matriz de intervenção, identificando responsáveis e prazos de execução.
- Avaliar a viabilidade do plano considerando atores envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outros.
- Pactuar com os sujeitos as ações a serem implementadas.
- Definir as estratégias de monitoramento e de avaliação das ações a serem implantadas.

Vale ressaltar que o ato de planejar e a dinâmica da sua condução não se cristalizam em um plano. Os atores envolvidos nesse processo devem estar permanentemente atentos às transformações que ocorrem no contexto em que se dão os esforços de mudança (sujeitos envolvidos, relações de poder, situações de saúde, entre outros), pois muitas vezes isso implica novas prioridades e negociações.

4 A FERRAMENTA - AUTOAVALIAÇÃO PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (AMAQ-NASF)

A ferramenta Amaq-Nasf foi construída seguindo a lógica da Amaq direcionada para as equipes de Atenção Básica e a partir de revisão e de adaptação da Amaq-Nasf SC, ferramenta autoavaliativa desenvolvida em 2012 pelo Núcleo de Telessaúde do Estado de Santa Catarina (SANTA CATARINA, 2012).

Em linhas gerais, a elaboração do instrumento foi norteada pelos princípios e pelas diretrizes da Atenção Básica descritas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Além disso, foram consideradas também as diretrizes específicas para o trabalho do Nasf descritas em maior detalhamento no *Caderno de Atenção Básica nº 27 e no novo Caderno de Atenção Básica para o Nasf*.

4.1 Organização do Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Assim como na Amaq-AB, os padrões da Amaq-Nasf agrupam-se em duas unidades de análise - gestão e equipes - que consideram as competências dos atores nesses âmbitos. O conjunto de padrões foi definido pela relação direta com as práticas e as competências dos envolvidos - gestão, coordenação de Atenção Básica/Nasf e equipes dos Nasfs - e está organizado em três dimensões que se desdobram em seis subdimensões, e estas em padrões que abrangem o esperado em termos de qualidade para o Nasf.

Procurou-se, no componente equipe, dar destaque às questões que são de considerável autonomia desta. Porém, é importante ressaltar que o componente gestão é corresponsável por parte das condições e das oportunidades que permitem o componente equipe acontecer.

Quadro 2 – Estrutura do instrumento Amaq-Nasf

Unidades de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação do Nasf no município
	Gestão da AB/Nasf	B - Apoio à Organização do Trabalho do Nasf
		C - Educação Permanente
		D - Monitoramento e Avaliação
EQUIPE DO NASF	Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	E - Organização do Processo de Trabalho do Nasf
		F - Atenção Integral à Saúde

Fonte: (BRASIL, 2012a, adaptado).

4.2 Padrões de Qualidade

Conceitualmente, a qualidade será sempre uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências.

Assim, será sempre um grande desafio buscar aproximação do conceito de qualidade em relação à atenção básica, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os sujeitos implicados à sua construção (indivíduos, comunidades, grupos, gestores, usuários e profissionais) (DONABEDIAN, 1985; ARCE, 1998).

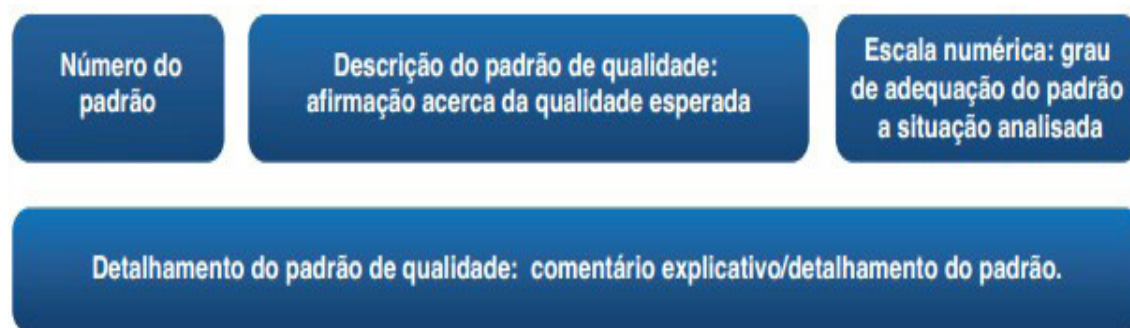
Na Amaq, qualidade em saúde é definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos perante as normas, os protocolos, os princípios e as diretrizes que organizam as ações e as práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores.

O padrão é a declaração da qualidade esperada. O seu sentido é afirmativo ou positivo, expressando expectativas e desejos a serem alcançados. Os padrões de qualidade caracterizam-se pela sua abrangência, referindo-se a uma visão ampla do sistema e das ações em saúde. Refletem o foco da atenção básica no usuário, induzindo a transparência dos processos de gestão, a participação e o controle social, e a responsabilidade sanitária dos profissionais e dos gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e de satisfação dos usuários.

Os padrões possuem caráter incremental em si mesmo, cuja avaliação da situação analisada dar-se-á por meio de escala numérica. Estão organizados de modo a possibilitar a quantificação das respostas autoavaliativas, viabilizando a constituição de classificações gerais de qualidade.

A estrutura em que os padrões de qualidade estão organizados obedece ao formato apresentado na figura a seguir.

Figura 1 - Estrutura de organização dos padrões de qualidade



Fonte: (BRASIL, 2012a).

Exemplo:

Quadro 3 - Relação de subdimensões e atribuição de pontos

3.8	Os profissionais do Nasf organizam sua agenda contemplando sua atuação com todas as equipes vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-----	---	------------------------

Fonte: (BRASIL, 2012a, adaptado).

Os padrões de qualidade foram construídos considerando, ainda, as seguintes diretrizes:

I - Refletir os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

II - Refletir os objetivos centrais e as diretrizes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

III - Ser capaz de promover reflexões sobre as responsabilidades, tanto no que se refere à forma de organização quanto à prática de trabalho dos atores envolvidos na gestão municipal e equipes do Nasf, com vistas a promover o acesso com qualidade aos serviços oferecidos.

IV - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.

É importante destacar que a Amaq não pretende esgotar todo o universo das práticas do Nasf na atenção básica; entretanto, compõe-se de um determinado conjunto de ações que são consideradas estratégicas e potenciais indutoras de mudanças no cotidiano dos serviços.

4.3 Classificação dos Padrões de Qualidade

O método de análise adotado na Amaq permite aos respondentes avaliar o grau de adequação das suas práticas aos padrões de qualidade apresentados. Para tanto, uma escala de pontuação, variando entre 0 e 10 pontos, é atribuída a cada padrão. Essa escala é classificada como do tipo não comparativa, pois nela cada um é avaliado por si só. Essas escalas apresentam as categorias de maneira absoluta, entre as quais o respondente escolhe a que melhor represente sua atitude em relação à questão avaliada, permitindo assim a mensuração das opiniões da maneira mais objetiva.

Considerando que o uso de terminologias, comumente empregadas na construção de escalas, pode influenciar a percepção do respondente optou-se pela não classificação da escala presente nos padrões (SANTOS, 2006). Nesse sentido, ao utilizar o instrumento, o respondente deve considerar que o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento ao padrão; o ponto 10 é a total adequação; e os intervalos entre 0 e 10 são graus de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada.

Muito insatisfatório _____
 Muito satisfatório
 0 1
 2 3
 4 5
 6 7
 8 9
 10

A utilização de escalas com muitas categorias é indicada em instrumentos cujos sujeitos que farão uso tenham algum grau de apropriação sobre os temas abordados. Outro aspecto que vale ressaltar sobre o uso dessas escalas é a possibilidade de se obter coeficientes de correlação mais fidedignos entre os padrões de qualidade, por ser esta uma escala de maior sensibilidade (MALHOTRA, 2002).

4.4 Classificação das Dimensões e Subdimensões

Ao final da avaliação, será possível conhecer a classificação do respondente para cada dimensão e subdimensão a partir de cinco categorias: **muito insatisfatório, insatisfatório, regular, satisfatório e muito satisfatório**. Essa categorização permite que as equipes identifiquem com maior facilidade os desafios ou problemas mais críticos, orientando a definição de prioridades para a melhoria do acesso e da qualidade.

Cada subdimensão representa um conjunto de pontos que variam de acordo com o número de padrões de qualidade, sendo a estes atribuídos 10 pontos. As Tabelas 1 e 2, a seguir, descrevem as subdimensões do instrumento com seus respectivos números de padrões e a pontuação total atribuída.

Tabela 1 – Subdimensões por padrões de qualidade

Subdimensão	Números Padrões	Pontuação	
		Mínima	Máxima
A – Implantação e Implementação do Nasf no Município	10	100	100
B – Apoio à Organização do Trabalho do Nasf	10	100	100
C – Educação Permanente	2	20	20
D – Monitoramento e Avaliação	4	40	40
E – Organização do Processo de Trabalho do Nasf	23	230	230
F – Atenção Integral à Saúde	30	300	300

Fonte: (BRASIL, 2012a, adaptado).

A classificação da subdimensão quanto ao seu nível de qualidade é feita por meio do cálculo dos percentuais dos pontos conquistados em relação ao total de pontos possíveis, associando o resultado observado à escala definida. A escala utilizada distribui, de maneira percentual, os pontos das subdimensões em cinco categorias.

Exemplo:

Tabela 2 – Percentual das subdimensões em categorias

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 a 100

Fonte: (BRASIL, 2012a).

Exemplo:

Tabela 3 – Exemplo de classificação de subdimensão: Educação Permanente*

Classificação da Subdimensão Educação Permanente

Subdimensão – C: Educação Permanente – 20 pontos			
Números padrões	2.11	2.12	Soma total
Resultados obtidos	5	5	10

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Fonte: (BRASIL, 2012a, adaptado).

* A subdimensão Educação Permanente possui dois padrões, totalizando 20 pontos possíveis de serem alcançados. Durante a autoavaliação, o gestor da Atenção Básica obtém resultado igual a 10 pontos, o que representa 50% classificando o desempenho como regular na subdimensão analisada.

A classificação da dimensão consiste na média das avaliações de suas subdimensões, resultando em pontuação que varia entre 1 e 5. A média dos pontos obtidos a partir da classificação das subdimensões que compõem uma dimensão resulta em um valor que será aplicado em escala categórica.

Exemplo:

Tabela 4 – Exemplo de classificação de subdimensão: Gestão da Atenção Básica/Nasf

Classificação da Dimensão Gestão da Atenção Básica/Nasf					
Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3pt	4 pt	5 pt
B – Apoio à Organização do Trabalho do Nasf		X			
C – Educação Permanente			X		
D – Monitoramento e Avaliação				X	
Soma dos pontos =					
Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 3)					

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5
Média dos pontos (soma dos pontos / 3) = [2 + 3 + 4] / [3] = 9 / 3 = 3					

Fonte: (BRASIL, 2012a, adaptado).

Cumprir destacar que o método apresentado não induz juízo de valor entre as subdimensões, pois, no momento de classificar a dimensão, usamos uma média ponderada das subdimensões. Ressalta-se, ainda, que esse método de classificação não coincidirá com aquele que será empregado na fase de avaliação externa do Pmaq.

4.5 Instruções para Preenchimento do Instrumento Amaq-Nasf

4.5.1 Instruções Gerais

- O(s) responsável(is) pelo preenchimento de cada dimensão deve(m) responder a todos os padrões do instrumento.
- O respondente deve considerar que, na escala de 0 a 10 pontos, o ponto 0 (zero) indica o não cumprimento do padrão (muito insatisfatório), o ponto 10

é a total adequação (muito satisfatório) e os intervalos entre 0 e 10 são o grau de conformidade/atendimento da situação analisada em relação à qualidade desejada (graus intermediários).

- Os padrões integralmente não atendidos devem ser preenchidos, portanto, recebendo pontuação 0.
- A partir do diagnóstico obtido por meio do preenchimento do instrumento, deve ser realizada a priorização dos padrões para os quais serão programadas ações visando à superação dos problemas identificados. Sugere-se o uso da matriz de intervenção, iniciando-se com os padrões com baixas pontuações e maiores condições ou possibilidades de serem alvos de intervenção (BRASIL, 2012a).

4.5.2 Instruções Específicas para cada Dimensão

Dimensão Gestão Municipal – o preenchimento desta dimensão deve ser realizado pelo secretário municipal de saúde.

Dimensão Gestão da AB/Nasf – a depender de cada realidade, o preenchimento desta dimensão deve ser realizado pelo coordenador de Atenção Básica/Nasf municipal ou servidor designado especificamente para coordenar o Nasf no município ou, ainda, por colegiado de coordenação do Nasf formado por diferentes atores envolvidos com a AB.

Dimensão Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde – o preenchimento desta dimensão deve ser realizado por todos os profissionais que integram a equipe do Nasf, oportunizando a todos essa discussão sobre o processo de trabalho. Se necessário, é possível incluir o gestor/coordenador de cada uma das UBS vinculadas, bem como os representantes das equipes de AB apoiadas.

REFERÊNCIAS

ARCE, H. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. **Int. J. Qual. Health Care**, [s.l.], v. 10, n. 6, p. 469-472, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica n. 27).

_____. 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. Brasília, DF, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 251, 31 dez. 2012b. Seção 1, p. 223.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

DONABEDIAN, A. Twenty years of research on quality of medical care. 1965-1984. **Evaluation and the Health Professions**, [s.l.], n. 8, p. 243-65, 1985.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing**. Porto Alegre: Bookman, 2002. Disponível em: <[http:// books.google.com.br/books](http://books.google.com.br/books)>. Acesso em: out. 2011.

MATUS, C. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: Editora FUNDAP, 2000.

SANTA CATARINA. **AMAQ NASF-SC: Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/ NASF**. Núcleo Telessaúde - SC. Florianópolis: UFSC, 2012.

SANTOS, R. L. G. **Usabilidade de interfaces para sistemas de recuperação de informação na web**: estudo de caso de bibliotecas on-line de universidades federais brasileiras. Rio de Janeiro: PUC/Departamento de Artes e Design, 2006.

APÊNDICES

Apêndice A – Dimensão: Gestão Municipal

A – SUBDIMENSÃO: IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO NASF NO MUNICÍPIO

A implantação e a implementação do Nasf como forma de aumentar a resolutividade da atenção básica no município são fundamentais para a consolidação e o aprimoramento do SUS. Essa subdimensão objetiva avaliar as condições existentes no município para a implantação e a implementação do Nasf efetivamente como equipe de apoio às equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas.

1.1	A gestão municipal de saúde garante o dimensionamento adequado das equipes do Nasf para as equipes de AB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O número de equipes de AB vinculadas ao Nasf está de acordo com a modalidade de Nasf implantado, conforme a legislação vigente. A vinculação a um menor número de equipes contribui para a qualificação do cuidado na atenção básica, avançando para um apoio mais efetivo na medida em que possibilita aos profissionais do Nasf estarem mais presentes no cotidiano de cada equipe, com maior inserção e proximidade com o território adscrito e com o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes vinculadas.		
1.2	A gestão municipal considera as necessidades de saúde e a realidade locorregional do território de abrangência do Nasf em sua implantação e implementação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Para a definição da estruturação do Nasf – incluindo área de abrangência, composição e número de equipes de AB –, a gestão municipal considera as necessidades de saúde de sua área de abrangência. Para isso, realiza análise de informações de fontes diversas (tais como sistemas de informação, estudo de demanda, escuta direta às equipes de AB, disponibilidade de serviços e profissionais na rede do território, entre outras) na implantação do Nasf e sempre que necessária sua readequação. Dessa forma, a gestão busca informações sobre situações mais difíceis e/ou mais frequentes no território, identificando áreas que necessitam de maior suporte do Nasf. A gestão municipal envolve o controle social (conselhos locais e/ou municipais de saúde) neste processo.		
1.3	A gestão municipal de saúde garante que os profissionais do Nasf desenvolvam suas ações em horário de trabalho coincidente com o das equipes de AB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A fim de possibilitar o trabalho integrado e compartilhado na AB, a gestão municipal contempla mecanismos que garantam que todos os profissionais do Nasf cumpram a sua carga horária semanal de trabalho na AB, em horários coincidentes com as equipes apoiadas e de acordo com a modalidade em que o Nasf está inserido e a legislação vigente.		
1.4	A gestão municipal garante condições para o deslocamento dos profissionais do Nasf entre as UBS adscritas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A gestão municipal garante integralmente condições para o deslocamento dos profissionais do Nasf entre as UBS adscritas por meio de transporte oficial, ajuda de custo ou vale-transporte. Além disso, considera o tempo para deslocamento entre as unidades no mesmo dia de trabalho como parte da carga horária diária de serviço do profissional.		

1.5	A gestão municipal disponibiliza informações sobre o Nasf à população, aos profissionais da AB e aos demais pontos de atenção da rede de saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Buscando fortalecer o Nasf na AB, a gestão lança mão de diferentes estratégias para disponibilizar informações sobre as diretrizes estabelecidas, processo de trabalho e serviços ofertados pelo Nasf para usuários e profissionais deste e dos demais pontos de atenção.</p>		
1.6	A gestão municipal garante estrutura física, equipamentos e materiais adequados para o desenvolvimento das ações dos profissionais do Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão garante estrutura física no espaço das próprias UBS, equipamentos e materiais adequados para o desenvolvimento das atividades dos diferentes profissionais que compõem o Nasf, como para a realização de atendimentos individuais e coletivos, visitas domiciliares, atividades educativas com a população, atividades de educação permanente, entre outras.</p>		
1.7	Os critérios da SMS para a seleção e a contratação dos profissionais do Nasf valorizam a experiência na AB e/ou a formação prévia na área.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os critérios para a seleção dos profissionais do Nasf valorizam a experiência na AB e/ou a formação em nível de pós-graduação na área (Saúde da Família, Saúde Pública ou Saúde Coletiva e áreas afins), especialmente a modalidade Residência em áreas relacionadas à Atenção Básica à Saúde.</p>		
1.8	A gestão municipal oferece condições seguras de trabalho aos profissionais do Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão oferece aos profissionais do Nasf condições seguras de trabalho por meio de ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho identificando as situações de riscos e o perfil epidemiológico das áreas em que atuam e da disponibilização de equipamentos de proteção individual aos profissionais do Nasf.</p>		
1.9	A gestão municipal garante que a gestão do Nasf seja realizada no âmbito da coordenação de Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão do Nasf é de responsabilidade da coordenação de AB e deve ser realizada no âmbito desta. Pode ser realizada pelo próprio coordenador de AB, por coordenador específico, por referência técnica centralizada ou descentralizada, por gerente de UBS no caso de um Nasf cujas equipes apoiadas encontram-se todas numa mesma UBS, ou ainda por meio de colegiado composto por diferentes atores envolvidos com a AB - por exemplo, formado por trabalhadores do Nasf, das equipes de AB e da gestão municipal. A importância desta função é garantir o bom desenvolvimento do trabalho dos profissionais, os recursos, a estrutura física e as informações/comunicação necessários ao trabalho das equipes.</p>		
1.10	A gestão municipal apoia o desenvolvimento da gestão por resultados pela equipe do Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal compreende e respalda a análise da atuação do Nasf por meio de um processo de gestão com foco no alcance de resultados integrados ao planejamento em saúde realizado. Para isso, considera que os resultados não estão associados apenas à produtividade sob a ótica da dimensão assistencial do apoio matricial (por exemplo: número de casos atendidos), mas também a outros parâmetros relacionados à qualidade das ações prestadas (tais como melhora da resolubilidade das equipes vinculadas ao Nasf).</p>		

Apêndice B - Dimensão: Gestão da Atenção Básica/Nasf

B - SUBDIMENSÃO: APOIO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO NASF

O apoio à organização do trabalho do Nasf pela gestão/coordenação da AB/Nasf reconhece a complexidade do trabalho e parte dos problemas concretos, desafios e tensões do cotidiano utilizando-os como matéria-prima para o seu trabalho e, sempre que necessário, busca facilitar a conversão de situações paralisantes em situações produtivas. Esta subdimensão objetiva avaliar a forma de condução da equipe do Nasf pela gestão de AB/Nasf, que deve ser construída por meio de mecanismos e de garantia de espaços de cogestão na Atenção Básica. Além disso, busca avaliar a contribuição da gestão na garantia da organização do processo de trabalho dos profissionais e sua integração com as equipes vinculadas.

2.1	A coordenação de AB/Nasf garante ao Nasf um período semanal ou quinzenal destinado à avaliação, ao acompanhamento, ao planejamento e à programação de ações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Entende-se como a garantia de no mínimo 2h por semana ou quinzena que devem ser utilizadas, principalmente, para planejamento e programação de ações em equipe do Nasf. Nesses momentos, é possível realizar análise da situação de saúde do território considerando-se as necessidades das equipes vinculadas, definição de cronograma de ações dos profissionais, desenvolvimento de pesquisas e materiais para atividades com a população e de educação permanente voltada aos profissionais das equipes.		
2.2	A coordenação de AB/Nasf reúne-se periodicamente com todos os integrantes da(s) equipe(s) do Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Há garantia de realização de, no mínimo, uma reunião por mês entre a coordenação de AB/Nasf e todos os profissionais que integram a(s) equipe(s) do Nasf, com agenda e pauta programadas em comum acordo entre ambas as partes. Pode ser utilizado o espaço semanal garantido para planejamento e programação de ações do Nasf para a realização desta reunião, mantendo-se uma relação democrática, cooperativa e aberta ao diálogo, a fim de potencializar a construção de modos mais autônomos e compartilhados de trabalho. A coordenação de AB/Nasf deve desempenhar, com as equipes, as funções de planejamento, apoio e monitoramento, incluindo a mediação de conflitos.		
2.3	A coordenação de AB/Nasf garante que a construção da agenda de atividades entre profissionais do Nasf e das equipes vinculadas seja realizada de forma planejada, dialogada e colaborativa.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação de AB/Nasf compreende e garante que a agenda de atividades comuns entre os profissionais do Nasf e as equipes vinculadas seja realizada de forma planejada, dialogada e colaborativa, buscando superar a lógica de construção de agendas por meio de encaminhamentos. Além disso, colabora para que situações e casos urgentes ou imprevistos também sejam contemplados no tempo adequado por meio de organização de fluxos de comunicação.		
2.4	A coordenação de AB/Nasf auxilia nas pactuações necessárias entre as equipes de AB e os profissionais do Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação de AB/Nasf define estratégias para a realização de pactuações entre equipes da AB e profissionais do Nasf e outras que se fizerem necessárias ao longo do trabalho integrado entre essas equipes, envolvendo critérios e fluxos norteadores, situações prioritárias e formas de efetuar o apoio. Tais definições podem englobar aspectos gerais do processo de trabalho do Nasf e específicos por categoria profissional que dele fazem parte, conforme a realidade de cada local. A coordenação promove, portanto, espaços de discussão e construção conjuntas, fomentando o comprometimento de todos os envolvidos com as pactuações realizadas.		

MINISTÉRIO DA SAÚDE

2.5	A coordenação de AB/Nasf garante condições apropriadas para o desenvolvimento das ações dos profissionais do Nasf nas unidades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação de AB/Nasf garante condições para a realização de encontros periódicos e regulares com as equipes adscritas, assim como espaço físico para o desenvolvimento de ações específicas do profissional do Nasf (intervencões diretas com indivíduos, famílias ou grupos) na UBS. A coordenação de AB/Nasf pode, inclusive, pactuar com os coordenadores/gestores locais de cada UBS vinculada ao Nasf, quando houver.		
2.6	A coordenação de AB/Nasf garante mecanismos para que a equipe Nasf atenda às situações urgentes ou imprevistas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Estes mecanismos podem incluir solicitações de atendimento dos casos, no tempo adequado, lista de e-mails, interconsultas breves por internet/programas de mensagens, telefone, segunda opinião formativa ou outras.		
2.7	A coordenação de AB/Nasf disponibiliza aos profissionais do Nasf informações de saúde da área de abrangência sob sua responsabilidade e sobre a Rede de Atenção à Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação disponibiliza informações, tais como bancos de dados e consolidados de informações por equipe de SF e/ou equipe de AB, ou informações levantadas na elaboração do projeto de implantação do Nasf no município realizada pela gestão municipal, assim como informações sobre a Rede de Atenção à Saúde, programas e fluxos assistenciais, visando subsidiar a organização do processo de trabalho da equipe do Nasf e a integração entre os diversos pontos de atenção.		
2.8	A coordenação de AB/Nasf disponibiliza documentos técnicos contendo os princípios e as diretrizes sobre o processo de trabalho do Nasf para os profissionais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação disponibiliza documento(s) que contenha(m) os princípios e as diretrizes da AB e do Nasf. Tal(is) documento(s) é(são) acessível(is) a todos os profissionais da Atenção Básica e de outros pontos de atenção, subsidiando a organização do processo de trabalho do Nasf e sua articulação com as eAB.		
2.9	A coordenação de AB/Nasf dispõe de estratégias que estimulam a troca de experiências.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação disponibiliza mecanismos presenciais e/ou virtuais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo ou rede social colaborativa, seminários, mostras, oficinas, entre outros, a fim de promover o compartilhamento de experiências e a troca de conhecimentos. Tais dispositivos favorecem a cooperação horizontal entre profissionais do mesmo município e de outros.		
2.10	A coordenação de AB/Nasf faz articulações de forma a propiciar que o Nasf e seu processo de trabalho possibilitem espaços de formação e aprendizagem.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Compreendendo a importância da formação direcionada ao SUS, especialmente para o trabalho na Atenção Básica, a gestão municipal estabelece parcerias interinstitucionais, possibilitando que os profissionais do Nasf contribuam com a formação de novos profissionais de saúde por meio de orientação, supervisão, tutoria ou preceptoría de estudantes de graduação e/ou pós-graduação. São exemplos: os alunos do PET-Saúde, dos cursos técnicos, da graduação, dos estágios de vivência, das especializações, de residências multiprofissionais etc.		

C - SUBDIMENSÃO - EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente tem a finalidade de colocar em análise tanto as práticas dos profissionais quanto a organização do trabalho com o intuito de promover transformação. Baseia-se em um processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem, nas ofertas educacionais, elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Considerando-a como um processo construído a partir do olhar sobre as questões presentes no cotidiano das equipes de saúde, esta subdimensão objetiva avaliar as ações realizadas pela coordenação de AB/Nasf no tocante à educação permanente. Algumas das ações descritas nos padrões desta subdimensão podem ser realizadas, também, por apoiadores institucionais designados para a mediação da gestão e da condução do Nasf no município, a depender da organização local.

2.11	A coordenação de AB/Nasf desenvolve processos de educação permanente com o Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A coordenação desenvolve processos permanentes de educação com os profissionais do Nasf, a partir de situações-problema do cotidiano de trabalho, para o aprimoramento de competências e habilidades necessárias ao trabalho na AB. Esses processos acontecem desde o momento inicial de inserção destes profissionais no território, valorizando os saberes de cada ocupação e do conjunto da equipe, ou seja, no núcleo e no campo de atuação deles.</p>		
2.12	As estratégias de educação permanente são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com os profissionais do Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os processos de educação são estruturados de forma a identificar e a contemplar as necessidades de aprendizado das equipes e os desafios à qualificação do processo de trabalho. As ofertas de educação permanente têm sintonia com o momento e o contexto das equipes, de modo que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade. Essa ação é compreendida como contínua, não se restringindo a levantamentos pontuais sobre as necessidades de formação.</p>		

D - SUBDIMENSÃO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) constitui aspecto fundamental para subsidiar a melhoria das políticas implementadas. Compreende-se como monitoramento um conjunto de ações de levantamento e análise de informações de natureza interna, permanente e rotineira. Já a avaliação é um julgamento de valor, um ato de formar opinião sobre o objeto analisado, constituindo-se em um processo pontual de análise crítica dos resultados. Nesta subdimensão, objetiva-se avaliar se as ações de monitoramento e de avaliação têm caráter formativo, de reorientação de políticas e práticas, em uma abordagem de informação para a ação, incorporando-se ao conjunto de atividades dos gestores e das equipes de saúde.

2.13	A coordenação de AB/Nasf adota estratégias que fortalecem a alimentação e o uso dos sistemas de informações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão garante a disponibilidade das fichas necessárias para o registro das informações do Nasf (e- SUS ou qualquer outro sistema local de informação que dialogue com o sistema nacional). Promove aperfeiçoamento dos profissionais para o correto registro das informações, seja por meio de registro manual ou eletrônico. Verifica a consistência dos dados e os envia de forma periódica às bases nacionais. Utiliza as informações para interpretar a necessidade de saúde dos usuários e toma decisão que visa ao aprimoramento dos serviços com base nelas.</p>		
2.14	A gestão de Atenção Básica promove a discussão de resultados e estimula o uso da informação pelas equipes do Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A gestão municipal debate e decide com os profissionais das equipes as informações/indicadores de saúde a serem acompanhados, considerando as necessidades do território, bem como as pactuações realizadas em âmbito regional/ estadual e/ou federal (Coap, Pmaq, PSE, entre outros). Realizam discussões periódicas dos resultados, estimulando a reflexão sobre o fazer cotidiano e as possíveis estratégias de intervenção. Promove cursos/oficinas sobre análise de informações epidemiológicas para os profissionais.</p>		
2.15	A coordenação de AB/Nasf monitora e avalia as ações e práticas desenvolvidas pelo Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A coordenação monitora e avalia as ações e práticas dos profissionais do Nasf considerando o cumprimento de pactuações estabelecidas no âmbito municipal no tocante às dimensões do apoio matricial (clínico-assistencial e técnico-pedagógica). Dessa maneira, a coordenação considera que o processo de trabalho do Nasf é dinâmico e que sua lógica de atuação difere daquela centrada apenas na produção de consultas.</p>		
2.16	A coordenação de AB/Nasf avalia o impacto das ações do Nasf sobre o processo de trabalho das equipes por ele apoiadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Há avaliação do impacto das ações desenvolvidas pelo Nasf sobre o processo de trabalho das equipes vinculadas, utilizando-se da elaboração de critérios e indicadores específicos. Como exemplo, pode ser avaliado se há mudança na demanda por exames e encaminhamentos das equipes a partir das ações de apoio do Nasf. A avaliação ocorre no mínimo anualmente.</p>		

Apêndice C – Dimensão: Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

E – SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO NASF

A organização do processo de trabalho do Nasf está pautada nos princípios da AB e estruturada a partir das ações de apoio matricial às eAB, fundamentando-se essencialmente na interdisciplinaridade e na integralidade da atenção, considerando as especificidades do território de atuação. Nesta subdimensão, objetiva-se avaliar as condições para a organização do processo de trabalho da equipe do Nasf, que deve estar centrada na lógica da integração entre diversos saberes, visões e práticas sobre o processo de saúde e de adoecimento, por meio do desenvolvimento de ações específicas e compartilhadas com as equipes vinculadas, e promover interação e corresponsabilização entre profissionais e usuários envolvidos. Serão considerados os processos de planejamento na Atenção Básica, as ações de educação, de vigilância e assistência à saúde no território, o que inclui as atividades na própria UBS.

3.1	A coordenação de AB/Nasf estabelece mecanismos para facilitar a comunicação entre profissionais do Nasf e equipes vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A coordenação de AB/Nasf define que cada profissional do Nasf disponibilize seu cronograma mensal de atividades nas UBS – oferecendo informações claras sobre dias e horários em que o profissional estará presencialmente na unidade e/ou onde poderá ser encontrado quando necessário. Em contrapartida, define que o responsável de cada UBS também comunique ao Nasf as mudanças nas ações agendadas na UBS, permitindo que a agenda deles possa ser remanejada.		
3.2	Os profissionais do Nasf possuem formação complementar que os qualifica para o trabalho na AB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf têm formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências, bem como melhoria nos processos de trabalho, de planejamentos e de intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: residência multiprofissional ou especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, curso de atualização/aperfeiçoamento com temas referentes à atenção básica, entre outros.		
3.3	Os profissionais do Nasf têm clareza sobre a estruturação de seu processo de trabalho.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf compreendem com clareza a forma de organização preconizada para seu processo de trabalho na AB, que deve estar pautado no apoio matricial às equipes de SF e/ou equipes de AB, envolvendo ações de suporte assistencial e técnico-pedagógico. O apoio matricial é entendido por todos como uma estratégia de organização do cuidado em saúde e dos serviços a partir da integração de equipes envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de saúde da população num certo serviço, com outros profissionais e equipes mais específicas.		

MINISTÉRIO DA SAÚDE

3.4	Os profissionais do Nasf utilizam diferentes ferramentas na prática do apoio matricial.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf têm conhecimento e utilizam as diversas ferramentas para a prática do apoio, tais como Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território, grupos operativos, terapêuticos ou de educação em saúde, genograma, ecomapa, georreferenciamento, entre outras.		
3.5	Os profissionais do Nasf dedicam um período da semana ou quinzena para reunião de equipe do Nasf.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Nasf dedica um período da semana ou quinzena para reunião com todos os seus membros. Esse encontro é utilizado para planejar, programar e avaliar ações, fluxos e modo de organizar seu processo de trabalho, além de utilizar o espaço para discussão de casos e como momento de Educação Permanente da própria equipe, versando sobre temas de interesse comum.		
3.6	As ações desenvolvidas pelo Nasf são discutidas e acordadas com os profissionais das equipes vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Considerando que a atuação do Nasf se fundamenta no apoio matricial às equipes vinculadas, as ações desenvolvidas por estes profissionais são discutidas com as equipes de AB, produzindo a corresponsabilidade pelo cuidado, evitando-se que a equipe apoiada se desresponsabilize pelo usuário, família ou comunidade em questão e buscando responder às necessidades ou lacunas das equipes apoiadas.		
3.7	As agendas e as ações dos profissionais do Nasf são integradas e/ou complementares.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os cronogramas de atividades de cada profissional do Nasf são discutidos conjuntamente, de modo a favorecer a integração entre eles, permitindo, quando necessário, a realização de ações conjuntas e/ou complementares entre a equipe do Nasf, tanto na atenção direta ao usuário quanto em outras ações de apoio às equipes vinculadas. Essa articulação pode promover a configuração do Nasf enquanto equipe de apoio, e não apenas como diferentes profissionais isolados em seus núcleos disciplinares que atuam sob a lógica de apoio matricial. Isso não significa que os profissionais do Nasf tenham que atuar todos juntos e ao mesmo tempo sempre.		
3.8	Os profissionais do Nasf organizam sua agenda contemplando a atuação com todas as equipes vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Todos os profissionais do Nasf garantem tempo de apoio a cada equipe vinculada, seja por meio de reuniões periódicas para discussão de casos individuais ou comunitários, atendimentos, grupos ou outras atividades possíveis. A periodicidade destas ações dependerá da modalidade de Nasf implantada e da carga horária semanal de trabalho dos profissionais, mas deverá acontecer, no mínimo, mensalmente.		
3.9	Os profissionais do Nasf possuem cronograma de atividades que contemplem as necessidades do território, da equipe de saúde e dos usuários.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf possuem cronograma de atividades que considere as demandas dos diferentes públicos-alvo das ações do Nasf, a saber: as equipes de AB e os usuários, considerando as especificidades dos territórios e seus recursos. Dessa forma, o Nasf mantém, em seu cronograma, um equilíbrio dinâmico entre momentos de atividades com as equipes vinculadas, turnos para atenção direta aos usuários e períodos para planejamento, programação, registro e análise das ações realizadas.		

3.10	Os profissionais do Nasf têm conhecimento e participam de discussões sobre o processo de trabalho e a forma de organização da(s) UBS(s).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf conhecem e contribuem para a qualificação do processo de trabalho da(s) UBS – fluxos de atendimento, avaliação de risco e vulnerabilidade, marcação de consultas para equipes de SF e/ou equipes de AB para população específica, marcação de consultas e exames especializados, grupos realizados, reuniões de equipe realizadas, ações intersetoriais instituídas, rotina de enfermagem, fluxos estabelecidos por programas estratégicos, entre outros.		
3.11	O Nasf realiza apoio ao planejamento, análise e gestão do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O apoio à análise e à organização dos processos de trabalho das equipes vinculadas permite que o Nasf colabore na identificação de problemas, de desconfortos e de conflitos existentes no cotidiano dos serviços. Além disso, auxilia na análise das práticas desenvolvidas e nas relações entre profissionais. Tem como objetivo colaborar na superação das dificuldades, na construção e na utilização de ferramentas e tecnologias para realização/experimentação de novas práticas de saúde. São exemplos de atividades de apoio ao planejamento, análise e gestão dos processos de trabalho: escuta acolhedora aos problemas trazidos pelos profissionais das equipes vinculadas, discussão de organização e construção de agendas de trabalho, auxílio à análise do funcionamento da unidade, facilitação e suporte aos processos de planejamento das atividades a serem desenvolvidas, ajuda e colaboração nas reuniões de equipe, suporte à implementação de novos serviços na UBS (tais como acolhimento), entre outros.		
3.12	Os profissionais do Nasf oferecem apoio às equipes vinculadas no atendimento às situações urgentes ou imprevistas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Nasf não restringe sua atuação apenas aos casos previamente agendados e/ou discutidos, mas também atende às situações urgentes ou imprevistas, quando necessário. Isso inclui atender aos casos no tempo adequado conforme as solicitações e os fluxos estabelecidos entre profissionais ou, na impossibilidade do contato presencial, responder a e-mails, realizar interconsultas breves por internet/programas de mensagens, telefone etc. Essa flexibilidade de agenda e disponibilidade para contato é importante para garantir atenção a questões que não foram pactuadas previamente, com a finalidade de não burocratizar demais a agenda do Nasf.		
3.13	Os profissionais do Nasf conhecem a rede de atenção – serviços diversos, instituições e aparelhos sociais – que pode ser acionada para parcerias intra e intersetoriais.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf conhecem a rede de atenção que pode referenciar os casos que necessitam de diferentes aportes tecnológicos ou sociais buscando maior resolubilidade, considerando as pactuações com as eABs no sentido de garantir a continuidade do cuidado. Tal articulação pode ocorrer, por exemplo, por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Centros de Referência de Assistência Social (Cras), escolas, hospitais, redes sociais e comunitárias (como associações de moradores).		
3.14	Os profissionais do Nasf registram as ações realizadas em instrumentos comuns às eAB.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf utilizam os instrumentos disponíveis para registro do acompanhamento longitudinal dos usuários e famílias na AB, tais como prontuários e sistemas de informação vigentes.		

MINISTÉRIO DA SAÚDE

3.15	Os profissionais do Nasf monitoram as solicitações de apoio recebidas das eABs.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf registram e monitoram a demanda pelas diferentes formas de apoio (atendimentos individuais específicos, atendimentos coletivos específicos, atendimentos coletivos com as eABs, consultas conjuntas, discussão de casos, discussão de temas, articulação intersetorial, visitas domiciliares, construção de PTS, entre outras), identificando, assim, as demandas mais frequentes e monitorando-as. Essas informações são utilizadas como subsídio para o planejamento e a programação de ações de cada profissional e da equipe do Nasf como um todo, buscando qualificar o apoio oferecido.		
3.16	O Nasf realiza análise dinâmica e periódica de seus territórios adscritos em com as equipes vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf realizam análise dos territórios com todas as equipes vinculadas ao menos anualmente, conhecendo em ato a realidade das populações pelas quais são corresponsáveis, dando ênfase às características socioeconômicas, psicossociais, demográficas e epidemiológicas. Dessa forma, ampliam suas possibilidades de atuação, reconhecendo riscos coletivos e fomentando redes sociais.		
3.17	O Nasf contribui para a elaboração e a atualização do diagnóstico da situação de saúde do território de cada eAB vinculada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Os profissionais do Nasf incentivam a utilização de dados de sistemas oficiais de informação e outros levantados a partir da territorialização e de sua prática com as equipes, auxiliando na identificação de problemas de saúde mais comuns e de situações de risco às quais a população está exposta, bem como de potencialidades existentes nos territórios.		
3.18	O Nasf planeja e programa ações para a área de abrangência sob sua responsabilidade sanitária abordando riscos e agravos individuais e coletivos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Nasf, a partir da análise das informações sobre o território, da identificação dos riscos e dos agravos individuais e coletivos e das necessidades da população, planeja e programa ações (clínico-assistenciais e/ou técnico-pedagógicas) priorizando situações de maior risco, e de forma conjunta ou combinada com as equipes apoiadas, podendo desenvolver ações intersetoriais e/ou projetos de saúde no território.		
3.19	Os profissionais do Nasf desenvolvem ações no âmbito do Programa Academia da Saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
O Nasf considera os polos do programa Academia da Saúde (ou similares) existentes no território das UBS como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva para ações de promoção da saúde e que fortalecem o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição e, por isso, desenvolve ações nesse âmbito periodicamente.		
3.20	O Nasf participa do planejamento em saúde de cada UBS vinculada.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A inserção dos profissionais do Nasf no processo de planejamento local da(s) UBS possibilita integração e articulação mais efetiva com o processo de trabalho das equipes, além de potencialmente promover a ampliação do olhar a partir das diversas perspectivas dos diferentes profissionais que compõem o Nasf. Para isso, pelo menos um profissional do Nasf participa do planejamento local de cada UBS vinculada, sempre que for construído e reavaliado. Este profissional também compartilha com os demais membros da equipe do Nasf o relato de sua participação e os encaminhamentos acordados.		

3.21	Os profissionais do Nasf elaboram, implantam e avaliam Projeto Terapêutico Singular na Atenção Básica, com as eABs.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf e as equipes vinculadas elaboram, implantam e avaliam Projetos Terapêuticos Singulares individuais ou familiares, por meio de discussões de casos selecionados com as equipes apoiadas. É realizado o acompanhamento das propostas e a análise dos resultados da intervenção. O projeto é reavaliado periodicamente e conjuntamente por ambos os segmentos (equipe de referência e Nasf) para a construção de novos acordos a fim de avançar para a qualificação do cuidado.</p>		
3.22	Os profissionais do Nasf oferecem apoio às equipes vinculadas para o trabalho com grupos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os profissionais do Nasf oferecem apoio no planejamento, na programação e/ou na execução de grupos (prevenção, promoção e tratamento) desenvolvidos na UBS ou em espaços comunitários diversificados. O apoio ocorre sempre que demandado pelas equipes ou a partir da identificação da necessidade de qualificação dos grupos já realizados (em que o saber específico de algum profissional do Nasf possa servir como instrumento para a melhoria do cuidado).</p>		
3.23	Os profissionais do Nasf oferecem apoio às equipes vinculadas para a realização de ações de educação em saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os profissionais do Nasf oferecem apoio no planejamento, na programação e/ou na execução de ações de educação em saúde com abordagem problematizadora, utilizando o referencial da educação popular em saúde. Por meio dessas ações, buscam-se promover a discussão sobre saúde, seus condicionantes e modos de cuidado/intervenção, a partir da realidade vivenciada cotidianamente pela população adscrita, por meio do estabelecimento de relações dialógicas na Atenção Básica, construindo soluções conjuntas para o enfrentamento de problemas que afetam a vida da comunidade.</p>		

F - SUBDIMENSÃO: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Em situações que exijam atenção do núcleo de saber de um profissional do Nasf, pode ser programada uma série de intervenções específicas deste profissional, individuais ou coletivas, a partir de pactuação prévia e mantendo-se contato com a eAB por meio de discussão de casos, da construção de projetos terapêuticos ou da definição de fluxos para a troca de informações. A atenção integral à saúde envolve, assim, o acolhimento tanto da demanda programada quanto da espontânea, em todas as fases do desenvolvimento humano (infância, adolescência, adultos e idosos), por meio de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação. Esta subdimensão objetiva avaliar tais ações, inclusive a resposta às demandas oriundas de outros níveis de atenção e setores da sociedade. Dessa forma, evita-se que a equipe vinculada se descomprometa com o usuário, a família ou a comunidade em questão, procurando redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido diretamente pelo profissional do Nasf.

3.24	Todos os profissionais do Nasf realizam visitas domiciliares, sempre que necessário.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A visita domiciliar é um importante instrumento para a produção de cuidados. Possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da AB. Para o Nasf, as visitas deverão ser realizadas de forma programada e planejada a partir dos critérios de risco e de vulnerabilidade, e negociada com as equipes vinculadas, na perspectiva de complementar as práticas de cuidado.</p>		
3.25	Os profissionais do Nasf realizam atendimentos individuais aos usuários de forma compartilhada com as equipes apoiadas quando pertinente e necessário.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os profissionais do Nasf dispõem de momentos de atendimentos individuais compartilhados (consultas conjuntas) com os profissionais das equipes vinculadas em casos pertinentes e em que se faz necessária uma intervenção conjunta entre diferentes categorias profissionais, utilizando o momento também como uma potente ferramenta de educação permanente.</p>		
3.26	Os profissionais do Nasf realizam atividades assistenciais diretas aos usuários quando pertinente e necessário.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf desenvolve atividades assistenciais diretas aos usuários sempre que necessário, na perspectiva da promoção, da prevenção, do tratamento e da reabilitação da saúde. Pode ser realizada de forma compartilhada ou não com outros profissionais e dar-se-á por meio de atendimentos nas UBS, nos domicílios, grupos terapêuticos, entre outras. O Nasf, no entanto, não restringe sua agenda apenas a esse tipo de atividade, pois é parte de um conjunto de outras ofertas desenvolvidas.</p>		

3.27	Os profissionais do Nasf discutem periodicamente com as eABs os casos acompanhados.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A discussão periódica dos casos assistidos pelo Nasf (principalmente aqueles acompanhados em ações específicas) facilita a coordenação e a continuidade do cuidado pela equipe de referência. Essa troca entre os profissionais dar-se-á, preferencialmente, nos espaços de reunião, mas também pode ser realizada por meio dos registros nos prontuários, do monitoramento de listas de usuários acompanhados pelo Nasf, entre outras.</p>		
3.28	Os profissionais do Nasf promovem ações de Educação Permanente, de acordo com o seu núcleo específico de saber ou com o seu campo de atuação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os profissionais realizam, por exemplo, momentos de atendimento em conjunto, discussão de casos, oficinas temáticas, realização de grupo, discussões de temas específicos da sua área de atuação. Essas ações ocorrem sistemática e periodicamente e são, na maioria das vezes, direcionadas a todos os membros da equipe vinculada.</p>		
3.29	Os profissionais do Nasf auxiliam as eABs na qualificação dos encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Sempre que necessário, os profissionais do Nasf realizam com as equipes discussão sobre casos que poderão gerar encaminhamentos para outros pontos de atenção. Essa discussão envolve as ocorrências em que há dúvidas sobre o encaminhamento e as possibilidades de resolução pela Atenção Básica, inclusive pelo próprio Nasf. A partir disso, são estabelecidas estratégias que buscam aumentar a resolução da maioria dos problemas de saúde na AB e definir critérios e fluxos para encaminhamentos a outros níveis de atenção.</p>		
3.30	Os profissionais do Nasf atuam considerando todas as faixas etárias e as fases do ciclo de vida.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os profissionais do Nasf atuam, por meio de ações clínico-assistenciais e/ou técnico-pedagógicas, em ações que envolvem todas as fases do ciclo de vida e faixas etárias.</p>		
3.31	Os profissionais do Nasf apoiam, realizam e desenvolvem com as equipes de AB estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Fazem parte da estratégia de cuidado do Nasf a promoção, a prevenção, o tratamento, a redução de danos e a reabilitação das pessoas com doenças crônicas. O desenvolvimento de estratégias inclui a adesão ao tratamento e a gestão dos casos mais complexos, tais como: múltiplas internações, dificuldade de controle da doença, complicações crônicas severas, baixa capacidade de autocuidado e ausência de rede de apoio familiar e social. Além disso, dentro do plano terapêutico e a partir de suas especificidades, colaboram e atuam na avaliação da condição motora, respiratória, nutricional, psicossocial das pessoas com doenças crônicas e na reabilitação ou encaminhamento para o serviço de referência especializado, de acordo com a linha de cuidado estabelecida localmente, sempre que se fizer necessário.</p>		
3.32	Os profissionais do Nasf incentivam e desenvolvem ações de apoio ao autocuidado e ampliação da autonomia das pessoas com doenças crônicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf incentiva e desenvolve ações para apoiar o autocuidado e ampliar a autonomia das pessoas com doenças crônicas, buscando reduzir a tutela e a dependência (sempre que possível e no grau viável a cada momento de vida dos usuários). O apoio ao autocuidado inclui avaliação do grau de motivação e capacidade de cuidar-se do usuário, o suporte familiar e social, o conhecimento e o comportamento diante da doença; propõe/orienta possíveis mudanças comportamentais; estimula a pactuação de metas factíveis no plano de cuidado, considerando grau de confiança e recursos individuais para mudança de comportamento, sempre que necessário.</p>		

3.33	Os profissionais do Nasf incentivam e desenvolvem estratégias de suporte aos familiares e cuidadores de pessoas com doenças crônicas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf incentiva e desenvolve estratégias de suporte aos familiares e cuidadores de pessoas com doenças crônicas, compreendendo as relações sociais e afetivas estabelecidas e envolvidas no processo de cuidado da pessoa com doença crônica. As estratégias incluem a orientação para cuidado compartilhado, empoderamento da família, identificação de outros membros vulneráveis deste contexto e apoio integral para a família e cuidadores.</p>		
3.34	O Nasf identifica as pessoas com deficiência no território, mapeia a Rede de Atenção à Saúde existente, utiliza métodos de classificação de risco e vulnerabilidade, e pactua fluxos com as equipes vinculadas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os profissionais do Nasf identificam e mapeiam a rede de atenção existente com as equipes vinculadas na perspectiva da garantia da continuidade do cuidado em reabilitação. Podem instituir-se de métodos de classificação de risco, fluxos e padrões de cuidado a fim de: realizar/orientar encaminhamento responsável a outros pontos de atenção; identificar a necessidade de apoio intersetorial; identificar as necessidades de ações específicas e inclusão no planejamento do cuidado; e monitorar a eficácia e a eficiência das ações executadas ou em execução.</p>		
3.35	Os profissionais do Nasf apoiam e desenvolvem com as equipes de AB estratégias de atenção à saúde das pessoas com deficiência, assistindo, coletivamente ou individualmente, os usuários que necessitam de cuidado.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe do Nasf, com a da AB, identifica as pessoas com deficiência no seu território de atuação e desenvolve estratégias de acolhimento, de tratamento e de acompanhamento dos indivíduos, visando à diminuição de barreiras e à maior autonomia. As atividades desenvolvidas podem ocorrer de forma individual, em grupos ou por meio de abordagem familiar, identificando a necessidade de reabilitação a cada caso. A promoção da inclusão escolar, laboral, social e o retorno das atividades de vida diária devem estar atrelados a todas as estratégias de cuidado para a garantia da atenção integral e humanizada. A AB e o Nasf devem acolher e priorizar a detecção precoce de alterações relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento nas crianças, e a identificação imediata dos tipos de lesões e possíveis deficiências e incapacidades que acometem todas as fases do ciclo de vida, atentando para os potenciais de reabilitação em curto, médio e longo prazo e as tecnologias de estimulação.</p>		
3.36	Os profissionais do Nasf realizam, com as equipes de AB, ações de cuidado em reabilitação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf na reabilitação tem um importante papel no sentido de provocar, capacitar, instituir e assistir as equipes vinculadas no planejamento, na execução de atividades e no monitoramento de ações. Para tal, levam em consideração a realidade do território adscrito e as necessidades das equipes apoiadas e diretamente as dos usuários, buscando identificar os casos a serem resolvidos na Atenção Básica e suas tecnologias de cuidado, evitando encaminhamentos desnecessários para outros pontos de atenção. Para isso, há a necessidade de um olhar ampliado do Nasf para além da doença do sujeito a ser reabilitado, podendo assim chegar próximo à potencialidade de recuperação e de reinserção social. Os profissionais do Nasf realizam intervenções de reabilitação considerando a avaliação funcional e sociofamiliar, os objetivos a curto, médio e longo prazo e os recursos disponíveis. Entre as ações de reabilitação que o Nasf realiza, estão: identificar a possibilidade de atuação assistencial individual (na unidade ou domicílio) e em grupo; analisar falhas na rede de cuidado nos aspectos de referência e contrarreferência; construir projeto terapêutico coletivo pensando nas questões de barreiras geográficas, acessibilidade e inclusão no território; fornecer suporte pedagógico aos profissionais da AB, consulta compartilhada e atendimento em reabilitação (individual e/ou coletivo).</p>		
3.37	Os profissionais do Nasf realizam visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamento em reabilitação.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde. Entre as responsabilidades do Nasf, destacam-se o cuidado aos pacientes que se encontram com dificuldade de locomoção ou alterações funcionais que limitem suas atividades, que necessitam de cuidados paliativos, atenção em reabilitação e que estão impossibilitados pela condição de saúde ou barreiras geográficas de se deslocarem até as unidades de saúde e, por estas singularidades, necessitam do cuidado no domicílio para a continuidade da atenção.</p>		

3.38	Os profissionais do Nasf apoiam as ações das equipes de AB relacionadas à atenção integral à saúde da criança.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A atuação do Nasf visa complementar o trabalho das equipes de AB de modo a contribuir para a integralidade do cuidado das crianças, em especial daquelas consideradas de maior risco, em função de condições de nascimento (por exemplo, prematuridade), sociais e ambientais. O conjunto das ações desenvolvidas deve fazer parte da rotina das equipes de AB e do Nasf, de forma individualizada ou coletiva, englobando os aspectos de promoção à saúde, prevenção de agravos e assistência em tempo oportuno. Para tanto, devem-se considerar situações como crianças de alto risco ou com suspeita de problemas no crescimento e no desenvolvimento, a exemplo de: acompanhamento das crianças desnutridas e com deficiência de micronutrientes; com dificuldades no aleitamento materno ou na alimentação complementar saudável; prematuras ou que tiveram restrição do crescimento intrauterino; com atraso no calendário vacinal; em situação de vulnerabilidade social e/ou faltosas às consultas de puericultura; com atraso ou dificuldades no desenvolvimento; investigação de óbitos infantis; entre outros. O registro na caderneta da criança, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação também deve ser realizado pelos profissionais do Nasf. Estes devem auxiliar as equipes de AB na realização da vigilância alimentar e nutricional, na interpretação e na execução dos procedimentos, bem como devem participar do planejamento das ações de saúde da criança, além de contribuir em seu aperfeiçoamento e organizar ações de educação permanente.</p>		
3.39	Os profissionais do Nasf apoiam as ações das equipes de AB relacionadas à atenção integral à saúde da mulher.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A atuação do Nasf nas ações relacionadas à saúde da mulher tem um importante papel no sentido de qualificar, assistir e apoiar as equipes de AB no planejamento, na execução de atividades e no monitoramento de suas ações. O conjunto das ações desenvolvidas deve fazer parte da rotina das equipes de AB e Nasf, de forma individualizada ou coletiva, englobando os aspectos de promoção à saúde, prevenção de agravos e assistência em tempo oportuno. A atuação complementar ao trabalho das equipes de AB tem finalidade de contribuir para a integralidade do cuidado das mulheres, em especial na garantia do direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Para tanto, devem-se considerar situações que envolvem gestações de alto risco, tais como de agravos hipertensivos, hemorrágicos, de desvio de crescimento fetal, infecções, DST/aids, entre outras. Além disso, o Nasf pode atuar no apoio às equipes diante dos agravos ginecológicos, climatério e menopausa, sexualidade e questões de gênero e condições psicossociais que acometem as mulheres em todas as fases do ciclo de vida.</p>		
3.40	Os profissionais do Nasf apoiam e desenvolvem com as equipes de AB a vigilância alimentar e nutricional, com vistas à identificação de prioridades para a organização da atenção nutricional.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe do Nasf apoia as eABs na realização da vigilância alimentar e nutricional (VAN) para identificar prioridades, de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida para a organização e o desenvolvimento de estratégias de cuidado que incluam ações de promoção da alimentação adequada e saudável, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos nutricionais. Esse apoio ocorre por meio de: qualificação e organização de coleta de dados antropométricos e de consumo alimentar; registro das informações em prontuários, cadernetas de saúde e sistemas informatizados (Sisvan, e-SUS e/ou sistemas de informação locais); análise das informações para a tomada de decisão quanto à oferta da atenção nutricional e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população adscrita. A organização da VAN também inclui o acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários de programas de transferência de renda (como o Bolsa Família). Nesse sentido, o apoio do Nasf deve contribuir para que esta ação promova, além do acompanhamento das condicionalidades de saúde dos programas, a identificação de necessidades de saúde desses usuários e a oferta adequada do cuidado, garantindo o direito à saúde dessa população.</p>		
3.41	Os profissionais do Nasf apoiam e desenvolvem com as equipes de AB a atenção nutricional.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e à nutrição voltados à promoção e à proteção da saúde, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento dos agravos, devendo estar associada às demais ações de atenção à saúde do SUS. A equipe do Nasf deverá apoiar e desenvolver a atenção nutricional de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população adscrita e os critérios de risco e de vulnerabilidade pactuados com as equipes de AB. São exemplos de atividades: realização de ações de promoção da alimentação adequada e saudável e de prevenção de agravos nutricionais; construção e execução de PTS para usuários que apresentam agravos relacionados à alimentação e nutrição (como alergias alimentares, desnutrição, obesidade e outras doenças crônicas) de acordo com a estratificação de risco; monitoramento com a equipe de AB da adesão do usuário ao tratamento dietoterápico prescrito pelo nutricionista e as orientações nutricionais ofertadas pelos profissionais de saúde; acompanhamento domiciliar de usuários restritos ao leito/domicílio que estão em terapia nutricional, em especial daqueles em uso de via alternativa de alimentação (como sonda nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia).</p>		

3.42	Os profissionais do Nasf apoiam e desenvolvem com as equipes de AB estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável respeitando as especificidades locais e as condições de indivíduos e coletividades.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf apoia as equipes de AB no conhecimento dos hábitos e das tradições alimentares locais, incluindo a identificação dos pontos de venda, da produção e da distribuição de alimentos do seu território. Apoia a integração desse conhecimento às ações de promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS), vigilância alimentar e nutricional e atenção nutricional realizadas na unidade de saúde ou outros espaços do território, levando em consideração as especificidades da população adscrita. O apoio do Nasf para PAAS pode ocorrer por meio de: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável nas consultas de pré-natal e puericultura, em grupos de gestantes e no acompanhamento pós-parto; ações com os escolares (por exemplo, em parceria com o Programa Saúde na Escola); ações com o público dos polos do Programa Academia da Saúde; atividades de PAAS nos grupos operativos já desenvolvidos na UBS ou outros espaços do território; interlocução como setores responsáveis pela produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio local de alimentos visando ao aumento do acesso a alimentos saudáveis.</p>		
3.43	O Nasf apoia as equipes de AB e/ou desenvolve estratégias de promoção das práticas corporais e de atividade física buscando a promoção da saúde e a valorização da cultura local.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf apoia as equipes de AB e/ou profissionais do Programa Academia da Saúde (ou programa similar) na oferta de práticas corporais e de atividade física no território que respeitam as especificidades de cada ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso) e que contribuem para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. Apoia a realização de atividades que busquem potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular de alternativas para ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida saudáveis. Cria estratégias de mobilização para a prática da atividade, tais como: campanhas pedagógicas, feiras de saúde, festivais esportivos e culturais, confecção de material informativo, mapeamento da rede social no território para identificação de iniciativas de práticas corporais e artísticas diversas, entre outras.</p>		
3.44	O Nasf apoia as equipes de AB e/ou desenvolve estratégias de acompanhamento dos casos que precisam de cuidado prolongado em relação à promoção das práticas corporais e de atividade física.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Nos casos identificados, o Nasf referencia à Academia da Saúde ou a outro programa/serviço, mantendo-se como corresponsável pelo cuidado e desenvolvendo ações em conjunto. Realiza e/ou apoia os profissionais na avaliação física e avaliação da condição de saúde dos usuários, principalmente daqueles com doenças crônicas e no cuidado psicossocial. Orienta sobre atividade física e práticas corporais e, quando necessário, prescreve exercícios para os usuários com quadros complexos, reavaliando o caso periodicamente. Solicita com as equipes de AB exames complementares necessários à avaliação física e à prescrição de exercícios como parte do projeto terapêutico definido de acordo com a linha de cuidado.</p>		
3.45	Os profissionais do Nasf apoiam a equipe e/ou utilizam as práticas integrativas e complementares como forma de ampliação da abordagem clínica e de ações de prevenção e promoção da saúde.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf apoia as equipes de AB e/ou reconhece e utiliza no desenvolvimento das ações de saúde práticas definidas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. São exemplos dessas práticas: Plantas medicinais e fitoterapia; homeopatia; medicina tradicional chinesa/acupuntura (MTC), seus recursos terapêuticos (moxabustão, ventosas, eletroestimulação) e práticas corporais e mentais da MTC (tai chi chuan, lian gong, chi gong, tui ná e meditação); medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Essas práticas são utilizadas no Projeto Terapêutico Singular e em Projetos Terapêuticos do Território para ampliar a abordagem clínica e oferta terapêutica aos usuários, assim como as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.</p>		
3.46	O Nasf contribui para a adesão ao tratamento farmacoterapêutico de pessoas portadoras de doenças crônicas que fazem uso contínuo de medicamentos.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Os profissionais do Nasf atuam na adesão ao tratamento farmacoterapêutico a partir do contexto individual, familiar e social. Diversas estratégias são utilizadas para promover a adesão, entre as quais se destacam: capacitação/ educação permanente dos profissionais para a promoção do uso racional dos medicamentos, estudos de utilização de medicamentos na Atenção Básica (informatização da assistência farmacêutica), previsão de tempo adequado para a orientação terapêutica e farmacoterapêutica, simplificação do regime terapêutico (diminuição do número de doses e do número total de medicamentos), utilização de linguagem clara e objetiva utilizada pelos profissionais para facilitar o entendimento das orientações e o acesso aos medicamentos.</p>		

3.47	A equipe do Nasf contribui com a discussão sobre o perfil de utilização de medicamentos para a qualificação das ações de saúde na Atenção Básica.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Ações multiprofissionais podem ser desenvolvidas pelo Nasf com a equipe de Atenção Básica, visando à elaboração do perfil de utilização de medicamentos no território para a qualificação das ações de saúde. Os estudos de utilização de medicamentos podem ser utilizados para direcionar esforços gerenciais, normativos e educativos no sentido da qualificação das ações de saúde. Esses estudos fornecem informações sobre os medicamentos prescritos e dispensados, tendências de consumo, prevalência das prescrições, do perfil da população assistida, entre outras. Tais estudos permitem identificar associações entre a terapêutica farmacológica e o quadro de morbidade, as características sociais, econômicas, demográficas, as condições de saúde, os hábitos de vida e o trabalho dos usuários; e ainda detectar eventos adversos das classes terapêuticas utilizadas; subgrupos populacionais vulneráveis ao uso irracional passíveis de intervenção, as classes terapêuticas e as formas farmacêuticas empregadas de modo inadequado.</p>		
3.48	A equipe do Nasf incentiva e orienta as equipes de Atenção Básica a notificar e a realizar ações de farmacovigilância.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A utilização de medicamentos deve atender a requisitos fundamentais como definição da necessidade e do acesso a medicamentos seguros, eficazes e produzidos com qualidade. A perda de qualquer dos requisitos pode causar/ampliar danos à saúde do usuário. A farmacovigilância tem como finalidade a identificação, a avaliação, a compreensão e a prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado a medicamentos. A equipe do Nasf deve estimular as equipes de Atenção Básica a realizarem ações de farmacovigilância, com a notificação de: reações adversas a medicamentos e plantas medicinais; desvios de qualidade de produtos farmacêuticos; erros de administração; perda de eficácia; casos de intoxicação aguda ou crônica por produtos farmacêuticos; interações, com efeitos adversos, de fármacos com substâncias químicas, outros fármacos e alimentos.</p>		
3.49	O Nasf atua na identificação dos processos produtivos e dos riscos e agravos relacionados ao trabalho a que estão sujeitos os usuários do território.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O planejamento das ações da eAB deve considerar, na definição de prioridades, as informações sobre as atividades produtivas desenvolvidas no território (utilizando as bases de dados do SUS, da Previdência Social e do Ministério do Trabalho), o perfil dos trabalhadores (quem e quantos são) e o perfil epidemiológico (de que adoecem e morrem os trabalhadores da área adscrita). Devido às especificidades de cada território, é essencial identificar a população trabalhadora considerando gênero, raça/cor, idade, nível de escolaridade, renda, tipo de vínculo empregatício, acesso ao SUS etc. Nesse sentido, o Nasf pode atuar no desenvolvimento das seguintes ações e atividades: detecção precoce da perda de saúde dos trabalhadores; identificação dos agravos relacionados ao trabalho; avaliação dos riscos ocupacionais a que esta população está exposta; controle e/ou mitigação da exposição aos riscos ocupacionais; avaliação da eficácia das medidas preventivas, curativas e reabilitadoras; e fomento à participação social.</p>		
3.50	O Nasf auxilia as equipes de AB na notificação compulsória dos agravos (doenças e acidentes) relacionados ao trabalho.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Como exemplos aos agravos possíveis de notificação: acidentes de trabalho grave, fatal e com crianças e adolescentes economicamente ativos; lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/Dort); câncer relacionado ao trabalho; perda auditiva induzida por ruído (Pair); acidente com material biológico; transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho; pneumoconioses; intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho (agrotóxicos, metais pesados etc.); dermatoses ocupacionais. Além disso, o Nasf deve incentivar o preenchimento do campo "ocupação" nos sistemas de informação nacional.</p>		
3.51	O Nasf discute, atende e acompanha, com a equipe de AB, casos com uso abusivo, prejudicial ou dependente de álcool ou outras drogas.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>Questões referentes ao uso prejudicial de drogas, principalmente o álcool (maior prevalência), são cada vez mais presentes no dia a dia de trabalho das equipes de AB. Isso coloca a necessidade imediata de estabelecer estratégias para acolher, atender, compartilhar o cuidado, além de conhecer os fluxos da rede do território para essa questão. Nesse sentido, o Nasf colabora com ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso de drogas, além de participar diretamente no cuidado compartilhado com a equipe de AB e outros dispositivos (Caps e ambulatórios especializados) aos usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Entre as ofertas do Nasf, está incluída a organização de grupos terapêuticos, operativos, motivacionais, de adesão, entre outros, além de atendimentos individuais ao usuário e seu grupo familiar.</p>		

3.52	O Nasf participa da discussão e da pactuação sobre critérios e fluxos para atendimento dos casos de saúde mental na própria Atenção Básica, bem como para o compartilhamento dos casos com os demais pontos de atenção.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>O Nasf discute e pactua com as equipes apoiadas quais suas possibilidades de atendimento dos casos de saúde mental na Atenção Básica e, a partir disso, define os critérios e fluxos de acolhimento desses casos apenas no âmbito da Atenção Básica (atendimento pelas eABs e pelo Nasf), bem como de compartilhamento dos casos com outros pontos da rede de atenção. Em outras palavras, o Nasf participa da organização dos fluxos dos usuários pela rede de saúde e dá suporte às equipes nas decisões acerca dos encaminhamentos.</p>		
3.53	O Nasf analisa, com as eABs, a capacidade de manejo destas no que se refere aos psicofármacos e oferece suporte às equipes nessas situações.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A prescrição e o manejo de psicofármacos têm especificidades que, muitas vezes, exigem suporte especializado. Sempre que necessário, portanto, o Nasf oferece esse suporte diretamente às equipes ou, quando não estiver ao seu alcance, articula que profissionais de outros serviços da rede (dos Caps, por exemplo) matriciem as eABs nesse aspecto. Abordagens que incentivem o uso racional de medicamentos e estratégias que visem à desmedicalização e à melhoria da qualidade de vida desses usuários também são consideradas pelo Nasf. A identificação, o acolhimento e o suporte pelo Nasf às dificuldades das eABs no que se refere a essas questões contribuem para a qualificação da condução do caso e para a ampliação da capacidade clínica da equipe.</p>		

Apêndice D – Folha de Respostas e Classificação da Gestão do Nasf

Dimensão: Gestão Municipal

Subdimensão – A: Implantação e Implementação do Nasf no Município – 100 pontos

Números padrões	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	Soma total
Resultados obtidos											

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 a 100

Classificação da Dimensão: Gestão Municipal

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5pt
A					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos ___(soma dos pontos / 1)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

Dimensão: Gestão da Atenção Básica/Nasf

Subdimensão – B: Apoio à Organização do Trabalho do Nasf – 100 pontos

Números padrões	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	Soma total
Resultados obtidos											

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 19	20 a 39	40 a 59	60 a 79	80 a 100

Subdimensão - C: Educação Permanente - 20 pontos

Números padrões	2.11	2.12	Soma total		
Resultados obtidos					

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15	16 a 20

Subdimensão - D: Monitoramento e Avaliação - 40 pontos

Números padrões	2.13	2.14	2.15	2.16	Soma total
Resultados obtidos					

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 7	8 a 15	16 a 23	24 a 31	32 a 40

Classificação da Dimensão: Gestão da Atenção Básica/Nasf

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
B					
C					
D					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 3)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

Apêndice E - Folha de Respostas e Classificação Equipe do Nasf

Dimensão: Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

Subdimensão - E: Organização do Processo de Trabalho do Nasf - 230 pontos

Números padrões	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	3.11	3.12
Resultados obtidos												
Números padrões	3.13	3.14	3.15	3.16	3.17	3.18	3.19	3.20	3.21	3.22	3.23	
Resultados obtidos												
Soma total												

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 45	46 a 91	92 a 137	138 a 183	184 a 230

Subdimensão - F: Atenção Integral à Saúde - 300 pontos

Números padrões	3.24	3.25	3.26	3.27	3.28	3.29	3.30	3.31	3.32	3.33	3.34	3.35
Resultados obtidos												
Números padrões	3.36	3.37	3.38	3.39	3.40	3.41	3.42	3.43	3.44	3.45	3.46	3.47
Resultados obtidos												
Números padrões	3.48	3.49	3.50	3.51	3.52	3.53	Soma total					
Resultados obtidos												

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	0 a 59	60 a 119	120 a 179	180 a 239	240 a 300

Classificação da Dimensão: Organização do Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde

Subdimensões	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
	1 pt	2 pt	3 pt	4 pt	5 pt
E					
F					
Soma dos pontos =					

Média dos pontos _____ (soma dos pontos / 2)

Classificação	Muito Insatisfatório	Insatisfatório	Regular	Satisfatório	Muito Satisfatório
Pontos	1	2	3	4	5

ANEXO

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metasp	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metasp>	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metasp>	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metasp	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metás	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metás	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação-problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados



SAÚDE
MAIS PERTO DE VOCÊ

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA