

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E SERVIÇOS OFERTADOS AOS
ACAMADOS E DOMICILIADOS VINCULADOS AO NASF
NAZARÉ EM NATAL-RN: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

HEALTH CONDITIONS AND SERVICES OFFERED TO BEDRIDDEN
AND DOMICILED BOUND BY NASF NAZARETH IN NATAL -RN :
EXPERIENCE REPORT IN PRIMARY HEALTH CARE.

Odilene Pinheiro da Silva

Graduanda do curso de fisioterapia no Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

Jaynara Patrícia Dias Silva Castro

Graduanda do curso de fisioterapia no Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

Ma. Francisca Rêgo Oliveira de Araújo

Orientação

Me. Ângelo Augusto Paula do Nascimento

Coorientação

2016

CONDIÇÕES DE SAÚDE E SERVIÇOS OFERTADOS AOS ACAMADOS E DOMICILIADOS VINCULADOS AO NASF NAZARÉ EM NATAL-RN: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Health conditions and services offered to bedridden and domiciled bound by NASF Nazareth in Natal -RN : Experience report in primary health care.

Odilene Pinheiro da Silva

Graduanda do curso de fisioterapia no Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

Jaynara Patrícia Dias Silva Castro

Graduanda do curso de fisioterapia no Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

Francisca Rêgo Oliveira de Araújo

Orientação

Ângelo Augusto Paula do Nascimento

Coorientação

Endereço de contato:

Odilene Pinheiro da Silva

Rua Hortêncio Barbalho, 58,

Centro Bom Jesus-RN

CEP: 59270000

E-mail:odilenepinheirovl@hotmail.com

RESUMO

O cuidado em saúde perpassa por vários contextos de adoecimento, vulnerabilidade e o desenvolvimento de linhas de cuidado às populações e é por esse aspecto que os acamados e domiciliados são tidos como uma população que vive no esquecimento, podendo apresentar um perfil de fragilização e reduzindo progressivamente a funcionalidade, levando a uma maior demanda por serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. O presente relato teve como objetivo descrever as condições de saúde, bem como traçar o perfil dos acamados e domiciliados vinculados ao NASF em questão. Trata-se de um relato de experiência, onde a amostra foi de 150 participantes, esta, composta por dados dos prontuários desses indivíduos, sendo de ambos os sexos e de todas as idades. Foram incluídos todos os prontuários dos participantes e excluídos os prontuários e fichas que estavam incompletos e ou ilegíveis. Os objetivos propostos foram alcançados e diante dos resultados obtidos e de todo o processo vivido pelas pesquisadoras chegou-se a conclusão que: A análise dos prontuários, não consegue vincular exatamente ao fator do acamamento, dessa forma revela-se a importância da ficha do e-SUS, também ficando o desejo de se conhecer os participantes para melhor identificação do fator desencadeador do domicílio e do acamamento. Outro aspecto percebido foi o quanto há necessidade de um cuidado para além do que o NASF pode oferecer, visando à ampliação e manutenção dos mesmos, bem como a perspectiva e o planejamento de se fixar profissionais de outras especialidades na equipe de saúde da família.

PALAVRAS CHAVES: Saúde Pública, Atenção Primária, Fisioterapia.

ABSTRACT

Health care permeates various illness contexts, vulnerability and development of lines of care to the population and it is this aspect that the bedridden and domiciled are taken as a population living in oblivion, and may present a weakening profile and reducing progressively functionality, leading to increased demand for health services at all levels of care. This report aimed to describe health conditions and profile the bedridden and domiciled linked to NASF

concerned. This is an experience report, where the sample was 150 participants, this consisting of data from medical records of these individuals, of both sexes and of all ages. They included all medical records of participants and excluded records and records that were incomplete and or illegible. The objectives were achieved and on the results obtained and the whole process experienced by the researchers came to the conclusion that: The analysis of records, can not bind precisely to lodging factor, thus reveals the importance of the plug of and -sus also getting the desire to know the participants to better identify the triggering factor domicílio and lodging. Another aspect was realized how much there is a need for care beyond what the NASF can offer, aimed at expanding and maintaining them as well as the outlook and planning to fix professionals in other specialties in family health team.

KEYWORDS: Public Health, Primary Care, Physical Therapy.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. A Constituição Brasileira garante a saúde como direito do povo e dever do Estado e instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS como o sistema de saúde do povo brasileiro. Este é um direito fundamental do ser humano em que o Estado prima por formulação e execução de políticas econômicas e sociais capazes de reduzir os riscos de doenças e seus agravos, por meio de estratégias que assegurem o acesso universal, o respeito à política da equidade, na perspectiva da integralidade da atenção, possibilitando à sociedade serviços de atenção que garantam a promoção, proteção, recuperação da saúde e cidadania.¹

O SUS, que pode ser concebido como patrimônio imaterial dos brasileiros, é um dos maiores sistemas público de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Detém um conjunto de elementos doutrinários e de organização permeado pelos princípios da universalidade de acesso aos serviços, da equidade, da

integralidade de assistência, da descentralização de ações e da participação popular, conforme versa a Lei 8080/90. Esses elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação de gerência aos cidadãos, seja com descentralização político-administrativa, seja por meio do controle social do sistema.²

Ao longo dos 26 anos de sua criação, O SUS pode então, ser entendido a partir de um núcleo comum (único), que concentra nos princípios doutrinários, uma forma de organização e operacionalização que se evidencia nos níveis de atenção terciário, secundário e primário. O nível terciário concentra equipamentos com alta incorporação tecnológica e os profissionais necessitam de formação especializada mais intensiva. É devidamente aparelhado para atender as situações e eventos mais raros e complexos, não resolutive nos outros níveis de atenção. Ao nível secundário cabe atender as demandas advindas do nível primário, contemplando equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica e a capacitação dos profissionais se situa em áreas especializadas originárias.³

O nível primário se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que atue positivamente na situação de saúde das coletividades. Para tanto, esta atenção se configura como porta de entrada às necessidades de saúde de pessoas e coletividades, orientando-se pelo vínculo com pessoas e comunidade, pela continuidade do cuidado, pela integralidade da atenção, pela responsabilização, pela humanização, pelo respeito à equidade e a participação social.⁴

A atenção primária à Saúde é desenvolvida pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelos Núcleos de Apoio as equipes de Saúde da Família (NASF), pelas equipes dos Consultórios na Rua e pelas equipes de Atenção Domiciliar (Melhor em Casa). As equipes de saúde concretizam a atenção de uma população específica que está em um território definido e assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas,

trabalhando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.⁵

As equipes empregam tecnologias de cuidado complexas e de baixa densidade fazendo uso de mais conhecimento e pouco equipamento, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Analisam critérios de risco, vulnerabilidades, resiliência e o imperativo ético de que se deve acolher toda e qualquer demanda, necessidade de saúde ou sofrimento.⁶

O cuidado em saúde perpassa por vários contextos de adoecimento, vulnerabilidade e o desenvolvimento de linhas de cuidado às populações e é por esse aspecto que os acamados e domiciliados como uma população que vive no esquecimento, podendo apresentar um perfil de fragilização reduzindo progressivamente a funcionalidade, levando à maior demanda por serviços de saúde, em todos os níveis. As doenças crônicas não transmissíveis são as maiores causadoras de importantes limitações à qualidade de vida e à funcionalidade desses indivíduos. Essas doenças têm colocado constantemente novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor de saúde, como também por outros setores governamentais.⁷

A Estratégia Saúde da Família (ESF) na abrangência de suas ações conta com o apoio do NASF, que busca ampliar o escopo da atenção de forma mais resolutiva por meio do trabalho em equipe e da potencialidade das ações multi, inter e transdisciplinar, com ênfase no apoio matricial, com dimensões de suporte assistencial, técnico, pedagógico e de gestão.⁸ A Fisioterapia como profissão de saúde vem, nesse cenário, contribuindo com o processo de trabalho nos serviços, na oferta de assistência à saúde das pessoas, no apoio à gestão e para o cuidado integral em saúde.⁹

Diante do exposto esse estudo buscou identificar as condições de saúde dos usuários vinculados ao NASF Nazaré no DSO, em Natal-RN. E a relação com as estratégias e ações de saúde ofertadas, a influência na qualidade de vida dos acamados e domiciliados. Tendo como relevância fornecer subsídios para os gestores de saúde bem como para a sociedade de modo geral,

destacando a importância da atuação do fisioterapeuta e de demais profissionais de saúde na atenção primária.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido, por acadêmicas do Curso de Graduação em Fisioterapia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte UNI-RN, nas Unidades de Saúde de Estratégia de Saúde da Família - ESF, vinculadas ao NASF Nazaré, no Distrito Sanitário Oeste – DSO.

O NASF Nazaré cobre aproximadamente 8.000 famílias, totalizando em média 17.000 pessoas, tendo como amostra 150 participantes. Foram incluídos todos os prontuários que pertencessem às famílias com pessoas acamadas e domiciliadas e excluídos os prontuários e fichas que estavam incompletos e ou ilegíveis.

Para o desenvolvimento do estudo, inicialmente solicitou-se autorização ao Distrito Sanitário Oeste e às direções das unidades de saúde vinculadas a este. De posse desta autorização, as pesquisadoras participaram de uma reunião geral da unidade, com a finalidade de explicar sobre os objetivos do estudo para todos os servidores. Então deu-se início à coleta de dados que foram colhidos a partir dos prontuários individual e domiciliar das famílias que tinha em suas residências acamados e domiciliados, de ambos os sexos e de todas as idades, sendo fornecidos pelas equipes de ESF, nas áreas de abrangências das unidades de saúde de Nazaré e Felipe Camarão II, vinculadas ao NASF Nazaré em Natal- RN, no segundo semestre de 2015 ao primeiro semestre de 2016.

O encontro com as unidades

A expectativa de chegar num espaço onde pudéssemos ser acolhidos e ofertar uma proposta de trabalho que subsidiasse uma melhor intervenção nos motivou a chegar às unidades, mesmo com muita insegurança e ansiedade. Os primeiros dias foram difíceis, pois com as unidades em reforma os documentos não estavam em seus devidos lugares. Além disso, os horários de alguns profissionais foram reduzidos por falta de espaço para trabalhar, outros

estavam de férias ou de licença e alguns ainda eram bem resistentes a fornecer informações.

Do processo de aproximação para coleta dos dados

Quanto ao objetivo e ao objeto, ora o objeto se confundia com o objetivo. O objeto era o prontuário, mas se a finalidade fosse outra, como por exemplo, realizar visitas aos domicílios dos participantes, as informações não eram repassadas. Os profissionais também expressavam insatisfação com a pesquisa, pois alegavam que outros trabalhos já haviam sido realizados na unidade e que não deram retorno.

Manuseando os prontuários

A expectativa inicial era de um projeto focado no cadastro e nas fichas do e-SUS, porém fomos surpreendidos pela ausência de informações a partir destes instrumentos, uma vez que o recadastramento está em curso, tornando o acesso a estes inviável. Isso de certa forma nos desmotivou, a partir de então nos reorganizamos e realizamos a pesquisa com base nos dados dos prontuários. Apesar de uma nova estratégia ter sido adotada, muitos dos dados pretendidos não foram passíveis de serem coletados, pois não constavam nos documentos. Pelo contexto em que as unidades se encontravam, os documentos estavam acondicionados distantes do manuseio usual, perpassando por uma necessidade maior de tempo para obtenção das informações.

No decorrer das visitas feitas às unidades para a efetivação da pesquisa e em meio ao processo de trabalho desenvolvido e vivenciado pelos pesquisadores, para além dos dados obtidos, a observação, o vínculo com a unidade e com os servidores estimulou a materialização da impressão reflexiva e crítica deste relato de experiência, o que possibilitou a integração quantitativa e qualitativa dos escritos.

Os dados obtidos a partir dos prontuários foram armazenados em planilha no programa Microsoft Excel for Windows, versão 2016, sendo

categorizados, quantificados e promovido à análise estatística simples dos mesmos.

RESULTADOS E IMPACTOS

O presente estudo foi elaborado a partir de experiências vividas pelas autoras, acerca das condições de saúde dos usuários acamados e domiciliados, vinculados ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF Nazaré no Distrito Sanitário Oeste, em Natal-RN. O NASF Nazaré cobre aproximadamente 8.000 famílias e 17.000 pessoas. Desses, 150 participantes compõem da população de acamados e domiciliados, sendo que 97 fazem parte do bairro de Felipe Camarão II, desse total, 27 são acamados e 70 domiciliados. Já no bairro de Nossa Senhora de Nazaré o total de acamados foram 6 e de domiciliados 47, totalizando 53 participantes.

Ao avaliar o perfil dos acamados e domiciliados no bairro de Felipe camarão, dentre os resultados, foram encontrados, conforme Tabela 1 que 70% dos acamados são do gênero feminino e os outros 30%, do masculino. Em relação aos domiciliados, as mulheres também representam maior percentual, com 62%, e os homens com 39%.

Com relação à faixa etária, foi visto que, na população de acamados, 59% estão na faixa de 76-100 seguida da faixa etária de 51-75 anos com 33%. Dentre os domiciliados, a faixa etária que mais apareceu também foi a de 76-100 anos com 33% dos participantes, seguida também pela faixa de 51-75 anos que aparecem com 38%, como podemos observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos acamados e domiciliados segundo a faixa etária e o gênero, da unidade de saúde de Felipe Camarão II, Natal- RN, maio/junho. 2016.

	Felipe Camarão II		Nossa Senhora de Nazaré		Total	
	N	%	N	%	N	%
GÊNERO FEMININO	19	70	43	61	62	64
GÊNERO MASCULINO	8	30	27	39	35	36
FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)						
0-25	0	0	2	3	2	2
26-50	1	4	2	3	3	3

51-75	9	33	27	38	36	37
76-100	16	59	37	53	53	55
100-125	1	4	2	3	3	3

Na unidade de Nazaré as mulheres também apareceram expressivamente, compondo 67% da população de acamados e 62 % na de domiciliados. Dessa forma logo os homens aparecem em pequena escala, sendo 33% dos acamados e 38% dos domiciliados. Como se pode observar na Tabela 2.

Em relação à faixa etária dos participantes vinculados a Nazaré, viu-se que a população de acamados estava mais presente na faixa dos 76-100 anos com o percentual de 80%. Entre os domiciliados houve uma pequena variação, pois a faixa estaria que mais apareceu foi a dos 51-75 anos com o percentual de 47 %.

Tabela 2 – Distribuição dos acamados e domiciliados segundo a faixa etária e o gênero, da unidade de saúde de Nazaré, Natal- RN, maio/junho. 2016.

Unidade de Saúde	Unidade de Saúde de Felipe Camarão II		Unidade de Saúde de Nazaré		Total	
	N	%	N	%	N	%
GÊNERO FEMININO	4	67	29	62	33	62
GÊNERO MASCULINO	2	33	18	38	20	38
FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)						
0-25	0	0	3	6	3	6
26-50	0	0	5	11	5	9
51-75	1	20	16	47	17	33
76-100	4	80	22	34	26	50
100-125	0	0	1	2	1	2

No levantamento realizado, constatou-se que, dos 97 participantes pertencentes à unidade de saúde de Felipe Camarão II, 62 são do gênero feminino e 35 do masculino. E dos 53 participantes da unidade de Nazaré 33 são do gênero feminino e 20 do masculino. Este aspecto reproduz o que outros estudos já identificaram, quando dizem que fatores biológicos e comportamentais levam as mulheres a viverem mais que os homens, pois na maioria das vezes, elas desde cedo cuidam da saúde, porém, essa

longevidade, em contraponto, aumenta os índices de morbidade, considerando que as mulheres se tornam vulneráveis a doenças crônicas¹⁰. Outra possível causa seria o aumento da taxa de mortalidade masculina, onde a faixa que ocorrem mais mortes seria a dos 20 a 29 anos de idade, chegando a ser mais de três vezes superior às femininas. Este quadro tem merecido diversas investigações, tendo em vista o impacto das mortes por causas externas, tais como: homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais, afogamentos, entre outros.¹¹ Outra possível causa para o descaso da população masculina com a saúde, seria a falta de políticas de saúde voltadas para o homem. Neste caso o adulto-jovem, tendo em vista que o mesmo nesta faixa etária seria o mantenedor do lar, o que possivelmente inviabiliza sua procura por consultas e outros serviços disponíveis nas UBS's¹².

Outra variável de suma importância que pode ser um fator que leve ao acamamento ou domiciliamento seria a faixa etária desses indivíduos. Os dados apontam que faixa etária predominante é de 76 a 100 anos em ambas as unidades e populações. Diante destes dados observa-se predominância do idoso dentre os participantes. Tal fato nos chama a atenção para o envelhecimento e seus impactos. No caso do Brasil, é observada uma transição demográfica cujas repercussões delineiam um novo perfil de adoecimento que desafia os profissionais de saúde a reverem suas práticas e intervenções.

O amadurecimento da população terá um impacto significativo nas sociedades e deverá reter cada vez mais a atenção dos gestores no século XXI. Estima-se que no ano de 2025 haverá no Brasil aproximadamente 30 milhões de idosos, que representarão 15% da população total. A população idosa pode vir a apresentar um perfil de fragilização diminuindo progressivamente a funcionalidade, induzindo à maior demanda por serviços de saúde, em todos os níveis.¹³

Nesse contexto, é fundamental que os profissionais da saúde se comprometam a oferecer uma atenção em saúde que priorize aspectos para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável a essa população, ao

mesmo tempo em que planeje meios para prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas ou restringir seus agravos e complicações.¹⁴

No que se refere às morbidades dos acamados da comunidade de Felipe Camarão II, destaca-se o alto percentual relacionado à Hipertensão Arterial Sistema (HAS) com 26%, seguida por: Osteoporose com 16%, Diabetes Mellitus (DM) com 14% e Acidente Vascular Encefálico (AVE) com 11%. Observou-se a presença de amputação, deficiência visual e deficiência mental em menores percentuais. Também apareceram outras doenças como Alzheimer, Asma, Câncer de pele, Dislipidemia, DPOC, Erisipela, Gastrite, Hipoacusia, Lupos, Paralisia Cerebral (PC) e Traumatismo craniano (TC). (Tais percentuais podem ser observados na tabela 3).

Na população dos domiciliados o percentual de Hipertensão Arterial Sistema (HAS) também se mostrou elevado com 36%, seguida pela Diabetes Mellitus (DM) com 19%, Osteoporose com 9% e Acidente Vascular Encefálico (AVE) com 7%. Observou-se a presença de Cardiopatias, Doença Mental, Amputação, Obesidade, Deficiência visual e Depressão em menores proporções. Também apareceram outras doenças como Doenças Osteoarticulares, Alzheimer, CA de mama, CA de Próstata, Epilepsia, Escabiose, Escoliose, Hidrocefalia, Microcefalia e Paralisia Cerebral (PC). (Como mostra a Tabela 3.)

Tabela 3. Percentual das morbidades prevalentes nos acamados e domiciliados pertencentes à comunidade de Felipe Camarão. Natal- RN, maio/junho. 2016.

ACAMADOS		DOMICILIADOS	
	%	MORBIDADES	%
Hipertensão Arterial Sistema	26	HAS	36
Osteoporose	16	OSTEOPOROSE	9
Diabetes Mellitus	14	DM	19
Acidente Vascular Encefálico	11	AVE	7
Amputação	3	AMPUTAÇÃO	4
Deficiência Visual	3	DEFICIENCIA VISUAL	2
Doença Mental	3	DOENÇA MENTAL	5

Cardiopatia	0	CARDIOPATIA	5
Obesidade	0	OBESIDADE	3
Depressão	0	DEPRESSÃO	2
Úlceras	3	ULCERAS	0
Outras	21	OUTRAS	8

Na comunidade de Nazaré às morbididades que mais se destacaram na população de acamados também foram a Hipertensão Arterial Sistema (HAS) com 27%, seguida pela Diabetes Mellitus (DM) com 20%, Osteoporose, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Amputação com 13%. Observou-se a presença de Deficiência visual e Cardiopatias em um menor percentual. Na população dos domiciliados a HAS se destaca mais uma vez com o percentual de 33%, seguida pela DM com 20%, Cardiopatias com 10%, AVE com 8% e Deficiência visual com 7%. Em menor percentual aparece Osteoporose, Doença mental, Amputação, Depressão e Úlceras. Também apareceram outras doenças como Doenças respiratórias, Parkinson, PC, Alzheimer e Epilepsia. (Como se pode ver na Tabela 4).

Tabela 4. Percentual das morbididades prevalentes nos acamados e domiciliados pertencentes à comunidade de Nazaré, Natal- RN, maio/junho. 2016.

ACAMADOS		DOMICILIADOS	
	%	MORBIDADES	%
Hipertensão Arterial	27	HAS	33
Osteoporose	13	OSTEOPOROSE	5
Diabetes Mellitus	20	DM	20
Acidente Vascular Encefálico	13	AVE	8
Amputação	13	AMPUTAÇÃO	3
Deficiência Visual	7	DEFICIENCIA VISUAL	7
Doença Mental	0	DOENÇA MENTAL	5
Cardiopatia	7	CARDIOPATIA	10
Obesidade	0	OBESIDADE	0
Depressão	0	DEPRESSÃO	1
Úlceras	0	ULCERAS	1
Outras	0	OUTRAS	7

No que se refere à patologia de base, bem como seus agravos e complicações que determinaram essa condição de perda da mobilidade, tornando esses indivíduos acamados ou domiciliados, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguido de diabetes mellitus (DM), Osteoporose, e AVE conforme foi descrito nas tabelas 3 e 4. Com o envelhecimento, aumenta-se a vulnerabilidade e a prevalência de doenças crônicas, que levam a incapacidades ou dependências dos idosos. É comum que o idoso tenha pelo menos uma patologia crônico-degenerativa após os 60 anos de idade, sendo que pelo menos 15% destas pessoas apresentam duas ou mais doenças. A preocupação com as condições de saúde do idoso tem motivado o desenvolvimento de vários estudos sobre o envelhecimento humano. O acúmulo dessas alterações pode levar a uma limitação na capacidade do idoso em desempenhar as atividades de vida diária (AVD's): alimentar-se, caminhar, sentar-se, levantar-se, evacuar e urinar sem ajuda, tomar banho, vestir-se, transferir-se de uma cadeira ou da cama¹⁵. Para prestar um atendimento adequado a esses pacientes é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de avaliar o nível de dependência destes para identificar as suas reais necessidades¹⁶.

Atualmente, esses participantes fazem uso preferencialmente do SUS, onde estão passivos de receber atendimento nas UBS mais próximas de seus domicílios, ou de acordo com suas necessidades podem receber atendimento domiciliar através das equipes da ESF e/ou pelos profissionais do NASF. O NASF Nazaré está enquadrado na modalidade 1. Sendo composto por 4 equipes da ESF na unidade de saúde de Felipe camarão e 3 na unidade de saúde de nossa senhora de Nazaré. Os profissionais que compõem o núcleo são: 2 fisioterapeutas, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 educador físico e 1 assistente social. esses profissionais se dividem entre as unidades e equipes durante a semana, sendo 3 dias destinados a UBS de Nazaré e 2 dias para a UBS de Felipe camarão. Dentro da rotina de trabalho, a equipe do NASF discute casos clínicos e realiza atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, de modo que venha a qualificar as intervenções na região.

IMPRESSÃO DAS PESQUISADORAS

Diante de toda a experiência e das dificuldades encontradas, surgiram alguns questionamentos: Será que o profissional de saúde está ciente do seu fazer e de onde está inserido? Será que as redes de atenção dão conta de toda a demanda? Será que os transportes sanitários seriam um meio de viabilizar a ponte de acesso aos usuários? O NASF e o ESF estão bem articulados com as redes de atenção? Será que as famílias estão envolvidas no processo do cuidado?

Estas foram algumas perguntas que ficaram em nossa mente e que concorreram para que o acolhimento dessas pessoas não fosse o mais adequado. Parece que há um amplo espaço para o trabalho do profissional de saúde, porém existe pouca absorção desse profissional para suprir as necessidades de saúde das pessoas. Seria esse também um problema de gestão do município? As deficiências observadas, na articulação que constitui o trabalho de equipe, estaria também ligada ao atual modelo de formação dos cursos de graduação em saúde?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos foram alcançados e diante dos resultados obtidos e de todo o processo vivido pelas pesquisadoras chegou-se a conclusão que: A análise dos prontuários, não consegue vincular exatamente ao fator do acamamento, dessa forma revela-se a importância da ficha do e-SUS, também ficando o desejo de se conhecer os participantes para melhor identificação do fator desencadeador do domiciliamento e do acamamento. Outro aspecto percebido foi o quanto há necessidade de um cuidado para além do que o NASF pode oferecer, visando à ampliação e manutenção dos mesmos, bem como a perspectiva e o planejamento de se fixar profissionais de outras especialidades na equipe de saúde da família.

RECOMENDAÇÕES

Correlacionando as impressões das pesquisadoras com todo o processo vivido nas unidades, importante se faz recomendar:

- Que se faça uma apresentação desses dados nas unidades no momento da reunião das equipes;
- Que essa pesquisa possa servir para estruturação de outros estudos dessa natureza;
- Correlacionar os dados do cadastro (individual e domiciliar) com o risco familiar para o adoecimento;
- Que se possa fazer uma roda de conversa com os agentes de saúde, para visualizar a percepção dos agentes com relação ao tema;
- Que se possa fazer uma visita a cada participante da pesquisa para correlacionar com os dados obtidos;
- Aplicar em todas as unidades que contam com o apoio do NASF e a correlação com os distintos fazeres.

REFERÊNCIAS

1. Scliar M, História do Conceito de Saúde, Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007
2. Strauss LR. entendendo o SUS: Ministério da saúde. [periódico na Internet]. 2006, junho [acessado em Fevereiro de 2016]; [aproximadamente 30 p.]. disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136
3. Segre M, Ferraz CF. O conceito de saúde. Rev. saúde pública, 31 538 (5): 538-42, 1997
4. Naves CR, Brick VS, Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl.1):1525-1534, 2011
5. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS, Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: Uma revisão da literatura brasileira. Rev. APS; jan/mar; 14(1); 111-119, 2011
6. Santos AT, Teixeira RC, A atuação do fisioterapeuta na estratégia saúde da família segundo usuários. Rev. Cad Edu Saúde e fis. 2015;v 2 n 3

7. Marques GQ, Freitas IBA, Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma unidade de saúde, porto alegre, Brasil. Rev. Esc Enferm USP 2009; 43(4):825-32
8. Malta DC , Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA , Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro Feb. 2016 vol.21 n.2
9. Loures LF, Silva MCS, A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 15(4): 2155-2164, 2010
10. Organização Mundial de Saúde (OMS); 2015 {Acessado em: 25 de maio de 2016}
11. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface - Comunic. Saude, Educ. abr./jun.2010. v.14, n.33, p.257-70.
12. Braz, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):97-104, 2005.
13. Diogo MJD, Paschoal SMP, Cintra FA. Avaliação global do idoso In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 145-71.
14. Figueiredo MLF, Bar MH, Luz MHBA, Brito CMS, Sousa SNS, Silva DRSS. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio Diagnósticos de enfermería de ancianos enfermos en sus hogares Nursing diagnoses of the elderly at home. Rev Bras Enferm, Brasília. jul-ago 2008; 61(4): 464-9. 465
15. Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 1998.
16. Medeiros A, Santos AM, Queiroz MLL, Vicente APP, Dias DS, Teixeira FF, et al. Avaliação do acesso aos serviços de saúde de usuários acamados sob cuidado das equipes de saúde da família em campo grande/ms – Brasil. Rio de Janeiro (RJ): 2000