

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Erika Oliveira Marenco

Desafios da fisioterapia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do
Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

Erika Oliveira Marenco

Desafios da fisioterapia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do
Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Denise Cavalcante de Barros

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M324d Marengo, Erika Oliveira.
Desafios da fisioterapia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro / Erika Oliveira Marengo. -- 2018.
97 f. ; il. color. ; mapas ; tab.

Orientadora: Denise Cavalcante de Barros.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Fisioterapia. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Apoio Matricial. I. Título.

CDD – 22.ed. – 615.82098153

Erika Oliveira Marenco

Desafios da fisioterapia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do
Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Gestão em Saúde.

Aprovada em 06 de outubro de 2015.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Mônica de Rezende
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Denise Cavalcante de Barros (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio.

Aos colegas de turma pela convivência enriquecedora.

Aos professores pela dedicação.

E principalmente aos pacientes pela inspiração.

“A evolução do Homem passa, necessariamente, pela busca do conhecimento.”

Sun Tzu

RESUMO

A Saúde da Família foi adotada como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil – visando atingir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – com a expansão e a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja especificidade está centrada na existência da equipe multiprofissional de saúde da família (BRASIL, 2011). Esta equipe multiprofissional, mais recentemente teve a incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Primária à Saúde, devendo estar comprometido com a promoção de mudanças na atitude e atuação dos profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009). O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial, desenvolvendo práticas colaborativas, em pelo menos, duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica; o NASF constitui-se em retaguarda para as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2014). Nesse contexto, em permanente construção, o fisioterapeuta, inserido na Atenção Primária à Saúde a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, depara-se com esse novo arranjo organizacional e metodologia de trabalho do Apoio Matricial. A possibilidade de tornar a fisioterapia cientificamente mais fundamentada, sanitariamente mais contextualizada e socialmente mais comprometida (BISPO JÚNIOR, 2013) traz o questionamento: COMO O FISIOTERAPEUTA ORGANIZA E DESENVOLVE SEU TRABALHO NO NASF PELA LÓGICA DO APOIO MATRICIAL? O objetivo geral da dissertação consistiu em analisar a percepção dos fisioterapeutas sobre sua inserção e atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro. A presente investigação trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, subsidiada por uma análise documental de Leis, Portarias, Diretrizes e Políticas relativas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para contextualizar a inserção do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde e por ampla pesquisa bibliográfica. O estudo de caso teve como população-alvo o universo dos fisioterapeutas inseridos no NASF do município do Rio de Janeiro. O presente estudo possibilitou distinguir três momentos, em relação à atuação dos fisioterapeutas no NASF sob a lógica do Apoio Matricial. A dimensão clínico-assistencial direta aos usuários em caráter individual ou coletivo foi a atividade mais realizada. A dimensão técnico-pedagógica para e com as equipes de Saúde da Família, pelo seu ineditismo para os fisioterapeutas, precisa ser reforçada o que demanda esforços de ambas as partes. Já a dimensão sócio sanitária necessita ter sua ênfase priorizada, a começar pelo processo de territorialização, levantamento das pessoas com deficiência, mapeamento dos equipamentos formais ou não governamentais para ordenar as redes de apoio social e de atenção à saúde e contribuir para as ações de educação e de promoção da saúde. O panorama levantado demonstra a necessidade de diálogo e negociação para definir a melhor forma de estruturação de fluxos e processos de trabalho integrados entre o NASF e as equipes Saúde da Família na ESF.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Apoio Matricial, Fisioterapia.

ABSTRACT

A Family Health Program has been adopted as the main strategy for the reorganization of Primary Health Care in Brazil – aiming to achieve the principles of the country's national health system, Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) – with the expansion and consolidation of the Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família - ESF), whose specificity is the centrality of a multidisciplinary Family Health team (BRAZIL, 2011). This multidisciplinary teams more recently developed into Family Health Support Centers (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) (GIOVANELLA and MENDONÇA, 2012). The Family Health Support Center (FHSC) aims to support, expand, and improve health care and health management in Primary Health Care, and must be committed to promoting changes in attitudes and performance of the professionals of the Family Health teams (BRASIL, 2009). FHSC's work is guided by the theoretical-methodological framework of a Matrix Support, developing collaborative practices in at least two dimensions: clinical-assisting and technical-pedagogical; the FHSC is also a rearguard for the Family Health teams (BRASIL, 2014). In this context of permanent development, the physiotherapist, included in Primary Health Care since the establishment of the Family Health Support Centers, learns of the new organizational arrangement and the working methodology of the Matrix Support. The possibility of making physiotherapy more scientifically grounded, contextualized in public health, and more socially committed (BISPO JÚNIOR, 2013) raises the question: HOW DOES THE PHYSIOTHERAPIST ORGANIZE AND DEVELOP ITS WORK IN THE FHSC IN THE LOGIC OF THE MATRIX SUPPORT? The general goal of the dissertation was to analyze the physiotherapists' perception about their insertion and performance in the Family Health Support Centers in the city of Rio de Janeiro. The present investigation consists of a descriptive study of quantitative-qualitative approach, supported by documental analysis of Laws, Ordinances, Guidelines and Policies related to the Family Health Support Centers to contextualize the status of the physiotherapist in Primary Health Care, and extensive bibliographical research. The case study had as target population the universe of physiotherapists working in the FHSC in the city of Rio de Janeiro. The present study made possible to distinguish three aspects of the physiotherapists' performance in the FHSC under the logic of the Matrix Support. The direct clinical and assisting dimension, either in the context of individual or collective users, was the most common activity. The technical-pedagogical dimension, made for and with the Family Health teams, being an unprecedented situation for physiotherapists, needs to be reinforced, demanding efforts from both sides. Last, the social and public health dimension needs to be prioritized, starting with a process of theorization, the creation of a database of people with disabilities, the mapping of formal or non-governmental equipment in order to systematize the social support and health care networks and contribute with pedagogical and health promotion initiatives. The scenario revealed by the study demonstrates dialogue and negotiation are needed to establish the best way to structure work flows and integrated processes between the FHSC and Family Health teams in the Family Health Strategy.

Key-words: Primary Health Care, Matrix Support, Physiotherapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmides Etárias Absolutas	21
Figura 2 – Modelo	23
Quadro 1 – Modalidades de Nasf, conforme a Portaria nº3.124 2012	33
Quadro 2 – Ações propostas para o NASF na área estratégica da Reabilitação.	46
Mapa 1 – Município do Rio de Janeiro dividido pelas Áreas de Planejamento.	52
Quadro 3 – Matriz FOFA (análise das Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças).	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição percentual em relação ao perfil profissional dos fisioterapeutas inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, 2015. ..	56
Tabela 2 – Distribuição percentual das ações realizadas para a organização e desenvolvimento do trabalho em equipe pela perspectiva dos fisioterapeutas do NASF no município do Rio de Janeiro, 2015.	58
Tabela 3 – Distribuição percentual das atividades realizadas no processo de trabalho dos fisioterapeutas do NASF do município do Rio de Janeiro, 2015	60
Tabela 4 – Distribuição percentual das ações na área estratégica da reabilitação realizadas pelos fisioterapeutas do NASF do município do Rio de Janeiro, 2015.	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 OBJETIVO GERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4 REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1 A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: DAS TRANSIÇÕES E DOS DETERMINANTES	19
4.2 A CRISE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DAS ESTRATÉGIAS E DAS INOVAÇÕES	24
4.3 A FISIOTERAPIA: DAS EXPERIÊNCIAS E DOS DESAFIOS	38
5 PERCURSO METODOLÓGICO	49
6 RESULTADOS	56
7 DISCUSSÃO	65
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AM – Apoio Matricial
AP – Área de Planejamento
AB - Atenção Básica
AD – Atenção Domiciliar
APS – Atenção Primária à Saúde
AMAQ – Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
CAB – Caderno de Atenção Básica
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CMS – Centro Municipal de Saúde
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CF – Clínica da Família
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CAP – Coordenadoria da Área de Planejamento
CER – Coordenação Regional de Emergência
DCNT – Doença Crônica Não Transmissível
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DSS – Determinantes Sociais da Saúde
DAPS – Divisão de Ações e Programas de Saúde
EPS – Educação Permanente em Saúde
eAB – equipe de Atenção Básica
eCR – equipe de Consultório na Rua
ER – Equipe de Referência
eSF – equipe de Saúde da Família
eSFF – equipe de Saúde da Família Fluvial
eSFR – equipe de Saúde da Família Ribeirinha

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF – Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FOFA – Fortaleza, Oportunidade, Fraqueza e Ameaça
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
MRJ – Município do Rio de Janeiro
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Saúde
NIAF – Núcleo Integrado de Atenção à Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OS – Organização Social
PCD – Pessoa Com Deficiência
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde
PADI – Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PSF – Programa Saúde da Família
PST – Projeto de Saúde no Território
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PS – Promoção da Saúde
RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde
SF – Saúde da Família
SMPD – Secretaria Municipal da Pessoa Com Deficiência
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Única de Saúde
SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

1 INTRODUÇÃO

A Fisioterapia; que é considerada uma ciência aplicada, cujo o objeto de estudo é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades e, que o processo fisioterapêutico baseando-se nas condições biopsicossocial, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a uma melhor qualidade de vida (COFFITO, 1987); adquire importante relevância no atual cenário de saúde brasileiro.

Esse cenário brasileiro de transição demográfica acelerada, cujos principais determinantes são: a redução expressiva dos níveis de fecundidade associada ao aumento da expectativa de vida apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante (MORAES, 2012).

O perfil populacional mais envelhecido traz consigo uma situação epidemiológica dominada pelas doenças crônico-degenerativas e seus fatores de risco, como o tabagismo, a inatividade física, o uso excessivo de álcool e outras drogas, a alimentação inadequada, e outros, denominada ‘epidemia oculta’ das condições crônicas (MENDES, 2012).

As condições de vida também sofreram transformações que afetaram a saúde e o comportamento de saúde dos brasileiros; a mudança alimentar, devido as alterações nas dietas causando forte impacto no estado nutricional das populações, é considerada um fator determinante das condições crônicas, pelo incremento do sobrepeso e obesidade (PAIM et al, 2011).

Portanto, o contexto de saúde da população brasileira, caracterizado pelas transições demográfica, epidemiológica e nutricional, alterou as taxas de mortalidade e morbidade e provocou um incremento vertiginoso das condições crônicas e incapacidades, resultando em maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde (MENDES, 2012).

No qual, a funcionalidade surge como um novo paradigma de saúde; onde a prevenção de incapacidades e a promoção do envelhecimento ativo; pressupõe a independência como principal marcador de saúde, pois, o foco está estritamente relacionado à capacidade funcional do indivíduo, quando este desempenha suas atividades de forma independente e mantém sua participação social de forma autônoma (MORAES, 2012 e CIF, 2003).

O que torna imperativo as reformas do sistema de saúde e do modelo de atenção à saúde; para enfrentar a crise contemporânea da saúde; impondo a necessidade de implementar estratégias inovadoras para responder à complexidade dos problemas de saúde mais frequentes da população (MENDES, 2012).

Sobretudo, quando as determinações do processo saúde-doença vão além das práticas

médico-assistenciais, impondo a necessidade de estratégias de conquista da saúde baseadas em intervenções inovadoras, tanto no campo da intersetorialidade como no campo da educação e mobilização por mudanças de comportamentos (CARVALHO e BUSS, 2012).

Afinal, o modo como as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem influencia sua saúde e sobrevida e, de modo geral, os grupos sociais menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e morrer; as desigualdades sociais existentes na saúde podem ser reduzidas pelo acesso universal a serviços de saúde de qualidade, impactando na equidade em termos de situação de saúde dos distintos grupos populacionais (PELLEGRINI FILHO, BUSS e ESPERIDIÃO, 2014).

No Brasil, a estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, a partir da Atenção Primária à Saúde, com a expansão e a consolidação da Estratégia Saúde da Família; tem na equipe de saúde multiprofissional um importante dispositivo para a reorganização do processo de trabalho, visando atingir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como ponto privilegiado de atenção, porta de entrada preferencial no sistema de saúde e importante centro de comunicação entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, enfatizando sua função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde, com equipe multiprofissional que coordena o cuidado e ordena a rede (BRASIL, 2014).

Já as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram desenvolvidas como estratégia de reestruturação do sistema de saúde e, são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população de forma humanizada, com equidade e com responsabilidades sanitária e econômica (MENDES, 2011).

Sendo assim, a Saúde da Família foi adotada como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, e a especificidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) está centrada na existência da equipe multiprofissional de saúde da família, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescida pelos profissionais de saúde bucal e mais recentemente ter a incorporação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma estratégia inovadora que tem

por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Primária à Saúde, devendo estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais das equipes Saúde da Família e entre sua própria equipe (BRASIL, 2009).

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial, desenvolvendo práticas colaborativas, em pelo menos, duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica; dessa forma, pode-se dizer que o NASF constitui-se em retaguarda especializada para as equipes de Saúde da Família, ao agregar novas ofertas de cuidado nas unidades básicas de saúde, ampliar o repertório de ações da APS, evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção da RAS e pactuar fluxos com as equipes e a gestão (BRASIL, 2014).

Apesar das conquistas e avanços na área da saúde, a implantação do NASF propõe repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF, sendo exigidas dos profissionais ‘atitudes de permeabilidade frente aos diferentes saberes e de flexibilidade frente às diversas necessidades’ (ANJOS e col., 2013).

É nesse contexto, em constante expansão e permanente construção, que o fisioterapeuta, inserido na Atenção Primária à Saúde a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, depara-se com esse novo arranjo organizacional e metodologia de trabalho do Apoio Matricial.

Portanto, ‘a possibilidade de tornar a fisioterapia cientificamente mais fundamentada, sanitariamente mais contextualizada e socialmente mais comprometida’ (BISPO JÚNIOR, 2013); impõe o aprofundamento do conhecimento no campo da saúde coletiva e ampliação do seu núcleo de saber em reabilitação, trazendo o questionamento: como o fisioterapeuta organiza e desenvolve seu trabalho no NASF pela lógica do Apoio Matricial?

2 JUSTIFICATIVA

Considerando a magnitude desse cenário: contínua tendência ao envelhecimento da população brasileira levando ao incremento na quantidade de pessoas portadoras de incapacidades físicas e necessidades de cuidados prolongados, assim como um aumento da prevalência de pessoas portadoras de deficiências, devido a sua crescente sobrevivência (FIOCRUZ, 2012a); a fisioterapia, devido a sua trajetória histórica sempre ter sido voltada ao nível curativo e reabilitador, traz potencial contribuição com seu núcleo específico de saber à Atenção Primária à Saúde (APS).

O fisioterapeuta insere-se na APS brasileira, a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm no conceito do Apoio Matricial tanto uma proposta de novo arranjo organizacional, como uma metodologia de trabalho, o que lhe impõe pensar novas práticas na produção de saúde e expandir suas competências no campo da Saúde Coletiva.

Portanto, o fisioterapeuta que atua no NASF depara-se com um campo de conhecimento inovador e desafiador, que exige a mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes não contemplados em sua formação para realizar ações de Promoção da Saúde, de Educação em Saúde e de trabalho em equipe.

Pressuposto fundamental da proposta do NASF é a compreensão do que é o conhecimento nuclear do especialista e o conhecimento comum e compartilhável; para tal, necessita como requisitos, além do conhecimento técnico, o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma de Saúde da Família e o compromisso de promover mudanças na atitude e atuação dos profissionais das equipes de Saúde da Família e da própria equipe NASF (BRASIL, 2009).

Uma vez que o processo de trabalho no NASF orienta-se pela metodologia do Apoio Matricial, para a gestão do cuidado, a partir de duas dimensões de suporte: o clínico-assistencial e o técnico-pedagógico; a dimensão assistencial demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários e, a dimensão pedagógica pressupõe apoio educativo para e com as Equipes de Referência (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) as equipes de Saúde da Família são as Equipes de Referência e a equipe do NASF os apoiadores matriciais; e, o funcionamento dialógico e integrado desse arranjo, pressupõe tomá-lo como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão e, participa da vida da organização (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Portanto, por vivenciar no cotidiano, como fisioterapeuta, o processo de trabalho do NASF na lógica do Apoio Matricial, vislumbro através do ingresso no programa do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família a oportunidade ideal de ampliar a discussão sobre o tema e aprofundar os conhecimentos na área.

Outro fato relevante é a implementação das equipes do NASF no município do Rio de Janeiro, impulsionada pela inclusão do NASF na Política Nacional de Atenção Básica publicada na Portaria nº 2.488 de 2011, evidenciando a expansão a partir desse ano do número de equipes; no entanto, com potencial para prosseguir ampliando a implantação do NASF na cidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos fisioterapeutas sobre sua inserção e atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil demográfico, acadêmico e profissional dos fisioterapeutas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro;

Investigar o uso da metodologia do Apoio Matricial pelos fisioterapeutas no desenvolvimento do seu trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro;

Discutir sobre a área estratégica da reabilitação e as ações realizadas pelos fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro;

Identificar as limitações e as potencialidades da fisioterapia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: DAS TRANSIÇÕES E DOS DETERMINANTES

As condições de saúde da população decorrem de um conjunto amplo e complexo de fatores relacionados com os modos de vida dos grupos populacionais e, esses fatores que determinam a ocorrência e a distribuição da saúde e da doença, modificam-se ao longo do tempo e refletem as mudanças históricas na organização das sociedades, que incluem aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e simbólicos, além de elementos como a política de saúde e a organização do sistema de prestação dos serviços de saúde (RIBEIRO e BARATA, 2012).

No Brasil, “a saúde como direito de todos e dever do Estado; garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”; é considerada a política brasileira mais inclusiva promulgada pela Constituição Federal de 1988 e a concretização do ideário movimento pela Reforma Sanitária das décadas de 70 e 80 (BRASIL, 1988).

Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país e tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

O Brasil vem passando por grandes transformações políticas, econômicas, sociais e demográficas, particularmente nas quatro últimas décadas, fruto dos processos de industrialização e urbanização, com significativas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e conseqüentemente em sua situação de saúde (CNDSS, 2008).

A sociedade brasileira tornou-se predominantemente urbana e a concentração em centros urbanos, criou condições favoráveis para o controle e redução de algumas doenças a partir do acesso a água potável, saneamento básico e serviços públicos como educação e saúde (RIBEIRO, 2014).

Contudo, a urbanização contribuiu para a emergência e expansão de agravos ao modificar o perfil ocupacional, o padrão dietético-nutricional, a frequência de prática de atividade física, o uso abusivo de álcool e outras drogas; assim como, contribuiu para o crescimento da carga associada aos acidentes de trânsito, à criminalidade e à violência

(RIBEIRO, 2014).

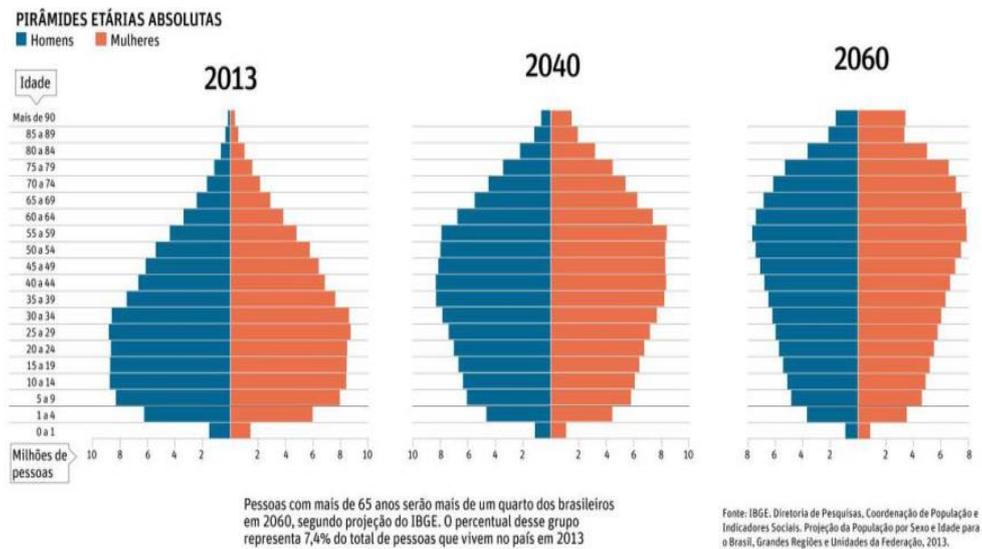
O Brasil vem apresentando mudanças marcantes na estrutura etária de sua população em decorrência do aumento da expectativa de vida ao nascer e da redução da taxa de natalidade; pois, com a incorporação de novos espaços no mercado, atraindo um volume ainda maior de mulheres para as relações de trabalho assalariado e a urbanização, com todos seus hábitos e comportamentos, contribuem para que os níveis de fecundidade continuem sua trajetória de declínio (PAIM et al, 2011).

A redução dos níveis de fecundidade leva à diminuição das taxas de natalidade, implicando o decréscimo do contingente jovem da população, essa redução embora ocorra em todas as regiões, demonstra importantes diferenças segundo a escolaridade e renda das mulheres, além do extraordinário aumento da contribuição das mulheres de 15 a 19 anos de idade na fecundidade total (OPAS, 2008).

A esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões e em ambos os sexos, a proporção de pessoas de 60 e mais anos de idade na população geral vem apresentando tendência ascendente, sendo que a população idosa é predominantemente feminina, reflexo da sobremortalidade masculina nas diversas idades (OPAS, 2008).

O processo de mudanças marcantes na estrutura etária da população brasileira, reduziu o percentual de crianças e adolescentes e aumentou o percentual de idosos na população, mudando a estrutura da pirâmide etária do Brasil, com o estreitamento de sua base e o alargamento de seu ápice e de acordo com as projeções essa tendência continuará nos próximos anos, inclusive dos idosos com idade igual ou maior a 80 anos (RIBEIRO, 2014).

Figura 1 – Pirâmides Etárias Absolutas



Fonte: IBGE, 2013

Essas mudanças na estrutura etária, principalmente da maneira acelerada como vem ocorrendo no Brasil, com um crescimento rápido do peso relativo dos idosos, têm um impacto importante na economia e na sociedade, além do fato de ocorrerem de forma desigual entre estados e regiões e entre os diferentes níveis de renda da população (CNDSS, 2008).

A transição demográfica acelerada, onde a população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento das condições crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade, chamou a atenção para uma questão que é de particular relevância para a organização da prestação de serviços de saúde: a frequência cada vez maior da multimorbidade e incapacidade (MENDES, 2012).

Já situação epidemiológica brasileira é muito singular; porque envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada) e o forte crescimento das causas externas (acidentes e violências); sendo caracterizada pela ‘tripla carga’ de doenças (MENDES, 2012).

As doenças infecciosas e parasitárias, apesar de reduzirem sua participação na mortalidade, ainda são um problema de saúde pública no Brasil, as doenças preveníveis por imunizações apresentaram redução expressiva no país após a extensão da cobertura vacinal (FIOCRUZ, 2012).

No entanto, as doenças negligenciadas constituem um grupo de doenças associadas à pobreza, para as quais se confere baixo grau de prioridade, com baixo investimento em novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica (FIOCRUZ, 2012); e, o ressurgimento de doenças

que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes e o surgimento de novas doenças ou agravos emergentes (OPAS, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e alguns dos seus fatores de risco apresentam tendência crescente, como: o aumento da prevalência da obesidade em adultos e crianças, que tem íntima relação com o diabetes e a hipertensão arterial, e estes como fator causal das doenças cardiovasculares; as doenças respiratórias crônicas que tem como causa principal o hábito de fumar; os diferentes tipos de câncer e as doenças neuropsiquiátricas (como as demências) estão aumentando conforme o processo de envelhecimento populacional (FIOCRUZ, 2012).

As doenças crônicas, por serem de longa duração, representam grande parte da demanda por serviços de saúde em todos os níveis de atenção e, provocam impactos fortes por apresentarem efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países (RIBEIRO e BARATA, 2012).

O grupo de agravos denominados causas externas, é composto por um conjunto de lesões provocados por acidentes (quedas, queimaduras, afogamentos, envenenamentos, acidentes de trânsito) e violências (agressões, homicídios, suicídios, abusos físicos, psíquicos e sexuais), aumentaram em todas as regiões do país, evidenciando acentuada e generalizada sobremortalidade masculina (RIBEIRO, 2014).

As causas externas constituem um importante problema de saúde no Brasil em função das elevadas morbidade e mortalidade, dos altos custos sociais e a tendência de internações estar em ascensão, seja por quedas na população idosa ou por homicídios e acidentes com motocicletas na população adulto jovem (RIBEIRO, 2014).

A alimentação, cujo o acesso e qualidade estão claramente influenciados por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, constitui-se num dos mais importantes determinantes sociais de saúde (CNDSS, 2008).

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por um processo de transição nutricional, que manifesta-se por uma 'dupla carga': de um lado permanece uma situação de subnutrição, por outro lado o sobrepeso e a obesidade encontram-se em franco processo de aumento em todo o mundo (MENDES, 2012).

As mudanças nos estilos de vida e nas dietas, em função do desenvolvimento econômico, da industrialização e da globalização, são profundas e rápidas, causando impacto no estado nutricional das populações do mundo, particularmente nos países em desenvolvimento; o excesso de peso guarda uma relação muito íntima com a atividade física e

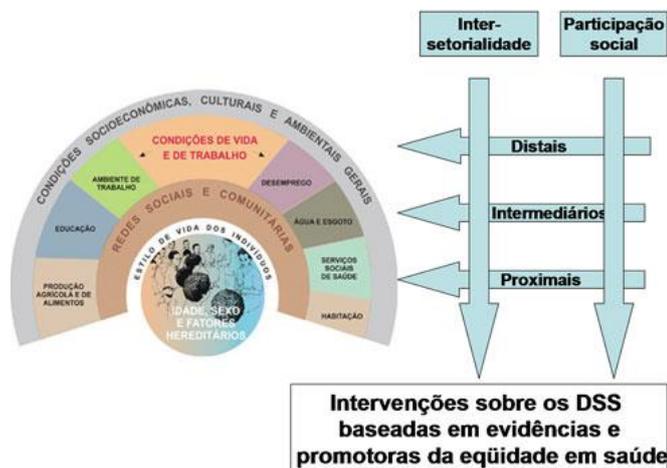
com a alimentação e estas com as condições crônicas e incapacidades (MENDES, 2012).

Os hábitos alimentares foram modificados pela facilidade de acesso a alimentos processados, provocando um aumento do consumo de alimentos densamente calóricos e a redução no consumo de frutas e legumes, como consequência a prevalência de sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão arterial vêm aumentando, contribuindo para a ampliação do risco de doenças cardiovasculares (RIBEIRO, 2014).

A ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco (alimentação inadequada, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas, tabagismo) na população são influenciados por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais e definidos como Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

O Brasil foi o primeiro país a criar sua Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde em 2006, que pela simplicidade, fácil compreensão e clara visualização, adotou o modelo de Dahlgreen e Whitehead, no qual os DSS estão dispostos em diferentes camadas segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada mais distal onde se situam os macrodeterminantes (CNDSS, 2008).

Figura 2 – Modelo



Fonte: CNDSS, 2008.

As intervenções sobre os DSS, com o objetivo de promover a equidade, devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo, ou seja, devem incidir sobre os determinantes proximais, vinculados aos comportamentos individuais; intermediários, relacionados às condições de vida e trabalho e distais, referentes à macroestrutura econômica, social e cultural (CNDSS, 2008).

Mas, estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de

natureza social, econômica e política e os fatores individuais, é necessário pois, permite identificar as intervenções que podem provocar mais impacto nas mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, com o objetivo de reduzir as inequidades em saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

As inequidades em saúde entre grupos e indivíduos; ou seja, as desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias; são um dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil, pois funcionam como um indicador claro do sucesso e do nível de coerência interna do conjunto de políticas de uma sociedade para uma série de setores (FIOCRUZ, 2012).

Sistemas de saúde que reduzem as inequidades em saúde oferecendo um melhor desempenho e, assim, melhorando mais rapidamente as condições de saúde de grupos carentes acabarão por oferecer um desempenho mais eficiente também para todos os estratos sociais (FIOCRUZ, 2012).

Os determinantes sociais da saúde proximais, oriundos de comportamentos e estilos de vida, são considerados fatores de risco e potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais; e intervir nesse nível, é o espaço privilegiado de atuação da APS, pela simples razão de que é nesse espaço que a população é conhecida, vinculada e acompanhada longitudinalmente (MENDES, 2011).

4.2 A CRISE NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: DAS ESTRATÉGIAS E DAS INOVAÇÕES

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, manifesta-se inequivocamente no sistema de saúde brasileiro, apesar dos significativos avanços que a criação desse sistema apresentou para a população brasileira em pouco mais de duas décadas de existência (OPAS/OMS, 2011).

Essa crise é gerada pelo desencontro entre uma situação de saúde de transição demográfica completa ou acelerada, uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações das doenças crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa (MENDES, 2012).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); que têm como princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade, e como diretrizes organizativas: a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação da comunidade; as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde adotaram diversas propostas visando

atender o conceito ampliado de saúde-doença e controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva (BRASIL, 1990).

O desafio maior do sistema é assegurar acesso oportuno, resolutivo e humanizado a todos os cidadãos que procuram atendimento; porém, a significativa ampliação dos serviços na esfera municipal não tem conseguido equacionar os problemas da população e, o enfrentamento desse desafio pressupõe ir além dos rearranjos nos processos de gestão e adentrar no campo das práticas de atenção avançando na mudança do modelo assistencial ainda fortemente orientado por uma abordagem curativa e individual, centrada em procedimentos e medicamentos (VASCONCELOS e PASCHE, 2012).

Observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos; os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, o que impõe um conjunto de reformas: da cobertura universal, da prestação de serviços, de políticas públicas, da liderança; para responder aos desafios de um mundo em mudança (OPAS/OMS, 2008b).

A solução para essa crise está em acelerar a transição do sistema de atenção à saúde por meio de reformas profundas que implantem as Redes de Atenção à Saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, na qual as equipes multiprofissionais coordenam o cuidado e ordenam a rede (MENDES, 2012).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido o referencial do discurso sobre saúde da maioria dos países, precisamente porque o movimento da APS tentou dar respostas antecipatórias, racionais e com base em evidências às necessidades de saúde e as expectativas sociais; mas, há três interpretações principais da APS; que são encontradas em vários países, ou até em um mesmo país:

- I. APS como atenção primária seletiva, entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres, a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo;
- II. APS como nível primário do sistema de saúde, interpreta-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais comuns;
- III. APS como estratégia de reordenamento do sistema de saúde, compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte de uma rede de atenção à saúde (OPAS/OMS, 2011).

Portanto, a proposta de adotar a Atenção Primária à Saúde para reorientar o modelo de

atenção à saúde, implica, na prática, superar as visões de atenção seletiva e de mero nível de atenção; tornando-a o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde, para que estas sejam efetivas, eficientes e de qualidade (OPAS/OMS, 2011).

Um sistema de saúde com base na APS, deve estar constituído por um conjunto de valores – direito ao mais alto nível possível de saúde, equidade e solidariedade; um conjunto de princípios – capacidade em responder às necessidades de saúde das pessoas, serviços orientados à qualidade, responsabilização dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade; e um conjunto de elementos estruturais e funcionais – cobertura e acesso universais, primeiro contato, atenção integral, integrada e contínua, orientação familiar e comunitária, ênfase na promoção e prevenção, atenção apropriada, mecanismos de participação ativa, marco político, legal e institucional sólido, políticas e programas pró equidade, organização e gestão ótimas, recursos humanos apropriados, recursos adequados e sustentáveis e ações intersetoriais (OPAS/OMS, 2007).

Segundo Starfield (2002), todo sistema de saúde possui duas metas principais: a primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde, e a segunda é minimizar as disparidades de subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde; por isso considera que a APS só será de qualidade quando seus sete atributos forem obedecidos em sua totalidade, a saber:

1. Primeiro contato - implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde;
2. Longitudinalidade - manifesta a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;
3. Integralidade - pressupõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças;
4. Coordenação - conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das redes de atenção à saúde;
5. Focalização na família - impõe considerar a família como sujeito da atenção, o que

exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar;

6. Orientação comunitária - coloca o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais de saúde;

7. Competência cultural - exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

A retomada da trajetória da APS no sistema de saúde brasileiro, ganhou destaque na política nacional de saúde com a inclusão da atenção básica como um dos seis eixos prioritários do Pacto pela Vida e a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, com estratégias voltadas para o fortalecimento, a expansão e qualificação da APS no país (CASTRO e FAUSTO, 2012).

A Portaria nº 2.488 de 2011 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização, regulamentação de implantação e operacionalização; inclusive considerou os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como equivalentes e assim a definiu:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde, no Brasil, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, e é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

A partir dos serviços da APS, nos sistemas de saúde estruturados em redes, é que se ordenam os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo de todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, e para tal, deve cumprir algumas funções essenciais para contribuir com o funcionamento das RAS, que lhe imprimem a característica de centro de comunicação da rede, como:

- ✓ Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja a participação no cuidado se faz sempre necessária;
- ✓ Ser resolutive: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- ✓ Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes de atenção à saúde. Atuando como centro de comunicação entre os diversos pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral;
- ✓ Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm sido propostas para administrar políticas em que os recursos são escassos e os problemas são complexos e, há evidências, provindas de vários países, de que as RAS melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde, que sustentam a construção das redes como uma saída para a crise contemporânea na saúde ao melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (MENDES, 2011).

As RAS são constituídas por três elementos básicos: 1) população – que vive em território definido, cadastrada em unidades de atenção primária, vinculada à equipe de saúde da família e categorizada em subpopulações por riscos socio sanitários; 2) estrutura operacional – tendo a APS como centro de comunicação dos pontos de atenção secundários e terciários, e os sistemas de apoio, logístico e de governança da RAS e 3) modelo de atenção definidos em função das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde (MENDES, 2011).

As diretrizes para a estruturação e a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidas pela Portaria nº 4.279, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com qualidade, efetividade e eficiência e, dispôs:

Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, com objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Portanto, a RAS fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a sua função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção, sendo estes entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde que se diferenciam apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam – cuidados primários, atenção domiciliar, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência; sendo todos igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, fica evidente que, adotar a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde e, a Rede de Atenção à Saúde como estratégia de reestruturação do sistema de atenção à saúde são sinérgicas; portanto, para se ter uma APS resolutiva e de qualidade é necessário uma RAS bem estruturada e integrada; com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado e a longitudinalidade da atenção; o que se constitui um desafio para as equipes multiprofissionais de saúde, que devem reorganizar seus processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família, para cumprir a função de coordenadoras do cuidado e ordenadoras da rede.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a vertente brasileira da APS que visa sua reorientação, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde e é tida pelos gestores, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorganização do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

O Brasil tem três importantes características que nos diferenciam dos modelos de outros países orientados pela APS, que são: as equipes multiprofissionais serem responsáveis por territórios geográficos e população adscrita, a inclusão da saúde bucal no sistema público de saúde e a presença singular dos agentes comunitários de saúde (ACS) (MENDONÇA, 2011).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991 teve caráter emergencial e visou a dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de

interiorização da assistência médica; a necessidade de articular o PACS aos serviços de saúde deu origem ao Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, inicialmente implementado em pequenos municípios e com a característica da APS seletiva (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

No entanto, a Saúde da Família ultrapassou os limites de um programa e é uma política do estado brasileiro, presente na agenda dos gestores do SUS e uma prioridade da atual gestão federal (MENDONÇA, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é uma opção ousada, com resultados positivos inegáveis, mas carece superar problemas que têm impedido a institucionalização da APS como estratégia: a carência de infraestrutura adequada, a baixa profissionalização da gestão, os problemas educacionais na graduação e na pós-graduação, os problemas nas relações de trabalho, a carência de políticas de carreiras e salários e a fragilidade do trabalho multiprofissional (TASCA, 2011).

Reconhecida a prioridade conferida à ESF, as seguintes iniciativas se destacaram no âmbito da política de saúde para abranger todo o território nacional: 1) incentivos à expansão das equipes nos grandes centros urbanos; 2) medidas de qualificação da estratégia mediante a crescente incorporação de outros profissionais; 3) iniciativas de adequação do processo formativo; 4) medidas voltadas para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação desse nível de atenção (CASTRO e FAUSTO, 2012).

As equipes de Saúde da Família compostas por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, foram ampliadas com a incorporação dos profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal) em 2001 e, mais recentemente, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), foram criados em 2008 a partir da Portaria nº 154, “com o objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008).

Ao abordar o tema Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) faz-se necessário buscar como referencial teórico-metodológico o Apoio Matricial que norteia o trabalho do NASF.

O Apoio Matricial (AM) e Equipe de Referência (ER) são, ao mesmo tempo, uma proposta de mudança do arranjo organizacional em saúde e uma metodologia para a gestão do

cuidado (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Esses conceitos buscam a lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais, em locais onde é necessário um trabalho em equipe para o enfrentamento de problemas e modos de lidar com as responsabilidades profissionais e gerenciais, reconhecendo a complexidade dos processos sociais, sanitários ou pedagógicos (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Inicialmente descrito por Campos (1999) como um arranjo organizacional para o trabalho em saúde, denominando-o de equipe de referência com apoio especializado matricial; para promover mudanças na estrutura gerencial e assistencial dos serviços de saúde, sugeriu trabalhar com uma matriz organizacional com a seguinte disposição:

- no sentido vertical, dispor as equipes de referência, sendo a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde; e no sentido horizontal, os distintos profissionais com a lista de atividades e de procedimentos oferecidos por cada um, integrando o eixo de apoio matricial.

O objetivo desta diretriz organizacional seria a criação de um modelo de atendimento mais singularizado e mais personalizado, potencializando o papel terapêutico inerente à dialética de vínculo, como também permitir que os profissionais acompanhem melhor, no tempo, o processo saúde/enfermidade/intervenção de cada usuário (CAMPOS, 1999).

No arranjo da Equipe de Referência (ER) o conjunto de profissionais considerados essenciais, tem uma clientela adscrita sob sua responsabilidade, o que possibilita a construção do vínculo, a relação terapêutica longitudinal e o acompanhamento do processo saúde-doença-cuidado de cada usuário, a partir de uma coordenação interdisciplinar, partindo do pressuposto que existe uma interdependência entre os profissionais da equipe com objetivos e objetos comuns apesar das diferenças (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

No arranjo Apoio Matricial (AM) os profissionais das áreas especializadas, que não participam cotidianamente da ER, asseguram de modo dinâmico e interativo a retaguarda especializada (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Portanto, segundo Campos e Domitti (2007), a ER e AM é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar.

A aposta nesse arranjo está na troca de saberes entre equipes e profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde, no seu sentido mais amplo, de um sujeito individual ou coletivo, com o uso dos recursos disponíveis de forma mais racional possível (OLIVEIRA, 2010).

O Apoio Matricial e a Equipe de Referência visam substituir as tradicionais modalidades de atenção em saúde, evitar a fragmentação do trabalho, romper com a produção de excessivos encaminhamentos às especialidades e evitar a medicalização e outros danos e iatrogenias provocados pelo ‘consumo’ excessivo de tratamentos, procedimentos e exames (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Mas a mudança organizacional que o AM e a ER busca introduzir só ganha possibilidades criativas se os profissionais de saúde e gestores conseguirem implementar modificações concretas no seu modo de produção de práticas, no cotidiano do trabalho, sendo crucial a criação de espaços de discussão e de cogestão qualificados, nos quais esses atores possam inscrever-se de forma produtiva e compromissada com a produção de saúde (OLIVEIRA, 2010).

Ter um mesmo objeto (o usuário, a família, o território) e um mesmo objetivo ou projeto (a produção de saúde, autonomia) são condições essenciais para a construção da clínica ampliada e gestão compartilhada (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

Nas recomendações para a implantação do NASF, o território é considerado um elemento fundamental para a organização e a gestão do processo de trabalho, a partir da análise da realidade local, considerando além do perfil demográfico, da situação epidemiológica e social, a necessidade de apoio das equipes SF, as características da rede de atenção loco regional e as demandas e necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2014).

As equipes do NASF, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, devem atuar em parceria com os profissionais das equipes Saúde da Família, estabelecendo espaços rotineiros de discussões e de planejamento, compartilhando as práticas em saúde nos territórios a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto de forma integrada à rede de serviços de saúde (BRASIL, 2009 e 2008).

É imprescindível que as equipes apoiadas possam identificar o NASF como um coletivo organizado de profissionais que oferta apoio, porém, que também possui singularidades em cada profissional, ou seja, é preciso ter clareza de que o objeto comum de intervenção é o apoio ao cuidado, mas que as especificidades de saberes devem ser identificadas e potencializadas, e as competências de cada profissional consideradas; pois, é fundamental que as ações dialoguem com as necessidades percebidas e que sejam pactuadas com as equipes Saúde da Família, com os gestores e as demandadas pelos usuários (BRASIL, 2014).

Podem compor a equipe do NASF as seguintes categorias profissionais da área da saúde e especialidades médicas: Arte-educador, Assistente Social, Educador Físico,

Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médicos: Acupunturista, Geriatra, Ginecologista/Obstetra, Homeopata, Internista, Pediatra, Psiquiatra, do Trabalho, Veterinário; Nutricionista, Psicólogo, Sanitarista e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2011).

Sobre a vinculação da equipe NASF às equipes Saúde da Família (eSF) e/ou equipes de Atenção Básica (eAB) para populações específicas (equipes de Consultório na Rua - eCnR, equipes de Saúde da Família Ribeirinhas – eSFR e equipes da Saúde da Família Fluviais – eSFF) a Portaria nº 3.124 redefiniu os parâmetros de vinculação das modalidades NASF 1 e NASF 2, e para possibilitar a universalização das equipes de apoio para todos os municípios do Brasil criou a modalidade NASF 3, conforme tabela abaixo: (BRASIL, 2012).

Quadro 1 – Modalidades de Nasf, conforme a Portaria nº3.124 2012

Modalidades	Nº de Equipes Vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
Nasf 1	5 a 9 eSF*** e/ou eAB**** para populações específicas (eCR**, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
Nasf 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
Nasf 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**Equipe Consultório na Rua.

*** Equipe Saúde da Família.

**** Equipe de Atenção Básica.

Fonte: CAB nº 39 (BRASIL, 2014).

A organização e o desenvolvimento do trabalho, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, devem ser estruturados, priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, além das intervenções específicas dos profissionais do NASF com usuários e famílias e ações comuns nos territórios (BRASIL, 2009).

As intervenções pautadas por nove áreas estratégicas a serem desenvolvidas: Saúde Mental; Reabilitação e Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição; Assistência Farmacêutica; Intersetorialidade, Redes Sociais e Participação Cidadã; Serviço Social; Atenção Integral da Criança e do Adolescente; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Práticas Integrativas e Complementares e, Práticas Corporais e Atividade Física; não são de atuação

específica e exclusiva de uma categoria profissional (BRASIL, 2009).

As ‘Diretrizes do NASF’ publicadas no Caderno de Atenção Básica nº 27 em 2009, dispõem sobre as ferramentas tecnológicas utilizadas no processo de trabalho do NASF, seja de apoio à gestão ou de apoio à atenção, como: Projeto Terapêutico Singular; Projeto de Saúde no Território; Pactuação do Apoio; Clínica Ampliada e, Apoio Matricial (BRASIL, 2009).

Segundo Franco e Merhy (2013), as três categorias tecnológicas (“leves, leve-duras e duras”) de trabalho em saúde na produção da assistência refletem-se nos Projetos Terapêuticos que geralmente é dedicado a situações mais complexas.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento de coprodução e cogestão de organização do cuidado em saúde, constituído por propostas de condutas terapêuticas, construído entre equipe e usuário, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso (BRASIL, 2009).

A formulação do PTS é entendida como um processo de construção coletiva envolvendo, necessariamente, o profissional/equipe de saúde e o(s) usuário(s), sendo utilizado como estratégia para discussão em equipe, visando a resolução de casos muito complexos (OLIVEIRA, 2010).

A construção de um PTS pode ser sistematizada em quatro momentos:

- 1) Diagnóstico e análise: deverá conter uma avaliação ampla que considere o sujeito singular e seus aspectos físico, psíquico e social e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidade, resiliências e potencialidades dele;
- 2) Definição de ações e metas: com propostas de curto, médio e longo prazo, quais serão discutidas e negociadas com o usuário em questão e/ou sua família;
- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um (usuários, equipe de referência e NASF) com clareza, a definição do profissional com melhor vínculo com o usuário para exercer a função de gestão do caso é fundamental na dinâmica de continuidade no processo de cuidado;
- 4) Reavaliação: neste momento, discute-se a evolução do caso e se farão as devidas correções de rumo, caso seja necessário (BRASIL, 2014).

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia das equipes Saúde da Família e da equipe do NASF para desenvolver ações locais para a melhoria de vida e redução das vulnerabilidades de um determinado território, baseado na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010 e 2009).

A Pactuação do Apoio é a avaliação conjunta da situação do território, a construção do

projeto e do processo de trabalho do NASF em conjunto com os gestores, equipes Saúde da Família e a participação social para definir objetivos a serem alcançados, problemas prioritários a serem abordados, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores e, gerenciamento de conflitos (BRASIL, 2009).

O modo de operar na Equipe de Referência e Apoio Matricial é a partir do compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações, portanto os conceitos de ‘campo’ e ‘núcleo’ permitem distinguir os saberes e práticas peculiares de cada profissão, das responsabilidades comuns a todos os profissionais de saúde (CUNHA e CAMPOS, 2011)

No ‘núcleo’ específico do saber constituído por um conjunto de conhecimentos e atribuições característico de cada profissão ou especialidade, que lhe confere a identidade e especificidade; já o ‘campo’ comum do conhecimento seria um espaço de interseção entre os saberes, em que haveria uma sobreposição dos limites entre cada especialidade, onde todo profissional deve atuar, e do qual deve se apropriar para lograr eficácia e eficiência independente de sua categoria ou formação (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Nessa desejável troca de saberes e de práticas, os núcleos devem atuar sinergicamente articulados pelo campo, pelo interesse comum na melhoria das condições do sujeito em questão e, ao mesmo tempo, na validação e na construção de novos saberes e práticas em saúde, apostando na capacidade de produção de saberes em ato, que ampliam análise e ação dos trabalhadores no sentido da coprodução de saúde e de autonomia (OLIVEIRA, 2010).

A fim de operacionalizar as ações, recentemente foi publicado o Caderno de Atenção Básica nº 39 “Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano”, na tentativa de facilitar a compreensão, dedicou um capítulo denominado “Colocando em prática o Apoio Matricial: algumas ferramentas que o NASF pode utilizar” das quais os profissionais podem lançar mão como: trabalho com grupos (Terapia Comunitária, grupos de convivência, operativos, terapêuticos, motivacionais), o PTS, o Genograma, o Ecomapa, atendimento domiciliar compartilhado, consulta compartilhada (BRASIL, 2014).

Como o NASF pode assumir um papel de articulação e interlocução entre as equipes de Saúde da Família e os demais serviços especializados de saúde e órgãos de outros setores; estabelecendo conexões entre os profissionais e favorecendo a organização de fluxos de atenção que facilitem a coordenação e continuidade do cuidado; nessa mesma publicação também destacou um capítulo “O NASF nas Redes: integração entre serviços da Rede de Atenção à Saúde e articulação de Redes Sociais de Apoio” (BRASIL, 2014).

A atuação dos serviços e equipes em rede pressupõe o fortalecimento das estratégias de encontros, comunicação e relacionamentos entre os profissionais e, cita como exemplos o Programa Saúde na Escola, Academias da Saúde, equipes de Consultórios na Rua (eCR) e equipes especializadas de Saúde Mental (BRASIL, 2014).

Esse novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde; recebendo a demanda por negociação, estando disponível para dar suporte em situações programadas e/ou imprevistas, através da ‘transferência tecnológica’ cooperativa e horizontal que progressivamente produz mais autonomia para as equipes apoiadas (BRASIL, 2014), é a força propulsora de mudanças no campo da saúde.

Segundo Franco e Merhy (2013) as tecnologias do trabalho em saúde, são classificadas em três tipos e estão associadas aos processos de produção dos atos em saúde: tecnologias duras – representadas pelas máquinas e instrumentos; tecnologias leve-duras – que se inscrevem no conhecimento técnico estruturado e, tecnologias leves – que só existem no ato produtivo relacional.

Os mesmos autores sugerem a ‘transição tecnológica’ como um novo padrão de produção de cuidados, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais (FRANCO e MERHY, 2013).

E, a partir da constatação de que há uma produção subjetiva do cuidado em saúde, os processos de avaliação qualitativa de serviços de saúde deveriam admitir no seu plano analítico a subjetividade como uma das dimensões do modo de produção em saúde (FRANCO e MERHY, 2013); uma vez que os instrumentos utilizados para apontar a produção não contemplam a complexidade e especificidade do trabalho realizado (LANCMAN et al, 2013).

O instrumento de Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade para as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMAQ-NASF), criado em 2013, visa analisar as competências dos atores envolvidos e a identificação dos nós críticos que dificultam o desenvolvimento das ações clínico-sanitárias no território, bem como avaliar as conquistas alcançadas pelas intervenções implementadas (BRASIL, 2013).

Os processos auto avaliativos devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes/profissionais; o que requer, dos profissionais que compõem o NASF, uma análise crítica dos seus processos de trabalho, a fim de identificarem as fragilidades e as potencialidades desse rearranjo organizacional (BRASIL, 2013).

Essa forma de organização facilitaria a combinação de saberes técnicos distintos no manejo de problemas comuns, transformando uma estrutura de trabalho centrada nas funções ou categorias profissionais em uma estrutura de trabalhos por projetos terapêuticos (SARAIVA e ZEPEDA, 2012).

O Apoio Matricial procura construir e ativar espaços para comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores, estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio e com isso personalizar os sistemas de referência e contra referência (OLIVEIRA, 2010).

São possibilidades de vivências significantes que estimulam o compromisso das equipes e, potentes para dirimir conflitos entre corporações e categorias, pois, oportunizam um processo de formação permanente dos profissionais envolvidos, ao mesmo tempo que amplia o olhar e a capacidade resolutiva da atenção, além de valorizar a atuação de todos os profissionais e a sensação de fazer parte de uma rede de serviços articulados (OLIVEIRA, 2010).

Nessa desejável troca de saberes e de práticas, os núcleos devem atuar sinergicamente articulados pelo campo, pelo interesse comum na melhora das condições do sujeito em questão e, ao mesmo tempo, na validação e na construção de novos saberes e práticas em saúde, apostando na capacidade de produção de saberes em ato, que ampliam análise e ação dos trabalhadores no sentido da coprodução de saúde e de autonomia (OLIVEIRA, 2010).

As potencialidades e os desafios dessa proposta que corrobora os estudos publicados sobre o tema ao apresentar como fatores limitantes: a formação profissional que não prepara para o trabalho sob a lógica do apoio matricial, o que pode dificultar a prática desses profissionais ao não ampliarem suas possibilidades de atuação para além das ações específicas de seu núcleo de saber e/ou ter desvio de papel por falta de serviços especializados para referência, o que ocasiona pressão para que o NASF trabalhe em uma lógica ambulatorial (BRASIL, 2014).

O apoio é uma metodologia para operacionalizar essa rede de conceitos no trabalho e tem uma função pedagógica, já que objetiva, além de viabilizar a cogestão, ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos para agirem, individual e coletivamente, sobre a realidade (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013).

As competências necessárias ao desempenho dessa função são diversas daquelas do núcleo profissional de cada apoiador, que precisam ampliar e compartilhar seus conhecimentos e habilidades, adequar sua prática clínica à dinâmica da APS, lidar com pressões por atendimentos e gerir uma agenda extremamente complexa (SARAIVA e

ZEPEDA, 2012).

Nesse contexto, torna-se imperativo que a organização dos saberes e práticas se processe essencialmente, em função dos interesses e das necessidades dos usuários, sendo este o foco da organização dos serviços de saúde e da atuação dos diversos profissionais e não dos interesses corporativos, de forma a não transformar as unidades de saúde em ‘campos de batalha’ por espaço, prestígio, reconhecimento e poder entre diversas categorias (ELLERY, PONTES e LOIOLA, 2013).

4.3 A FISIOTERAPIA: DAS EXPERIÊNCIAS E DOS DESAFIOS

A Fisioterapia no Brasil, tem um passado recente, sendo reconhecida como profissão de nível superior há apenas 45 anos através do Decreto Lei nº 938 em 1969, que dispôs no Art. 3º “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969).

Assim, o fisioterapeuta, durante muitos anos, esteve restrito ao nível curativo e reabilitador, por um lado, pela própria lei que regulamentou a profissão torná-lo um mero executor de métodos e técnicas de terapia física prescrita aos pacientes doentes e/ou com a seqüela já instalada (BISPO JÚNIOR, 2013).

O campo de atuação limitado ao ambiente hospitalar ou à clínica de reabilitação, como profissional autônomo, foi determinado pelos contextos político, econômico e social do período da ditadura imposta pelo regime militar, que privilegiava o modelo médico-assistencial-privatista e, consolidado pela sociedade que reconheceu o fisioterapeuta como profissional da reabilitação (BISPO JÚNIOR, 2013).

Segundo Bispo Júnior (2013) a atuação voltada exclusivamente para a reabilitação física no nível terciário e o pouco tempo de regulamentação contribuíram para um certo distanciamento e apatia das organizações e entidades que representavam a fisioterapia não atuaram ativamente do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira das décadas de 70 e 80.

Durante esse período, os profissionais da fisioterapia mobilizavam-se em criar os Conselhos Federais e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO e CREFITO respectivamente) em 1975, assim como o Código de Ética Profissional em 1978 e principalmente a regulamentação do ensino da fisioterapia em 1983 (BISPO JÚNIOR, 2013).

O reconhecimento social e a valorização por parte dos demais profissionais fizeram a procura pelos cursos de graduação em fisioterapia crescer nas últimas décadas, porém a inserção dos egressos no mercado de trabalho foi predominantemente no setor privado

(BISPO JÚNIOR, 2013).

Com isso a fisioterapia aprofundou ainda mais sua abordagem para o ato terapêutico curativo, reabilitador, individualizado e tecnicista; na contramão dos preceitos do SUS, das propostas do Programa Saúde da Família criados na década de 90; a preocupação dos fisioterapeutas estava em firmar convênios com empresas de Saúde de Grupo, de Seguro Saúde e similares e em reconhecer suas especialidades (Pneumo e Neuro Funcional) em 1998, Acupuntura em 2000, Quiropraxia e Osteopatia em 2001, do Trabalho em 2003 e Traumatologia em 2004 (BISPO JÚNIOR).

A ampliação da discussão sobre a necessidade de formar profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e assim suprir as necessidades dos serviços de atenção à saúde públicos, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios; provocou a mobilização dos Ministérios da Educação e Cultura (MEC) e da Saúde (MS) para mudar a formação dos profissionais de saúde e criou a Lei Nacional de Diretrizes Curriculares, construídas a partir da responsabilidade das instituições formadoras de superar o modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e baseado em técnicas de alto custo (ALMEIDA e GUIMARÃES, 2009).

Há um consenso entre os autores (BISPO JÚNIOR, 2013, 2010 e 2009; PORTES et al., 2011; RODRIGUEZ, 2010; ALMEIDA e GUIMARÃES, 2009; RODRIGUES, 2008; SALMÓRIA e CAMARGO, 2008; SILVA e DA ROS, 2007; GALLO, 2005) que ao analisarem a trajetória histórica e o modelo de formação da fisioterapia, criticarem sua inserção e atuação exclusivamente na reabilitação e apontarem uma certa ‘letargia’ na aproximação com a saúde coletiva.

Apesar de tardias, reformulações na formação e reflexões da classe quanto à sua função social foram instigadas pelas necessidades de saúde da população e de ampliação do campo de atuação, que dispararam o processo de mudança de paradigma no processo saúde-doença, a construção de um modelo biopsicossocial contra hegemônico e a conformidade com os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (RODRIGUEZ, 2010).

A instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação da Fisioterapia traz no artigo 3º “...perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual.” E no parágrafo único: “a formação do Fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e

o trabalho em equipe” (BRASIL, 2002).

Portanto, mais um marco importante para a profissão da fisioterapia foram as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, que citam como competências do fisioterapeuta estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2002).

Viana (2005) em seu estudo propôs a construção de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) necessárias para a formação do profissional de fisioterapia no que se refere à atuação na atenção básica, tendo como foco a promoção da saúde e a educação em saúde, para melhorar o desempenho dos fisioterapeutas na Estratégia Saúde da Família, segundo os preceitos do SUS.

A inclusão do fisioterapeuta na APS foi tema de discussão de diversos autores, que sugeriam a incorporação deste profissional na equipe mínima do PSF e destacaram a ampliação de sua área de atuação e a crescente importância nos serviços de atenção básica (TRELHA e col., 2007; CASTRO, CIPRIANO e MARTINHO, 2006). Algumas experiências foram relatadas, porém a fragmentação do cuidado e a manutenção da lógica do encaminhamento foram mantidas.

Diversos autores (DELAI e WISNIEWSKI, 2011; TRELHA et al., 2007; CASTRO, CIPRIANO e MARTINHO, 2006) já discutiam a necessidade da inclusão do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde tendo como argumento a grande demanda da população por serviços de reabilitação, porém também destacaram a importância do reconhecimento de sua atuação preventiva e educativa junto à comunidade.

É consenso na literatura que a origem e a evolução histórica da fisioterapia, durante muito tempo, excluiu este profissional da Atenção Primária à Saúde (APS). A formação voltada ao nível curativo e reabilitador, individual e hospitalocêntrico e a própria lei que regulamentou a profissão, limitou o objeto de estudo e o campo de atuação, estigmatizando o fisioterapeuta como sendo o profissional da reabilitação (BISPO Jr., 2009; SILVA e DA ROS, 2007; GALLO, 2005).

Outra particularidade da fisioterapia, apontada por Rodrigues (2008), é ter sua atividade vinculada à existência de amplas salas, equipamentos, recursos caros e dependentes de uma infraestrutura física e de material específico, o que torna o acesso aos centros de reabilitação restrito, tanto do ponto de vista econômico quanto do deslocamento.

A proposta inovadora do NASF é a primeira aproximação formal da fisioterapia na atenção básica, o que não significa necessariamente que ela seja adequada às necessidades, mas requer um novo olhar do fisioterapeuta sobre o seu processo de trabalho e suas práticas

na assistência à saúde,

Para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar nos moldes em que o NASF propõe, é preciso que haja uma revisão crítica acerca dos processos educativos e formativos que vem sendo desenvolvidos pelas instituições de Ensino Superior (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, o desafio principal das profissões que atuam no NASF, e em particular do fisioterapeuta, é desenvolver uma nova concepção de trabalho que utilize a atuação conjunta, integrada e intersetorial, com base nas redes entre trabalhadores e incorporando a participação dos usuários, refletindo o conceito ampliado de saúde (SOUZA e col., 2013).

Para responder aos desafios atuais do trabalho em saúde, faz-se necessário refletir sobre a formação e sobre o perfil de competências desejado aos profissionais da saúde, com enfoque não apenas no conhecimento técnico especializado, mas principalmente nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da saúde da população, com consciência da responsabilidade social envolvida na ação profissional (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

É inegável a crescente importância que o fisioterapeuta vem adquirindo nos serviços de atenção básica, o que se reflete no aumento da produção científica neste campo conforme as publicações dos trabalhos de Mendes (2012); Formiga e Ribeiro (2012); Baena e Soares (2012); Neves e Aciole (2011); Novais e Brito (2011); Oliveira e col. (2011); Gama (2010); Linhares e col. (2010); Rezende e col. (2009).

Recentemente, apesar de ainda incipientes, experiências exitosas da fisioterapia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família estão sendo relatadas, principalmente nas áreas estratégicas da Saúde do Idoso e Saúde da Criança e do Adolescente.

Aveiro et al. (2011) relacionam problemas de saúde apresentados por idosos passíveis de intervenção pelo fisioterapeuta integrante do NASF; Dibai Filho e Aveiro (2012) relatam as ações desenvolvidas na população senescente, no entanto, apresentam alguns entraves para a prática da interdisciplinaridade proposta pelo Apoio Matricial e, Aciole e Batista (2013) destacam que as práticas de saúde ainda são predominantemente centradas na assistência, propondo práticas de promoção da saúde e prevenção de incapacidades na terceira idade para a consolidação das mudanças nas práticas e nos arranjos dos serviços.

Sá et al (2014); Sá e Gomes (2013) apontam a carência da produção de conhecimento voltada para a promoção da saúde da criança por parte da fisioterapia, em partes, pela não incorporação dos princípios e conceitos da Promoção da Saúde na prática diária do fisioterapeuta; já David et al. (2013) apresentam uma proposta com orientação, assistência e

acompanhamento de intervenção da fisioterapia respiratória e motora e discutem sobre o acesso à fisioterapia na APS reduzir a sobrecarga nos níveis secundário e terciário de assistência à saúde da criança e, Portes, Caldas e Oliveira (2013) sugerem que articulações intersetoriais como visitas às creches e escolas da comunidade e ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) estão relacionadas ao exercício de uma atuação integral, abrangendo tanto os aspectos biológicos quanto psicológicos e sociais dos processos saúde-enfermidade nessa faixa etária.

Os relatos sobre reabilitação e pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde ainda são escassos; Othero e Dalmaso (2009) apontam a predominância da concepção de que pessoas com deficiência devem ser acompanhadas somente por serviços de saúde especializados; Rocha e Kretzer (2009) relatam que ações de reabilitação oferecidas em uma unidade básica de saúde são diferenciadas pois são dadas pelas necessidades locais da população; Girondi e Santos (2011) identificaram a escassez de recursos de acesso ao sistema público e revelam o descaso do poder público, diretamente relacionados aos fatores socioeconômicos.

Pela própria gênese e evolução da fisioterapia, pode-se dizer que a reabilitação é o núcleo específico do saber do fisioterapeuta e, a prevenção de incapacidades que limitam as atividades de vida diária e restringem a participação do indivíduo na sociedade provocadas pelas deficiências (CIF, 2003) é seu maior desafio no NASF.

A reabilitação é um processo de duração limitada e com objetivo definido com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida (BRASIL, 2009pcd).

As deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, podendo consistir numa anormalidade, defeito, perda ou desvio importante; que geram limitação de atividade (são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de tarefas) e provocam restrições de participação (são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real) (CIF, 2003).

As principais causas de deficiência estão correlacionadas a eventos como transtornos congênitos e perinatais, doenças transmissíveis e crônicas, transtornos psiquiátricos, abusos de álcool e outras drogas, traumas e lesões (violência, acidentes no trânsito, no trabalho, na moradia), somadas as consequências das mudanças do perfil demográfico e epidemiológico, que ampliam a necessidade de ações de prevenção de eventos incapacitantes, em especial no contingente populacional idoso (BRASIL, 2009cab).

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, as ações básicas de reabilitação referem-se às ações que visam a minimizar as limitações e a desenvolver habilidades ou a incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias; nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá ser definida a partir das necessidades dos usuários e organizar-se de forma complementar ao nível secundário (BRASIL, 2009pcd).

No âmbito dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, três documentos oficiais propuseram ações para a área estratégica da Reabilitação.

A Portaria nº 154 que criou o NASF destaca o carácter multiprofissional e transdisciplinar do processo de reabilitação a partir de “ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde”; devendo ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território, tendo em vista seu compromisso com a inclusão social (BRASIL, 2008).

O detalhamento das ações em reabilitação foram anexadas à portaria conforme elencadas abaixo:

- realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às eSF;
- desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as eSF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;
- desenvolver ações para subsidiar o trabalho das eSF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;
- desenvolver ações conjuntas com as eSF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;
- realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;
- acolher os usuários que requeiram cuidados em reabilitação, realizando orientações, atendimentos, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das eSF;
- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;

- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;
- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;
- capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;
- realizar em conjunto com as eSF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;
- desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;
- desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;
- acolher, apoiar, orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;
- acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;
- realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e
- realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência (BRASIL, 2008).

No ano seguinte o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 27 intitulado “Diretrizes do NASF” dedicou um capítulo à “Reabilitação e a Saúde Integral da Pessoa Idosa no NASF” e afirmou que “a reabilitação na APS deve repercutir diretamente na atenção integral ao sujeito, de sua família e comunidade, considerando todas as necessidades identificadas no território para além do plano da deficiência propriamente dita, contemplando as diversas condições e agravos de saúde...”; ressaltando que devido ao progressivo aumento do contingente populacional idoso e a maior incidência/prevalência de doenças crônico-degenerativas, a manutenção da capacidade funcional e a independência física devem ser promovidas (BRASIL, 2009cab).

Nesse capítulo também foram discutidas ações das equipes NASF na reabilitação para a atividade clínica, a prevenção e a autonomia dos sujeitos e, as sugestões temáticas estão relacionadas a seguir:

- mapeamento e conhecimento de toda a população com deficiência do território;
- aumento da adesão ao tratamento;
- favorecer a integração das ações da reabilitação aos outros equipamentos do território (escolas, creches, igrejas, associações, áreas de esporte e lazer, teatros);
- diminuição das barreiras arquitetônicas e atitudinais daquele dado território – Unidades Básicas de Saúde (como o aumento do calçamento com guias rebaixadas e a adequação dos espaços físicos das Unidades de Saúde da Família, a ampliação do conhecimento dos profissionais para o atendimento dos usuários com deficiência);
- empoderamento das equipes de Saúde da Família dos saberes da reabilitação;
- prevenção de doenças e/ou agravos;
- diminuição na gravidade das lesões;
- inclusão em atividade laboral;
- mapeamento de crianças com deficiência que não frequentam a escola e ações para eliminação de barreiras que permitam a sua inclusão escolar; garantia de acesso de pessoas com deficiência a informação e ações na área de saúde sexual e reprodutiva;
- apoiar as equipes de SF no acompanhamento de idosos com problemas de locomoção ou acamados;
- indicação e orientação para acesso a recursos assistenciais e benefícios disponíveis como o auxílio-doença, o Benefício de Prestação Continuada (BPC/Loas), o Programa Passe-Livre, bem como outros programas e políticas públicas para a garantia de direitos, como o de crianças com deficiência frequentarem o ensino público regular, entre outros (BRASIL, 2009cab).

O último documento oficial do NASF publicado ano passado (Caderno de Atenção Básica nº 39) intitulado “Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano” também fez referência à Reabilitação conforme quadro abaixo:

Quadro 2 – Ações propostas para o NASF na área estratégica da Reabilitação.

Área estratégica	Ações propostas para o Nasf
Reabilitação	• Realização do levantamento de pessoas com deficiências residentes na área sob responsabilidade do Nasf e equipes vinculadas.
	• Realização de avaliação funcional para definição do serviço em que será realizado o processo de reabilitação (atenção básica ou serviços especializados).
	• Acompanhamento longitudinal de casos, em conjunto com as equipes de AB, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
	• Realização de atendimento ambulatorial em reabilitação na UBS, quando possível.
	• Realização de atividades coletivas: práticas corporais, tratamento de dores posturais, orientações para famílias de pessoas com deficiência, grupo de estimulação cognitiva para adultos/prevenção de problemas de memória, entre outros temas.
	• Assistência domiciliar aos usuários restritos ao leito ou ao domicílio que requerem cuidados em reabilitação.
	• Orientação e informação às pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional diante das características específicas de cada indivíduo.
	• Encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses e/ou próteses realizadas por outro nível de atenção à saúde.
	• Desenvolvimento de ações de reabilitação baseadas no saber da comunidade, valorizando seu potencial e considerando que todos os envolvidos são agentes do processo de reabilitação e inclusão social.
	• Realização de campanhas de mobilização visando à prevenção de deficiências por meio de sensibilização de gestantes para a realização do teste do pezinho e da triagem auditiva neonatal, campanhas de prevenção de acidentes domésticos e acidentes no trânsito, ações para prevenção de quedas em idoso, entre outras.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica nº 39 (BRASIL, 2014).

A reabilitação é um conjunto de medidas que permite que pessoas com deficiência atinjam e mantenham uma funcionalidade ótima em seus ambientes; frequentemente é iniciada pelo setor saúde, mas exige a colaboração entre todos os setores.

Para tal, a Portaria nº 793 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, considerando a necessidade de iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção de incapacidades e de oferecer uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua (BRASIL, 2012).

Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência são articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários; na atenção básica contará com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família priorizando ações estratégicas para ampliar o acesso e qualificar a atenção à pessoa com deficiência (BRASIL, 2012).

No entanto, para a articulação dos pontos de atenção em reabilitação e integração da rede de cuidados à pessoa com deficiência, deve-se levar em consideração os seguintes planos e programas, assim como outros setores, a saber:

- o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites -

criado pelo Decreto 7.612 em 2011, que reitera o direito ao acesso a todos os bens e serviços da saúde pela pessoa com deficiência, sem discriminação, garantindo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos (BRASIL, 2013);

- o Programa Melhor em Casa - pela Atenção Domiciliar (AD) que consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

De acordo com a Portaria nº 963, a atenção domiciliar é organizada em três modalidades (AD 1, 2 e 3), definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos, e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar podem ser do tipo 1 ou 2.

A prestação da assistência na modalidade AD1 – destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde - é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de saúde da família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês (BRASIL, 2013);

- o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que oferece assistência em casa a pessoas com mais de 60 anos. O serviço é prestado prioritariamente a portadores de doenças que necessitem de cuidados contínuos e que possam ser feitos na residência. O PADI cuida de pessoas com doenças crônicas passíveis de recuperação funcional e com autonomia.

Os principais benefícios são a aceleração da recuperação, a redução do tempo médio de internação hospitalar e a liberação dos leitos para outros pacientes (BRASIL, 2010); e

- a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD) que tem no Núcleo Integrado de Atenção à Família (NIAF) a porta de entrada da pessoa com deficiência e sua família às unidades da SMPD e as equipes de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), além dos Centros Municipais de Referência da Pessoa com Deficiência e os Núcleos de Atividades Esportivas e Culturais e de Tecnologia Assistiva (BRASIL, 2007).

Como o processo de estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde deve sempre pautar-se pelo conhecimento efetivo das necessidades de saúde da população na região, bem como dos recursos existentes para responder a essas necessidades (OPAS/OMS, 2011), cabe ao fisioterapeuta que atua na APS estando inserido no NASF ordenar a rede local de reabilitação e realizar as ações de sua competência no território, levando em consideração a

Rede de Atendimento em Reabilitação no município do Rio de Janeiro que a Coordenação de Atenção à Pessoa com Deficiência e Agravos Incapacitantes desenvolve nas dez áreas de planejamento da cidade.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade e, a pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade (MINAYO, 2012).

A pesquisa científica busca ultrapassar o senso comum através do método científico, o qual permite que a realidade social seja reconstruída enquanto objeto do conhecimento, através de um processo de categorização que une dialeticamente o teórico e o empírico (MINAYO, 2012).

Pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI e LAKATOS, 2010).

A presente investigação trata-se de um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa, subsidiada por uma análise documental de Leis, Portarias, Diretrizes e Políticas relativas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para, a partir do marco legal do modelo proposto pelo Ministério da Saúde, contextualizar a inserção do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde e, por ampla pesquisa bibliográfica da literatura brasileira a partir da busca dos termos “Saúde Coletiva”, “Saúde Pública”, “Atenção Básica”, “Atenção Primária à Saúde”, “Programa Saúde da Família”, “Estratégia Saúde da Família” e “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, que se correlacionassem com a atuação do fisioterapeuta, por meio da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo (Scientific Electronic Library Online).

O estudo de caso teve como população-alvo o universo dos fisioterapeutas inseridos no NASF do município do Rio de Janeiro e para recrutá-los foi realizado contato telefônico com as dez Coordenadorias das Áreas de Planejamento (CAPs) da cidade, após diálogo com os responsáveis pelo NASF nas Divisões de Ações e Programas de Saúde (DAPS) e envio dos documentos exigidos (Termo de Anuência e Pareceres Consubstanciado dos Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e SMS/RJ) aos centros de estudos das CAPs, foram disponibilizadas as listas contendo os contatos desses profissionais, totalizando 45 fisioterapeutas, distribuídos da seguinte forma:

AP 1.0 – 1 fisioterapeuta;

AP 2.1 – 1 fisioterapeuta;

AP 2.2 – 2 fisioterapeutas;

AP 3.1 – 4 fisioterapeutas;

AP 3.2 – 7 fisioterapeutas;

AP 3.3 - 2 fisioterapeutas;

AP 4.0 – 0 fisioterapeuta;

AP 5.1 – 18 fisioterapeutas;

AP 5.2 - 5 fisioterapeutas;

AP 5.3 – 5 fisioterapeutas.

Para a coleta de dados optou-se utilizar como instrumento o questionário autoaplicável ou por correspondência, pela vantagem de cobrir uma área geográfica mais ampla por um custo menor e permitir aos respondentes disporem do tempo necessário para seu preenchimento (MAY, 2004) e, segundo Minayo (2008) os questionários são dispositivos normatizados e padronizados, que captam a presença ou ausência de determinada característica ou atributo no indivíduo, permitindo medir a magnitude com que se distribuem naquele grupo.

O questionário de auto aplicação (ANEXO I), buscando alcançar os objetivos propostos no estudo, foi constituído de cinco blocos, que agruparam questões fechadas, ou de múltipla escolha e questões abertas numéricas e de texto, a respeito do Perfil do Profissional (demográfico, acadêmico, tempo de atuação e forma de inserção); Organização e Desenvolvimento do Trabalho em Equipe (equipes de referência e de apoio); Processo de Trabalho do Fisioterapeuta (dimensões do Apoio Matricial); Área Estratégica da Reabilitação; e Perguntas de Opinião.

Localizados os respondentes, foram enviados aos fisioterapeutas por correio eletrônico, a carta-convite (ANEXO II) contendo o link de acesso ao formulário auto aplicado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anexado (ANEXO III). Houve a necessidade de reenvio dos e-mails na expectativa de obter um maior número de respondentes.

Os dados quantitativos do questionário oriundos das questões fechadas foram exportados para o programa Microsoft Office Excel e descritos em tabelas a partir da distribuição percentual dos resultados para análise.

As respostas às questões abertas oriundas das perguntas de opinião foram interpretadas a partir da distribuição na matriz SWOT.

A Análise SWOT, cujo o termo é uma sigla oriunda do idioma inglês e um acrônimo de Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats); é uma ferramenta utilizada para fazer análise de cenários, sendo usada como base para gestão e planejamento estratégico de uma instituição (GONZALES, 2007).

No Brasil essa metodologia tem sido divulgada com a sigla FOFA (Facilidades,

Oportunidades, Fragilidades e Ameaças), conforme o método sugerido na publicação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1994), dedicada a sistematizar conteúdos, métodos, técnicas e instrumentos de administração a serem utilizados por gestores de Sistemas Locais de Saúde (TEIXEIRA, 2010 apud OPAS, 1994).

Optou-se pela Análise SWOT ou Matriz FOFA pois, este método proporciona a construção de uma matriz com os pontos fortes e fracos que emergem do contexto em análise, assim como das oportunidades e ameaças. A matriz torna possível a análise mais profunda por permitir a devida atenção ao meio que envolve o trabalho, ao produzir uma capacidade de visualização clara e transparente, tanto externa como interna da organização e objetiva possibilitar ao gestor maximizar os pontos fortes, minimizar os pontos fracos, tirar proveito das oportunidades e se proteger das ameaças (GONZALES, 2007).

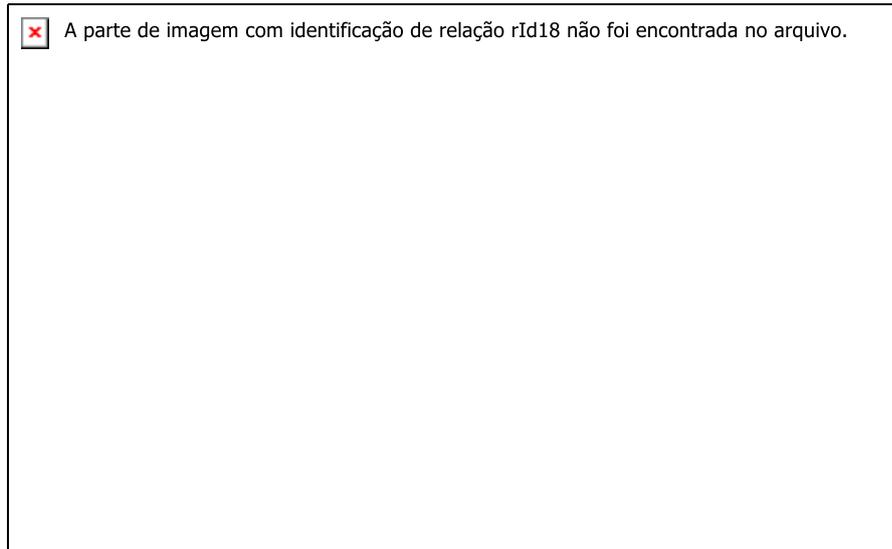
O presente estudo atendeu à Resolução CNS nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos.

A pesquisa teve parecer aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) – CAAE: 37421314.0.0000.5240 e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) – CAAE: 37421314.0.00005279.

• **Cenário do estudo**

O município do Rio de Janeiro, é a segunda metrópole mais populosa do Brasil, possui uma população residente de 6.390.290 habitantes, distribuídos por um território de 1.224,56 Km², sendo a densidade demográfica de 5.163 habitantes/Km². Pela extensão territorial e concentração populacional e, para viabilizar o planejamento em saúde e a regionalização das ações e serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde, desde 1993, dividiu a cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP) constituídas por 33 regiões administrativas, que agregam 160 bairros (PMS, 2013).

Mapa 1 – Município do Rio de Janeiro dividido pelas Áreas de Planejamento.



Fonte: CEMAPS, ??

A cidade do Rio de Janeiro tem uma condição peculiar, pois, como foi capital federal (antigo estado da Guanabara) de 1763 a 1960, esse papel histórico-político desempenhado pela cidade favoreceu o desenvolvimento e a construção de uma infraestrutura de serviços públicos, incluindo um importante conjunto de serviços de saúde, particularmente de unidades hospitalares sob a coordenação das diferentes esferas de governo (CASOTTI et al, 2014).

Apesar desse expressivo número de hospitais federais e forte presença do setor público, com abundância de serviços de diferentes níveis de complexidade representados também por unidades estaduais e municipais, há dificuldades importantes para a integração entre esses serviços e articulação em rede, que acaba por influenciar também a organização da Atenção Primária à Saúde na capital (PATROCÍNIO, 2012).

As Áreas de Planejamento (AP) são muito heterogêneas, em função da história e evolução da ocupação.

- ✓ AP 1 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29%), por outro lado, é nessa área que se concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade;
- ✓ AP 2.1 tem a maior população de idosos (23%), a maior densidade demográfica da cidade (14.051 hab./km²), a menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%) e concentra o maior IDH do município;
- ✓ AP 2.2 se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1, a participação do grupo etário idoso na AP 2.2 também é alta, sendo a segunda maior da cidade (22,1%);

- ✓ APs 3.1, 3.2 e 3.3 juntas se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas vive nessa região;
- ✓ AP 4 é a segunda maior em área, esta região é um vetor de expansão urbana de rendas média e alta, tendo a segunda maior população (910 mil hab.) e a menor densidade demográfica (3.097 hab./km²);
- ✓ APs 5.1, 5.2 e 5.3 em termos demográficos, conformam a segunda área mais populosa do município, respondendo por 27% da população da cidade, que se constitui num vetor de expansão urbana para as populações de média e baixa renda (PMS, 2013).

O município do Rio de Janeiro apresenta diferentes graus de desenvolvimento, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde; a condição de saúde da população carioca apresenta a mesma tendência nacional com um viés de inequidade, sendo a doença mais presente quanto mais vulnerável socioeconomicamente for a população; portanto, atento às necessidades e especificidades da população, o processo de expansão da Estratégia Saúde da Família implicou em um amplo debate sobre a territorialização da cidade em microrregiões de saúde no âmbito das APs. (PMS, 2013).

O município do Rio de Janeiro conta com uma grande rede de serviços de saúde públicos e privados, mas com uma história de baixo investimento em Atenção Primária à Saúde (APS), até o ano de 2009, apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pouco orientado pela APS; porém, a partir desse ano forte ênfase foi dada a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que resultou em uma ampliação da cobertura populacional, maior volume de financiamento municipal para APS, criação das Clínicas da Família, e potencial impacto sobre a saúde da população (HARZHEIM, 2013).

A expansão da ESF no Rio de Janeiro iniciou por áreas de vazio assistencial, na tentativa de ampliar a cobertura por contiguidade, nem sempre possível. Atualmente, a Rede de Atenção Primária à Saúde é composta por três tipos de unidades: unidades tipo A (unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família); unidades tipo B (unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes de Saúde da Família, que cobrem parcialmente o território) e unidades tipo C (unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família).

O Programa Saúde Presente marcou o início de uma nova fase para o atendimento de saúde da população carioca. Lançado em maio de 2009 com o objetivo de expandir os serviços de saúde a toda população do Rio de Janeiro, o programa tem como conceito a

territorialização da cidade, atendendo regiões até então prejudicadas na gestão de saúde. As unidades que compõem o Programa Saúde Presente e os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde do município do Rio de Janeiro são:

- Clínicas da Família (CF);
- Centros Municipais de Saúde (CMS);
- Policlínicas;
- Centros de Especialidades Odontológicas (CEO);
- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSad e CAPSi);
- Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA);
- Hospitais e Maternidades;
- Coordenações Regionais de Emergência (CER).

É inegável que o município do Rio de Janeiro vem ampliando o número de suas equipes, mas permanece entre os mais baixos percentuais de abrangência populacional do estado e, segundo Paim (2012) no Rio de Janeiro, além da baixa cobertura da ESF, enfrentam-se os seguintes problemas: inexistência ou precariedade da contra referência; desorganização das atividades de regulação; limitada oferta de consultas e exames; baixa utilização de protocolos clínicos para encaminhamentos; precariedade de sistemas de informação e comunicação; influência político-partidária na gestão das unidades.

Toda essa expansão, que por um lado inegavelmente ampliou o acesso das pessoas à APS, por outro carece de um incremento na qualidade dos serviços oferecidos à população. Portanto, o acesso com qualidade é uma prioridade para a APS, e possui duas dimensões: uma interna, que diz respeito à ampliação do conhecimento e da qualidade do processo de trabalho das equipes multidisciplinares; e outra externa, que fala da inserção da APS nas Redes de Atenção à Saúde, para promover a integralidade do cuidado e garantir o melhor resultado para a saúde da população carioca (HARZHEIM, 2013).

A grande tensão proposta pela reforma da APS em curso no Rio de Janeiro é abandonar o tradicional perfil programático das equipes e unidades a fim de alcançar um estado de evolução rumo a uma APS de qualidade em que o cidadão encontre a grande maioria de soluções para suas necessidades de saúde; e certamente, um dos principais gargalos para a consolidação dessa reforma são os recursos humanos qualificados e capacitados para trabalhar em APS (HARZHEIM, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde instituiu a Carteira de Serviços da APS que definiu as ações e serviços de saúde oferecidos; o pagamento por desempenho clínico incorporado ao contrato de gestão celebrado com as Organizações Sociais e, a descentralização da regulação

ambulatorial são indutores na qualificação da gestão da clínica (PMS, 2013).

A Organização Social (OS) não integra a administração pública indireta, sendo um ente privado, sem finalidade lucrativa, criado com fim de executar serviços públicos de cunho social, sob o controle e apoio financeiro público. As OS se relacionam com o poder público mediante contrato de gestão e, há muitas críticas e questionamentos a essa modalidade de gestão, que não integra a administração pública, ainda que execute serviços públicos com recursos, pessoal e bens públicos (PINTO et al, 2014); porém Harzheim (2013) afirma que a contratação por meio de Organizações Sociais (OS) ou a terceirização de ações-meio não representam risco à qualidade da prestação dos serviços à população carioca.

6 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta os dados referentes ao perfil profissional dos fisioterapeutas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro.

Em relação ao perfil demográfico nota-se que 62,1% são do sexo feminino e 86% tem idade de 40 anos ou menos. Observa-se que 72% apresentam título de especialista e 66% são formados há 10 anos ou menos.

No que concerne à forma de contratação, 96,6% tem vínculo celetista e 82,1% tem carga horária semanal de 20 horas. Observa-se que a maioria está vinculada à nove equipes Saúde da Família conforme o preconizado e atua no NASF há 3 anos ou menos.

Tabela 1 – Distribuição percentual em relação ao perfil profissional dos fisioterapeutas inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, 2015.

		n(27)	%
Perfil demográfico:			
Sexo	Masculino	9	33,3
	Feminino	18	66,7
Idade	< 30 anos	10	37
	30 a 39 anos	14	51,9
	> 39 anos	3	11,1
Perfil acadêmico:			
Tempo de formação	< 5 anos	11	40,7
	5 a 10 anos	9	33,3
	> 10 anos	7	25,9
Grau de titulação	especialização	18	66,7
	residência	0	0
	mestrado	3	11,1
	doutorado	0	0
	outros	4	14,8
	sem resposta	2	7,4
Forma de contratação:			
Vínculo empregatício	estatutário	1	3,7
	celetista	26	96,3
	outros	0	0
Carga horária semanal	40 horas	3	11,1
	30 horas	2	7,4
	20 horas	22	81,5
Tipo de unidade de saúde na qual está cadastrado	tipo A (CF)	27	100
	tipo B (CMS)	15	55,6
Número de eSF às quais está vinculado	> 9 equipes	3	11,1
	9 a 5 equipes	24	88,9

Tempo de atuação no NASF	< de 1 ano	6	22,2
	1 a 3 anos	5	18,5
	> 3 anos	16	59,3
Categorias profissionais que compõem sua equipe NASF	Educador físico	26	96,3
	Psicólogo	25	92,6
	Nutricionista	23	85,2
	Médicos *	16	59,3
	Farmacêutico	12	44,4
	Terapeuta ocupacional	12	44,4
	Assistente social	11	40,7
	Fonoaudiólogo	10	37
	Fonoaudiólogo	9	33,3
Sanitarista	1	3,7	
	Arteducador		

* psiquiatra (48,1%); pediatra (7,4%); obstetra (3,7%).

A tabela 2 apresenta medidas que contribuem para a organização e o desenvolvimento do trabalho em equipe e ao analisá-las podemos inferir sobre três momentos distintos; porém, que se interligam e são de igual importância para atingir esse objetivo.

O primeiro reflete a integração entre os membros da equipe do NASF, observando que a reunião de equipe do NASF tem turno semanal garantido em 89,6% das vezes; os profissionais do NASF discutem os casos, planejam as ações e a programação das atividades em conjunto em 89,7% das vezes; e a gestão dos casos foi realizada por todos os profissionais do NASF de forma compartilhada em 89,7% das vezes.

O segundo demonstra a interação entre a equipe do NASF e os profissionais das equipes de saúde da família, nota-se que a construção das agendas de atividades de forma dialogada, integrada e/ou complementar ocorreu em 72,4% das vezes, assim como as ações desenvolvidas serem discutidas e acordadas em 62,1% das vezes.

A integração e interação tornam-se evidentes ao analisarmos as estratégias de educação permanente e as ações coletivas de educação em saúde ou de promoção da saúde, para as quais os respondentes referiram em 86,2% das vezes participar de forma colaborativa e 96,5% realizar ou oferecer apoio às equipes de saúde da família vinculadas.

O terceiro momento evidencia a relação dos gestores locais com a equipe do NASF e revela a necessidade de fortalecer a atuação do NASF tendo em vista que 75,9%; 72,4% e 64,3% poucas vezes ou nunca participam do processo de territorialização e elaboração do diagnóstico situacional local; do planejamento em saúde da unidade e tem as informações de saúde do território e da rede disponibilizadas pelos gestores respectivamente.

Tabela 2 – Distribuição percentual das ações realizadas para a organização e desenvolvimento do trabalho em equipe pela perspectiva dos fisioterapeutas do NASF no município do Rio de Janeiro, 2015.

		n(27)	%
O NASF tem garantido um turno semanal para reunião de sua equipe?	Sempre	14	51,9
	Na maioria das vezes	10	37
	Poucas vezes	3	11,1
	Nunca/ Não sei	0	0
Todos os profissionais do NASF discutem casos, planejam as ações e a programação das atividades da equipe em conjunto?	Sempre	6	22,2
	Na maioria das vezes	19	74,1
	Poucas vezes	2	7,4
	Nunca/Não sei	0	0
A gestão dos casos é realizada de forma compartilhada entre os profissionais do NASF?	Sempre	8	29,6
	Na maioria das vezes	16	59,3
	Poucas vezes	3	10,3
	Nunca/Não sei	0	0
Os profissionais do NASF constroem suas agendas de atividades de forma dialogada, integrada e/ou complementar visando sua atuação junto as eSF vinculadas?	Sempre	5	18,5
	Na maioria das vezes	15	55,6
	Poucas vezes	7	25,9
	Nunca/Não sei	0	0
As ações desenvolvidas pelo NASF são discutidas e acordadas com as eSF vinculadas contemplando suas necessidades, dos usuários e do território?	Sempre	6	22,2
	Na maioria das vezes	11	40,7
	Poucas vezes	10	37
	Nunca/Não sei	0	0
Os profissionais do NASF participam de forma colaborativa com as estratégias de Educação Permanente das eSF vinculadas?	Sempre	6	22,2
	Na maioria das vezes	17	63
	Poucas vezes	3	11,1
	Nunca	1	3,7
	Não sei	0	0
Os profissionais do NASF realizam e/ou oferecem apoio às eSF vinculadas para a realização de ações coletivas de Educação em Saúde e/ou Promoção da Saúde?	Sempre	14	51,9
	Na maioria das vezes	12	44,4
	Poucas vezes	1	3,7
	Nunca/Não sei	0	0
O NASF participa do processo de territorialização contribuindo para a elaboração e atualização do diagnóstico situacional local?	Sempre	0	0
	Na maioria das vezes	4	14,8
	Poucas vezes	15	55,6
	Nunca	5	18,5
	Não sei	3	11,1

O NASF participa do planejamento em saúde da unidade em conjunto com os gestores locais e as eSF para abordar riscos e agravos à saúde no território adscrito?	Sempre	2	7,4
	Na maioria das vezes	3	11,1
	Poucas vezes	12	44,4
	Nunca	7	25,9
	Não sei	3	11,1
O gestor local disponibiliza informações de saúde do território e da RAS local aos profissionais do NASF visando subsidiar as áreas estratégicas e a integração dos pontos de atenção da rede?	Sempre	2	7,4
	Na maioria das vezes	5	18,5
	Poucas vezes	10	37
	Nunca	7	25,9
	Não sei	3	11,1

No que concerne ao processo de trabalho dos fisioterapeutas no NASF a tabela 3 apresenta os dados das atividades realizadas, sendo possível observar dois movimentos concomitantes e complementares.

Um deles refere-se às ações realizadas em parceria com as equipes de saúde da família como observado que 65,5% das vezes o fisioterapeuta realiza a Inter consulta para a discussão de casos e 51,7% das vezes o atendimento conjunto para a elaboração do PTS de forma pactuada com as equipes saúde da família e os usuários; e 75,8% das vezes os fisioterapeutas oferecem apoio para a realização de projetos de saúde no território e 89,6% das vezes realizam e/ou participam de trabalho com grupos.

O outro relaciona-se às condutas mais específicas do profissional, 93,1% das vezes o fisioterapeuta realiza visita domiciliar aos usuários acamados, restritos ao domicílio e/ou com dificuldade de locomoção e 93,1% das vezes realizam atendimentos individuais, 89,3% das vezes desenvolvem estratégias de acompanhamento dos casos que precisam de cuidado prolongado em relação à promoção das práticas corporais e de atividade física e 89,3% das vezes os fisioterapeutas auxiliam as equipes saúde da família vinculadas na qualificação dos encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção da rede.

Tabela 3 – Distribuição percentual das atividades realizadas no processo de trabalho dos fisioterapeutas do NASF do município do Rio de Janeiro, 2015

Você realiza:		n (27)	%
interconsulta para discussão de casos com as e SF vinculadas?	Sempre	4	14,8
	Na maioria das vezes	14	51,9
	Poucas vezes	9	33,3
	Nunca/Não sei	0	0
atendimento conjunto para a elaboração do PTS de forma pactuada com as eSF e os usuários e/ou familiares?	Sempre	2	7,4
	Na maioria das vezes	12	44,4
	Poucas vezes	13	48,1
	Nunca/Não sei	0	0
visita domiciliar conjunta com as eSF vinculadas aos usuários acamados, restritos ao domicílio e/ou com dificuldade de locomoção?	Sempre	20	74,1
	Na maioria das vezes	5	18,5
	Poucas vezes	2	7,4
	Nunca/Não sei	0	0
atendimentos individuais aos usuários discutindo com as eSF os casos acompanhados?	Sempre	15	55,6
	Na maioria das vezes	10	37
	Poucas vezes	2	7,4
	Nunca/Não sei	0	0
apoio às eSF vinculadas para realização das ações de PST?	Sempre	5	18,5
	Na maioria das vezes	16	59,3
	Poucas vezes	5	18,5
	Nunca	1	3,7
	Não sei	0	0
trabalho com grupos considerando todas as fases do ciclo de vida incentivando o autocuidado e o suporte aos familiares e/ou cuidadores?	Sempre	12	44,4
	Na maioria das vezes	12	44,4
	Poucas vezes	3	11,1
	Nunca/Não sei	0	0
estratégias de acompanhamento dos casos que precisam de cuidado prolongado em relação à promoção das práticas corporais e de atividade física?	Sempre	8	29,6
	Na maioria das vezes	17	63
	Poucas vezes	2	7,4
	Nunca	0	0
	Não sei	1	3,7
qualificação dos encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção da rede?	Sempre	7	25,9
	Na maioria das vezes	18	70,4
	Poucas vezes	1	3,7
	Nunca	1	3,7
	Não sei	0	0
Ações no âmbito do Programa Academia de Saúde?	Sempre		14,8
	Na maioria das vezes	4	33,3
	Poucas vezes	9	37
	Nunca	10	11,1
	Não sei	3	3,7
		1	
as PIC como forma de ampliação da abordagem clínica e de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde?	Sempre	2	7,4
	Na maioria das vezes	5	18,5
	Poucas vezes	5	18,5
	Nunca	10	37
	Não sei	5	18,5

A tabela 4 refere-se às ações realizadas pelos fisioterapeutas na área estratégica da Reabilitação.

Observa-se que em relação ao levantamento das pessoas com deficiência (PCD) no território em 72,4% das vezes os fisioterapeutas o realizam; a avaliação funcional das PCD para definir o serviço em que será realizado o processo de reabilitação é realizada em 55,1% das vezes; porém, o acompanhamento longitudinal dos casos em reabilitação coordenando o cuidado nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é 58,6% das vezes pouco realizado.

No que concerne à assistência, coletiva ou individual, aos usuários que necessitam de cuidados em reabilitação em 93,1% das vezes os fisioterapeutas apoiam e/ou desenvolvem estratégias de atenção à saúde das PCD e a visita domiciliar às PCD são realizadas em 96,6% das vezes para orientações, adaptações e acompanhamento em reabilitação, assim como em 96,5% das vezes informam os familiares e/ou cuidadores sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologia para o desempenho funcional.

Analisando as ações de prevenção de deficiências à grupos prioritários apenas um pouco mais da metade (51,7%) dos fisioterapeutas relatam realizá-las; em relação às ações de promoção e Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) para a inclusão social, laboral e de lazer valorizando o potencial das PCD os fisioterapeutas realizam pouco ou nunca em 69% das vezes; o mesmo observa-se em relação as ações de Educação Permanente em reabilitação e sensibilização com as eSF para identificar e qualificar o cadastro das PCD os fisioterapeutas em 62,1% das vezes pouco ou nunca realizam.

No que concerne à forma como o fisioterapeuta é mais frequentemente acionado pelas ESF as respostas foram 31% pedido verbal solicitando que o usuário procure o fisioterapeuta; 20,7% a partir de encaminhamento do usuário através da guia de referência; 20,7% através de marcação do usuário na agenda do fisioterapeuta; 10,3% por agendamento de Inter consulta ou consulta conjunta e 34,5% após discussão do caso na reunião de equipe.

Tabela 4 – Distribuição percentual das ações na área estratégica da reabilitação realizadas pelos fisioterapeutas do NASF do município do Rio de Janeiro, 2015.

Você realiza:		n (27)	%
levantamento das PCD no território de forma conjunta com as esF vinculadas?	Sempre	4	14,8
	Na maioria das vezes	16	59,3
	Poucas vezes	7	25,9
	Nunca/Não sei	0	0
avaliação funcional das PCD utilizando métodos de classificação de risco e vulnerabilidade para definição do serviço em que será realizado o processo de reabilitação?	Sempre	3	11,1
	Na maioria das vezes	11	40,7
	Poucas vezes	12	44,4
	Nunca	1	3,7
acompanhamento longitudinal dos casos em reabilitação coordenando os cuidados nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?	Não sei	0	0
	Sempre	10	37
	Na maioria das vezes	16	59,3
	Poucas vezes	0	0
estratégias de atenção à saúde das PCD assistindo, coletivamente ou individualmente, os usuários que necessitam de cuidados em reabilitação?	Nunca	0	0
	Não sei	1	3,7
	Sempre	10	37
	Na maioria das vezes	15	55,6
visita domiciliar às PCD para orientações, adaptações e acompanhamento em reabilitação?	Poucas vezes	1	3,7
	Nunca/Não sei	0	0
	Na maioria das vezes	7	25,9
	Sempre	18	66,7
orientações e informações às PCD e seus familiares e/ou cuidadores sobre manuseio, posicionamento, AVD, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional diante das características específicas de cada indivíduo?	Nunca/Não sei	0	0
	Poucas vezes	0	0
	Na maioria das vezes	5	18,5
	Sempre	22	81,5
ações de prevenção de deficiências à grupos prioritários como: atraso do desenvolvimento, acidente doméstico, de trânsito e quedas?	Nunca	1	3,7
	Não sei	0	0
	Poucas vezes	12	44,4
	Na maioria das vezes	10	37
Ações de promoção da inclusão social, laboral e de lazer valorizando o potencial das PCD otimizando a RBC?	Sempre	3	11,1
	Na maioria das vezes	4	14,8
	Poucas vezes	15	55,6
	Nunca	3	11,1
	Não sei	2	7,4

Ações de Educação Permanente em reabilitação e sensibilização com as eSF para identificar e qualificar o cadastro das PCD?	Sempre	2	7,4
	Na maioria das vezes	8	29,6
	Poucas vezes	15	55,6
	Nunca	2	7,4
	Não sei	0	0
De que forma as eSF mais frequentemente acionam a fisioterapia?	Pedido verbal solicitando	9	33,3
	Guia de referência encaminhando	6	22,2
	Marcação na agenda	6	22,2
	Agendamento de consulta conjunta	3	11,1
	Discussão do caso na reunião de equipe	10	37

As respostas em relação às perguntas de opinião sobre as potencialidades, dificuldades e desafios foram dispostas na Matriz FOFA ou Análise SWOT, a partir da interpretação da autora; pois, de acordo com esta metodologia, a análise de viabilidade de uma determinada ação deve levar em conta fatores internos e fatores externos ao contexto institucional onde se desenvolve o processo de planejamento de uma dada intervenção. Assim, os fatores do ambiente externo podem significar oportunidades ou ameaças a uma determinada proposta nascida no seio de uma organização, enquanto internamente podem-se identificar fortalezas ou fraquezas da própria organização para o desenvolvimento da proposta (TEIXEIRA, 2010).

O ambiente interno pode ser controlado pelos atores, uma vez que é resultado das atuações definidas pelos próprios membros da organização; desta forma, durante a análise, ao determinar os pontos fortes, poderão ser utilizadas estratégias que visem à maximização de tais fortalezas; já os pontos fracos, apesar da dificuldade no embasamento e reconhecimento das fraquezas, é de suma importância identifica-los pois, tendem a se acumular, dificultando o gerenciamento e cumprimento das estratégias inicialmente traçadas (GONZALES, 2007).

Já o ambiente externo está totalmente fora do controle da organização; mas, apesar de não poder controlá-lo, deve-se conhecê-lo e monitorá-lo, de tal forma que possibilite listar as oportunidades existentes para que sejam traçadas estratégias direcionadas objetivando o seu aproveitamento; evitar ameaças nem sempre é possível, no entanto pode-se fazer um planejamento para enfrentá-las, minimizando seus efeitos (GONZALES, 2007).

Quadro 3 – Matriz FOFA (análise das Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças).

Ambiente Interno		Ambiente Externo	
Fortalezas	<p>Autonomia profissional;</p> <p>Acesso e acolhimento 100% dos casos;</p> <p>Trabalho em equipe e com grupos;</p> <p>Atividades coletivas de educação e promoção da saúde;</p> <p>Crescimento profissional, proatividade e sensibilidade;</p>	<p>Conhecer e utilizar os recursos do território;</p> <p>Proximidade da comunidade, reconhecer suas necessidades e melhorar a qualidade de vida da coletividade;</p> <p>Promoção da saúde integrada com a academia carioca;</p> <p>Qualificar e diminuir os encaminhamentos;</p> <p>Articulação intersetorial;</p>	Oportunidades
Fraquezas	<p>Carga horária semanal, nº de equipes vinculadas, mais de uma unidade cadastrada;</p> <p>Envolvimento das eSF nas atividades;</p> <p>Recursos escassos e espaço físico não apropriado;</p> <p>Incompreensão por parte das equipes e da gerência do Apoio Matricial;</p> <p>Tornar-se ambulatório;</p> <p>Déficit salarial e não participação nas variáveis;</p>	<p>Área de conflito, território em confronto, maior risco e vulnerabilidade da população;</p> <p>Nº excedente de usuários cadastrados;</p> <p>Demanda reprimida em reabilitação;</p> <p>Dificuldade de referenciar;</p> <p>Rede especializada de reabilitação deficitária;</p>	Ameaças

Fonte: Elaborado pela própria autora.

7 DISCUSSÃO

O NASF é uma estratégia recente que utiliza o conceito de Equipe de Referência e de Apoio Matricial tanto como proposta de mudança do arranjo organizacional e das responsabilidades profissionais e gerenciais, quanto metodologia de trabalho, de modo a facilitar a cogestão do trabalho em equipe na saúde, enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial (CAMPOS, CUNHA e FIGUEIREDO, 2013; CUNHA e CAMPOS, 2011).

O estudo revela um fenômeno observado em todos os países no setor de serviços de saúde, a preponderância da força de trabalho feminina; sendo que no Brasil foi o setor que mais ampliou a oferta de emprego formal na última década, trazendo um perfil de profissionais jovens, com menos de 10 anos de formação e condições de vínculo, trabalho e remuneração insatisfatórios; podendo indicar a necessidade de políticas que garantam condições adequadas de trabalho, assim como a reformulação dos currículos da graduação, afim de reduzir alguns desequilíbrios no mercado de trabalho e atender a demanda atual e futura em saúde (FIOCRUZ, 2012sb2030).

Ao analisarmos a organização e o desenvolvimento do trabalho em equipe, levando-se em conta esse rearranjo organizacional, no qual os membros das equipes são desafiados a construir práticas interprofissionais colaborativas e desenvolver processos reflexivos e analíticos (ELLERY, PONTES e LOIOLA, 2013), percebe-se que operar sob a lógica do Apoio Matricial requer integração entre os membros da equipe do NASF, interação entres estes e os profissionais das equipes de Saúde da Família, assim como uma relação mais próxima com os gerentes locais.

As diretrizes recomendam a construção da agenda ser realizada por meio de pactuação com as equipes de Saúde da Família apoiadas, coordenadores/gerentes das unidades de saúde vinculadas e gestores municipais, a partir do mapeamento das ações já desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família e das condições existentes nas unidades para definir os turnos das reuniões de matriciamento (englobando todas as equipes vinculadas), as ações assistenciais diretas do NASF (individuais e coletivas), as ações conjuntas de acordo com os critérios pré-estabelecidos, e serviços já existentes intra e intersetorialmente para possíveis parcerias (BRASIL, 2014).

No entanto, conciliar as agendas de atividades de forma dialogada, integrada e/ou complementar para que o desenvolvimento das ações sejam discutidas e acordadas entre as equipes visando contemplar as necessidades dos usuários, do território e das equipes de Saúde

da Família vinculadas, pode estar dificultada, tendo em vista que a maioria dos profissionais são contratados com carga horária semanal de 20 horas e estão vinculados à 9 ou mais equipes de Saúde da Família, podendo atuar em mais de uma unidade de saúde ao mesmo tempo.

Segundo Oliveira (2010) algumas condições organizacionais ampliam muito as possibilidades de sucesso e impacto do Apoio Matricial e, cita como exemplo: a adoção de estratégias de desprecarização das relações de trabalho, como a contratação por concurso e a fixação de profissionais diaristas e não em regime de plantão para integrar as equipes.

Lancman et al (2013) em seu estudo já alertavam para a evidência da necessidade de se estabelecerem ajustes nos processos de trabalho e por consequência nas ações das duas equipes que atualmente possuem formas de organização do trabalho distintas o que exige além de mudanças de paradigmas e revisão de processos de trabalho, que o profissional se disponha a fazê-lo; porém, aspectos relacionados à produtividade constituem-se em um importante obstáculo para o desenvolvimento do trabalho compartilhado entre as equipes, o que gera um descompasso entre a necessidade de atender a demanda, a resolução rápida de alguns casos e a nova lógica de trabalho proposta pelo NASF.

Pois, o NASF por configurar-se uma equipe de apoio, tem suas ações indissociáveis e dependentes daquelas das equipes de Saúde da Família e, portanto, depende das parcerias desenvolvidas com os profissionais que as compõem, para que o trabalho ocorra, por isso a importância da qualidade das relações; pois, o trabalho do NASF prioriza a discussão, reflexão e atuação compartilhada, o que demanda tempo, disponibilidade de todos os envolvidos e interesse dos profissionais (LANCMAN et al, 2013).

Uma vez que, quando as equipes são próximas, os profissionais se conhecem, estabelecem laços pessoais e criam canais de contato, sempre que necessário; e ainda que a Rede de Atenção à Saúde se componha pelos serviços de saúde e recursos do território, ela depende das relações pessoais entre os profissionais que atuam nesses serviços e, das conexões e vínculos que se estabelecem entre si para atingir um objetivo comum (SOBRINHO et al, 2014).

A organização do trabalho das equipes deve levar em conta os aspectos e costumes locais, os problemas de saúde específicos do território, as necessidades dos usuários, mas também as características da própria equipe, portanto, a elaboração conjunta das atribuições dos profissionais, visando a combinação do o que fazer, como fazer e com que frequência fazer, propiciam boa abordagem dos problemas de saúde, que satisfaça os usuários, mas que também faça com que as equipes se sintam confortáveis e se reconheçam no seu trabalho (PINTO e COELHO, 2010).

Pois, como afirmam Lancman et al (2013), por se tratar de uma estratégia inovadora, a implantação do NASF implica a necessidade de a equipe criar espaços físicos rotineiros de reunião; uma vez que, no pensar coletivo são definidos nós críticos ou pontos chaves; conhecimento e compreensão relativos aos mesmos são buscados; levantam-se hipóteses de solução e desenham-se planos de ação que podem ser aplicados à realidade.

O fato da maioria dos respondentes referir ter a incorporação desse espaço coletivo e horário protegido na agenda dos membros do NASF para discussão e gestão dos casos complexos, o planejamento das ações e a programação das atividades, demonstra estarem sensibilizados com a importância da Reunião de Equipe por ser a principal tecnologia utilizada para a construção do trabalho em equipe, ao promover espaços coletivos que estimulam a escuta atenta, a integração do grupo e o processo de reflexão, contribuindo para o aprendizado de todos os envolvidos (OLIVEIRA, BORBA e SAMPAIO, 2012).

E, principalmente como ressaltado por Anjos et al (2013) em seu estudo, o NASF por ser um coletivo organizado de profissionais, que busca formar sua identidade como núcleo, serem reconhecidos e incorporados de fato na ESF; têm a necessidade de coesão entre os membros da própria equipe para enfrentar o cotidiano do trabalho, uma vez que, a lógica de funcionamento obriga todos os profissionais envolvidos a mudarem sua forma de atuação e, organizar o próprio trabalho é fundamental.

O NASF também pode tornar-se um dispositivo da gestão para potencializar a Rede de Atenção à Saúde e da cogestão dos processos de trabalho, compartilhando a elaboração de planos gerenciais, uma vez que a gerência pode favorecer a mudança nos processos de trabalho ou contribuir para a manutenção do modelo tradicional (SAMPAIO et al, 2012); para tal, a ferramenta de Pactuação do Apoio é desenvolvida a partir da avaliação conjunta da situação do território para a construção do projeto do NASF e o desenvolvimento do processo de trabalho e das metas entre os gestores, a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Reconhecida a importância do processo de territorialização, por promover o reconhecimento da realidade local em ato e permitir que as necessidades e os problemas dos grupos sejam definidos, com a construção do diagnóstico situacional por parte de toda a equipe sendo fundamental, uma vez que amplia as suas possibilidades de atuação, tornando-a mais adequada às necessidades da população (BRASIL, 2014) deveria ser a primeira medida realizada pela equipe do NASF.

No entanto um elevado percentual dos fisioterapeutas respondeu que poucas vezes ou nunca participam desse processo de territorialização e com isso deixam de participar da

elaboração e atualização do diagnóstico situacional local e também do planejamento em saúde da unidade, uma vez que segundo os respondentes o gestor local poucas vezes ou nunca disponibiliza essas informações necessárias para subsidiar as áreas estratégicas prioritárias assim como a integração dos pontos de atenção da rede local.

Tendo em vista, que dentre as expectativas que os gestores depositam no NASF, está o aumento da resolutividade da APS vinculado à ideia da potencialidade do trabalho interdisciplinar dos profissionais dos NASF e das equipes de Saúde da Família e ao melhor acesso aos serviços de saúde pela reorganização da demanda e redução da procura dos serviços da atenção secundária e terciária como porta de entrada no sistema (SILVA et al, 2010), a relação entre os gestores locais e a equipe do NASF deve ser mais próxima e horizontalizada.

O NASF busca romper a lógica e alterar a cultura organizacional dos gestores que prioriza ‘a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolutividade e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por ações meramente quantitativas em detrimento das qualitativas’; tendo em vista que as ações desenvolvidas pelo NASF visam imprimir mais qualidade ao serviço prestado e não apenas suprir a demanda assistencial no seu aspecto meramente numérico (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010); os gestores locais precisam reconhecer a potencialidade dessa proposta e incentivar a abertura para esse novo modo de operar e produzir saúde.

Para tal, torna-se imperativo, conforme Silva et al (2010) ressaltam, que o NASF venha a contribuir para a discussão junto aos gestores sobre indicadores de saúde que evidenciem a qualidade do cuidado prestado à população e, para gerar uma reflexão sobre a ineficácia da manutenção da cultura organizacional no SUS de valorização de indicadores estabelecidos por metas meramente quantitativas ligadas ao número de atendimentos, que não refletem o impacto das ações desenvolvidas e são insuficientes para avaliar a qualidade do cuidado.

Em relação ao processo de trabalho do fisioterapeuta no NASF; orientado pela metodologia do Apoio Matricial para o desenvolvimento de práticas compartilhadas e colaborativas, em pelo menos duas dimensões: a clínico-assistencial (ação clínica direta com os usuários) e a técnico-pedagógica (ação de apoio educativo com e para as equipes Saúde da Família); observou-se uma prevalência das atividades individuais específicas do núcleo do fisioterapeuta em detrimento das ações conjuntas, coletivas e educativas.

A chegada de novas categorias profissionais antes não presentes neste ponto de atenção gera, frequentemente, procura por parte das equipes de Saúde da Família por resposta

à demanda reprimida por meio de atendimento individual específicos realizados apenas pelo profissional do NASF; para evitar a superlotação da agenda dos fisioterapeutas com atendimentos individuais em reabilitação a partir de encaminhamentos, gerando um distanciamento da lógica preconizada, esses devem ser priorizados, pactuados e estarem atrelados a um projeto terapêutico produzido conjuntamente entre a equipe de referência e o fisioterapeuta do NASF a fim de definir os fluxos para acionar o apoio (BRASIL, 2014).

Tendo em vista que o acesso à atenção especializada ainda é um dos maiores problemas da APS no Brasil, tanto por baixa oferta quanto por barreiras organizacionais nos serviços, e não é incomum que a chegada de um apoiador seja entendida pelas equipes e a população como uma oportunidade de ter acesso a uma enorme demanda reprimida, o que requer manejo conjunto das listas de espera para atendimento especializado, que pode ser um foco de tensões entre as equipes e gerar pressão por atendimentos (SARAIVA e ZEPEDA, 2012).

Segundo Silva et al (2012) foi evidenciada essa preocupação com relação a consulta individual enquanto ação do NASF, como risco de que esta atividade assuma o papel da atenção secundária; Silva et al (2012) em seu estudo chamou a atenção para a necessidade de repensar a organização do trabalho, as agendas dos profissionais, tanto no que se refere à assistência individualizada quanto para a construção do trabalho interdisciplinar que repercute diretamente na qualidade do cuidado e, destacou que o funcionamento do NASF tem como desafio, a articulação das suas atividades dentro da agenda das equipes de Saúde da Família, considerando as metas assistenciais e o processo de trabalho já estabelecido..

O trabalho na lógica do Apoio Matricial permite distinguir as situações individuais e sociais que podem ser acompanhadas pela Equipe de Referência, das demandas que necessitam de uma atenção especializada, podendo ser oferecida na própria unidade, ou dependendo da gravidade do caso por centros de referência ou por outras instâncias; porém, de modo que o encaminhamento preserve o vínculo e possa ser feito a partir da comunicação entre os serviços e os profissionais (FIGUEIREDO e FURLAN, 2010).

O atendimento conjunto consiste em realizar uma intervenção como: consulta no consultório, no domicílio, coordenar um grupo, realizar um procedimento; tendo como sujeitos de ação o profissional de referência e o apoiador matricial em coprodução, no qual a intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, compartilhar dificuldades no cotidiano; gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos (OLIVEIRA, 2010).

Porém, a composição da semana-padrão, a carga horária semanal, as metas a serem atingidas e a sobrecarga de trabalho imposta pela carteira de serviços são alguns dos fatores

que dificultam a articulação dos profissionais das equipes de Saúde da Família com os membros do NASF e apesar do atendimento conjunto tratar-se de um dos momentos mais importantes de educação permanente e compartilhamento da clínica no Apoio Matricial, possibilitando a troca de saberes e de práticas em ato e gerando experiências para os profissionais envolvidos (SARAIVA e ZEPEDA, 2012), este é poucas vezes realizado entre o fisioterapeuta do NASF e a equipe de referência.

Fittipaldi, Romano e Barros (2015) em seu estudo, apontaram uma certa dificuldade que alguns profissionais encontram para compartilhar saberes e até uma certa desvalorização ou pouco entendimento sobre o atendimento conjunto, em função do tempo disponível e do excesso de atribuições; tornando evidente que os atendimentos clínicos ainda são predominantes, reflexo do modelo biomédico que influencia as práticas dos profissionais, o que segundo as autoras, faz as ações preventivas e de promoção da saúde ficarem relegadas a um segundo plano em relação às ações curativas.

Sobrinho et al (2014) em seu estudo identificaram que consultas clínicas, discussão de casos clínicos e visitas domiciliares, por serem atividades relacionadas aos processos diretos de assistência aos pacientes interferem pouco na certificação obtida pelas equipes de Saúde Família e, destacaram que atividades que exigem processo de interação significativa são as mais relevantes, tais como: educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território.

Anjos et al (2013) afirmam que algumas rotinas precisam ser modificadas, e como consequência, desconfortos serão inevitáveis porém necessários para a mudança, a reflexão sobre o cotidiano com os atores envolvidos, o investimento no sentido de fortalecer os vínculos e a criação de um espaço para o debate coletivo; no Apoio Matricial, os gestores devem ter importante papel de sensibilização das equipes, mediando conflitos, garantindo pactos e manejando situações imprevistas, inclusive com oferta de soluções gerenciais e processos formativos (SARAIVA e ZEPEDA, 2012).

Ao analisarmos as ações em educação permanente e promoção da saúde, percebem-se implícitos os conceitos de núcleo e campo que compõem a interdisciplinaridade, no entanto, sem diluir a especificidade dos saberes; o campo comum representa um espaço privilegiado de efetivação da interprofissionalidade quando a equipe constrói a possibilidade de trocas, da ajuda mútua, ampliando a compreensão do processo saúde-doença-intervenção, promovendo um aprendizado mútuo, faz com que a forma de atuação do profissional na sua área restrita também se modifique (ELLERY, PONTES e LOIOLA, 2013).

O conceito de Apoio Matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação

permanente, no qual o profissional compartilha seu conhecimento específico com a equipe de Saúde da Família, para que esta possa lidar com esse saber e fazer dele conhecimento de todos (BRASIL, 2009), uma vez que os apoiadores podem construir um grande leque de ofertas educativas, os encontros de matriciamento também podem ser utilizados para treinamentos breves voltados para necessidades definidas conjuntamente, visando a aumentar a autonomia e confiança das equipes de Saúde da Família (SARAIVA e ZEPEDA, 2012).

Pois, a Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações, baseando-se na aprendizagem significativa, na possibilidade de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, pois é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas têm (BRASIL, 2009pneps).

A característica dinâmica da APS deve ser levada em conta pelo NASF, para evitar a burocratização na organização das atividades, permitindo certa flexibilização conforme as singularidades e especificidades da equipe e o perfil de competências de cada profissional, é preciso considerar toda a equipe e cada profissional isoladamente (BRASIL, 2014), uma vez que a interface do trabalho dos profissionais é tema complexo, considerando serem áreas de atuação de cada profissional cada vez mais inter-relacionadas há diversas ações comuns a várias profissões algumas complementares outras estão imbricadas (ELLERY, PONTES e LOIOLA, 2013).

O campo comum da ESF é o espaço de compartilhamento, da socialização de práticas e saberes entre os diversos profissionais das equipes de Saúde da Família e o NASF, é um espaço com limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca apoio para responder às demandas que se apresentam no seu cotidiano profissional e às necessidades de saúde da população (ELLERY, PONTES e LOIOLA, 2013) coaduna-se à Promoção da Saúde, que visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2010pnps) através da clínica ampliada.

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia das equipes de referência e de apoio para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, a partir da identificação da situação/necessidade de uma área e/ou população vulnerável ou em risco, que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros setores e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (BRASIL, 2010).

O NASF deve apoiar o planejamento, a programação ou a execução das atividades coletivas compartilhadas sempre que demandado pelas equipes Saúde da Família, dos grupos já realizados na unidade ou em outros espaços comunitários, ou na necessidade do desenvolvimento de grupos de educação em saúde ou de promoção da saúde; as práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários na APS, no entanto, o trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam a socialização, integração, apoio psíquico, troca de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos (BRASIL, 2014).

No entanto, Lancman et al (2013) no seu estudo destacou que o desenvolvimento dos grupos pactuados entre as duas equipes, eventualmente, terminam conduzidos apenas pela equipe NASF.

E, segundo Teixeira et al (2014), deve-se superar a abordagem isolada dirigida à transformação dos comportamento individuais, focando nos estilos de vida relacionados aos fatores de risco, afim de ampliar a abordagem relacionada a qualidade de vida da coletividade que é influenciada pelos Determinantes Sociais da Saúde.

Em relação à área estratégica da reabilitação, todos os documentos oficiais do NASF (Portaria nº154, CAB nº 27 e nº 39) são explícitos quanto à necessidade de fazer o levantamento das pessoas com deficiência no território, mas aponta a necessidade de habilitar as equipes do NASF para as metodologias de reconhecimento e mapeamento de território, bagagem que nem sempre está incorporada à formação acadêmica, uma vez que, mapeando e analisando os casos existentes conhece-se a prevalência das deficiências no território, promove-se a mobilização da comunidade e seus recursos para a transformação dos ambientes públicos e coletivos permitindo a ampla acessibilidade e auxiliando o desenvolvimento das potencialidades das pessoas com deficiências (BRASIL, 2009).

É fundamental a interlocução entre as redes de serviços de reabilitação especializados, tendo em vista que a deficiência não é uma questão exclusiva da saúde, mas também de outras políticas públicas, portanto, o fisioterapeuta do NASF deve envolver outros atores e organizar e planejar ações intersetoriais para o processo reabilitativo, para tal, o estabelecimento de canais de comunicação entre as equipes Saúde da Família e do NASF com os centros de referência existentes em cada localidade ou região, para que se possa proceder aos encaminhamentos para cuidados que envolvam maior nível tecnológico, bem como o fornecimento de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção é imprescindível (BRASIL, 2009).

Segundo as diretrizes da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) suas atividades

são desenvolvidas para atender as necessidades básicas das pessoas com deficiência, reduzir a pobreza, dar acesso à saúde, educação, sustento e oportunidades sociais. Os programas de RBC apoiam pessoas com deficiência para que as mesmas possam ter um melhor nível de saúde trabalhando em cinco áreas chave: promoção da saúde, prevenção, assistência médica, reabilitação e dispositivos assistivos (OMS, 2010rbc).

As boas práticas em reabilitação, devem levar em conta a melhoria da qualidade de vida e participação social, aumentando a autoconfiança, a capacidade, a autonomia das pessoas com deficiência e as atividades clínicas são importantes ferramentas para a ampliação das possibilidades de um processo adequado de recuperação, com a participação da família e dos cuidadores durante os atendimentos, de forma a torná-los agentes ativos do tratamento e da inclusão social, assim como os atendimentos domiciliares compartilhados podem servir tanto como recurso diagnóstico na fase de avaliação inicial, quanto recurso terapêutico na fase de intervenção ou ainda no acompanhamento longitudinal e as ações de prevenção em reabilitação tem dois focos: as realizadas para intervir nos eventos que causam as deficiências e também aquelas realizadas para evitar a progressão de uma deficiência já instalada (BRASIL, 2014 e 2009).

A atuação das equipes Saúde da Família apoiadas pelo NASF terá papel fundamental na disseminação das práticas e das estratégias de reabilitação, nesse contexto, destaca-se o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS), com seu caráter vinculativo e potencial multiplicador de práticas e saberes, para tal, a capacitação das equipes para que possam adquirir um ‘olhar’ às potencialidades das pessoas com deficiência e da comunidade, evitando que barreiras arquitetônicas e atitudinais sejam um fator limitante à acessibilidade (BRASIL, 2009) é fundamental e compete ao fisioterapeuta ser o facilitador desse processo.

As perguntas de opinião foram dispostas na matriz SWOT de acordo com as respostas dos fisioterapeutas para as questões sobre potencialidades, dificuldades e desafios; proporcionando a análise dos pontos fortes e fracos do ambiente de trabalho no NASF e, ameaças e oportunidades do contexto.

Alguns pontos, ora facilitadores como: trabalho em equipe, ações coletivas, promocionais e educativas, articulação intersetorial; ora limitadores como: excesso de atribuições, agendas incompatíveis, demanda reprimida e pressão por atendimentos individuais, corroboram os resultados encontrados e foram exhaustivamente discutidos.

Portanto, será dada ênfase a duas questões, não abordadas anteriormente que são de suma relevância; uma refere-se à ameaça do ambiente externo que reflete o atual cenário do município do Rio de Janeiro, no qual as áreas de conflito e confronto dificultam a expansão da

Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos.

A outra, apesar de não ter sido mencionada não pode ser ignorada, refere-se à fraqueza interna, provavelmente pela dificuldade de reconhecer uma fraqueza, mas que é consenso entre os autores e reflete a necessidade de uma profunda revisão dos processos de formação do fisioterapeuta e conseqüentemente das competências exigidas a estes profissionais para atuar na ESF.

Como citado por Nascimento e Oliveira (2010) em seu estudo, que dentre as dificuldades que estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF, está a formação dos profissionais que não atende às necessidades do SUS, muito menos da APS, gerando um descompasso entre o ensino e a realidade concreta do serviço, o que requer reflexão sobre o perfil de competências dos profissionais que atuam na ESF, sendo necessário o conhecimento sobre políticas públicas de saúde, território, perfil epidemiológico da população e rede de cuidados, tendo a habilidade para abordar o usuário, acolher, ouvir, comunicar-se e trabalhar em equipe, além de atitudes compromissadas, humanizadas e colaborativas.

Anjos e col. (2013) afirmam que o NASF é ambicioso e pode até parecer utópico, por ser um setor partilhado por peculiaridades pessoais e profissionais, sendo inegável a necessidade de se desarticularem antigos conceitos e de se instituírem novas concepções e valores coletivos; novamente destaca-se a necessidade de revisão crítica dos processos educativos e formativos, já que muitos profissionais de saúde supervalorizam a autonomia, considerando-a direito de deliberar sobre casos de modo isolado e definitivo e o Apoio Matricial promove encontros entre distintas perspectivas, obrigando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo, e que é necessário reconhecer que a qualidade em saúde não depende apenas de uma forma ou modelo, mas também do domínio das competências necessárias ao respectivo exercício profissional.

Brites et al (2014) em seu estudo identificaram a contribuição para a formação de profissionais da saúde para atuar no SUS da utilização do dispositivo metodológico e operacional de Apoio Matricial na Estratégia Saúde da Família, embora a experiência se sobressaia como importante no cotidiano, foi identificado a necessidade do aprofundamento teórico como ferramenta para qualificar o trabalho com o apoio ou como apoiador matricial, e salientam a responsabilidade da cogestão e pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, a garantia de espaços dialógicos para permanente de discussão, reconhecendo que essas atitudes produzem um novo modo de fazer e pensar saúde, operacionalizadas num universo de possibilidades muitas vezes não favoráveis.

Moura e Luzio (2014) em seu estudo refletem sobre as faces da função apoio presentes no NASF, discorrem sobre diretrizes e operacionalização, mas destacam a transformação e a produção coletiva de saúde para além do instituído, pois embora o NASF esteja centrado no Apoio Matricial para o exercício de suas funções de apoio, o Apoio Institucional no trabalho do NASF também pode acontecer.

O apoiador, seja matricial ou institucional, deve se comprometer com as soluções que ajuda a construir e criar condições para superação das limitações e ampliação das potencialidades que identifica nas equipes apoiadas (SARAIVA e ZEPEDA, 2012).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou distinguir três momentos, não estanques mas complementares, em relação à atuação dos fisioterapeutas no NASF sob a lógica do Apoio Matricial.

A dimensão clínico-assistencial direta aos usuários em caráter individual ou coletivo foi a atividade mais realizada, como esperado, tendo em vista o processo formativo e o histórico das ações em fisioterapia.

A dimensão técnico-pedagógica para e com as equipes de Saúde da Família, pelo seu ineditismo para os fisioterapeutas, precisam ser reforçadas o que demanda esforços de ambas as partes; contudo, percebe-se uma disposição entre os profissionais para compartilhar e problematizar as práticas em saúde.

Já a dimensão sócio sanitária necessita ter sua ênfase priorizada, a começar pelo processo de territorialização, levantamento das pessoas com deficiência, mapeamento dos equipamentos formais ou não governamentais para ordenar as redes de apoio social e de atenção à saúde e contribuir para as ações de educação em saúde e de promoção da saúde.

O panorama levantado demonstra a necessidade de muito diálogo e negociação para definir a melhor forma de estruturação possível de fluxos e processos de trabalho integrados entre o NASF e as equipes Saúde da Família na ESF. O apoio da gestão, a receptividade e o acolhimento das equipes vinculadas e a pro atividade dos profissionais do NASF para atuar na lógica do Apoio Matricial são essenciais para a consolidação do NASF e de seu modo de operar na APS (BRASIL, 2014).

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G.G.; BATISTA, L.H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na Estratégia de Saúde da Família: a contribuição da Fisioterapia. *Saúde em Debate*, 37 (96): 10-19, 2013.
- ALMEIDA, A.L.J.; GUIMARÃES, R.B. O lugar social do fisioterapeuta brasileiro. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (1): 82-8, 2009.
- ANJOS, K.F. et al. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 37 (99): 672-680, 2013.
- AVEIRO, M.C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (supl.1): 1467-1478, 2011.
- BAENA, C.P.; SOARES, M.C.F. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioterapia em Movimento*, 25 (2): 419-31, 2012.
- BARBOSA, E.G. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioterapia em Movimento*, 23 (2): 323-30, 2010.
- BISPO JÚNIOR, J.P. (organizador) *Fisioterapia & Saúde Coletiva: reflexões, fundamentos e desafios*. Hucitec Editora, São Paulo, 2013.
- BISPO JÚNIOR, J.P. *Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (supl.1): 1627-1636, 2010.
- BISPO JÚNIOR, J.P. *Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação*. *História, Ciências, Saúde*, 16 (3): 655-668, 2009.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF, 1988.
- _____. Lei 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990.
- _____. *As causas sociais das inequidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*. CNDSS, 2008a.
- _____. Portaria nº 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, 2008b.
- _____. *Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Cadernos de Atenção Básica nº 27*. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2009a.
- _____. *Política Nacional de saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*, 2009b.
- _____. Portaria nº 4.279. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2010a.
- _____. *Oficina de Qualificação do NASF*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica, Brasília-DF, 2010b.

____. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011.

____. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.

____. Portaria nº 3.124. Redefine parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 3, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2012b.

____. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar, 2012.

____. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Caderno de Atenção Básica nº39. Ministério da Saúde, Brasília, 2014.

BRASIL. Viver sem Limites: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Brasília, 2013.

BRASIL. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMAQ-NASF). Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

BRASIL. A Atenção Básica que queremos. CONASEMS, Brasília, 2011.

BUSS, P.M. e PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17(1):77-93, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; BONFIM, J.R.A.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M. e CARVALHO, Y.M. (org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Ed. Hucitec, 2012.

CAMPOS, G.W.S. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. e GUERRERO, A. V. P. Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. Hucitec Editora, São Paulo, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T. e FIGUEIREDO, M.D. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. Ed. HUCITEC, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2):399-407, 2007.

CARVALHO, A.I. e BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção (p.121-142). In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (org.) Políticas de Saúde no Brasil:

continuidades e mudanças. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

CASTRO, S.S.; CIPRIANO JÚNIOR, G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioterapia em Movimento*, 19 (4): 55-62, 2006.

CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. OMS, 2003.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO-80. Baixa atos complementares à Resolução Coffito-8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta [...]. *Diário Oficial da União* nº093 de 21/05/87.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde & Sociedade*, 20 (4):961-970, 2011.

DAVID, M.L.O. et al. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. *Saúde em Debate*, 37 (96): 120-129, 2013.

DELAI, K.D.; WISNIEWSKI, M.S.W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (supl.1): 1515-1523, 2011.

DIBAI FILHO, A.V.; AVEIRO, M.C. Atuação dos fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 25 (4): 397-404, 2012.

ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S.; LOIOLA, F.A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23 (2): 415-437, 2013.

FIOCRUZ et al. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. FIOCRUZ, 2012.

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*, 16 (2): 113-122, 2012.

FRANCO, T.B. e MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Ed. HUCITEC, 2013.

GALLO, D.L.L. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, 2005.

GAMA, K.C.S.D. Inserção do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: uma proposta ética e cidadã. *Revista Eletrônica da Fainor*, 3 (1): 12-29, 2010. GIOVANELLA, L. e MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde (p.493-545). In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

HARZHEIM, E. Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde: resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras. OPAS/OMS, 2011.

HARZHEIM, E. et al. Pesquisa Avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo

e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Epidemiologia*. Pós-graduação da Faculdade de Medicina UFRGS, 2013.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, 47 (50): 968-75, 2013.

LINHARES, J.H. et al. Análise das ações da fisioterapia no NASF através do SINAI no município de Sobral (CE). *Cadernos da Escola de Saúde Pública*, 4 (2): 32-41, 2010.

MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. Artmed Editora, Rio de Janeiro, 2004.

MENDES, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*. OPAS/OMS, 2011.

MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. OPAS/OMS, 2012.

MENDES, G.R. *Participação do fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro*. Pós Graduação da ENSP/FIOCRUZ, 2012.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. e SOUZA, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais*. Ed. FIOCRUZ, 2005.

MORAS, E.N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. OPAS/OMS, 2012.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, 34 (1): 92-96, 2010.

NEVES, L.M.T.; ACIOLE, G.G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 15 (37): 551-64, 2011.

NOVAIS, B.K.L.O.; BRITO, G.E.G. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na Atenção Primária. *Revista APS*, 14 (4): 424-434, 2011.

OLIVEIRA, G. et al. Conhecimento da equipe de Saúde da Família acerca da atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24 (4): 332-339, 2011.

OPAS/OMS. *A atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS – contribuições para o debate*. Navegador SUS, 2011a.

OPAS/OMS. *Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde: resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras*. Navegador SUS, 2011b.

OPAS. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Ripsa – 2ª ed. OPAS, 2008a.

OPAS/OMS. *Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca*. Relatório Mundial de Saúde, 2008b.

OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS, 2007.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

PAIM, J.S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet: Séries Saúde no Brasil, 2011.

PATROCÍNIO, S.S.S.M. Núcleo de Apoio à Saúde: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública da ENSP, Rio de Janeiro, 2012.

PORTES, L.H.; CALDAS, M.A.J.; OLIVEIRA, A.R.R. Abordagem do fisioterapeuta na Saúde da Criança: relato de experiência de proposta de trabalho em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. Revista APS, 16 (1): 90-94, 2013.

PORTES, L.H. et al. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. Revista APS, 14 (1):111-119, 2011.

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 das equipes. Um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Saúde pública da ENSP/FIOCRUZ, 2007.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (supl.1): 1403-1410, 2009.

RIBEIRO, G.S. Problemas de saúde da população brasileira e seus determinantes (p.97-119) IN: PAIM, J.S. e ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2014.

RIBEIRO, M.C.S.A. e BARATA, R.B. Condições de saúde da população brasileira (p.143-181) In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L.V.C.; Noronha, J.C. e Carvalho, A.I. (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

RODRIGUES, R.M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. Perspectivas online, 2 (8): 104-109, 2008.

RODRIGUEZ, M.R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Comunicação Ciências Saúde, 21 (3): 261-266, 2010.

SÁ, M.R.C.; GOMES, R. A promoção da Saúde da Criança: a participação da Fisioterapia. Ciência & Saúde Coletiva, 18 (4): 1079-1088, 2013.

SALMÓRIA, J.G.; CAMARGO, W.A. Uma aproximação dos signos – Fisioterapia e Saúde _ aso aspectos humanos e sociais. Saúde e Sociedade, 17 (1): 73-84, 2008.

SAMPAIO, J. et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 16 (3): 317-324, 2012.

SILVA, A.T.C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (11): 2076-2084, 2012.

SILVA, D.J.; DA ROS, M.A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de Saúde da Família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6): 1673-1681, 2007.

SOUZA, M.C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*, 37 (2): 176-184, 2013.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, 2002.

TASCA, R. Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS. OPAS/OMS, 2011.

TEIXEIRA, C. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. EDUFBA, 2010.

TRELHA, C.S. et al. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Revista Espaço para a Saúde*, 8 (2): 20-25, 2007.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec Editora, São Paulo, 2012.

VIANA, S.B.P. Competências dos fisioterapeutas para a Atenção Básica em Saúde da Família: avaliação dos professores e egressos da UNIVALI. Dissertação de Mestrado da Universidade do Vale do Itajaí, 2005.

APENDICES

APENDICE A - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS DO NASFQUESTIONÁRIO AUTOAPLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS DO NASF
A. PERFIL DO PROFISSIONAL*** Required****A.1- Perfil Demográfico ***

SEXO

- masculino
- feminino

IDADE (anos)

A.2- Perfil Acadêmico *

Tempo de Formação (anos)

Grau de Titulação

- especialização
- residência
- mestrado
- doutorado
- outro

A.3- Forma de Contratação *

Vínculo Empregatício

- estatutário
- celetista
- outro

Carga horária semanal

- 40 horas
- 30 horas
- 20 horas

Tipo de unidade de saúde na qual está cadastrado

- Tipo A (CF)
- Tipo B (CMS)

Número de equipes Saúde da Família às quais está vinculado

Categorias profissionais que compõem sua equipe NASF

- arteducador
- assistente social
- educador físico
- farmacêutico
- fonoaudiólogo
- nutricionista
- psicólogo
- sanitarista
- terapeuta ocupacional
- médico acupunturista
- médico geriatra
- médico ginecologista/obstetra
- médico homeopata
- médico internista
- médico pediatra
- médico psiquiatra
- médico do trabalho
- médico veterinário

Tempo de atuação no NASF

B. ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO EM EQUIPE *

B.1 O NASF tem garantido um turno semanal para reunião de sua equipe?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.2- Todos os profissionais do NASF discutem os casos, planejam as ações e a programação das atividades da equipe em conjunto?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.3- A gestão dos casos é realizada de forma compartilhada entre os profissionais do NASF?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.4- Os profissionais do NASF constroem suas agendas de atividades de forma dialogada, integrada e/ou complementar visando sua atuação junto a todas as equipes Saúde da Família vinculadas?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.5- As ações desenvolvidas pelo NASF são discutidas e acordadas com as equipes Saúde da Família vinculadas contemplando suas necessidades, dos usuários e do território adscrito?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.6- Os profissionais do NASF participam de forma colaborativa com as estratégias de educação permanente das equipes Saúde da Família vinculadas?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.7- Os profissionais do NASF realizam e/ou oferecem apoio às equipes Saúde da Família vinculadas para a realização de ações coletivas de educação em saúde e/ou promoção da saúde?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.8- O NASF participa do processo de territorialização contribuindo para a elaboração e atualização do diagnóstico situacional local?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.9- O NASF participa do planejamento em saúde da unidade em conjunto com os gestores locais e as equipes Saúde da Família para abordar riscos e agravos à saúde no território adscrito?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

B.10- O gestor local disponibiliza informações de saúde do território e da Rede da Atenção à Saúde local aos profissionais do NASF visando subsidiar as áreas estratégicas e a integração dos pontos de atenção da rede?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C. PROCESSO DE TRABALHO DO FISIOTERAPEUTA *

C.1- Você realiza interconsulta para discussão de casos com as equipes Saúde da Família vinculadas?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.2- Você realiza atendimento conjunto para elaboração do Projeto Terapêutico Singular de forma pactuada com as equipes Saúde da Família e os usuários e/ou familiares?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.3- Você realiza visita domiciliar conjunta com as equipes Saúde da Família vinculadas aos usuários acamados, restritos ao domicílio e/ou com dificuldade de locomoção?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.4- Você realiza atendimentos individuais aos usuários discutindo com as equipes Saúde da Família os casos acompanhados?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.5- Você oferece apoio às equipes Saúde da Família vinculadas para realização de ações de Projetos de Saúde no Território?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.6- Você realiza e/ou participa de trabalho com grupos considerando todas as fases do ciclo de vida incentivando o autocuidado e o suporte aos familiares e/ou cuidadores?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.7- Você desenvolve estratégias de acompanhamento dos casos que precisam de cuidado prolongado em relação à promoção das práticas corporais e de atividade física?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.8- Você auxilia as equipes Saúde da Família vinculadas na qualificação dos encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção da rede?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.9- Você desenvolve ações no âmbito do Programa Academia da Saúde?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

C.10- Você apoia e/ou utiliza as Práticas Integrativas e Complementares como forma de ampliação da abordagem clínica e de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D. ÁREA ESTRATÉGICA DA REABILITAÇÃO *

D.1- Você realiza o levantamento das pessoas com deficiência no território de forma conjunta com as equipes Saúde da Família vinculadas?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.2- Você realiza a avaliação funcional das pessoas com deficiência utilizando métodos de classificação de risco e vulnerabilidade para definição do serviço em que será realizado o processo de reabilitação (atenção básica ou serviços especializados)?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.3- Você realiza o acompanhamento longitudinal dos casos em reabilitação coordenando o cuidado nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.4- Você apoia e/ou desenvolve juntamente com as equipes Saúde da Família vinculadas estratégias de atenção à saúde das pessoas com deficiência assistindo, coletivamente ou individualmente, os usuários que necessitam de cuidados em reabilitação?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.5- Você realiza visita domiciliar às pessoas com deficiência para orientações, adaptações e acompanhamento em reabilitação?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.6- Você realiza orientações e informações às pessoas com deficiência e seus familiares e/ou cuidadores sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional diante das características específicas de cada indivíduo?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.7- Você realiza ações de prevenção de deficiências à grupos prioritários como: atraso do desenvolvimento, acidentes doméstico, de trânsito e quedas?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.8- Você realiza ações de promoção da inclusão social, laboral e de lazer valorizando o potencial das pessoas com deficiência, otimizando a Reabilitação Baseada na Comunidade?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.9- Você realiza ações de educação permanente em reabilitação e sensibilização com as equipes Saúde da Família para identificar e qualificar o cadastro das pessoas com deficiência?

- sempre
- na maioria das vezes
- poucas vezes
- nunca
- não sei

D.10- Você é mais frequentemente acionado pelas equipes Saúde da Família de que forma?

- pedido verbal solicitando para que o usuário te procure
- encaminhamento do usuário através da guia de referência
- marcação do usuário na sua agenda
- agendamento de interconsulta ou consulta conjunta
- discussão do caso na reunião de equipe

E. PERGUNTAS DE OPINIÃO *

E.1- Qual(is) dificuldade(s) o fisioterapeuta enfrenta no NASF?

A vertical text input field with a scroll bar on the right side. At the bottom left, there are small icons for undo and redo.

E.2- Qual(is) potencialidade(s) o fisioterapeuta apresenta no NASF?

A vertical text input field with a scroll bar on the right side. At the bottom left, there are small icons for undo and redo.

APENDICE B - CARTA CONVITE

Prezado colega Fisioterapeuta,

Venho por meio desta, solicitar sua participação no projeto de pesquisa intitulado “Desafios da Fisioterapia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município do Rio de Janeiro”, desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), com os objetivos de:

- traçar o perfil demográfico, acadêmico e profissional dos fisioterapeutas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro;
- descrever como os fisioterapeutas percebem a organização e o desenvolvimento de seu trabalho em equipe nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família pela lógica do Apoio Matricial;
- discutir sobre as ações de reabilitação realizadas pelos fisioterapeutas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de acordo com as diretrizes;
- identificar as limitações e as potencialidades da fisioterapia dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Portanto, a sua contribuição é muito importante para o êxito do estudo, sendo de extrema relevância a sua opinião para ampliarmos a discussão sobre a inserção da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde do município.

Desde já agradeço pelos minutos dispendidos por você ao responder o questionário e assim fazer parte dessa pesquisa.

ANEXOS

ANEXO A

I.TCLE



<p>PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901 Tel: (21) 3971-1463</p>	 <p>Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo – Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210</p>
<p>Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde Rua Afonso Cavalcante, 455 / sala 710 – Cidade Nova Telefone: 3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br</p>	<p>CEP/ ENSP - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863 e-mail: cep@ensp.fiocruz.br Site: http://www.ensp.fiocruz.br/etica</p>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Desafios da Fisioterapia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Erika Oliveira Marengo, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Denise Barros de Cavalcante.

O objetivo central do estudo é descrever as ações dos fisioterapeutas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, à luz do Apoio Matricial.

O convite a sua participação se deve à sua inserção no NASF, assim como o interesse em conhecer a sua experiência e as ações desenvolvidas por você, além da relevância da sua opinião em relação à sua prática no cotidiano do processo de trabalho no NASF.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário auto aplicado enviado via correio eletrônico, cujo o tempo de duração não ultrapassa trinta minutos.

Os questionários serão armazenados em arquivos digitais, para posterior tratamento dos dados e análise estatística, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa é o de aprofundar os conhecimentos da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde, fortalecer sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, potencializar suas ações no campo da Saúde Coletiva e qualificar suas práticas na área da Reabilitação.

Os riscos potenciais dessa pesquisa são a identificação do participante devido ao envio do questionário por correio eletrônico, mas serão minimizados pelo recebimento do questionário não identificado para um banco de dados virtual e assim manter o anonimato das respostas.

Os resultados serão divulgados na dissertação e publicados em artigo científico.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 201 ____.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Pesquisadora	Orientadora
ERIKA OLIVEIRA MARENCO	DENISE BARROS DE CAVALCANTE
Cel: (21) 995594013 Fisioterapeuta Núcleo de Apoio à Saúde da Família Área de Planejamento 2.1 Clínica da Família Rinaldo de Lamare Zona Sul - Rocinha Email. erikamarengo@gmail.com	Laboratório de Ensino e Pesquisa em Alimentação e Nutrição - LEPAN/CSEGSF/ENSP/Fiocruz Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - sala 103 - Prédio Joaquim Alberto Cardoso de Melo - Manguinhos Rio de Janeiro - RJ CEP: 21041-210 Tel.: (21) 2598 2916 Fax: (21) 2598 2934 Cel: (21) 9978 4668 E-mail: barrosdc@ensp.fiocruz.br
http://lattes.cnpq.br/1097999342016738	http://lattes.cnpq.br/1063219963973221