

# ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO DO NASF

Jorge Zepeda  
Gerente de APS da SMS de Florianópolis

I Encontro Estadual dos NASF de SC  
Florianópolis, Novembro de 2012

# ROTEIRO DE CONVERSA

1. LUGAR DE ONDE FALO: NASF EM FLORIANÓPOLIS
2. QUAIS SÃO OS RECURSOS NECESSÁRIOS PARA OPERAR O NASF
3. O QUE PARECE NÃO ADIANTAR OU NÃO FUNCIONAR
4. O QUE PARECE SER IMPORTANTE OU DEVE SER DESENVOLVIDO
5. COMO MONITORAR O TRABALHO DO NASF
6. PERSPECTIVAS: CAB/NASF, AMAQ/NASF, MODELO LÓGICO
7. ALGUMAS EVIDÊNCIAS DISPONÍVEIS

# LUGAR DE ONDE FALO: NASF EM FLORIANÓPOLIS

# AM PRÉ-NASF (2006-2009)

- AM em saúde mental (psiquiatria e psicologia) desde 2006
- Experiências com nutrição e algumas especialidades médicas
- Realocação de profissionais de UBS tradicionais e policlínicas para realizar AM
- Papel central de apoiador institucional (SM) na implantação, junto às equipes

# IMPLANTAÇÃO NASF (2009-2010)

- Construção compartilhada de diretrizes (IN) entre APS e MC
- Gestão pelos distritos sanitários e APS
- Função de retaguarda assistencial - central desde o início
- Desvinculação clara do apoio institucional
- Oficinas de implantação com ESF e NASF

# CONSOLIDAÇÃO (2011-12)

- Autonomia gerencial para os distritos
- Revisão do registro de atividades
- Definição de parâmetros de monitoramento
- Revisão (detalhamento) da Normativa
- Integração de apoiadores complementares
- Pesquisa avaliativa (EA/implantação)

# ESTRUTURA / CAPACIDADE

- 111 ESF / 90% de cobertura ESF
- Expansão recente de 7 para 12 NASF (média de 1 NASF para 9,5 ESF)
- Nove profissões, com territórios diferentes
- Cobertura total, ou garantia de referência, mesmo com desproporção ESF/NASF
- Algumas atividades prioritárias comuns e algumas diferentes por profissão
- Processos de trabalho definidos por profissão

# NASF E APOIO COMPLEMENTAR

- De acordo com disponibilidade e necessidade, pode haver apoiadores matriciais complementares, para além da composição para credenciamento no CNES.
- Preferencialmente seguem o **mesmo regime de trabalho** dos demais profissionais NASF, independentemente da carga horária ou recebimento de gratificação.
- Devem **dividir a responsabilidade pelo território** com os demais profissionais da mesma categoria, proporcionalmente à carga horária dedicada a apoio matricial.
- Podem dedicar parte de sua **carga horária para atividades específicas de seu núcleo** que não sejam de apoio matricial, desde que por decisão da DAPS e respectivo Distrito Sanitário.
- (FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, FARMÁCIA; MÉDICOS)



# ALGUMAS PRÁTICAS MUNICIPAIS

- GRUPO ABERTO DE APOIO PSICOLÓGICO
- GRUPO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
- GRUPO DE CAMINHADA ORIENTADA
- REUNIÃO DE MATRICIAMENTO EM SM (PSIQ/PSIC)
- REUNIÃO DISTRITAL DE SM (COM CAPS)
- APOIO DO FARMACÊUTICO AOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA
- GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA PELOS FISIOTERAPEUTAS
- TODOS PROFISSIONAIS NASF ATENDEM SE NECESÁRIO
- GRUPOS DE NOVOS PAIS (PED)
- GRUPOS DE TRIAGEM PARA PAIS/CRIANÇAS (PSIC/PED)

# O QUE O NASF TRAZ DE NOVO

- Uma abordagem clínica (clínica ampliada, centrada nas pessoas, interdisciplinar, projetos terapêuticos)
- **Um modelo de organização de serviços** (mecanismos de integração de especialistas na atenção primária)
- Elementos para favorecer a integração (estudados no âmbito da PNH)
- Ao mesmo tempo uma metodologia para a gestão integrada da atenção à saúde e uma proposta de reforma das organizações de saúde no sentido da democratização das relações e mudança de cultura nas organizações de saúde
- **MEU FOCO: MECANISMO PARA ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS E/OU PROFISSIONAIS NA APS – PARA RESOLVER PROBLEMAS CLÍNICOS E SANITÁRIOS DA APS!**

QUAIS SÃO OS RECURSOS  
NECESSÁRIOS PARA OPERAR O  
NASF?

# RECURSOS / ESTRUTURA

- **Financiamento** (pagamento dos profissionais)
- **Organização** do espaço físico nas unidades
- Mapeamento de espaços e recursos das comunidades
- **ESF** com território/população definidos
- **Normas, diretrizes** e materiais de suporte técnico (**operacionais**)
- **Sistema de registro**
- Equipe de **gerentes e apoiadores** comprometida e com conhecimento da proposta
- **Reuniões** para planejamento, EP e resolução de problemas
- Mecanismos de **acesso** ao NASF definidos (inclusive encaminhamentos externos)
- **Monitoramento** do trabalho do NASF (*prestação de contas, defesa do modelo, atribuição de resultados...*)

O QUE PARECE NÃO ADIANTAR  
OU NÃO FUNCIONAR?

# ERROS COMUNS

- Tentar juntar todos os profissionais nas atividades e reuniões
- Esperar a ESF parar tudo para planejar com o NASF
- Usar textos teóricos sobre NASF e apoio matricial para formação
- Aumentar o número de reuniões do NASF para integrar o trabalho
- Planejar atividades do NASF sem a ESF
- Apostar apenas nos coordenadores locais para integração
- Apostar apenas nos profissionais para divisão de trabalho
- Apostar apenas nas normas e diretrizes para organizar o trabalho
- Tentar convencer a ESF da importância do apoio antes de apoiar
- Explicar o que é o NASF pelo que ele não é
- Organizar as atividades em função do que os profissionais NASF acham importante (ex. dos “grupos que não funcionam”)

O QUE PARECE SER IMPORTANTE  
OU DEVE SER DESENVOLVIDO?

# ALGUNS ACERTOS

- Agenda transparente e disponível para as unidades
- Gestão descentralizada com coordenação central
- Apoio institucional regular em nível local
- Normas e diretrizes detalhadas escritas
- Monitoramento do registro e da produção
- Iniciar o apoio pelas maiores demandas das ESF
- Atender casos represados no início e provocar a discussão dos casos a partir disso
- Discutir listas de espera e pastas de encaminhamentos
- Espaços de integração com MC e CAPS



# COISAS PARA DESENVOLVER

- Apoio institucional regular em nível local
- Monitoramento do registro e da produção
- Sensibilização dos médicos para o trabalho com o NASF
- Mecanismos de comunicação entre os profissionais (lista de emails, programas de mensagens, troca de telefones)
- Mecanismos de gerenciamento de casos
- Mecanismos de priorização de casos e regulação
- Mecanismos para lidar com a demanda espontânea (grupos abertos, contato em urgências)
- Espaços de integração com MC e CAPS
- Discussão de casos como forma de integração
- CONDUÇÃO / GESTÃO DA ATENÇÃO

# COMO MONITORAR O TRABALHO DO NASF?

# PARÂMETROS

- Proporção de tempo por tipo de atividades
- Atividades mínimas gerais e específicas
- Ênfase no registro correto
- Controle do excesso de reuniões
- Áreas de interesse, unidades ou ESF prioritárias
- Buscar impressão das ESF sobre o NASF
- Identificar e utilizar exemplos locais de boas práticas

# CÓDIGOS DE REGISTRO - RAAI

- **PROCEDIMENTO**

- CONSULTA NA ATENÇÃO BÁSICA
- CONSULTA DOMICILIAR

- **TIPO**

- ATENDIMENTO ESPECÍFICO
- CONSULTA DE MATRICIAMENTO
- DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS
- URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

# CÓDIGOS DE REGISTRO - RAAC

- **PROCEDIMENTO**

- ATIVIDADE EM GRUPO
- PRÁTICA CORPORAL/ATIVIDADE FÍSICA
- ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL
- REUNIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- **TEMA**

- DISCUSSÃO DE CASO
- ATENDIMENTO ESPECÍFICO EM GRUPO
- GRUPO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
- EDUCAÇÃO PERMANENTE
- ATIVIDADE DE PLANEJAMENTO
- ATENDIMENTO FAMILIAR

# ATIVIDADES MÍNIMAS (TODOS)

Realizar encontros regulares com todas as ESF que apóia para:

- **regular o acesso** de usuários entre as equipes de ESF e NASF
- definir limites e **responsabilidades** de cada profissional
- discutir **projetos terapêuticos** para pessoas e coletivos
- planejar, realizar e avaliar **atividades colaborativas** diretas

Definir em conjunto com as ESF apoiadas, e disponibilizar para estas:

- **critérios de prioridade** para atendimentos específicos
- **critérios de acesso** a grupos e outras atividades realizadas
- **orientações** para situações comuns relacionadas com seu núcleo
- **forma de contato** em situações imprevistas ou urgentes

Apoiar as ESF, à distância ou presencialmente, em **situações urgentes** ou imprevistas envolvendo seu núcleo profissional, incluindo atendimentos urgentes quando necessário;

# ATIVIDADES MÍNIMAS (TODOS)

- Disponibilizar **agenda mensal** para todas as ESF e coordenações;
- **Registrar**, em prontuário comum com as ESF, todas suas ações específicas na atenção compartilhada;
- Atender pessoas de **todas as faixas etárias**, com **todos os tipos de problemas**, dentro dos limites de seu núcleo profissional e segundo fluxos pactuados com as ESF ou normatizados pela SMS;
- Apoiar **grupos** e outras ações coletivas realizadas pelas ESF
- Realizar **visita** domiciliar com a ESF quando solicitado;
- Realizar **educação permanente** das ESF e população sobre as especificidades (limites, ofertas terapêuticas) de seu trabalho no âmbito da atenção primária.

# EXEMPLO DE ATIVIDADES ESPECÍFICAS (FISIOTERAPIA)

- **ATIVIDADES MÍNIMAS**

- Discussão de casos e orientações sobre acesso na APS e MC
- Gestão das listas de espera na APS e MC
- Grupos terapêuticos para os problemas mais comuns

- **TEMAS PARA MATRICIAMENTO / EDUCAÇÃO PERMANENTE**

- Orientações posturais e para prática de exercícios; Estimulação de pessoas com restrição de movimentos; Exercícios para musculatura pélvica (...)

- **OUTRAS AÇÕES IMPORTANTES (específicas ou conjuntas)**

- Grupos educativos e de orientação com profissionais de saúde; Grupos de cuidadores domiciliares; Visitas para orientação de cuidadores e de pessoas com restrições

- **CRITÉRIOS PARA ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS**

- Primeiros meses após AVC, cirurgia ou lesão ortopédica; Lombalgia e tendinites na gestação; Lesões relacionadas ao trabalho; Uso ou indicação de órteses e próteses

- **ARTICULAÇÕES IMPORTANTES**

- Serviços de reabilitação e assistência domiciliar
- Espaços públicos para prática de exercícios
- NASF: profissionais de educação física, geriatras



PERSPECTIVAS...

# NOVOS MATERIAIS

- **CAB**

- Utilizar sugestões e exemplos de organização do trabalho
- Enfatizar o apoio assistencial (principal atividade da APS)
- Diferenciar apoio temático e institucional

- **AMAQ**

- Diminuir os padrões para alguns poucos estruturantes
- Priorizar indicadores de estrutura e processo
- Utilizar evidências de integração de serviços para selecionar os padrões

# ESTUDOS AVALIATIVOS

- CONSTRUÇÃO DA AMAQ-NASF/SC
- INCLUSÃO DO NASF NA PMAQ
- CONSTRUÇÃO DE MODELO LÓGICO E MODELO DE AVALIAÇÃO / ESTUDO DE AVALIABILIDADE
- ANÁLISES DE IMPLANTAÇÃO
- PERGUNTAS FUNDAMENTAIS: O QUE PARECE SER MAIS IMPORTANTE? COMO MELHORAR A ADESÃO DOS PROFISSIONAIS? COMO MELHORAR A COMUNICAÇÃO? COMO FAZER A GESTÃO DO TRABALHO EM EQUIPE?

# ML: COMPONENTES E ATIVIDADES

## **1. RETAGUARDA ASSISTENCIAL**

Atendimentos individuais

Atendimentos coletivos

Ações educativas e preventivas

## **2. EDUCAÇÃO PERMANENTE**

### **Atendimentos compartilhados**

Discussão de casos

Discussão de temas com as ESF

## **3. ARTICULAÇÃO DE REDES**

Ativação de parcerias com outros setores

Facilitação da ligação com outros serviços

## **4. REGULAÇÃO DE ACESSO**

Discussão de listas de espera e encaminhamentos

Controle sobre agendamento para MC

## **(5. CONDUÇÃO)**

Gestão do trabalho, EP das equipes, gestão de conflitos

# ML: MECANISMOS DE MUDANÇA

- **(RETAGUARDA ASSISTENCIAL)**

- Aumento da oferta de consultas especializadas
- Aumento da oferta e da qualidade dos grupos
- Aumento na oferta de informação em saúde

- **(EDUCAÇÃO PERMANENTE)**

- Ampliação da capacidade de intervenção da ESF em situações complexas
- Melhora da comunicação sobre os casos
- Aumento do conhecimento e da autonomia da ESF

- **(ARTICULAÇÃO DE REDES)**

- Diversificação e coordenação de recursos disponíveis para saúde
- Facilitação do percurso do usuário pelas redes de atenção
- Maior conhecimento do território pela ESF

- **(REGULAÇÃO DE ACESSO)**

- Melhora (adequação) de encaminhamentos
- Priorização mais adequada de casos para atendimento

# ML: EFEITOS ESPERADOS

- Melhor **resolução** de episódios de doença
- Aumento no conhecimento em saúde da população
- Maior **abrangência** de problemas atendidos na APS
- Melhor **coordenação / continuidade** das ações entre profissionais na APS e na interface com MC/AE
- Melhor **qualidade** técnica das ações
- **Diversificação** das oferta da APS
- Melhoria no **acesso** a algumas ações e serviços (adequação do local de atendimento, diminuição de tempos de espera)

# EVIDÊNCIAS DISPONÍVEIS

# APOIO MATRICIAL X CUIDADOS COLABORATIVOS

- O apoio matricial combina componentes singulares, como a “função apoio”, a outros amplamente utilizados, como a interconsulta e os prontuários conjuntos.
- Apesar da singularidade de sua construção teórica, guarda semelhança com outras experiências e possui **componentes** comparáveis a outros já testados.
- A literatura internacional sobre **cuidados colaborativos** pode ser considerada uma informação útil para a análise e julgamento das iniciativas de apoio matricial.



# EXEMPLOS DE RESULTADOS 1

- Uma revisão sistemática (Bower et al, 2006) estabeleceu que cuidados colaborativos estruturados são mais efetivos e mais custo efetivos para depressão do que o tratamento usual, com benefícios mantidos em seguimentos de até cinco anos, principalmente para depressão severa.
- Os principais componentes relacionados a desfechos positivos para depressão foram estratégias de gerenciamento dos casos e encontros regulares com profissionais de saúde mental.
- Por outro lado, estratégias baseadas em treinamento isolado das equipes de atenção primária não demonstraram efetividade em melhorar resultados de saúde (Christensen, 2008)

## EXEMPLOS DE RESULTADOS 2

- Uma revisão (Christensen, 2008) dirigida para identificação dos componentes ativos dos modelos de cuidado em depressão encontrou que a maioria dos estudos que incorporaram como um de seus componentes “redefinição dos papéis profissionais”, definido como um processo de mudança ou acréscimo de tarefas nas funções dos profissionais teve resultados melhores do que o tratamento usual.
- Muitas vezes, esta redefinição de papéis foi feita no processo de introdução da função de gerenciamento de casos nas equipes, seja introduzindo novos profissionais ou através do treinamento de enfermeiros.

# EXEMPLOS DE RESULTADOS 3

- Uma revisão narrativa (Fuller et al, 2011) avaliou a efetividade das ligações entre serviços de atenção primária e saúde mental (ligações são definidas como processos que conectam profissionais e/ou serviços de atenção primária e saúde mental, desde que sejam de dupla via e estabeleçam relações contínuas).
- A maioria dos estudos que utilizaram combinações de estratégias das categorias “atividades colaborativas diretas”, “diretrizes pactuadas” e “sistemas de comunicação” tiveram desfechos positivos nos aspectos clínico, do serviço e econômico

# EXEMPLOS DE RESULTADOS 4

- Uma série de recomendações para fortalecimento das ligações entre atenção primária e especializada foi elaborada com base em uma revisão abrangente de estudos da saúde mental (Fuller et al, 2011):
  - - oferecer suporte em nível organizacional para o processo de integração;
  - - facilitar planejamento e manejo de problemas em conjunto pelos profissionais;
  - - desenvolver diretrizes locais em encontros regulares entre os profissionais;
  - - oferecer treinamento e suporte por pessoal comprometido com a proposta;
  - - devolver evidências de resultados das intervenções para os serviços.

ENFIM...

[jorgezepeda@pmf.sc.gov.br](mailto:jorgezepeda@pmf.sc.gov.br)

48 32391545