Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009

doi: 10.5123/S1679-49742012000400016

Care profile of a Family Health Support Centers in rehabilitation, Belo Horizonte Municipality, Minas Gerais State, Brazil, 2009

Dener Carlos dos Reis
Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

Tácia Maria Pereira Flisch
Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

Mariana Henriques Fraga Vieira
Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil

Wanderlin Soares dos Santos-Junior
Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte-MG, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na área de reabilitação, Regional Barreiro, Belo Horizonte-MG, Brasil. **Métodos**: estudo descritivo com dados coletados dos prontuários e fichas de atendimento do NASF de janeiro a julho de 2009, totalizando 453 atendimentos relacionados a 179 usuários. **Resultados**: predominou o atendimento de mulheres (58,1%), idosos (38,5%) e indivíduos com problemas osteomusculares (30,7%) e neurológicos (25,1%); do total de atendimentos, 38,5% foram realizados em domicílio e 31,3% por equipe multiprofissional; a alta por alcance dos objetivos ocorreu em 34,4% dos casos e 45,8% foram encaminhados para serviços de referência de reabilitação ou atividades de grupo do próprio Núcleo. **Conclusão**: o perfil de atendimento do NASF demonstrou que essa estratégia contribuiu para a continuidade do cuidado em reabilitação pautado na integralidade e para a promoção do trabalho interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Assistência Integral à Saúde; Reabilitação.

Abstract

***Objective**: to describe the profile of the consultations carried by the Family Health Support Centers (NASF) in Barreiro District, Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Methods**: data were collected from patients records from January to July of 2009, totaling 453 consultations related to 179 patients. **Results**: there was a higher prevalence of women (58.1%), elderlies (38.5%), patients with musculoskeletal (30.7%) and neurological (25.1%) problems. Of all visits, 38.5% were home care based and 31.3% done by a multidisciplinary team. The discharges due to treatment goals achievement occurred in 34.4% of the cases and 45.8% were referred for rehabilitation services or focused groups of the NASF. **Conclusion**: the profile of the NASF consultations showed that this strategy contributed to promote the continuity of care in rehabilitation and to enhance the interdisciplinary team work within the primary health care scope.*

***Key words**: Primary Health Care; Family Health; Comprehensive Health Care; Rehabilitation.*

Endereço para correspondência:
Rua dos Ferroviários, 90, Horto, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 31035-150
E-mail: denercarlosreis@yahoo.com.br

Introdução

São crescentes as demandas de atenção em saúde longitudinais – como as de reabilitação, foco deste estudo –, decorrentes, principalmente, da transição epidemiológica, nutricional e demográfica.[1] Inserem-se nesse cenário as demandas advindas das complicações e agravamentos das doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, obesidade e morbidades ocasionadas por acidentes:[2] por exemplo, lesões medulares, acidente vascular encefálico (AVE) e osteoatroses.[3,4] Há também, no Brasil, 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência visual, motora, auditiva, cognitiva, e observa-se um aumento significativo do número de pessoas com alguma incapacidade para as atividades diárias, resultante do processo de envelhecimento populacional.[5-7] Inserem-se, nesse debate, as ações de promoção e de prevenção desses agravos e suas complicações, que também devem ser instituídas de forma contínua no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS).

Diante dessa crescente demanda de atenção em saúde longitudinal, como a reabilitação na APS, muitas vezes dependente da ação multidisciplinar de áreas não contempladas na composição da equipe de Saúde da Família, a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) representa uma importante iniciativa de ampliação do acesso e de integralidade em saúde.[7]

> *A implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) representa uma importante iniciativa de ampliação do acesso e de integralidade em saúde.*

O NASF incorpora a atuação de profissionais de diversas áreas, médicos especialistas (pediatria; ginecologia; psiquiatria), psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas, para o apoio e o atendimento compartilhando com as equipes de Saúde da Família em nove áreas, entre as quais as de reabilitação.[7,8] É importante mencionar que o NASF não constitui uma porta de entrada e um serviço especializado na Atenção Primária em Saúde e sim uma proposta de matriciamento que busca garantir às equipes de Saúde da Família o apoio ao processo assistencial, estabelecendo as contribuições das distintas áreas e profissionais para a integralidade e construção de rede compartilhada entre apoio e referência.[9,10]

Na área da reabilitação, o NASF e as equipes de Saúde da Família atuam de forma colaborativa e compartilhada, em ações coletivas e clínicas como as de orientação à família e ao usuário, sobre manuseio, posicionamento e atividades da vida diária, ações de inclusão escolar, laboral ou social das pessoas com deficiência, e ações voltadas ao idoso com problemas de locomoção ou acamado. O NASF e as equipes de Saúde da Família também definem os encaminhamentos, se necessários, do usuário/família para obtenção de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e programas públicos de auxílio social. E planejam e executam projetos de saúde no território, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos que demandam por reabilitação nas populações mais vulneráveis.[7] O NASF representa uma importante iniciativa em resposta à problemática da oferta e da continuidade do cuidado na área de reabilitação. Porém, o impacto de sua implementação ainda precisa ser melhor investigado.

Este estudo se insere no campo de discussões sobre a integralidade das práticas de saúde, princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que permanece como um desafio no contexto da Atenção Primária à Saúde. Também se justifica pela necessidade de intensificar-se ações para a suplantação das formas fragmentadas de organização e oferta de serviços na rede de atenção do SUS,[11] de superação das barreiras que dificultam a efetivação de diretrizes que norteiam a integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, de continuidade do cuidado[12] e de ampliação da política de educação permanente dos profissionais de saúde, para uma abordagem de atenção à saúde integral e interdisciplinar, efetivamente.[13,14]

O presente estudo teve como objetivo descrever o perfil dos atendimentos realizados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – na área de reabilitação, no distrito sanitário Barreiro, município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou fonte de dados secundários para identificar o padrão demográfico e epidemiológico dos atendimentos do NASF

na área de reabilitação, na regional Barreiro, em Belo Horizonte-MG, no período de janeiro a julho 2009.

O município de Belo Horizonte-MG possui nove regiões delimitadas geograficamente, com características urbanísticas e sociais distintas. O estudo foi realizado na regional Barreiro, área industrial, com uma população de 262.194 habitantes que representa 11,7% da população do Município.[15] Trata-se de uma população marcada pela pobreza: metade das famílias (49,65%) tem rendimento mensal entre meio e três salários mínimos e 47,0% são classificadas como de risco elevado em relação à vulnerabilidade social.[15] Esta vulnerabilidade e a grande distância entre a região e a localização dos serviços de reabilitação foram as motivações de escolha desse local para o estudo.

A Saúde Pública dessa regional é gerenciada de forma descentralizada, pelo Distrito Sanitário do Barreiro (DISAB), composto, em 2009, por 20 centros de saúde, um centro de saúde mental, uma unidade de pronto atendimento e sete polos de NASF, sendo que cada dois polos de NASF atendiam cinco centros de saúde. O estudo foi conduzido com os dois polos de NASF que davam suporte a 19 equipes de Saúde da Família dos centros de saúde Barreiro, Barreiro de Cima, Diamante/Teixeira Dias, Miramar e Urucuia, e por conseguinte, a uma população estimada em 75.551 habitantes. Esses NASF eram compostos por farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional. Além destes, contavam com o apoio de profissionais da área de serviço social e de psicologia, de outra equipe de NASF.

Em Belo Horizonte-MG, a implantação dos NASF antecede a de âmbito nacional.[8] Ela se iniciou em 2005, com os Núcleos de Apoio à Reabilitação (NAR), integrando o projeto municipal de reorganização da assistência em reabilitação. Após sua implantação, de acordo com a Portaria nº 154/2008,8 esses núcleos passaram a ser designados de NASF.

As ações desenvolvidas pelo NASF investigado eram pactuadas junto às equipes de Saúde da Família, com base nas demandas das comunidades, e englobavam visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, atividades coletivas, acompanhamentos individuais e outras ações contidas nos projetos terapêuticos construídos coletivamente. Esse processo envolvia reuniões mensais, com discussão das demandas das equipes de Saúde da Família para o NASF, incluindo as de reabilitação. Nesse tipo de demanda, o referenciamento para os centros de reabilitação, serviços públicos de concessão de órteses, próteses, meio auxiliar de locomoção e serviços de suporte social para benefícios governamentais eram feitos de forma compartilhada, pela equipe de Saúde da Família e pelo NASF.

Utilizou-se um instrumento pré-estabelecido para a coleta de dados em prontuários e nas fichas de atendimentos do NASF, que continha informações demográficas (sexo; idade) e relacionadas ao atendimento (tipo e motivo de atendimento; categoria profissional; condição de alta). Foram registrados, no período de janeiro a julho de 2009, 485 atendimentos realizados com 179 indivíduos. Desses atendimentos, 32 (6,6%) foram excluídos, pois referiam-se aos atendimentos realizados pelos profissionais das áreas de serviço social e psicologia, que não compunham os NASF investigado mas davam suporte ao atendimento desses Núcleos. O período foi delimitado considerando-se a disponibilidade de registros dos atendimentos do NASF em um modelo de impresso recém-implantado à época da proposta de estudo.

Garantiu-se o anonimato dos indivíduos e dos profissionais de saúde envolvidos nos atendimentos investigados. Para a análise dos dados, utilizou-se frequências absolutas e relativas e o teste do qui-quadrado com nível de significância de $p \leq 0,05$, para a identificação de diferenças no padrão de atendimento do NASF por tipo de atendimento e condição de alta.

O estudo cumpre as orientações da Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Belo Horizonte-MG, de acordo com o Parecer nº 0065.0.410.000-09-A.

Resultados

Os 179 indivíduos que utilizaram o NASF investigado demandaram por 453 atendimentos na área de reabilitação, com média de 2,5 – mínimo de 1 e máximo de 19 atendimentos por usuário –, no período avaliado. Entre os usuários, predominaram mulheres (58,1%) e indivíduos com idade acima de 60 anos (38,5%). A faixa etária associada à adolescência (10-19 anos) correspondeu à menor proporção de utilização (5,6%) (Tabela 1).

Os principais motivos que demandaram atendimentos pela equipe do NASF-R pesquisado foram os proble-

Tabela 1 - Descrição dos atendimentos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Brasil, janeiro a julho de 2009

Variável	N[a]	(%)
Modalidade de atendimento[a]		
Domiciliar	174	38,5
Consultório	279	61,5
Total	**453**	**100,0**
Sexo		
Masculino	75	41,9
Feminino	104	58,1
Total	**179**	**100,0**
Idade (em anos)		
0-9	32	17,9
10-19	10	5,6
20-39	24	13,4
40-59	44	24,6
60 e +	69	38,5
Total	**179**	**100,0**
Motivo do atendimento		
Osteomuscular	55	30,7
Neurológica	45	25,1
Endócrino	32	17,9
Cardiovascular	10	5,6
Outros[b]	37	20,7
Total	**179**	**100,0**
Categoria profissional[a]		
Farmácia	21	4,6
Fisioterapia	203	44,8
Fonoaudiologia	117	25,8
Nutrição	80	17,7
Terapia Ocupacional	32	7,1
Total	**453**	**100.0**
Condição de alta		
Alcance dos objetivos	33	34,4
Encaminhamento[c]	44	45,8
Abandono	7	7,3
Recusa/Óbito	12	12,5
Total	**96**	**100,0**

a) N=453 atendimentos

b) Exemplo: distúrbios da fala e deglutição, atraso no desenvolvimento infantil, agravos de saúde mental.

c) Referenciamento para atendimento em grupo ou serviço de referência.

mas osteomusculares (como lombalgias, osteoatroses – 30,7%), neurológicos (como acidentes vasculares encefálicos – AVE –, parkinsonismo, demência – 25,1%) e endócrinos/nutricionais (como diabetes – 17,9%). Todavia, 20,7% dos casos foram agrupados na categoria 'Outros motivos', por representarem uma diversidade de

demandas com baixo percentual de utilização (≤1,0%), como as relacionadas aos agravos de saúde mental e saúde do trabalhador, que não eram passíveis de agrupamento em categorias comuns.

A fisioterapia foi a categoria profissional com o maior percentual de atendimentos (44,8%), seguida da fonoaudiologia (25,8%) e da nutrição (17,7%). Por outro lado, as categorias da área de farmácia e da terapia ocupacional que integram o NASF tiveram percentuais de utilização, no atendimento individual em consultório ou domiciliar, abaixo de 10,0%.

Destaca-se que os atendimentos não ocorreram apenas nas unidades de saúde: 38,5% foram reportados como assistência domiciliar, pelos profissionais do Núcleo. Os resultados também mostraram que, do total de 96 indivíduos com relato de alta, em 34,4% dos casos alcançou-se os objetivos propostos inicialmente, na assistência. Entretanto, em 45,8% dos atendimentos houve necessidade de encaminhamento para o serviço de referencia municipal de reabilitação ou para o atendimento em grupo, ofertado pela própria equipe do NASF. A alta por abandono dos usuários ao tratamento representou 7,3% dos casos estudados (Tabela 1).

Houve diferença estatisticamente significativa (p≤0,001) na análise estratificada da utilização do NASF-R por categoria profissional, em relação à idade. O profissional de fonoaudiologia atendeu em maior proporção ao grupo etário de 0-19 anos (11,2%); e o profissional de fisioterapia atendeu, principalmente, adultos (20-59 anos) e idosos (acima de 60 anos), com 17,3 e 14,0% respectivamente. Os atendimentos do profissional de nutrição tiveram menor variação nos percentuais em relação à idade. Os indivíduos acima de 60 anos também foram os que mais demandaram por atendimento multiprofissional e representaram a totalidade dos atendimentos individuais da terapia ocupacional (Figura 1). Cabe mencionar que os profissionais de farmácia e de terapia ocupacional, no NASF estudado, participam em maior proporção dos atendimentos coletivos de grupos, que não foram investigados neste estudo.

Os atendimentos de fisioterapia tiveram como principal demanda os agravos relacionados aos problemas osteomusculares (25,1%), como lombalgia, cervicalgias, osteoatroses e dorsalgias; e os da fonoaudiologia ocuparam-se de outros tipos de atendimento, principalmente os relativos aos problemas de desenvolvimento infantil, distúrbio da fala e de deglutição. Na população acima de 60 anos de idade, observou-se, também, um predomínio dos atendimentos multiprofissionais, em sua maioria ligados a problemas neurológicos, como AVE, neuropatias, demências, parkinsonismo. As demandas de agravos endócrinos, como diabetes I e II, e nutricionais, como sobrepeso e obesidade, representaram o principal motivo de atendimento do profissional de nutrição, em todas as faixas etárias avaliadas (Figura 2). Essas

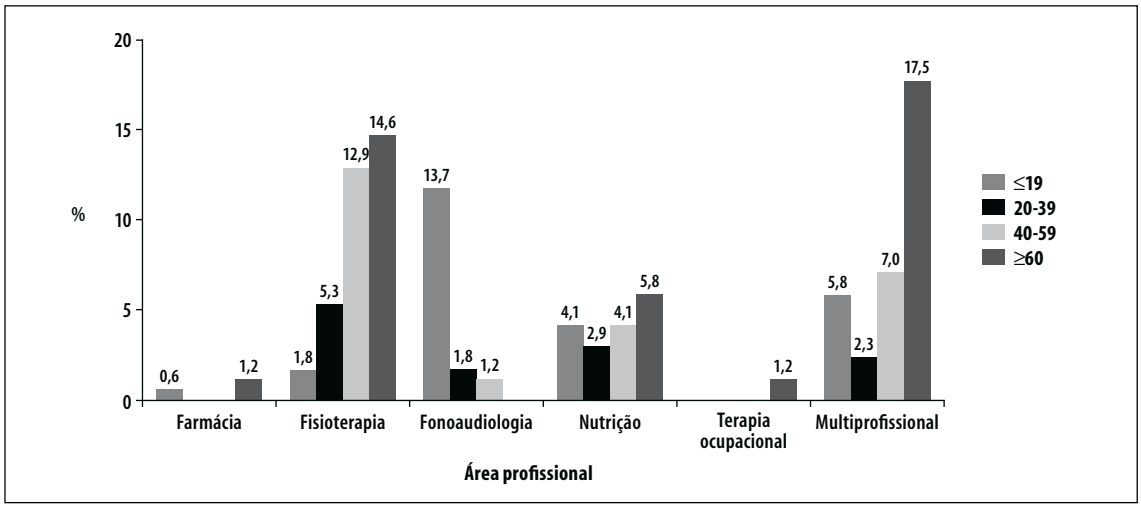

Figura 1 - Atendimentos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – por área profissional e idade, no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Brasil, janeiro a julho de 2009

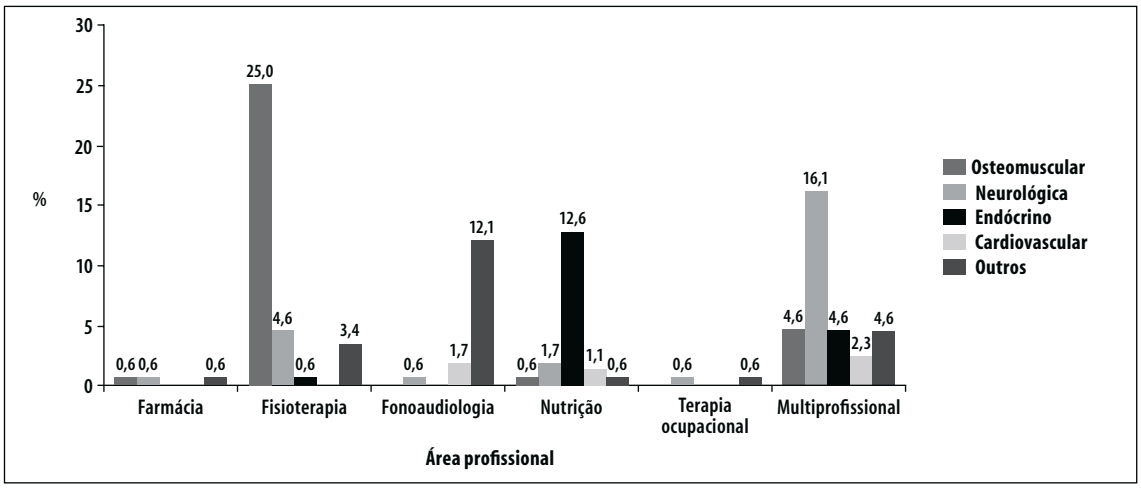

Figura 2 - Atendimentos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – por área profissional e motivo de atendimento, no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Brasil, janeiro a julho de 2009

diferenças do motivo de atendimento por categoria profissional foram estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$).

Os dados de atendimentos do NASF, quando estratificados por atendimento multiprofissional ou realizado por apenas uma categoria (Tabela 2) e por condição de alta (Tabela 3), demonstram que houve diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) nas seguintes variáveis: modalidade de atendimento; idade; motivo de atendimento; e condição de alta. A alta clínica por alcance dos objetivos aconteceu em maior percentual (23,7%) entre os maiores de 60 anos atendidos em domicílio (21,6%) pela equipe multiprofissional, seguida da fisioterapia e da nutrição. No atendimento multiprofissional, predominou a modalidade de atendimento domiciliar ao idoso com agravos neurológicos, diferentemente do atendimento em consultório, que apesar de também ter como público principal a população idosa, apresentou maiores percentuais de atendimento relacionados aos agravos osteomusculares.

Discussão

Diante das demandas da área de reabilitação na APS, as equipes de Saúde da Família, em colaboração com o NASF, têm papel importante na proposição e desenvolvimento de ações coletivas de promoção da saúde e prevenção de eventos que podem causar ou agravar deficiências, principalmente em grupos mais vulneráveis como idosos, crianças e pessoas com alguma incapacidade funcional ou deficiência. O atendimento clínico realizado por profissionais do NASF, embora deva acontecer em caráter excepcional, constitui uma ferramenta essencial para a ampliação e garantia de um adequado processo terapêutico na área de reabilitação.[7]

O presente estudo mostrou que as mulheres representaram um maior percentual de utilização do NASF na área de reabilitação, o que corrobora com outros estudos de utilização dos serviços de Atenção Primária à Saúde – APS –, não se configurando, portanto, como um aspecto diferencial dos atendimentos relacionados ao NASF. Esse resultado pode ser associado ao maior investimento em programas de atenção à saúde da mulher, na APS.[16,17]

Outro aspecto se deve, provavelmente, a uma maior proporção de mulheres que definem seu estado de saúde como regular ou ruim e relatam morbidades crônicas e restrição de atividade por motivo de saúde, se comparadas com os homens e seus relatos. Além disso, observa-se que as mulheres possuem maior interesse por sua saúde e utilizam o mesmo serviço com maior regularidade.[16] Por sua vez, estudos epidemiológicos demonstram que as doenças osteomusculares crônicas, como osteoartrose, afetam principalmente as mulheres,[18] em algumas situações, com maior incidência a partir da menopausa, o que poderia justificar essa maior utilização do NASF por elas.

Tabela 2 - Estratificação da utilização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – por tipo de atendimento, no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Brasil, janeiro a julho de 2009

Variável	1 categoria N (%)	Multiprofissional N (%)	Valor de p
Modalidade de atendimento [a]			
Domiciliar	73 (16,2)	101 (22,3)	<0,001
Consultório	241 (53,2)	38 (8,3)	
Total	**314 (69,4)**	**139 (30,6)**	
Sexo			
Masculino	52 (29,1)	23 (12,8)	0,880
Feminino	71 (39,7)	33 (18,4)	
Total	**123 (68,8)**	**56 (31,2)**	
Idade (em anos)			
0-9	24 (13,4)	8 (4,5)	
10-19	8 (4,5)	2 (1,1)	0,049
20-39	20 (11,1)	4 (2,2)	
40-59	32 (17,9)	12 (6,7)	
60 e +	39 (21,8)	30 (16,8)	
Total	**123 (68,7)**	**56 (31,3)**	
Motivo do atendimento			
Osteomuscular	46 (25,7)	8 (4,5)	
Neurológica	14 (7,8)	25 (15,6)	<0,001
Endócrino	24 (13,4)	8 (4,5)	
Cardiovascular	6 (3,4)	4 (2,2)	
Outros [b]	33 (18,4)	8 (4,5)	
Total	**123 (68,7)**	**53 (31,3)**	
Condição de alta			
Alcance dos objetivos	45 (18,5)	38 (15,5)	
Encaminhamento [c]	88 (36,1)	23 (9,3)	0,011
Abandono	15 (6,2)	2 (1,0)	
Recusa/Óbito	13 (5,2)	20 (8,2)	
Total	**161 (66,0)**	**83 (34,0)**	

a) N=453 atendimentos
b) Exemplo: distúrbios da fala e deglutição, atraso no desenvolvimento infantil, agravos de saúde mental.
c) Referenciamento para atendimento em grupo ou serviço de referência.

A menor utilização do NASF investigado entre os homens pode estar relacionada aos aspectos culturais, como as formas de perceber e valorizar as questões de saúde, e de enfrentar o adoecimento mesmo diante da percepção de incapacidades funcionais. Observam-se, também, aspectos ligados à organização e oferta dos serviços de saúde, como a limitação do horário de atendimento e a carência de programas de saúde específicos para a população masculina.[19,20] Aqui, destaca-se a necessidade de se promover as iniciativas públicas de comunicação em massa que sensibilizem os homens a utilizarem os serviços de APS de forma adequada, sempre que necessário. Todos esses aspectos podem representar obstáculos para uma maior participação e utilização dos serviços de APS pelos homens e demonstram a

Tabela 3 - Estratificação da utilização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – por condição de alta, no município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais. Brasil, janeiro a julho de 2009

Variável	Alcance dos objetivos	Encaminhamento [a]	Abandono	Recusa/ Óbito	Valor de p
Modalidade de atendimento [b]					
Domiciliar	53 (21,6)	30 (12,4)	–	15 (6,2)	0,001
Consultório	30 (12,4)	80 (33,0)	18 (7,2)	718 (7,2)	
Sexo					
Masculino	16 (16,5)	19 (19,6)	2 (2,1)	5 (5,2)	0,776
Feminino	17 (17,5)	25 (25,8)	5 (5,2)	8 (8,2)	
Idade (em anos)					
0-9	3 (3,1)	6 (6,2)	1 (1,0)	3 (3,1)	
10-19	2 (2,1)	3 (3,1)	–	–	0,003
20-59	5 (5,2)	27 (27,8)	3 (3,1)	5 (5,2)	
60 e +	23 (23,7)	8 (8,2)	3 (3,1)	5 (5,2)	
Motivo do atendimento					
Osteomuscular	7 (7,2)	21 (21,6)	4 (4,1)	1 (1,0)	
Neurológica	15 (15,5)	13 (13,4)	–	5 (5,2)	
Endócrino	5 (5,2)	2 (2,1)	1 (1,0)	4 (4,1)	0,033
Cardiovascular	2 (2,1)	–	1 (1,0)	1 (1,0)	
Outros [c]	4 (4,1)	8 (8,2)	1 (1,0)	2 (2,1)	
Atendimento por categoria profissional [a]					
Categoria	45 (18,6)	88 (36,1)	15 (6,2)	13 (5,2)	0,011
Multiprofissional	38 (15,5)	23 (9,3)	2 (1,0)	20 (8,2)	

a) Referenciamento para atendimento em grupo ou serviço de referência.

b) N=453 atendimentos

c) Exemplo: distúrbios da fala e deglutição, atraso no desenvolvimento infantil, agravos de saúde mental.

necessidade de investimentos em ações que visem a sua superação. Nessa perspectiva, esse resultado demonstra que a organização das ações do NASF deve ser cuidadosamente planejada, para não reproduzir as possíveis iniquidades no acesso dos homens aos serviços de APS.[19]

As condições de saúde que demandaram por um maior percentual de atendimentos da equipe de profissionais da área de reabilitação do NASF foram os problemas osteomusculares, neurológicos e endócrinos/nutricionais. Entre estes, 30,7% foram categorizados como problemas osteomusculares, com predomínio das fraturas, osteoatroses e processos degenerativos crônicos da coluna, confirmando resultado de estudo de Vieira[21] que observou ser esse o principal motivo de procura por atendimento da APS em área rural de Minas Gerais. Observou-se que entre as condições neurológicas, o acidente vascular encefálico – AVE –, lesões medulares, paralisia cerebral e Parkinson apresentaram as maiores demandas por ações de reabilitação. De fato, essas condições de saúde representam uma importante demanda enfrentada cotidianamente, pela equipe de Saúde da Família, para cujo atendimento os NASF podem contribuir de forma expressiva com projetos terapêuticos singulares, pautados na integralidade, diminuindo ou prevenindo a gravidade das lesões, seus custos sociais e familiares.[22-24]

O crescente envelhecimento populacional, que demanda por serviços especializados e cuidados de saúde longitudinal, configura-se como um dos maiores desafios da Saúde Pública contemporânea.[5] Isso implica estabelecer intervenções que envolvem tecnologias e conhecimentos de diversas áreas da Saúde, confir-

mando a necessidade de ampliar a atuação interdisciplinar na Atenção Primária em Saúde. Geralmente, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, e tendem a demandar por ações de reabilitação.[24]

A composição do NASF, com fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional, educador físico, psicólogo, assistente social e fonoaudiólogo, reserva um potencial de respostas a essa demanda, como foi observado neste estudo. Os idosos representaram 38,5% da utilização do NASF, predominando entre essa faixa etária a atuação da equipe multiprofissional e da fisioterapia; esta última, também destacada em outro estudo.20 Entretanto, a atuação do NASF deve romper com a lógica centrada unicamente no atendimento aos agravos em saúde, criando espaço para o desenvolvimento da autoconfiança e da autonomia possível da pessoa idosa, no exercício das atividades cotidianas.[25]

Deve-se problematizar, junto às equipes de Saúde da Família e representantes dos usuários, os determinantes do processo saúde-doença e as possibilidades de enfrentamento das condições oriundas do processo de transição demográfica/epidemiológica e das multiplicidades de fatores que levam ao adoecimento e morte, nas diversas faixas etárias. O desafio da transição demográfica não está somente no atendimento à população idosa, ele também se concentra em promover a saúde e o bem-estar em todos os momentos do ciclo de vida.26 Na perspectiva da promoção da saúde, o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos. Ele consiste no acúmulo e interação de processos sociais, ambientais, biológicos e de comportamento dos indivíduos no decorrer da vida.

O perfil de atendimento no presente estudo revelou predominância dos agravos neurológicos, como lesões medulares, Parkinson, paralisia cerebral e AVE. Estes agravos podem, em algumas situações, levar à restrição de locomoção, provocando uma demanda de atendimento de reabilitação no domicílio que muitas vezes extrapola o escopo de atuação da equipe de Saúde da Família. Além disso, cabe registrar que antes da implantação do NASF, a trajetória dos indivíduos sob essas condições até o serviço de reabilitação envolvia diversas etapas, como acolhimento pela equipe de Saúde da Família, consulta médica, consulta médica especializada e, por fim, o encaminhamento para o serviço de reabilitação. Em alguns casos, havia também a dificuldade de acesso devido aos custos financeiros envolvidos com o transporte até os serviços de referência em reabilitação, o que representava uma barreira para sua utilização e gerava uma descontinuidade do cuidado com as necessidades do paciente.

O NASF, com sua atuação na área de reabilitação, pode garantir, por meio da assistência domiciliar, o acesso dos usuários com dificuldade ou impossibilidade de deslocamento aos serviços de reabilitação. De fato, ao atender 38,5% dos indivíduos na modalidade domiciliar, o NASF estudado demonstrou que é possível responder a essa problemática no contexto da Atenção Primária em Saúde.

A integralidade também foi exercida, ao incluir atendimentos que muitas vezes não aconteciam, e assim comprometiam a recuperação, favorecendo o surgimento de novos agravos. Essa ampliação do acesso também permitia identificar a necessidade do uso de tecnologias duras: por exemplo, o tratamento utilizando estimulação elétrica. Nesses casos, a equipe de Saúde da Família e o NASF conduzem o caso para a atenção secundária, em centros de reabilitação, embora continuem com seu acompanhamento no âmbito da APS.

O atendimento no domicílio configura um dos sentidos da integralidade, que se apresenta no modo de organizar uma prática que potencializa a compreensão e a participação da família no processo assistencial, e que na reabilitação, geralmente, demanda por uma continuidade do cuidado.[27] O atendimento domiciliar auxilia o profissional na melhor percepção do contexto familiar e das condições ambientais do domicílio, e seu poder de influência no processo de reabilitação. A adaptação da terapêutica ao contexto domiciliar é possível quando o profissional de saúde visualiza in loco as condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida e realiza um planejamento das ações factíveis às condições por ele observadas no domicílio.

A transição nutricional tem impacto nos processos de morbidade da população, com reflexos na utilização dos serviços de saúde e na demanda por novas práticas de atuação interdisciplinar.[28] A partir da inserção do NASF na Atenção Primária em Saúde, e especificamente do profissional nutricionista, observou-se um maior percentual de atendimento dos agravos relacionados a problemas nutricionais e endócrinos. O nutricionista amplia o escopo de atuação da APS no enfrentamento dos agravos associados à transição nutricional, com ações, por exemplo, de diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população.[29]

Nos atendimentos avaliados, verificou-se que o atendimento multiprofissional com o envolvimento de mais de uma categoria pode ter influenciado na redução da necessidade de encaminhamentos internos entre as áreas de conhecimento do NASF. Apesar das especificidades de cada profissional do Núcleo, esse achado demonstra que o esforço de confluência dos vários saberes no atendimento pode resultar em uma expressão de integralidade do cuidado e de maior resolubilidade dos serviços. Porém, a proposta do trabalho interdisciplinar depende do nível de interação dos atores envolvidos para se atingir uma proposição de intervenções técnicas de forma colaborativa e complementar, em uma forma de trabalho que possibilite enfrentar a intensa demanda por cuidados especializados na APS.

De fato, os NASF podem intensificar o trabalho interdisciplinar por meio do matriciamento, clínica ampliada, atendimento multiprofissional e elaboração de projetos terapêuticos fundamentados no território e singulares às necessidades dos indivíduos e da comunidade. Sua implantação também se justifica quando consideramos que são complexas e múltiplas as determinações do adoecimento.

O trabalho dos profissionais do NASF no contexto da APS também parece favorecer a continuidade da informação em saúde, antes mediada por impressos de sistema de referência e contra-referência, em algumas situações. Passa-se, assim, à mediação por diálogos, permeados por múltiplos sentidos e representações, associadas às práticas de cada ator. Dessa forma, realiza-se um processo de compartilhamento dos saberes envolvidos, traduzido em maior resolubilidade na atenção à saúde.[11]

Os resultados sobre a condição de alta dos atendimentos investigados mostraram que em 34,4% deles, os objetivos propostos no projeto terapêutico, a curto, médio e longo prazo, foram alcançados. Considerando-se o perfil de agravos investigados, esse resultado parece indicar uma boa efetividade desses atendimentos.

Observou-se que o percentual de referenciamento para os grupos de tratamento específico do NASF ou serviço complementar de reabilitação foi de 45,8%, reafirmando que os atendimentos em reabilitação, geralmente, dependem de uma maior continuidade do cuidado para sua efetiva consecução. Cabe aqui mencionar algumas categorias profissionais do NASF, possivelmente mais envolvidas com os atendimentos em grupos educacionais ou terapêuticos, o que não foi objeto desta investigação.

O padrão de atendimento do NASF investigado diferenciou-se e agregou maior caráter resolutivo às ações das equipes de Saúde da Família na área de reabilitação, a exemplo dos problemas osteomusculares, nutricionais e neurológicos, contemplados por um amplo atendimento domiciliar. Apesar disso, a maior utilização desse polo do NASF por mulheres pode indicar iniquidade de gênero no acesso a esse serviço, o que precisa ser melhor investigado. Acredita-se que a implantação do NASF possa representar uma estratégia de promoção da ampliação do acesso e da integralidade do cuidado na área de reabilitação; e que a atuação desses Núcleos, de forma conjunta com as equipes de Saúde da Família, com responsabilização sobre o território, demonstra um avanço em direção à gestão integrada do cuidado e de uma melhor qualificação dos encaminhamentos aos serviços de referência em reabilitação.

Como limitações deste estudo, destacam-se o período considerado, de apenas seis meses, e a abrangência da investigação a um serviço tão somente. É importante destacar que as informações utilizadas referem-se aos atendimentos realizados, impossibilitando o aprofundamento do estudo sobre os aspectos de acesso dos usuários ao serviço.

Estes autores sugerem iniciativas de pesquisa de maior abrangência temporal e territorial, como também de aspectos organizacionais, percepções dos usuários e da equipe de saúde sobre o NASF. Espera-se que este estudo auxilie nas discussões sobre o planejamento das ações de reabilitação e contribua para uma reflexão sobre o impacto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF – no contexto da Atenção Primária em Saúde – APS.

Contribuição dos autores

Reis DC e Santos-Junior WS contribuíram na concepção, delineamento do estudo, análise e redação do artigo.

Flisch TMP e Fraga MHF contribuíram na análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Cancerologia. 2009; 55(4):379-388.
3. Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 Suppl 1:S1341-1348.
4. Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Alves MCGP, Cesar CLG, Malta DC. Comparação de estimativas para o auto-relato de condições crônicas entre inquérito domiciliar e telefônico - Campinas (SP), Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2011; 14 Suppl 1:S5-15.
5. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. Caderno de Saúde Pública. 2011; 27(4):779-786.
6. Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. Revista Brasileira de Estudos de População. 2012; 29(1):133-145.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).
8. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Dário Oficial da União, Brasília, p.47-50, 25 janeiro 2008. Seção 1.
9. Andrade LMB, Quandt FL, Campos DA, Delziovo CR, Coelho EBS, Moretti-Pires RO. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. Saúde & Transformação Social. 2012; 3(1):18-31.
10. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Revista Panamericana de Salud Publica. 2011; 29(2):84-95.
11. Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do Estado de Goiás. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15 Suppl 1:S1653-1664.
12. Gonze GG, Silva GA. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2011; 21(1):129-146.
13. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(2):555-560.
14. Cuna E, Giovanella L. Longitudinalidade/ continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 Suppl 1:1029-1042.
15. Prefeitura de Belo Horizonte. Gestão Compartilhada. 2012 [acessado em 08 ago. 2012]. Disponível em http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/mapas-e-estatisticas/mapasestaticos?term_node_tid_depth=1&area=11&field_formato_tid=16&order=title&sort=asc.
16. Pinheiro SR, Viacava F, Travassos C, Brito SA. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7(4):687-707.
17. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Revista Panamericana de Saúde Pública. 2002; 11(5-6):365-373.
18. Picoloto D, Silveira E. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Canoas - RS. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(2):507-516.
19. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva. 2011. 16 Suppl 1:S983-992.
20. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(1):35-46.

21. Vieira EWR. Acesso e utilização dos serviços de saúde em área rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

22. Campos TF, Rodrigues CA, Farias IMA, Ribeiro TS, Melo LP. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). Revista Brasileira de Fisioterapia. 2012; 16(1):23-29.

23. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O Mundo da Saúde. 2010; 34(1):92-96.

24. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 Suppl 1:S1467-1478.

25. Rocha EF, Souza CCBX. Terapia ocupacional em reabilitação na atenção primária à saúde: possibilidades e desafios. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2011; 22(1):36-44.

26. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(2):323-331.

27. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. Acta Paulista de Enfermagem. 2010; 23(2):244-250.

28. Barros CML, Farias G Jr. Avaliação da atuação do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município de Picos/PI. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2012; 1(1):140-154.

29. Geus LMM, Maciel CS, Burda ICA, Daros SJ, Batistel S, Martins TCA, et al. A importância da inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 Suppl 1:S797-804.

Recebido em 19/08/2012
Aprovado em 03/12/2012