

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EAD EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA DE SAÚDE**

**A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONQUISTAS E DESAFIOS NO COTIDIANO DE TRABALHO**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

DANIELA VIEIRA

Cachoeira do Sul - RS, Brasil.

2015

**A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONQUISTAS E DESAFIOS NO COTIDIANO DE TRABALHO**

DANIELA VIEIRA

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública de Saúde – UFSM Campus Palmeira das Missões como requisito parcial para obtenção do grau de **especialista em Gestão de Organização Pública de Saúde**

Orientadora: Prof^a. Enf^a. Dr^a. Marta Cocco da Costa

Cachoeira do Sul - RS, Brasil.

2015

**A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: conquistas e desafios no cotidiano de trabalho**

**THE INTEGRATION OF PHYSICAL THERAPIST IN SUPPORT OF CORE HEALTH
FAMILY: achievements and challenges in daily work**

**LA INTEGRACIÓN DE TERAPEUTA FÍSICO EN APOYO DEL NÚCLEO FAMILIAR
DE SALUD: logros y desafíos en el trabajo diario**

Daniela Vieira¹, Marta Cocco da Costa².

¹Fisioterapeuta. Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde/EaD/Universidade Federal de Santa Maria/Cachoeira do Sul/RS/BR. E mail: dadah_bittencourt@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC). Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: marta.c.c@ufsm.br

Endereço para correspondência: Daniela Vieira Bittencourt
Rua Davi Barcelos, prédio 833, sala 4,
CEP :96501-360
Bairro: Centro
Cachoeira do Sul, RS, Brasil.
E-mail: dadah_bittencourt@hotmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EAD EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA DE SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de
Curso

**A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONQUISTAS E DESAFIOS NO COTIDIANO DE TRABALHO**

elaborado por
Daniela Vieira

como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de
Organização Pública em Saúde**

Comissão Examinadora:

**Prof^a. Enf^a. Dr^a. Marta Cocco da Costa (Presidente/Orientadora - Membro da
Banca - UFSM/PM)**

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Ethel Bastos da Silva (Membro da Banca - UFSM/PM)

Prof^a. Enf^a. M^e. Danusa Begnini (Membro da Banca - UFSM/PM)

Prof^a. Enf^a. Dr^a. Luana Possamai (Suplente- UNICRUZ)

Cachoeira do Sul, dezembro de 2015.

RESUMO: Este estudo buscou analisar e refletir, por meio de uma abordagem teórica-reflexiva, sobre a inserção do profissional fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, discutindo as conquistas e os desafios encontrados no cotidiano de trabalho da equipe. A reflexão proposta, evidenciou que a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica ainda necessita de alguns ajustes. Quando inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisa enfrentar os problemas que aportam ao serviço de saúde, tendo como eixos direcionadores, o exercício de sua autonomia profissional, o desenvolvimento de intervenções criativas, o vínculo com a coletividade, levando em consideração os direitos do usuário, as opções tecnológicas disponíveis e as necessidades da comunidade de pertencimento. Assim, fica claro no estudo que há a necessidade de maior presença do fisioterapeuta na construção dos projetos terapêuticos desenvolvidos, principalmente no âmbito do NASF, necessitando discutir as políticas públicas existentes, ampliando o conhecimento entre os profissionais e usuários sobre a sua práxis, o que permitirá uma discussão na sua formação e das ferramentas utilizadas para que seja contemplado um cuidado integral e resolutivo.

PALAVRAS-CHAVES: Fisioterapia. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT: This study aimed to analyze and reflect, through a theoretical-reflexive approach on the insertion of the physiotherapist in the Support Center for Family Health, discussing achievements and challenges encountered in the team's daily work. Through reflection proposal, it became clear that the physiotherapist's role in primary care still needs some adjustments. When inserted into the Support Center for Family Health, needs to address the problems that contribute to the health service, with the drivers axes, the exercise of their professional autonomy, the development of creative interventions, the bond with the community, taking into account the user rights, the technological options available and belonging to community needs. Thus, it is clear from the study that there is a need for greater presence of the physiotherapist in the construction of developed therapeutic projects, mainly within the NASF, requiring discuss the existing policy, increasing awareness among professionals and users about their practice, which allow a discussion in their training and the tools used to be contemplated an integral and decisive care.

KEYWORDS: Physiotherapy. Primary Care. Health System. Health Management.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo analizar y reflexionar, a través de un enfoque teórico-reflexivo sobre la inserción del fisioterapeuta en el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia, discutir los logros y desafíos que enfrentan en el trabajo diario del equipo. A través de la reflexión propuesta, se hizo evidente que el papel del fisioterapeuta en la atención primaria todavía necesita algunos ajustes. Cuando se inserta en el Centro de Apoyo a la Salud de la Familia, tiene que hacer frente a los problemas que contribuyen a los servicios de salud, con ejes de los conductores, el ejercicio de su autonomía profesional, el desarrollo de intervenciones creativas, el vínculo con la comunidad, teniendo en cuenta la derechos de los usuarios, las opciones tecnológicas disponibles y pertenecientes a las necesidades de la comunidad. Por lo tanto, es evidente desde el estudio que hay una necesidad de una mayor presencia del fisioterapeuta en la construcción de proyectos terapéuticos desarrollados, principalmente dentro de la NASF, requiriendo discutir la política existente, aumentar la conciencia entre los profesionales y los usuarios acerca de su práctica, que permitir una discusión en su formación y las herramientas utilizadas para contemplar una atención integral y decisiva.

PALABRAS CLAVE: Fisioterapia. Atención Primaria. Sistema de Salud. Gestión de la Salud.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura.....	8
2.1 Sistema Único de Saúde: conquista social e desafios para sua consolidação.....	8
2.2 Evolução histórica do profissional Fisioterapeuta no contexto da saúde.....	10
2.3 Estratégia de Saúde da família: novo modelo assistencial de produção de cuidado.....	12
2.4 Núcleo de Apoio de Saúde da Família: potencial de inserção do profissional fisioterapeuta e o trabalho em equipe.....	14
2.5 Conquistas e desafios do profissional fisioterapeuta no processo de trabalho e de cuidar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	16
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
4. REFERÊNCIAS	22

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”. Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde”, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral. Ademais, se acrescenta aos chamados “princípios finalísticos”, que dizem respeito à natureza do sistema que se pretende conformar, os chamados “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema” que se quer conformar, institucionalizar, que são: a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social (TEIXEIRA, 2011).

Desde a implantação do SUS várias propostas e estratégias têm sido adotadas visando atender às necessidades de saúde da população. A que tem se dado maior destaque, enquanto possibilidade de mudança do modelo assistencial é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Criada em 1994, está centrada nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Propõe uma reorganização do sistema de saúde, respeitando as diretrizes do SUS, com ênfase na atenção primária e na promoção da saúde familiar (RAGASSON et al, 2004).

A ESF ampliou a cobertura assistencial, no entanto, essa ampliação possibilitou às equipes identificar novas necessidades de saúde, gerando, assim, outras demandas assistenciais. Evidenciou-se, então, a importância da inserção de outros profissionais, além dos que constituem a equipe mínima, a fim de assegurar a integralidade na atenção à saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde propõe a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria Nº. 154/GM, de 24 de Janeiro de 2008. Esta proposta busca o envolvimento de outros profissionais no apoio às equipes mínimas de saúde da família, visando à ampliação

da rede de atenção básica na tentativa de melhorar a assistência ao indivíduo (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção básica à saúde é um processo em construção, que esteve associado durante algum tempo à gênese da profissão, quando este profissional era rotulado como reabilitador, tratando apenas a doença e suas sequelas. Essa lógica, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção básica (RIBEIRO, 2002).

A ESF, a partir da sua implantação, produziu mudanças importantes na prática dos profissionais fisioterapeutas, levando conseqüentemente a sua extensão em todo o sistema de saúde. O NASF surge como uma ferramenta que possibilita ressignificações nas práticas dos profissionais que participam dessa política, de toda a equipe trabalhadora da atenção básica, da população assistida e da rede de atenção (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

O profissional que atua no NASF tem como princípios básicos em sua atividade a integralidade, o conhecimento de território, a humanização, a educação popular e permanente em saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade direcionados para ações de promoção de saúde que interfiram diretamente na qualidade de vida dos cidadãos. Dessa forma, essa proposta organizará o processo de trabalho do fisioterapeuta no território do qual é responsável, em conjunto com a equipe de ESF, dando prioridade em ações com atendimento compartilhado, de forma interdisciplinar, principalmente com estudo e discussão de casos e situações (realização de projeto terapêutico singular, orientações); intervenções específicas do profissional aos usuários e/ou famílias. Porém, é importante ressaltar que, o atendimento individual ocorre em situações de extrema necessidade; e ações comuns nos territórios articulada com as equipes de ESF (projeto de saúde no território) (BRASIL, 2009). Assim sendo, essa proposta inovadora de ações múltiplas requer um novo olhar do profissional fisioterapeuta no campo ético-político e no que concerne ao seu processo de trabalho.

A partir disso, o presente artigo busca analisar e refletir sobre a inserção do profissional fisioterapeuta no NASF, discutindo as conquistas e os desafios encontrados no cotidiano de trabalho da equipe. Este estudo caracteriza-se pela

abordagem teórica- reflexiva, em que busca discutir a partir da literatura elementos centrais para o objetivo proposto.

2. CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura

2.1 Sistema Único de Saúde: conquista social e desafios para sua consolidação

O SUS, resultado de um processo de lutas políticas e setoriais capitaneadas pelo movimento sanitário brasileiro, tem o objetivo de garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Propõe, como horizonte, a superação dos limites do modelo médico-assistencial privatista, que tem como bases a especialização do profissional e a ênfase na doença e no processo de cura (REZENDE et al, 2009).

Dentro dos princípios do SUS, a universalidade, é uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção. Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços (TEIXEIRA, 2011).

O princípio da equidade do SUS é um dos mais discutidos na atualidade. A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais é ponto de partida da equidade. Em saúde, estas desigualdades sociais se apresentam diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos, com a redistribuição da oferta de ações e serviços, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, ou que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas (TEIXEIRA, 2005).

A noção de integralidade diz respeito às diversas ações para a promoção da saúde, prevenção de riscos, e assistência a doentes, assim como a sistematização de práticas desenvolvidas para enfrentar os problemas relacionados ao atendimento dessas necessidades; contempla o conjunto de ações de promoção, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação de indivíduos enfermos, ações para a detecção precoce de diagnóstico, tratamento e reabilitação (SPEDO, 2009).

Além dos princípios citados tem-se os “princípios estratégicos”, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam “como” deve vir a ser construído o “sistema”. Tais princípios são: Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social (CUNHA, 2013).

A descentralização da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para os estados (Secretaria Estadual de Saúde) e municípios (Secretaria Municipal de Saúde). Ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde, com a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes (MOTA, 2007).

O SUS propõe que os serviços de saúde sejam organizados por níveis de atenção. A Lei 8.080, de setembro de 1990, que regula as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema, prevê que as ações devem ser desenvolvidas e organizadas em uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada (REZENDE et al, 2009).

A regionalização e a hierarquização, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população usuária. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, e leva em conta a divisão político-administrativa do país, a hierarquização diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, por meio do sistema de referência e contra referência de usuários e de informações.(MOTA, 2007)

A integração entre as ações promocionais, preventivas e curativas diz respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do

sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde, sobre condições de vida, riscos e danos à saúde (CUNHA, 2013).

Nessa dimensão, a incorporação do conceito ampliado de saúde, que a associa às condições de vida, norteia a formulação e a implementação de estratégias que viabilizem um serviço de saúde universal, integral, eficaz, eficiente com equidade e participação popular (REZENDE et al, 2009).

A atenção básica passa, então, a ser compreendida como “porta de entrada” para o sistema de saúde, passando a ser defendida como o primeiro nível do cuidado, representado por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Assim, por possuir capacidade de resolução em relação à grande parte dos problemas de saúde da população, a atenção básica, se bem estruturada, permite reduzir o fluxo de usuários para os níveis de maior densidade tecnológica, racionalizando o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros e possibilitando maior acesso aos cuidados. A proposta, portanto, é viabilizar, a partir do primeiro nível do cuidado, a integração dos diversos pontos de atenção à saúde, possibilitando uma assistência contínua, de qualidade, com menor custo e em lugar e tempo certos (SOUSA, 2003).

2.2 Evolução histórica do profissional Fisioterapeuta no contexto da saúde

A fisioterapia surgiu como uma “especialidade paramédica” com o propósito de reabilitar e preparar pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva (REZENDE et al, 2009).

Na medida em que se tornou mais conhecida e que se ampliaram as áreas de intervenção da Fisioterapia, houve um aumento na demanda por esses serviços, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. O atendimento restrito, principalmente aos centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária,

vem ocasionando uma demanda reprimida nesses locais, onde há listas de espera nas quais as pessoas aguardam durante meses por atendimento. Há um outro agravante no que diz respeito ao acesso ao tratamento fisioterapêutico: a dificuldade que grande parte dos usuários tem de se deslocar para esses serviços. Essa dificuldade se torna mais importante, tanto em função das limitações físicas que muitos apresentam, como também do ponto de vista econômico, uma vez que esse atendimento pressupõe repetidas idas ao serviço, deslocando-se por longas distâncias, o que representa, além do esforço físico, despesas com transporte (RIBEIRO, 2002).

Essas dificuldades podem ser conseqüência da formação e a prática da Fisioterapia, que ainda hoje, estão direcionadas, prioritariamente, para a clínica de reabilitação e para os centros de terapias hospitalares. Há a tendência no ensino superior de Fisioterapia em valorizar o individual, a terapêutica, a especialidade e a utilização de métodos e técnicas sofisticadas (REZENDE, 2007). Talvez aqui resida o determinismo do caráter predominantemente clínico e limitado aos locais de atendimento em níveis secundário e terciário de atenção à saúde na prática do Fisioterapeuta (RODRIGUES, 2008).

Todavia, para que o atendimento do usuário aconteça de forma integral o fisioterapeuta necessita atuar em interação com outros profissionais, para melhor compreender e poder interferir positivamente, no sentido de ampliar e de tornar mais rica e prazerosa a relação permanente do indivíduo com seu ambiente. Da mesma forma, junto com os usuários dos serviços de saúde, o fisioterapeuta pode refletir sobre o uso que eles fazem do próprio corpo nas suas relações com o espaço e com outras pessoas e, a partir de então, promover ações visando à melhoria da qualidade de vida no presente e para o futuro. Muito mais do que tratar e reabilitar, o fisioterapeuta tem o encargo de agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para exercer suas atividades laborativas e da vida diária. Esse posicionamento está diretamente relacionado ao que explicita a Resolução COFITTO nº 80/87: “Por sua formação acadêmico-profissional, pode o fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis da assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas” (REZENDE et al, 2009).

Com a Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS, a partir da década de 90, instituições representativas e formadoras ligadas à fisioterapia começaram a estimular a participação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. Os objetivos iniciais eram acompanhar a tendência das novas políticas públicas de investimento e assegurar um espaço nesse nível de atenção, além de propiciar a adaptação curricular às Diretrizes Curriculares e à participação em residências multiprofissionais (PORTES, 2011).

2.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: novo modelo assistencial de produção de cuidado

O Ministério da Saúde, com a finalidade de reorientar o modelo assistencial do Brasil, criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), reafirmando os princípios básicos do SUS (BRASIL, 1997).

A partir da edição da Portaria n. 648/06, que trata da Política Nacional de Atenção básica, passa a ser denominado ESF, buscando salientar a opção tecnológica de transcender à lógica dos programas verticalizados e fragmentados, em busca da realização do cuidado integral, humanizado e resolutivo (BRASIL, 2006).

A ESF estrutura-se por meio das Unidades (USF) e Equipes de Saúde da Família, estas com composição mínima constituída por: médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e quando ampliada, inclui ainda um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe responsabiliza-se pelo acompanhamento de cerca de três a quatro mil pessoas, a quem deve garantir os fluxos de referência e contra-referências aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2006; REZENDE et al, 2009). Essa operacionalização deve adequar-se a realidade local, desde que esteja baseada nos princípios e diretrizes do SUS (DOMINGUEZ, 1998).

Ao contrário do modelo assistencial privatista, no qual o profissional médico tem presença predominante nas intervenções, ocasionando um papel secundário aos demais profissionais que compõem a força de trabalho na saúde, a Saúde da

Família baseia-se, essencialmente, no trabalho das equipes (SOUSA, 2003). Cabe a elas, entre outras atribuições: cadastrar todas as famílias de uma determinada região, identificar os problemas de saúde dessa população cadastrada, planejar suas ações dentro das necessidades locais, acompanhar os grupos mais vulneráveis, realizar atendimentos de qualidade (agendados previamente, por demanda espontânea nas unidades ou em visita em domicílio), desenvolver ações de educação e promoção da saúde e estabelecer vínculos de compromisso e coresponsabilidade com as pessoas da comunidade. Tais funções devem ser desempenhadas tanto numa abordagem individual quanto coletiva. O profissional deve partir da premissa de que as alterações físicas ou mentais vivenciadas pelos indivíduos geram uma desarticulação de sua existência, abalando e desestruturando a dinâmica de sua família e dos demais grupos com os quais se relacionam e nos quais se encontram inseridos. É imprescindível perceber a multicausalidade dos processos mórbidos, contextualizando, sempre, o indivíduo em seu ambiente (REIS, 2001).

Por outro lado, a relação e o vínculo dos profissionais com os membros da comunidade, usuários dos serviços, dá-se através de ações, reações e efeitos que geram novas situações e apresentam novos desafios num processo contínuo de busca por atenuar ou superar problemas e obstáculos (MOREIRA, 2002).

Aqui revela-se a complexidade do trabalho profissional nesse primeiro nível da atenção (MENDES, 1996), visto que o cumprimento de uma atividade integrada e cooperativa exige o desenvolvimento de um conjunto de novas competências (CORDEIRO, 2000).

No entanto, além de novas competências, o trabalho profissional das equipes envolve, também, atividades e conhecimentos técnicos que estão constituídos e situados nas esferas de diferentes categorias profissionais. Saberes bem definidos, que compõem a “caixa de ferramentas” do trabalhador da saúde e que concebem o olhar do profissional sobre o usuário, enquanto objeto de sua intervenção, em um processo de captura do mundo daquele e de suas necessidades (MERHY, 2000).

Nessa perspectiva, a integração de profissionais de várias categorias nas equipes de Saúde da Família permite distintos olhares, ampliando as possibilidades inovadoras das práticas do cuidado e aumentando o potencial de resolutividade, com qualidade e sem descaracterizar a proposta original.

2.4 NÚCLEO DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: potencial de inserção do profissional fisioterapeuta e o trabalho em equipe

A criação dos NASF, em janeiro de 2008, se constitui como um passo importante para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família e especialmente para o desenvolvimento e aprimoramento de um novo modelo de exercício do trabalho em equipe multiprofissional. Nele, as diretrizes da integralidade, qualidade, equidade e participação social devem ser concretizadas em ações coletivas centradas no desenvolvimento humano e na promoção da saúde, capazes de produzir saúde para além do marco individualista, assistencialista e medicalizante (MÂNGIA, 2008).

Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes (BRASIL, 2008).

Os NASF deverão desenvolver ações junto às equipes de Saúde da Família de forma a apoiá-las em seu fazer cotidiano. Tais ações deverão ser planejadas e definidas em conjunto com as equipes e de acordo com as necessidades e realidade local (MÂNGIA, 2008).

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de saúde da família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

No Brasil, as rupturas epistemológicas dos saberes que envolvem o processo saúde e doença vêm ocorrendo de forma lenta e com diversas intensidades, em

todos os níveis de complexidade, principalmente na atenção básica, por ser um campo em plena expansão e ao mesmo tempo em permanente construção. Dessa forma, mudanças constantes são disparadas no cotidiano das práticas nos mais diferentes espaços e principalmente nos núcleos de conhecimento existentes, dentre eles a Fisioterapia, que pela vivência no campo da reabilitação, em especial na média e alta complexidade, requer um (re)dimensionamento das suas práticas para atender a essa realidade (SOUZA, 2013).

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de Atenção Básica está em processo de construção, iniciando pela formação dos profissionais de modo a habilitá-los para atuar nestes serviços. Cada dia surgem novas experiências e propostas na busca da atuação deste profissional neste nível de atenção, no intuito de ampliar o cuidado à saúde e melhorar a qualidade de vida (RIBEIRO et al., 2006).

A participação nos NASF representa uma primeira aproximação formal da fisioterapia com a atenção básica, sob o ponto de vista de uma política de saúde. O profissional atuante no NASF deve realizar suas ações de acordo com algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde como, por exemplo, as ações interdisciplinares e intersetoriais; o processo de educação permanente em saúde de profissionais e da população; o desenvolvimento da noção de território; a integralidade, a participação social, a educação popular; a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2009).

A Portaria do NASF propõe que o fisioterapeuta deve acolher os usuários que necessitam de cuidados de reabilitação, orientando, atendendo e acompanhando os mesmos de acordo com a necessidade específica de cada um. Assim como orienta, também, ao profissional realizar visitas domiciliares na tentativa de promover orientações ao usuário e aos cuidadores (BRASIL, 2008).

Também é proposto pelo NASF a orientação e informação do usuário e de pessoas envolvidas no cuidado do mesmo, como os cuidadores e os ACS, quanto aos manuseios, posicionamentos e utilização de recursos que possibilitem um melhor desempenho funcional de cada indivíduo especificamente, no intuito de proporcionar um melhor acompanhamento e adaptação do ambiente para as necessidades do paciente (BRASIL, 2008).

Em relação ao cuidador, observa-se que, em geral, aprende a cuidar no cotidiano, principalmente com a observação nos ambientes de saúde. No entanto, a

desinformação e o medo de lidar com o outro pode ser uma barreira, o que pode justificar sua necessidade na solicitação do atendimento fisioterapêutico. Porém, sua ação é fundamental para a produção de integralidade e de continuidade do cuidado (PERLINI, 2005).

Dessa forma, o desafio principal das profissões que atuam no NASF é o de desenvolver uma nova concepção de trabalho que utilize a atuação conjunta, integrada e intersetorial, com base nas redes entre os trabalhadores e incorporando a participação dos usuários, refletindo o conceito ampliado de saúde assumido pelo SUS. No entanto, a maior parte dos profissionais não tem o trabalho em equipe focado na graduação, devendo ser apreendido no cotidiano da produção e prestação de serviços de saúde e na imersão no trabalho coletivo (MÂNGIA, 2008).

2.5 Conquistas e desafios do profissional fisioterapeuta no processo de trabalho e de cuidar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A formação dos “cuidadores” da saúde sempre foi uma preocupação marcante dos grupos humanos. Desde a época em que a saúde era associada à magia, nas tribos primitivas, os candidatos a “pajés” eram criteriosamente selecionados e “treinados tutorialmente”. Na fisioterapia, não é diferente e a preocupação com a formação de novos profissionais tem sido cada vez mais enfatizada. Historicamente, a atuação do fisioterapeuta é entendida como assistência no nível de atenção terciária; porém, sabe-se que quando inserido na atenção primária, pode ser de grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (SILVA, 2007).

A partir de 2002, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, que dizem que os conteúdos curriculares podem ser diversificados desde que assegurem o equilíbrio de conhecimento nas diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos, a fim de assegurar a formação generalista. Além disso, os cursos devem apresentar projeto pedagógico que tenha sido construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da

aprendizagem e apoiado no professor como facilitador desse processo (BRASIL, 2002).

Percebeu-se uma diferença entre as experiências acadêmicas e a proposta do NASF. Na academia podemos observar uma atenção mais voltada para a reabilitação do usuário, principalmente dentro do domicílio, centrada no atendimento individualizado. Em contrapartida, a atuação no NASF propõe visitas para acompanhamento do usuário e orientação aos cuidadores e ACS no processo de reabilitação, proporcionando uma atenção onde existe a co-responsabilização dos envolvidos no cuidado e não uma dependência do usuário à presença do fisioterapeuta (FORMIGA, 2012).

No estudo de Souza (2013), o autor evidenciou que é necessária a orientação e o acompanhamento contínuo pelo fisioterapeuta nas práticas desenvolvidas no ambiente domiciliar, ou seja, notou-se, a partir dos discursos, que ausência do profissional durante os atendimentos dificulta a execução e a continuidade das atividades por parte dos trabalhadores do NASF e da unidade de saúde.

Com isso, os autores Ribeiro et al (2007), mostram a importância de adotar estratégias para a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica, dentre as quais destaca a participação dos ACS como forma de ampliar o cuidado fisioterapêutico. Esta participação ocorre na medida em que os ACS identificam as necessidades para o cuidado fisioterapêutico, e se envolvem no tratamento do indivíduo, estimulando os sujeitos e seus familiares a realizarem as orientações dadas. Além disso, o ACS conhece a realidade social e familiar dos usuários, o que favorece a adequação da atuação dos profissionais a tal realidade.

Também contribui nessa discussão Bispo-Júnior (2010), pois mostrou em seu trabalho que o fisioterapeuta na Atenção Básica encontra uma dificuldade primordial, que é uma grande quantidade de pacientes que não consegue ter acesso ao serviço, principalmente para os níveis secundário e terciário. Desta forma, o fisioterapeuta inserido na Atenção Básica fica a mercê desta alta demanda e impossibilitado de realizar outras ações relativas à atuação de um profissional no nível primário de atenção, como as ações de prevenção e promoção da saúde.

Segundo Formiga (2012) existem várias dificuldades como: ausência de um profissional fisioterapeuta inserido nas USF; estranhamento dos acadêmicos quando se deparam com a realidade da Atenção Básica; deficiência no relacionamento do

fisioterapeuta com as ESF e a rotatividade dos profissionais nas ESF. Outros fatores também foram apontados como dificuldades, como: a grande demanda de usuários e falta de suporte dos setores secundário e terciário. A falta de adesão da Comunidade, principalmente para as atividades coletivas e a própria ausência de trabalhos que busquem os indicadores locais de saúde também foram citadas como dificuldades pelos discentes. O fisioterapeuta do NASF, assim como os demais profissionais desta Equipe, também pode encontrar outra dificuldade em relação à própria proposta de atuação, como por exemplo, muitas USF (Unidade de Saúde da Família) sob a responsabilidade de uma Equipe NASF.

É interessante também se discutir como se dá a reabilitação na Atenção Básica diante da proposta do NASF, pois esta prevê o acolhimento dos usuários que necessitam de cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários. Desta forma, a equipe de saúde trabalha um projeto terapêutico para aquele usuário. Em casos que realmente necessitam de uma assistência mais especializada, os NASF tem a proposta de utilizar-se do sistema de referência e contra-referência. Mas, isso não exclui o acompanhamento do fisioterapeuta da Atenção Básica, pois este vai desenvolver ações de reabilitação baseada na comunidade, possibilitando ao usuário uma assistência que melhor se adapte ao meio em que o mesmo está inserido (BRASIL, 2008).

Estudo desenvolvido por Brasil et al (2005) demonstrou que o desconhecimento a respeito da atuação do fisioterapeuta é motivo de limitação do acesso da comunidade ao serviço de Fisioterapia na ESF.

Diante disso, citam-se alguns autores que ressaltam a necessidade de conscientizar os profissionais da área de saúde e a sociedade sobre a relevância do fisioterapeuta como agente de saúde (VÉRAS, 2004; BRASIL et al, 2015.).

Por ter uma característica reabilitadora desde a sua criação, a formação desse profissional ascende com um interesse limitado sobre Saúde Pública, refletindo diretamente na atenção básica, o que acarreta diretamente no NASF, além de essa ser uma política pública recente que não permite experimentações dos acadêmicos, contribuindo para essa situação (RODRIGUES, 2012). Em sua regulamentação, o NASF, enquanto equipe de apoio matricial, aparece como política que contribuiria para a construção da rede de atenção, no que tange à integralidade.

No entanto, o que é demonstrado nas falas é que a necessidade do usuário está diretamente ligada à presença do Fisioterapeuta para a prática, pois essa é a realidade vivida e experimentada pelos cidadãos, o que não desqualifica o NASF como apoio para efetivação de uma rede de cuidados, porém é necessário enxergar que outros desejos e anseios podem estar impetrados nos usuários não respeitados na implementação de ações e serviços de saúde para a população (BRASIL, 2009).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esse trabalho evidencia-se a necessidade de mudanças não somente dos antigos paradigmas técnico-científicos, como também dos compromissos e responsabilidades sociais. Nos últimos anos a Fisioterapia vem acumulando experiências e saberes no sentido de propor um desenho assistencial para a profissão na Atenção Básica. Experiências espalhadas em diversos lugares do país são divulgadas contribuindo com esse processo. Nesse cenário, várias possibilidades de atuação e estratégias de reorientação do fazer fisioterapêutico vêm sendo construídas.

Além disso, observa-se que a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica e NASF ainda necessita de alguns ajustes para que estas dificuldades sejam superadas. Constata-se, a partir das experiências acadêmicas, que a respeito dessas dificuldades existe uma atuação possível para este profissional na Atenção Básica. Todavia, a complexidade e os desafios que emergem da aproximação da Fisioterapia e das Políticas de Saúde nas práticas cotidianas ainda que tardia, é absolutamente necessária.

Nessa perspectiva, o fisioterapeuta, quando inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisa enfrentar os problemas que aportam ao serviço de saúde, tendo como eixos direcionadores, o exercício de sua autonomia profissional, o desenvolvimento de intervenções criativas, o vínculo com a coletividade, levando em consideração os direitos do usuário, as opções tecnológicas disponíveis e as necessidades da comunidade de pertencimento.

Assim, fica claro nessa reflexão que há a necessidade de maior presença do fisioterapeuta na construção dos projetos terapêuticos desenvolvidos, principalmente no âmbito do NASF, necessitando discutir as políticas públicas existentes, ampliando o conhecimento entre os profissionais e usuários sobre a sua prática, o que permitiria uma discussão na sua formação e das ferramentas utilizadas para que seja contemplado um cuidado integral e resolutivo.

A partir das reflexões do presente estudo, foi possível perceber o quanto se faz necessário um maior aprofundamento acerca dessa temática, gerando assim

possíveis melhorias tanto para os profissionais da fisioterapia, do NASF, e usuários do SUS.

4. REFERÊNCIAS

BISPO-JÚNIOR J.P. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**.15 (supl. 1) p. 1627-1636, 2010.

BRASIL, A.C.O, BRANDÃO, J.A.M, SILVA, M.O.N, GONDIN-FILHO V.C. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Acesso 20 setembro 2015; v.18, n.1, p. 3-6, 2005. Disponível em:< [http://www.unifor.br/notitia/ file/427.pdf](http://www.unifor.br/notitia/file/427.pdf). 14.>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Diário Oficial da União, n. 18, Seção 1, p. 47-49, 25 de jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina de qualificação do NASF**. Ministério da Saúde; p. 86, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; Série A. n. 27, p. 157, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006.Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília, DF, 2006, 28 mar, Seção 1. [acesso 5 setembro 2015]. Disponível em:< [http://dtr2001.saude.gov.br/ sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm).>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma nova estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde;1997.

BRASIL. Resolução Nº CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**.

CUNHA, A.M.C.A, LANDI, H.**Análise das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Avaliação em Saúde**. Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde - Perspectivas da Qualidade em Redes de Atenção à Saúde. São Paulo: FGV, p. 241-247, 2013.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em Saúde da Família.**Revista Divulgação em Saúde para Debate**; p. 21, 2000.

DOMINGUEZ, B.N.R. **O programa de saúde da família: como fazer.** São Paulo: Computação Gráfica/EditoraLtda; 1998.

FORMIGA, N.F.B; RIBEIRO, K.S.Q.S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16 n. 2, p.113-122, 2012.

MÂNGIA E.F, LANCMAN S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. **Revista Terapia Ocupacional USP**.v.19, n.2, p.1, 2008.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996.

MERHY, E.E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde.** Interface (Botucatu); n. 6, p. 109-116, 2000.

MOREIRA, M.R, CRUZ NETO, O, SUCENA, L.F.M. A relação dos profissionais do Programa Saúde da Família com o contexto de exclusão social da população atendida. **Revista Saúde em Foco**; n. 23, p. 65-81, 2002.

MOTA, M.V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité,** Tese de Doutorado da Faculdade de Saúde Pública da USP, 2007.

PERLINI, N.M.O.G, FARO A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer docuidado domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem daUSP**. v. 39, n.2, p.154-63, 2005.

PORTES, L.H; CALDAS, M.A.J; PAULA, L.T; FREITAS, M.S. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**; v. 14, n.1, p. 111-119, 2011.

RAGASSON C.A.P, ALMEIDA D.C.S, COMPARIN K, MISCHIATI M.F, GOMES J.T. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional.** [monografia online]. Cascavel; Unioeste, 2004. [Acesso em. 23 de outubro de 2015]. Disponível em: http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf.

REIS, C.C.L. **Supervisão no PSF – Limites e possibilidades** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

REZENDE, M; MOREIRA, M.R; FILHO, A.A; TAVARES, M.F.L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Rio de Janeiro, **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1)p. 1403-1410, 2009.

REZENDE, M; Avaliação da Inserção do Fisioterapeuta na Saúde da Família de Macaé/RJ: **A Contribuição deste Profissional para a Acessibilidade da População Idosa às Ações de Saúde da Equipe. Um Estudo de Caso.** Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO K.S.Q.S. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária. **Revista Fisioterapia Brasil**, v.3, n.5, p.311-18, 2002.

RIBEIRO K.S.Q.S, ARAÚJO NETO M.J, ARANGIO M.G, NASCIMENTO P.B.S. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da fisioterapia na atenção básica. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, v.10, n. 2, p.123-48, 2007.

RIBEIRO K.S.Q.S, ALMEIDA A.B, OLIVEIRA A.M.B, LIMA J.F, VASCONCELOS P.T. **A Fisioterapia na Atenção Básica.** Org. Fisioterapia na comunidade. 1. ed. João Pessoa: editora UFPB; p. 67-79, 2006.

RODRIGUES J.E, GOMES C.A.F.P., DIBAI Filho A.V., NASCIMENTO M.V, SOUZA J.C.C, PONTES-BARROS J.F. Conhecimento e interesse em saúde pública: opiniões dos alunos de graduação em fisioterapia. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**.v.25, n.1, p. 59-64, 2012.

RODRIGUES, R.M. A Fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: Aproximações e desafios. Rio de Janeiro. **Revista Perspectivas Online**, v.2, n. 8, p. 104-109, 2008.

SILVA, D.J; ROS, M.A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p. 1673-1681, 2007.

SOUZA, M.C.D;BOMFIM, A.S; SOUZA, J.N; FRANCO, T.B. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. **Revista Mundo da Saúde**; v.37, n.2, p. 176-184, 2013.

SOUSA, M.F. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec; 2003.

SPEDO, S.M. **Desafios para implantar a integralidade na assistência a saúde no SUS: estudo de caso do município de São Paulo.** Tese de doutorado da Faculdade de Saúde Publica da USP, 2009.

TEIXEIRA, C.F **Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde.** Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 2011.

VÉRAS, M.M.S., PINTO, V.P.T., OLIVEIRA, E.N., QUINDERÉ, P.H.D. **O Fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção.** SANARE [periódico na internet].[acesso 13outubro. 2015];v.5, n.1, p. 169-73, 2004.Disponível em: <http://www.esf.org.br/downloads/sanare/Sanare_v5_n1.pdf.>