

MINISTÉRIO DA SAÚDE

OFICINA de QUALIFICAÇÃO do NASF



Brasília-DF
2010

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

OFICINA de QUALIFICAÇÃO do NASF



Série C. Projetos Programas e Relatórios

Brasília-DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br>

Série C. Projetos Programas e Relatórios

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação de Gestão da Atenção Básica DAB/SAS/MS
Setor de Administração Federal Sul - SAF - Quadra 2
Lote 5/6 Edifício Premium - Torre II - Auditório - Sala 10
CEP: 70.070-600 - Brasília - DF
FONE: (61) 3306-8505 / 3306-8099
E-mail: dab@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/dab

Supervisão geral:

Claunara Schilling Mendonça

Coordenação:

Nulvio Lermen Júnior
Elisabeth Susana Wartchow

Autores:

Rosani Pagani
Fabiane Minozzo
Natali P. Minóia
Clesimary Evangelista M. Martins
Juliana O. Soares
Patrícia Sampaio Chueiri
Celina M. P. de Cerqueira e Silva

Normalização:

Aline Santos Jacob

Coordenação Editorial:

Renata Ribeiro Sampaio
Antonio Sérgio de Freitas Ferreira

Revisão:

Ana Paula Reis

Projeto gráfico, diagramação e capa:

Artmix – Studio de criação

Impresso no Brasil | *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Oficina de qualificação do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de
Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
86 p. : il. (Série C. Projetos Programas e Relatórios)

ISBN 978-85-334-1763-2

1. Atenção primária à saúde. 2. Agente comunitário de saúde. 3. Educação em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 616-051

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 0588/2010

Títulos para indexação:

Em inglês: Workshop for Family Health Support Team improvement

Em espanhol: Taller para calificación de equipos de apoyo a la Salud de la Familia

Sumário

APRESENTAÇÃO	7
---------------------------	----------

CAPÍTULO I	11
-------------------------	-----------

1 Qualificação do NASF	11
-------------------------------------	-----------

1.1 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	11
--	----

1.1.1 Contextualização	11
------------------------------	----

1.1.2 Processo de trabalho e as ferramentas do NASF	12
---	----

1.2 PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL	14
--	----

1.2.1 Objetivo geral	15
----------------------------	----

1.2.2 Plano de ação para a redução da mortalidade infantil	16
--	----

1.3 OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF	17
---	----

1.3.1 Objetivos	17
-----------------------	----

1.3.2 Metodologia	17
-------------------------	----

1.3.3 Produtos	18
----------------------	----

1.3.4 Programação geral	18
-------------------------------	----

1.3.5 Público-participantes das oficinas	20
--	----

1.3.6 Organização das oficinas	20
--------------------------------------	----

CAPÍTULO II	25
--------------------------	-----------

2 Atribuições gerais	25
-----------------------------------	-----------

2.1 ATRIBUIÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROJETO DO NASF	25
---	----

2.1.1 Coordenadores do projeto	25
--------------------------------------	----

2.1.2 Apoiadores dos estados (Consultores da Coordenação de Gestão da Atenção Básica / MS)	26
---	----

2.1.3 Facilitadores nacionais da oficina do NASF	26
--	----

2.2 ATRIBUIÇÕES DOS ESTADOS NO PROJETO DO NASF	27
--	----

2.3 ATRIBUIÇÕES DOS MUNICÍPIOS EM RELAÇÃO AS OFICINAS DO NASF	27
---	----

CAPÍTULO III.....	31
3 Ações das categorias do nasf no cuidado materno-infantil	31
3.1 AÇÕES COMUNS DOS PROFISSIONAIS DO NASF NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL	32
3.2 AÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DO NASF PARA AUXILIAR NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL	35
3.3 DOCUMENTO DE AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA GESTÃO COM IMPACTO NAS CAUSAS EVITÁVEIS DE MORTALIDADE INFANTIL	56
3.3.1 Ações de impacto nas causas evitáveis por ações de imunoprevenção: profissionais das equipes de saúde da família	56
3.3.2 Ações de impacto nas causas evitáveis por adequada atenção à mulher na gestação.....	57
3.3.3 Ações de impacto nas causas evitáveis por adequada atenção à mulher no parto	60
3.3.4 Ações de impacto nas causas evitáveis por adequada atenção ao recém-nascido.....	60
3.3.5 Ações de impacto nas causas evitáveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	62
3.3.6 Ações de impacto nas causas evitáveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde	64
3.3.7 Fatores de risco e situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou avaliação com especialista	65
REFERÊNCIAS.....	69
ANEXOS.....	72
ANEXO A – Kit Ministério da Saúde	72
ANEXO B – Kit estadual	72
ANEXO C – Instrumentos utilizados na oficina	72
ANEXO D – Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008.....	80

A apresentação

O projeto **Oficina de Qualificação do NASF- Intensificando as ações de redução da mortalidade infantil**, é uma das respostas do Departamento de Atenção Básica (DAB) a necessidades do Ministério da Saúde e do próprio departamento.

Em 2008 o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), uma proposta inovadora para o SUS, com o objetivo de fortalecer e ampliar as ações e a resolutividade na Atenção Primária a Saúde/ Estratégia Saúde da Família. Com a criação dos NASF e o início do desenvolvimento do seu processo de trabalho o DAB identificou a necessidade de propor um método formativo que focasse a qualificação do processo de trabalho destas equipes.

Além disso, o Ministério da Saúde tem como uma das suas prioridades trabalhar a redução da mortalidade infantil nas Regiões do Nordeste e da Amazônia Legal como parte de um compromisso nacional para acelerar a redução das desigualdades regionais. Para isso foram pactuadas ações e disponibilizados recursos e apoio técnico, para a atenção à mulher no pré-natal, parto e puerpério e à criança, em 256 municípios prioritários dos 17 Estados da Amazônia Legal e Nordeste, responsáveis por 50% dos óbitos em menores de um ano. Nesse sentido, o Departamento de Atenção Básica estabeleceu algumas prioridades que foram pactuadas com as Secretarias Estaduais de Saúde, entre elas, destaca-se a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), a implantação de novas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a qualificação das equipes de SF e NASF em relação à atenção à gestante e à criança.

A fim de responder as necessidades colocadas, o DAB/MS propõe a **Oficina de Qualificação do NASF – Intensificando as ações de redução da mortalidade infantil**, caracterizada pela realização inicialmente de oficinas estaduais que discutem o processo de trabalho das equipes NASF, tendo como objetivo qualificar a atuação dessas equipes, principalmente, em relação à redução da mortalidade infantil, com ações para atenção a gestante e à saúde da criança.

Nestas oficinas são problematizados os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde, o papel dos NASF em relação às equipes de SF e à rede de atenção à saúde locorregional, assim como são discutidos os aspectos sobre gerenciamento e programação de ações afim de disparar o planejamento de intervenções que venham ao encontro da qualificação da atenção à gestante e à criança até cinco anos. Neste primeiro momento do projeto, o assunto disparador das discussões sobre o processo de trabalho das equipes NASF será a Mortalidade Infantil, nos momentos seguintes as oficinas terão como temas outras necessidades de saúde ou de educação permanente de acordo com o contexto.

1 Qualificação do NASF

1.1 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1.1 Contextualização

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda intervenção ampla em diversos aspectos para que possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, exigindo um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato do usuário com a rede assistencial do sistema de saúde e caracteriza-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária e competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

Dessa forma, são definidos os quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade e a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema.

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, o que vem provocando importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008.

O NASF deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF nos quais o NASF está inserido.

Existem duas modalidades de NASF: o NASF 1, que deverá ser composto por no mínimo cinco das profissões de nível superior (psicólogo; assistente social; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional da Educação Física; nutricionista; terapeuta ocupacional; médico ginecologista; médico homeopata; médico acupunturista; médico pediatra; e médico psiquiatra), vinculado a no mínimo 8 e no máximo 20 equipes de Saúde da Família, e o NASF 2, que deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; e terapeuta ocupacional), vinculado a no mínimo 3 equipes de Saúde da Família. Fica vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal.

A definição dos profissionais que irão compor a equipe dos NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

O NASF tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde, a saber: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

1.1.2 Processo de Trabalho e as Ferramentas do NASF

O processo de trabalho dos NASF, nos territórios de sua responsabilidade, deve ser estruturado priorizando:

- (a) Ações Clínicas compartilhadas para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, atendimento conjunto, realização de projeto terapêutico singular, reuniões, orientações, bem como, apoio por telefone, e-mail, etc.;
- (b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias. E nestes casos continuar compartilhando com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade;
- (c) Ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e outros setores. Por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais etc.).

Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas podem ser enumeradas, das quais são exemplos: Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território (PST) e Pactuação do Apoio.

A seguir serão explicadas sucintamente as ferramentas¹:

- ✓ Apoio Matricial: os profissionais (NASF e SF) irão compartilhar os seus saberes, ampliando a resolução dos problemas mais comuns. O Apoio tem duas dimensões:
 - Dimensão assistencial: é aquela que vai originar uma ação clínica direta com os usuários;
 - Dimensão técnico-pedagógica: é aquela que vai gerar uma ação e apoio educativo com e para a equipe.
- ✓ O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo e resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e usuário, com apoio matricial, se necessário. Podendo ser estruturado por meio dos momentos de: diagnóstico, definição de metas, responsáveis, avaliação;

¹ Material do **Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (versão preliminar).

- ✓ Projeto de Saúde no Território: é uma estratégia das equipes de referência (equipe de SF) e de apoio (NASF) para desenvolver ações na produção da saúde no território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades.
- ✓ Clínica Ampliada: tomar a saúde como seu objeto, considerando o risco do sujeito em seu contexto.
 - Tem como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia das pessoas. Realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico, mas também o contexto singular do sujeito e definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade das demandas de saúde.
- ✓ Pactuação do Apoio em duas dimensões:
 - Construção do Projeto do NASF em conjunto com os gestores, equipe de SF e Controle Social; e
 - Pactuação do processo de trabalho do NASF entre gestores, equipe de SF, NASF e a participação social.

A equipe do NASF e as equipes da Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão e constituição de uma rede de cuidados. Por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Dessa maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família, e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado que se pretende pela Saúde da Família.

Propõe-se que as intervenções do NASF sejam pautadas por nove áreas estratégicas. São elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. Dentro de tal perspectiva, o NASF busca superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado de forma corresponsabilizada com a ESF. Sua implementação implica, portanto, necessidade de estabelecer espaços rotineiros de reunião, o que incluiria discussão de casos, planejamento de ações, estabelecimento de contratos, definição de objetivos, critérios de prioridade, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação, resolução de conflitos etc. Tudo isso não acontece automaticamente, tornando-se necessário que os profissionais, tanto do NASF como das equipes de Saúde da Família, assumam sua responsabilidade na cogestão da saúde e os gestores coordenem esse processo, em constante construção.

Entre as várias ações do NASF, em conjunto com as equipes de Saúde da Família, encontra-se o apoio às atividades que visam à redução da mortalidade infantil.

A redução da mortalidade infantil é uma prioridade da Presidência da República e conta com esforços de várias Secretarias do Ministério da Saúde que firmaram o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil junto com as Secretarias Estaduais de Saúde.

1.2 PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões do Nordeste e da Amazônia Legal faz parte de um compromisso para acelerar a redução das desigualdades regionais por meio do enfrentamento dos seguintes desafios:

- Redução do analfabetismo;
- Redução da mortalidade infantil;
- Erradicação do sub-registro civil; e
- Fortalecimento da agricultura familiar.

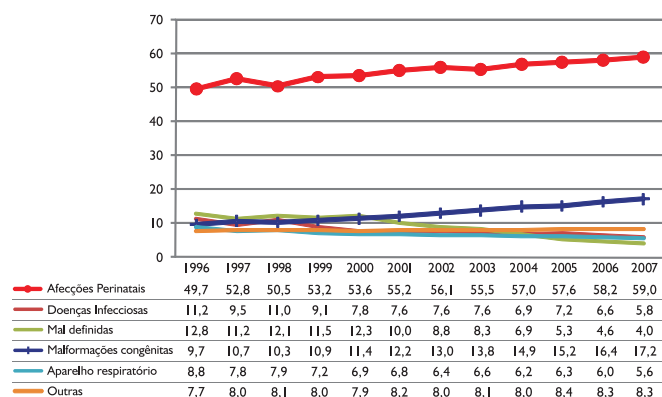
Em relação à redução da mortalidade infantil, a meta estipulada pelo governo federal é de reduzi-la em no mínimo 5% ao ano (2009 e 2010), com foco na **mortalidade neonatal** (até 27 dias).

As pesquisas apontam que aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos ocorrem por causas evitáveis, dentre elas, inadequada atenção à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê. Além desses fatores, a mortalidade infantil também está associada à educação, ao padrão de renda familiar, ao acesso aos serviços de saúde, à oferta de água tratada e esgoto e ao grau de informação das mães.

A tendência de queda da taxa de mortalidade infantil tem sido acompanhada de importantes mudanças na composição das diversas causas de óbito de crianças de até um ano. Até a década de 80, as principais causas de morte estavam relacionadas às doenças transmissíveis, muitas delas decorrentes das condições ambientais e sociais e também da menor cobertura de serviços de Atenção Primária à saúde.

Nos últimos anos, o motivo primordial dos óbitos de crianças nessa faixa etária passou a ser as afecções perinatais, que dependem de fatores associados às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez e ao parto. As doenças infecciosas representavam 11,2% da mortalidade proporcional em 1996. Em 2007, caíram para 5,8%. Por outro lado, a proporção de óbitos por afecções perinatais aumentou de 49,7% para 59% no mesmo período (*ver gráfico 1*).

Gráfico 1 – Evolução da mortalidade proporcional em menores de um ano, segundo causas de óbito. Brasil, 1996 a 2007.



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS; IBGE.

1.2.2 Plano de ação para a redução da mortalidade infantil

O governo federal e os governos estaduais, assegurada a participação dos governos municipais, se comprometem a promover ações integradas de suas secretarias de saúde, respeitando os atos normativos regulamentares e pactos preexistentes no Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para a redução da mortalidade infantil, com ênfase na redução da mortalidade neonatal e priorizando os 256 municípios nos Estados da Região Nordeste e na Amazônia Legal, onde há o maior número de óbitos infantis.

1.2.2.1 Principais Ações Pactuadas no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil

As ações propostas estão dispostas nos seguintes eixos prioritários:

Qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido com reforço das ações de vigilância em saúde à gestante e ao recém-nascido, a partir do acolhimento com classificação de risco e de maior vulnerabilidade. Ressalta-se a necessidade de aprimoramento de ações, como: captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e intercorrências, incluindo a manutenção do acompanhamento de gestantes em pré-natal de alto risco, até a internação para o parto e após a alta hospitalar. Para cada gestante e recém-nascido de risco, deve ser elaborado o Projeto Terapêutico Singular, ou seja, o plano de cuidados, pela equipe de saúde (ESF/Atenção Primária) e envolvendo a usuária, com apoio de equipe interdisciplinar e da equipes especializadas quando necessário. A coordenação do cuidado é sempre de responsabilidade da ESF/Atenção Primária; quando a gestante ou RN estiver sob cuidado especializado e ou hospitalar, deve haver a articulação e corresponsabilização entre as equipes dos diversos pontos de atenção da rede, para a manutenção do cuidado integral. O vínculo com a gestante desde o pré-natal é parte integrante das ações de cuidado propiciando acolhimento na hora do parto e nas urgências durante a gravidez. O acolhimento com a classificação de risco (ACCR) é uma tecnologia que contribui para a qualificação do cuidado nas portas de entrada das maternidades/urgências e para reorganização dos processos de trabalho, possibilitando o fortalecimento do trabalho em equipe e a corresponsabilização entre os envolvidos. O acolhimento pressupõe também a participação da rede sociofamiliar da gestante no pré-natal e, em especial, no acompanhamento durante toda a internação para o parto. A vigilância em saúde e monitoramento das gestantes e RN deve ser contemplada, em especial para aqueles de maior risco, além da vigilância dos óbitos.

Educação na saúde mediante a educação permanente em saúde dos profissionais de saúde. O processo de qualificação será direcionado para os profissionais de saúde das ESF, NASF, maternidades/hospitais/UTIs neonatais e SAMU.

Gestão da informação mediante a educação permanente dos profissionais de saúde. O processo de qualificação será direcionado para os profissionais de saúde das ESF, NASF, maternidades/hospitais/UTIs neonatais e SAMU.

Vigilância do óbito mediante estruturação das ações de vigilância dos óbitos maternos, fetais, infantis e de óbitos por causa mal definida nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e monitoramento contínuo da ocorrência desses óbitos no Estado e nos municípios.

Fortalecimento do controle social, mobilização social e comunicação mediante a promoção de ações de controle social, mobilização social e comunicação, visando uma atenção qualificada para as gestantes e os recém-nascidos, com especial atenção para a primeira semana de vida das crianças residentes no Estado, sexo seguro e prevenção da gravidez não desejada na adolescência.

Produção de conhecimento e pesquisas mediante o fomento de pesquisas no Nordeste e Amazônia Legal que mostre o perfil do parto e nascimento, o diagnóstico do parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais e avaliação da qualidade da atenção pré-natal e puerpério em municípios de pequeno porte; assim como a produção de revisões sistemáticas sobre efetividade das intervenções para redução da mortalidade neonatal em áreas marcadas pela pobreza e insuficiente rede de atenção.

1.3 OFICINA DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO NASF

Com o objetivo de qualificar a atuação das equipes de NASF propõe-se a realização de oficinas de qualificação do processo de trabalho relacionadas as necessidades de saúde. Nessa oficina, pretende-se discutir os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde, o papel dos NASF em relação às equipes de SF e à rede de atenção à saúde local/regional, assim como discutir aspectos sobre gerenciamento e programação de ações e disparar o planejamento de intervenções que venham ao encontro da qualificação da atenção a saúde.

1.3.1 Objetivos

- Realizar alinhamento conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde;
- Realizar alinhamento conceitual sobre as diretrizes e o processo de trabalho do NASF;
- Realizar alinhamento conceitual e problematização sobre integração do NASF com as equipes de SF e as Redes de Atenção à Saúde local/regionais;
- Discutir aspectos elementares sobre gerenciamento e programação de ações;
- Discutir e problematizar a atuação do NASF junto às ESF;
- Construir uma proposta de intervenção com foco no tema central da oficina.

1.3.2 Metodologia

- Exposição dialogada sobre a Atenção Primária à Saúde e ESF local ;
- Exposição dialogada sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- Exposição dialogada sobre o tema central da oficina;
- Exposição dialogada sobre o NASF e o seu panorama de implantação no Brasil;
- Apresentação de experiência municipal de Apoio Matricial e/ou de NASF com foco no tema central da oficina;

- Trabalho em grupo – leitura e discussão de textos;
- Problematização em grupos de trabalho (discussão de caso, construção de Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Intervenção, Apoio Matricial etc.);
- Construção de uma proposta de intervenção relacionadas ao tema.

1.3.3 Produtos

- Alinhamento conceitual;
- Projeto de intervenção por NASF de cada município;
- Definição da forma de multiplicação dos temas da oficina por município;
- Projeto de Monitoramento da implementação dos projetos de intervenção e de multiplicação dos temas da oficina pelos municípios e estado.

1.3.4 Programação geral

1º DIA

MANHÃ

- Abertura: Acolhida pelo Estado
 - Integração dos participantes – apresentação das expectativas;
 - Apresentação da proposta da oficina.
- Pré-teste sobre os conceitos (Anexo C - A)
- Apresentação e discussão: Atenção Primária à Saúde
 - Diretrizes e os atributos da APS/SF;
 - Organização e o processo de trabalho da APS/SF;
 - Atribuições dos profissionais da APS/SF;
 - Apresentação da APS no Estado.

TARDE

- Apresentação de experiência exitosa municipal de Apoio Matricial e/ou de NASF
- Exposição dialogada sobre NASF
 - Refletir sobre as diretrizes do NASF;
 - Discutir sobre as principais ferramentas e estratégias de ação propostas para os profissionais do NASF;
 - Problematizar o processo de trabalho do NASF;
 - Discutir o papel do NASF no Sistema de Saúde.
- Divisão em subgrupo. Discussão: “Como os conceitos apresentados estão sendo praticados?”
- Plenária

2º DIA

MANHÃ

- Temas Central da Oficina (exemplo: Pacto de Redução da Mortalidade Infantil – Nacional e Estadual)
 - Exposição dialogada sobre o Pacto de Redução da Mortalidade Infantil – Nacional e Estadual;
 - Apresentação de ações e metas pactuadas pelo Estado e município para redução da mortalidade infantil;
 - Programação e planejamento das ações da puericultura e do pré-natal (sistema de informação – PROGRAB, AMQ, SIAB);
 - Divisão em subgrupo: “O que estamos fazendo para a redução da mortalidade infantil?” (utilizar o documento Ações da ESF nas causas evitáveis).

TARDE

- Caso clínico (profissionais do NASF em suas diversas categorias junto com a ESF);
- Leitura do documento das categorias do NASF;
- Rediscussão do caso a partir do documento;
- Plenária;
- Construção por NASF: “Como será a multiplicação dos temas da oficina no município”. (Instrumento em Anexo C - C).

3º DIA

MANHÃ

- Apresentação sobre redes de atenção e linhas de cuidados
- Divisão em subgrupos para reflexão:
 - “Como é a rede assistencial do meu município focando o tema central da oficina?”
 - “Como posso melhorá-la desencadeando o processo de intervenção?”

TARDE

- Construção da proposta de intervenção sobre o tema central por NASF de cada município (exemplo: Modelo Lógico Simplificado - Anexo C - D).
- Apresentação dos projetos de intervenção.
- Pós-teste (Anexo C - F)
- Avaliação aberta (ex. “Que bom”, “que pena”, “que tal...”)
- Avaliação escrita (Anexo C - G)

1.3.5 Público-participantes das oficinas

Um representante por município de cada categoria profissional que compõe às equipes de saúde da família e de saúde bucal (incluindo Agentes Comunitários e Auxiliares e Técnicos), os coordenadores municipais de APS e do NASF, o coordenador estadual da APS e NASF, todos os profissionais dos NASF dos municípios e representantes da educação permanente no estados.

1.3.6 Organização das oficinas

Nesta parte descreve-se um passo a passo breve para a organização das oficinas, já que este manual tem como um dos objetivos ser orientador para a multiplicação das oficinas para qualquer espaço de gestão que tenha interesse em replicá-las.

O formato da oficina propicia que ela possa ser realizada com temas centrais, como, por exemplo: mortalidade infantil, doenças crônicas, entre outras, indo ao encontro das necessidades de saúde da população como também às necessidades locais de educação permanente dos profissionais.

- **Primeiro Passo: Planejamento**
 - Definição conjunta entre gestor, profissionais e conselhos de saúde sobre o tema central da oficina.
 - Definição do público alvo é fundamental. Recomendamos que além dos profissionais do NASF, os coordenadores da APS/NASF e os profissionais das equipes Saúde da Família façam sempre parte do público alvo das oficinas
 - Agendar as datas e horários para a realização das oficinas.
- **Segundo Passo: Responsabilização**
 - Definir os responsáveis por cada função (ex.: coordenadores, facilitadores, apoiadores, etc.).
 - Dividir as responsabilidades da oficina entre os facilitadores.
- **Terceiro Passo: Organização**
 - Elaborar e encaminhar o convite para os participantes da oficina com antecedência suficiente para garantir a participação de todos.
 - Organizar o material didático (*Kit Ministério da Saúde, Kit Estadual, material de didático, material áudio-visual etc.*).
 - Ter um responsável para acompanhar a organização local (estrutura física, confirmação dos participantes, lista de presença, alimentação, hospedagem se necessário).

- **Quarto Passo: Pré-oficina**
 - Checar todo o material necessário para oficina (kits, lista de presença, material de didático e áudio-visual).
 - Preparar o local onde será realizada a oficina.

- **Quinto Passo: Oficina**
 - Realizar a oficina conforme a pactuação e cronograma proposto.

- **Sexto Passo: Pós-oficina**
 - Avaliar a oficina.
 - Preparar os relatórios.
 - Acompanhar os projetos de intervenção elaborados na oficina.

Este capítulo define as atribuições e as responsabilidades de cada ator envolvido no projeto e no desenvolvimento das oficinas de qualificação do NASF. Foram pensadas de acordo com o projeto atual, focando a multiplicação nos estados e municípios, mas essa metodologia pode ser realizada em qualquer nível de gestão e, portanto as atribuições e responsabilidades devem ser adaptadas aos contextos locais.

2 Atribuições Gerais

2.1 ATRIBUIÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO PROJETO DO NASF

- Enviar um *Kit Material Ministério da Saúde* da oficina para cada equipe de NASF que participará da oficina e coordenadores APS/NASF;
- Solicitar e enviar ao Estado o material que deve ser reproduzido (Kit Estadual) que serão utilizados na oficina e que caberá ao estado sua replicação e entrega aos participantes;
- Os coordenadores do projeto e os apoiadores de Estado deverão acompanhar o desenvolvimento das oficinas que serão realizadas pelos facilitadores nacionais;
- Incentivar e fortalecer o acompanhamento dos Estados na realização das oficinas e, posteriormente, a multiplicação dos temas e a implantação do projeto de intervenção nos municípios;
- Financiar passagens e diárias para os facilitadores nacionais realizarem a oficina;
- Atualizar os dados referentes aos NASF e os indicadores relacionados ao tema;
- Realizar encontros a cada seis meses, durante o tempo do projeto, entre os coordenadores do projeto, facilitadores nacionais, consultores do MS.
- Contatar os Estados para pactuação e a operacionalização das oficinas.

2.1.1 Coordenadores do projeto

Responsabilidades:

- Contatar os Estados para a operacionalização das oficinas;
- Apoiar as coordenações estaduais de Atenção Primária na organização das oficinas nos estados;
- Estabelecer vínculo entre o coordenador estadual da Atenção Primária e os facilitadores nacionais que conduzirão as oficinas *in loco*;
- Organizar e solicitar o envio do *kit* material do Ministério da Saúde;
- Enviar a a solicitação do Kit Estadual com o material que o estado deve multiplicar;

- Acompanhar, quando necessário, junto com os facilitadores nacionais e apoiadores dos Estados, o desenvolvimento das oficinas e;
- Realizar encontros a cada seis meses, durante o tempo do projeto, entre os
- coordenadores do projeto, facilitadores nacionais, consultores do MS e coordenadores da Atenção Primária Estadual.

2.1.2 Apoiadores dos estados (Consultores da Coordenação de Gestão da Atenção Básica / MS)

Responsabilidades:

- Facilitar o contato entre o coordenador estadual da Atenção Primária e os coordenadores do projeto e os facilitadores nacionais;
- Se apropriar junto a coordenação de acompanhamento e avaliação (CAA/DAB/MS) dos dados necessários para a oficina (indicadores prioritários relacionados ao tema) e repassar aos facilitadores nacionais;
- Apoiar os Estados na organização das oficinas do NASF;
- Analisar junto com o Estado o desenvolvimento das oficinas;
- Acompanhar, juntamente com o Estado, a multiplicação dos temas das oficinas nos municípios;
- Acompanhar, juntamente com o Estado, o desenvolvimento dos projetos de intervenções (produtos das oficinas descentralizadas).

2.1.3 Facilitadores nacionais da oficina do NASF

Responsabilidades:

- Realizar a multiplicação da oficina do NASF nos Estados conforme cronograma estabelecido entre Ministério da Saúde e Estado;
- Articular-se, anteriormente à realização da oficina, com os consultores do DAB e os coordenadores da Atenção Primária à Saúde dos Estados a fim de adequar a oficina à realidade local;
- Entregar relatório de atividade e a avaliação formal da oficina aos coordenadores do projeto, após a realização de cada oficina.

Relatório de Atividade: Este relatório deve ser preenchido no fim da oficina pelos facilitadores. Ele tem como objetivo dar uma idéia, resumida, para a coordenação do projeto, apoiador de estado e para o próprio facilitador do andamento das oficinas nos estados, para que eventuais alterações possam ser realizadas e planejadas de acordo com o necessário. Eventualmente o relatório pode servir também para prestação de contas dos facilitadores em relação às atividades do projeto ao MS. (Instrumento 7.3 A nos anexos)

