
Atuação do fisioterapeuta na saúde da família: desafios e conquistas

Practice physical therapist in the family health: challenges and achievements

Vivianne de Lima Biana¹, Geraldo Magella Teixeira², Camila Viana Leite da Silva³, Emanuella Pinheiro de Farias Bispo⁴, Maria Valdete da Silva⁵

¹Programa de Mestrado em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil; ²Programa de Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo-SP, Brasil; ³Programa de Mestrado em Terapia Intensiva, pelo Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva de Alagoas, Maceió-AL, Brasil; ⁴Faculdade Alagoana de Administração, Instituto de Ensino Superior de Alagoas, Maceió-AL, Brasil; ⁵Curso de Fisioterapia da Faculdade Alagoana de Administração – Instituto de Ensino Superior de Alagoas, Maceió-AL, Brasil.

Resumo

O artigo pretende discutir a atuação do fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, o que permitirá maiores reflexões acerca de sua integração aos serviços de assistência, bem como os principais desafios encontrados nesse contexto. O campo de atuação do fisioterapeuta é vasto, e em ascensão, no entanto, ainda é preciso avançar mais, a fim de se constituir em um efeito multiplicador, que por sua vez favorecerá para a integração de uma equipe multiprofissional voltada a assistência da atenção primária e saúde familiar. Dessa forma, entendendo a relevância do tema em tela, que se propõe incentivar novas pesquisas e debates, não se constituindo em matéria acabada, mas uma possibilidade de discutir sobre sua intervenção para a prevenção, promoção e educação da saúde familiar.

Descritores: Saúde da família; Fisioterapeuta

Abstract

The article aims to discuss about the role of the physiotherapist in Cores to Support Family Health – NASF, which will further reflections on their integration to support services, as well as the main challenges faced in this context. The role of the physiotherapist field is vast, and growing, however, still need to go further in order to constitute a multiplier effect, which in turn will facilitate the integration of a multidisciplinary team dedicated to assist primary care and family health. Thus, understanding the relevance of the subject on the screen, which aims to encourage further research and debate, do not constitute matter over, but a chance to discuss their intervention to prevention, health promotion and education of the family.

Descriptors: Family health; Physiotherapist

Introdução

No cenário da atualidade, muitas são as transformações que as políticas de saúde pública vêm enfrentando, a fim de promover ações prioritárias para uma melhor qualidade de vida social.

Muitas dessas reformulações partem desde um modelo de assistência curativa e a proposta de um modelo de assistência integral, calcado na atenção primária, como também para a saúde familiar, os quais devem seguir programas de atenção básica do Sistema Único de Saúde – SUS¹.

Criado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 o SUS – Sistema Único de Saúde tem como objetivo tornar obrigatório o atendimento público a todo cidadão na prestação de assistência a saúde, no qual os postos de saúde, hemocentros, hospitais e centros fazem parte desse sistema².

O SUS é um novo sistema de saúde que enfrenta velhas práticas de um velho sistema que ainda sobrevive, o que significa dizer que o conjunto de políticas de saúde, que deveria transformar em realidade esse novo sistema, ainda é frágil e inconsistente, e está por ser conquistado e apropriado plenamente por todos os segmentos sociais interessados em um sistema público universal, descentralizado, de atendimento integral e equânime³.

A Atenção Primária como um processo de acessibilidade universal a todos os cidadãos ao sistema nacional de saúde visa à promoção, prevenção e educação continuada da saúde, logo, ratifica-se como o primeiro nível de contato para os serviços de saúde pública quer seja a nível individual, familiar ou comunitário⁴.

No tocante, a saúde da família representa a um modelo assistencial que tem a incumbência de promover acompanhamentos a um quantitativo de famílias e atuar com ações voltadas a recuperação, manutenção da saúde, reabilitação de agravos e patologias e toda a assistência necessária para uma melhor atenção básica à saúde, formando assim a operacionalização do Programa de Saúde da Família – PSF⁵.

Nesse contexto, destacam-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF que realizam trabalhos de cunho coletivo e caráter preventivo, formado por profissionais de várias áreas de atuação da saúde, destinados a implementar estrategicamente o acesso social à Atenção Básica de Saúde e favorecer em forma de parceria às equipes de profissionais vinculadas à saúde da família, a ESF e por meio de Agentes Comunitários de Saúde, os ACS⁶.

O PSF e o NASF representam um esforço para reorganizar o modelo de assistência à saúde, a fim de pro-

mover um melhor suporte para a uma assistência de qualidade e atingir uma grande parcela da população que se encontra em alto risco, visto que, contribui para reduzir gastos públicos com a saúde, por meio de ações preventivas comunitárias através de uma equipe multiprofissional⁷.

Nesse limiar, uma adequação de profissionais da saúde se reveste de grande importância, o que admitiu o profissional de fisioterapia como objeto de análise e estudo do presente artigo. De forma incipiente, paulatinamente a fisioterapia vem conquistando novos espaços no âmbito da saúde coletiva, o que pressupõe a necessidade de maiores análises quanto ao seu trabalho, visto que, essa categoria de profissionais é rotulada por meio de ações curativas e reabilitadoras, o que vem justificar a escolha do tema em tela, a fim de ampliar e contribuir para novos estudos quanto à reorientação de suas habilidades técnicas.

Como objetivo, o artigo proposto pretende discutir acerca da inserção do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família, por meio da compilação de informações de cunho bibliográfico e de material online. Logo, se constitui em uma revisão de literatura, com características exploratórias e bibliográficas.

Em suma, face a grande extensão que a presente temática apresenta, não se pretende aqui ser fonte de verdade absoluta nem matéria acabada, mas uma proposta ainda que de forma sucinta em promover maiores incentivos para novas pesquisas e discussões sobre a realidade do fisioterapeuta concernente ao Programa de Saúde da Família e a sua extensão, formada pelo NASF.

Revisão de Literatura

Pretende-se analisar o papel do fisioterapeuta no que tange ao Programa de Saúde Familiar. Como instrumento de pesquisa utilizou-se a (revisão) bibliográfica, por se tratar de fontes secundárias, extraídas de livros, artigos, bem como material disponibilizado em internet através de dados online do Google acadêmico, Scielo, Bireme, Medline e Cochrane, no período de março a agosto de 2012.

A pesquisa bibliográfica representa uma forma de consulta de informações, calcadas em fontes já publicadas, em especial com relação aos artigos científicos e livros⁸.

A pesquisa se constitui como não experimental e exploratória, visando ter um estudo preliminar em que o maior objetivo é ter proximidade com o problema proposto, o qual o fenômeno é pouco examinado e também por ser uma pesquisa com base empírica, sem manipulação de variáveis⁹.

Com relação à pesquisa exploratória sua proposta é de familiarizar-se com um tema que não apresenta grande abrangência e é dependente do pesquisador. Além disso, seu desenvolvimento depende da pesquisa bibliográfica, haja vista que, nenhuma pesquisa não pode começar do zero e sim de alguma obra ou entrevista¹⁰.

Discussão

Promover ações voltadas à saúde da população no Brasil não consiste em ser uma das tarefas mais fáceis, no entanto, é preciso avançar e refletir acerca de novas modalidades para fomentar a assistência à saúde, a fim de promover um sistema público com qualidade e que atenda ao seu público, seguindo os seus princípios básicos de universalidade, integralidade e equidade¹¹.

Sendo assim, a saúde se constitui em um bem protegido constitucionalmente, logo, é de incumbência do Poder Público garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde visando à sua promoção, proteção e recuperação¹².

O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é uma garantia constitucional que exige do Poder Público a oferta de serviços de saúde à população, de forma integral.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde – SUS surge como um meio de propor diretrizes para a organização dos serviços da saúde, preconizado pela sua sanção, através da Lei 8.080 de 29 de setembro de 1990¹³.

Por meio da sanção do SUS, consolidou-se a nível nacional a necessidade de promover a saúde como direito fundamental de cidadania, cuja incumbência do Estado se concentra na garantia de efetivá-lo a todos os cidadãos. No bojo constitucional, a saúde representa o direito de todos e dever do Estado, logo, percebe-se que deve ser ofertada de forma igualitária aos usuários dos serviços.

A promoção da saúde no contexto brasileiro significa uma das bases do Sistema Único de Saúde, quando este se define como sendo aberto à participação da comunidade e sob o controle social, e encontra-se instituída em normas que definem as responsabilidades dos municípios e seus compromissos com a coletividade por meio de uma gestão participativa e transparente¹¹.

Desse modo, exige-se uma ação coordenada entre o setor saúde (governo) e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e ONGs, autoridades locais, indústrias e mídia. Assim, as parcerias são importantes para que se possa somar esforços e recursos, para se obter mais e melhores resultados⁴.

O cidadão deve atentar para que, dentre exigências legais, não se escondam outras ilegais, como: cobrança pelos serviços prestados; diferenciação de tratamento em razão de condição social, econômica e outras.

Cabe abordar ainda que, todas as ações e serviços de saúde compreendidas nas atribuições do SUS devem estar à disposição do cidadão que, por sua vez, tem o dever de observar as suas regras organizativas como: horário de funcionamento; regionalização dos serviços; calendário para a vacinação; respeito aos protocolos clínicos e farmacológicos, dentre outros¹³.

Além disso, é preciso compreender ainda que o controle da ocorrência de doenças, o aumento e propagação de doenças (Vigilância Epidemiológica), o nível de qualidade de medicamentos, higiene de instalações, dentre outros são responsabilidades de atenção do SUS.

Sob a perspectiva de Zione; Almeida segue alguns apontamentos do SUS:

Como objetivo visa prestar assistência à população baseando-se no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde para que assim sejam procurados os meios-processos, estrutura e métodos, capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torna-lo efetivo no Brasil¹⁴.

O SUS surge de princípios regulamentados por várias leis, dentre elas: as Leis Orgânicas de Saúde (8080/90 e 8142/90) e as Normas: Operacional Básica de Assistência (NOAS), o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica¹⁵.

Como finalidade, o Sistema Único de Saúde representa um importante instrumento para o alcance da promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, visando oferecer serviços com qualidade e segundo as reais necessidades da sociedade, independente do poder aquisitivo desta. Logo, a proposta do SUS se pauta na promoção da saúde, com iniciativas para as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

No tocante ao seu financiamento o SUS tem como recursos aqueles arrecadados por meio da contribuição e impostos de pagamentos efetuados pela população, bem como dos recursos federais, estaduais e municipais¹⁶.

Discorrendo-se acerca de suas dificuldades enfrentadas no setor público, nasceram no momento que o Sistema tomou forma na Carta Constitucional. Os problemas de financiamento pleno da saúde pública é uma das grandes dificuldades hoje. Quanto à rede privada, os desafios são focados na utilização desapropriada de material clínico, ocasionando grandes perdas e desperdícios sem o devido controle e supervisão de gastos¹⁷.

Frente essa perspectiva no contexto da saúde no Brasil e analisando a atual situação da assistência hospitalar no Brasil, observa-se a precariedade de recursos financeiros como também de recursos administrativos eficazes para tentar equilibrar as necessidades exorbitantes da saúde pública e privada.

O Sistema Único de Saúde notoriamente apresenta grandes dificuldades no país, principalmente com relação à qualidade da prestação de serviços que se encontra insuficiente para atender a grande demanda populacional. Atrelado a esse fator, além de indisponível quantitativo de infraestrutura, tem a problemática de insuficiente número de profissionais, além da assistência ambulatorial e hospitalar de forma integral voltada para uma maior assistência da atenção básica à saúde¹⁸.

As práticas de atenção básica em saúde surgem a fim de promover políticas públicas redistributivas para se combater a mortalidade e morbidades sociais¹⁹.

Como forma de fortalecer novas ações de promoção à saúde, em 30 de março de 2006, é aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNP, que segundo Campos:

É indissociável da reflexão sobre a criação e a luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema Único de Saúde, como também é indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não somente no setor da saúde, mas a todos que constroem Políticas Públicas²⁰.

A importância de se estabelecer a promoção básica de atenção à saúde é voltada principalmente pela crescente medicalização populacional e as condições de vida da população que enseja uma boa renda, saneamento básico e outras questões pertinentes²¹.

A proposta da saúde no país deve ter como base o controle tecnológico de doenças, além da promoção da cura e prevenção²².

É por meio da Atenção Básica que se propicia a reorientação de sistemas de saúde, a fim de ofertar um serviço que permite não somente a qualidade, mas a equidade e eficácia na prestação dos serviços²³.

Paulatinamente, observou-se que o conceito de atenção básica, não foi totalmente assimilado em especial por se tratar de um nível de assistência sem tanta base ou fundamento no sistema de saúde, o que favoreceu para a maior concepção ‘atenção primária’, uma vez que impede o surgimento de novos sistemas integrados de saúde⁴.

De igual relevância, tem-se a Atenção Primária, cujo papel se concentra como o primeiro nível de contato com pessoas, família e comunidade, objetivando a disseminação do desenvolvimento socioeconômico, como também à saúde mais próxima a todos de forma universal¹¹.

Assim sendo, a Atenção Primária à Saúde, por meio das ações em saúde desempenhadas pela Saúde da Família, representa uma ferramenta complexo e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, o que requer a utilização de evidências da saúde, da qualidade de vida, bem como de cultura, assistência social e outras áreas de conhecimento.

Logo, a Atenção Básica começa a ser conhecida como atenção primária, que consiste em: “se apresentar como um programa específico para as populações mais pobres, ou como um modo de organizar e funcionar a porta do sistema, restrita às ações de nível primário e com foco em populações pobres das periferias urbanas e zonas rurais”⁴.

Como uma de suas funções, a Atenção Básica propõe: “a coordenação e a integração da atenção fornecida em algum outro lugar do sistema, permitindo racionalização do uso de todos os recursos, tanto básica como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde”²⁴.

A Atenção Básica representa uma coordenação dos serviços de saúde, como uma proposta estratégica para a integração de diferentes formas e modalidades de promover a assistência, preconizada pelas diretrizes do SUS⁴.

Direcionados a toda população brasileira, os níveis de assistência da Atenção Básica tem base em: “serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializado, incluindo ou não amplo espectro de ações

de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda população²⁵.

No que tange a Política Nacional de Atenção Básica, é notória a composição por equipe multiprofissional, e agentes comunitários de saúde. Sendo assim, essa equipe conforme Portaria nº 648/GM tem a seguinte responsabilidade:

... equipe multiprofissional [é] responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; [além disto, o] número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família²⁶.

A importância de promover um trabalho composto por uma equipe multiprofissional consiste no melhor atendimento para a Atenção Básica, haja vista, ter vários profissionais que atuam em várias áreas, por meio de práticas coletivas de saúde²⁷.

Nesse sentido, a prática profissional propicia uma investigação superficial, logo, é relevante uma maior adequação das formas de trabalho, para melhores alcanços resolutivos e a redução de problemas nos serviços de saúde²⁸.

Entendendo essa realidade e problemática que compromete o serviço público, surge o Programa Saúde da Família, em meados de 1994, visando estabelecer um modelo integral de assistência à saúde voltada à atenção primária da saúde familiar²⁹.

Cumprir enfatizar que o PSF se desenvolveu quando do Programa de Agentes Comunitários da Saúde, na década de 90 visando reduzir índices de mortalidade do norte e nordeste do país. Desse modo, entendendo a importância de ampliar a assistência à saúde para o sujeito e sua comunidade, se deu a ascensão e valorização à família por meio de visitas domiciliares de cunho educativo, curativo, assistencial e preventivo.

Por sua vez, a Saúde da Família se configura em um modelo estratégico cuja proposta é reorientar o modelo assistencial, abrangendo a promoção da saúde, prevenção e recuperação além de reabilitação de agravos, para famílias por meio de suas equipes qualificadas³⁰.

A Saúde da Família visa a reestruturação da área da saúde, cujo eixo norteador se baseia na Atenção Básica e a operacionalização é calcada no Sistema Único de Saúde³¹.

A Saúde da Família é antes de tudo, um clamor social que almeja uma melhor saúde, com eficiência de resultados, o que influenciará para melhor indicadores municipais, graças a uma maior adesão de população beneficiadas³².

Outro elemento de grande relevância para o âmbito da assistência da saúde trata do Agente Comunitário de Saúde (ACS) o qual surgiu em meados de 1991, quando da criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde, através de experiências oriundas do Ceará e Pernambuco. No entanto, sua regulamentação se deu em 2006.

Como uma proposta de sistema hierarquizado e regionalizado, a Saúde da Família, entende a necessidade de ampliar o escopo de suas ações e em 24 de Janeiro de 2008, onde o Ministério da Saúde desenvolve o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, por meio da Portaria GM nº 154, a qual em 04 de março de 2008 contou com uma nova republicação³⁰.

Com o NASF, suas ações no escopo da saúde voltam-se para melhor apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, como também ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, visando a ascensão da resolutividade dela, como também fortalecer os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Nesse contexto, o NASF representa uma proposta de melhor dinamizar ações de assistência à saúde pelo conjunto de profissionais de várias áreas de conhecimento, que também contribuirão para promover discussões voltadas à gestão do cuidado³⁰.

E para se promover uma melhor proposta de organização dos serviços de saúde, o NASF, amplia e prioriza a Atenção Básica, a partir de seu desempenho quanto à assistência e qualificação de suas equipes⁷.

O NASF surgiu em 2008 como uma proposta de políticas do Ministério da Saúde para os programas do SUS. Em 2012, o número de NASF implantados no Brasil foi de 1.857.

O NASF como uma alternativa de reorganizar a assistência à saúde reconhece que: “há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para a formação de especialistas”³³.

Logo, observa-se a realidade inegável que assola o sistema político de saúde no Brasil. No entanto, é preciso reconhecer a proposta dos NASF como uma diretriz para o melhor acolhimento da saúde coletiva. O NASF como uma alternativa de reorganizar a assistência à saúde reconhece que: “há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para a formação de especialistas”¹¹.

Sendo assim, os NASF atuam de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família⁷.

Nesse limiar, percebe-se que a equipe do Nasf, ao entrar nas Unidades de Saúde da Família, tem como tarefa primeira o estabelecimento de um vínculo de confiança com os profissionais para integrar-se ao cotidiano das equipes e para o desenvolvimento do trabalho. Logo, para que haja uma favorável integração de uma equipe, faz-se necessário agregar e somar funções para se atingir um propósito comum.

Para Oliveira os NASF norteiam a necessidade de formação inicial, bem como permanente de seu quadro de profissionais, a fim de promover:

Habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, assim como para planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o autocuidado e emancipação³⁴.

Sendo assim, é importante que se estabeleça a aplicabilidade das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos voltados à graduação dos seus profissionais, visando um melhor trabalho preconizado pelos princípios do SUS, com eixos à Atenção Integral da Saúde³⁵.

Os NASF representam um processo que se encontra em ascensão, logo, requer maiores planejamentos e discussões quanto aos seus eixos temáticos³⁶.

Um dos grandes objetivos dos NASF, além das informações aqui elencadas, está voltado à promoção de maior qualidade quando a oferta de seus serviços. No entanto, um de seus grandes desafios consiste na mudança de cultura do SUS, que a longos períodos históricos vem visando à quantidade do que a qualidade, o que reflete uma maior reflexão acerca dessa situação³⁷.

Quanto às suas modalidades, os NASF se constituem em: NASF1 e NASF2. O primeiro é representado por 5 profissionais, sendo a quantidade mínima, todos com nível superior e o segundo o quantitativo mínimo deve ser de 3 profissionais também com exigência de nível superior com ocupação que não se coincidam³⁰.

Vale enfatizar que o NASF1 deve estar vinculado com 08 a 20 Equipes Saúde da Família: Psicólogo; Assistente Social; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Profissional da Educação Física; Nutricionista; Terapeuta Ocupacional; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Acupunturista; Médico Pediatra; e Médico Psiquiatra³⁰.

Com relação ao NASF2, o vínculo deve ser de 3 a 5 Equipes Saúde da Família e como profissionais se destacam profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes: Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional³⁰.

Nessa perspectiva, a escolha dos profissionais é de competência dos gestores municipais, por meio de levantamentos das prioridades a serem trabalhadas pelas necessidades locais, cujas áreas estratégicas são: atividade física / práticas corporais / práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da mulher e assistência farmacêutica³⁰.

No que tange ao papel dos profissionais de reabilitação do Nasf é importante enfatizar que se constitui de grande relevância, visto que, atuam na abordagem das deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais ou múltiplas que poderiam ser evitadas ou atenuadas com a adoção de medidas apropriadas e oportunas, como ações em saneamento, no trânsito, em segurança, em saúde, em educação.

As atribuições da equipe composta por profissionais que atuam nos NASF executam ações de cunho individual ou coletivo quer seja na unidade, como também em domicílio⁷.

Os NASF propõem um fortalecimento da lógica do Estado quanto ao pacote mínimo para ações seletivas e com foco específico por meio dos serviços de atenção básica⁶.

Outro aspecto que se destaca no NASF é sua proposta

de apoio educativo comunicativo, que favorece: “o cotidiano do trabalho em saúde em análise, possibilitando espaços coletivos para a reflexão e avaliação das ações das unidades”³⁸.

O PSF teve seu desenvolvimento preconizado por propostas que atingiam apenas o norte e nordeste do país. No entanto, em 1996, através da Norma Operacional Básica da Saúde segue o modelo assistencial conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF)³⁹.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) consiste em um meio de estruturar o sistema de saúde brasileiro, através de propostas para reordenar o modelo de atenção no SUS. Logo, como principal propósito da ESF a reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional é um de seus grandes pilares, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população.

A Estratégia de Saúde da Família visa contribuir para um maior compromisso do governo quanto ao acesso populacional nos níveis de assistência propostos em maiores níveis de complexidade do sistema, onde deve haver o devido acompanhamento de equipe multiprofissional a fim de atender indivíduos e famílias⁴⁰.

Cumpre enfatizar que a atuação das equipes ocorre no território, principalmente, nas unidades básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários. Assim, pressupõe-se que a ESF consiste na porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde tendo sob sua responsabilidade um território definido, com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação.

É importante ressaltar, que as atividades desempenhadas pelos NASF e ESF também são direcionadas para realizar trabalhos com jogos populares que abrangem: danças, esportes, brincadeiras e etc, voltadas para a integração da família, sujeito e comunidade⁶.

No que tange a equipe de profissionais, destaca-se o fisioterapeuta que paulatinamente vem lutando pelo seu espaço no desempenho nas ações voltadas à Atenção Básica à Saúde. No entanto, o seu grande desafio quanto ao NASF, está relacionado à sua inclusão no corpo multiprofissional que será de incumbência do gestor local pela sua inserção ou não no quadro da equipe profissional⁴¹.

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapeutas, o número de profissionais dessa categoria registra um total de 190.898 pessoas, sendo destas 176.176 fisioterapeutas e 14.722 terapeutas ocupacionais⁴².

É imperioso ainda enfatizar que o percentual de profissionais na equipe do NASF1 em 2012 foi de 87,4% para os profissionais de fisioterapia em geral e ludomotricista. Já o NASF2 no mesmo ano, apresentou porcentagem para o fisioterapeuta de 75,9%⁴³.

Dessa forma, a fim de melhor esclarecer acerca do quantitativo de profissionais da fisioterapia e sua desigualdade quanto aos estados do país, segue tabela e sua proporção para cada 1000 habitantes⁴⁴:

| REGIONAL | TOTAL | % | Por 1000 |
|---------------------|--------|------|----------|
| CREFITO 1 | 3.123 | 3,9 | 0,17 |
| Alagoas | 191 | | |
| Paraíba | 972 | | |
| Pernambuco | 1.275 | | |
| Rio Grande do Norte | 685 | | |
| CREFITO 2 | 20.065 | 25,3 | 1,07 |
| Rio de Janeiro | 18.599 | | |
| Espírito Santo | 1.466 | | |
| CREFITO 3 | 25.147 | 31,7 | 0,6 |
| São Paulo | 25.147 | | |
| CREFITO 4 | 7.497 | 9,4 | 0,39 |
| Minas Gerais | 7.497 | | |
| CREFITO 5 | 4.022 | 5,1 | 0,37 |
| Rio Grande do Sul | 4.022 | | |
| CREFITO 6 | 2.782 | 3,5 | 0,25 |
| Ceará | 2.606 | | |
| Piauí | 176 | | |
| CREFITO 7 | 2.821 | 3,6 | 0,18 |
| Bahia | 2.469 | | |
| Sergipe | 352 | | |
| CREFITO 8 | 5.607 | 7,1 | 0,11 |
| Paraná | 5.607 | | |
| CREFITO 9 | 2.211 | 2,8 | 0,3 |
| Mato Grosso | 877 | | |
| Mato Grosso do Sul | 1.111 | | |
| Acre | 65 | | |
| Rondônia | 158 | | |
| CREFITO 10 | 2.286 | 2,9 | 0,39 |
| Santa Catarina | 2.286 | | |
| CREFITO 11 | 2.577 | 3,2 | 0,32 |
| Goiás | 1.160 | | |
| Distrito Federal | 1.417 | | |
| CREFITO 12 | 1.217 | 1,5 | 0,07 |
| Amazonas | 123 | | |
| Amapá | 92 | | |
| Maranhão | 266 | | |
| Pará | 708 | | |
| Roraima | 28 | | |
| TOTAL | 79.382 | 100 | 0,43 |

Fonte: Brasil (2006a, p. 208)

Vale ressaltar que, a intervenção fisioterapêutica promove um melhor tratamento em função do estímulo motor, o que é favorável para a prevenção de doenças de cunho cardíaco, pulmonar, muscular, além de contribuir para a estabilidade emocional e consequentemente nas relações sociais⁴⁵.

No que tange ao tratamento fisioterapêutico voltado a aumentar a prática de mobilização, para os pacientes HIV/AIDS favorece no condicionamento físico e consequentemente na sua qualidade de vida. Além disso, promove a redução de sintomas, aumento de sua independência e consequentemente uma reabilitação positiva⁴⁶.

É importante que para uma melhor reabilitação de

pacientes com o vírus HIV/AIDS, haja o estabelecimento de tratamento fisioterapêutico, haja vista, aplicar métodos voltados para a melhoria da função motora, cognitiva e perceptiva⁴⁷.

Os exercícios propostos pelas terapias e reabilitação da fisioterapia, são focados no combate a deficiências específicas, bem como em ramificações de infecções e incapacidade locomotivas. Esses trabalhos visam estabelecer tratamentos diários a fim de propor maior mobilidade e controle de dores específicas dos pacientes soropositivos.

A proposta da fisioterapia também se baseia em propiciar aos pacientes o desenvolvimento de atividades que beneficiem suas atividades de vida diária (AVD) o que favorecerá para a redução de complicações advindas do próprio vírus e a promoção da qualidade de vida, por meio da redução de danos às funções motoras como também as neurológicas⁴⁶.

É importante ressaltar que os tratamentos fisioterapêuticos contribuem para reduzir a inibição neuromuscular, auxiliam na resistência e relaxamento muscular, além de atuar na normalização do tônus do paciente. Vale ressaltar ainda, que favorecem a saúde mental do paciente, promovendo um melhor condicionamento cardiorrespiratório.

Através da prática de exercícios fisioterapêuticos há melhoria considerável do sistema imunológico, somado a uma melhor resistência muscular, favorecendo ao estado psicológico, social e maior flexibilidade, o que influenciará também em um envelhecimento com maior qualidade de vida⁴⁸.

Logo, são observados como propostas da intervenção fisioterapêutica a prevenção de futuras complicações, uma maior mobilidade muscular, locomoção, redução de diabetes, hipertensão arterial, bem como a sobrecarga articular⁴⁸.

Com relação à fisioterapia, enquanto ciência que estuda e trata distúrbios funcionais do corpo humano quer seja por traumas, doenças e alterações genéticas, seu profissional ainda não apresenta maiores divulgações quanto as suas funções principalmente por ter um reconhecimento tradicional de cunho de reabilitação e curativo⁴⁹.

É relevante considerar que mesmo sem um maior reconhecimento de suas atribuições o fisioterapeuta se destaca pelos seus trabalhos quanto a Atenção Básica, como: redução de agravos ou danos, acolhimento, educação em saúde, visitas domiciliares, dentre outros, o que ratifica seu papel no NASF e contribuindo para quebrar o rótulo de uma profissão voltada especialmente à reabilitação⁴⁹.

Outro fator que está atrelado às dificuldades do fisioterapeuta no NASF, relaciona-se desde a formação inicial e criação da profissão até a centralização utópica de seu trabalho exclusivamente reabilitador⁵⁰.

No entanto, é preciso reverter esse quadro e refletir sobre sua capacidade funcional, voltada para tratamentos terapêuticos físicos, atuação em patologias, promoção da educação em saúde, prevenção em assistência individual e coletiva dentre outros⁵¹.

De forma geral, para melhor atender a demanda da área da saúde, o fisioterapeuta surge a fim de favorecer na conquista da integralidade da assistência. A proposta do fisioterapeuta é voltada para uma assistência à saúde, visando contribuir para as funções corporais e o desenvolvimento da motricidade, o que implica em uma melhor qualidade de vida⁵².

Logo, é importante que o fisioterapeuta esteja inserido no contexto dos outros profissionais de saúde, ainda que seu reconhecimento público esteja meramente atrelado às suas atribuições de cunho curativo e de reabilitação⁵³.

Conclusão

A proposta de ampliação de novos serviços voltados a uma melhor assistência à Atenção da Saúde da Família vem levantando a necessidade de maior organização, treinamento, planejamentos e maior atenção integral à comunidade, o que demanda uma equipe multiprofissional qualificada e adequada às várias necessidades sociais.

Logo, a promoção da saúde representa um fenômeno complexo que abrange uma multiplicidade de questões interligadas a serem analisadas, compreendidas e posteriormente transformadas em políticas públicas aplicáveis à realidade vivida pelas comunidades.

Perante essa perspectiva, observa-se que o fisioterapeuta tende a contribuir positivamente para o fortalecimento do NASF, como um profissional que favorece no processo voltado para a reabilitação funcional. No entanto, o grande desafio para seu avanço e reconhecimento nas práticas de saúde coletiva se concentra não nas suas técnicas e habilidades específicas, mas em Políticas Públicas que ensejam maior reconhecimento de suas atribuições. Logo, é relevante que haja a implantação de programas e políticas com maior integração dos profissionais, com práticas de assistência calcadas na qualidade, ética, bom senso e solidariedade.

Contudo, ainda é bastante escasso o número de fisioterapeuta no NASF, logo, é preciso reconhecer que suas habilidades profissionais se expandem também à saúde e proteção específica, prevenção a doenças, visitas domiciliares, dentre outras atribuições, que são de grande relevância para uma melhor qualidade de vida do paciente e da família.

Dessa forma, é importante fomentar discussões que norteiem a temática aqui proposta, a fim de ratificar a atuação do fisioterapeuta no NASF, o que exige das políticas públicas maiores direcionamentos concernentes quanto a sua atuação a nível nacional. Logo, urge nesse sentido, romper o estigma de reabilitação do fisioterapeuta e ressaltar as principais dificuldades enfrentadas quanto a assistência no NASF, como também enfatizar a sua importante contribuição para uma melhor estruturação dos serviços na área de saúde.

Referências

1. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária e estratégia saúde da família. *In: Campos GWS. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 783-836.*

2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: DF, 2010.

3. Datasus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 1 dez 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

4. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

5. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1997.

6. Correia MVC. A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na política de saúde brasileira. *Temporalis. Ano VII, n. 13. 2007.*

7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre a criação dos núcleos de apoio às equipes de saúde da família. *Diário Oficial da União. Brasília: DF; 2008.*

8. Biazin DT. Pesquisa Bibliográfica. 2010 (acesso 17 jul 2012). Disponível em: http://web.unifil.br/posgraduacao/nucleomaterial/Pesquisa_Bibliografica.pdf

9. Cozby PC. Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas, 2009.

10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

11. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.

12. Ayres IRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface. Comunic Saúde Educ. 2004;8(14).*

13. Birman JA. O mal estar na modernidade e a psicanálise: a psicanálise à prova social. *Physis: Rev Saúde Col. 2005; 15(Supl): 203-24.*

14. Zioni F, Almeida ES. Políticas públicas e sistemas de saúde: a reforma sanitária e o SUS. *In: Rocha AA, César CLG. Saúde Pública. São Paulo: Atheneu, 2008.*

15. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Políticas de saúde nos anos 30: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6(2).*

16. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: *In: Campos GWS, et al. Organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006. p. 53-92.*

17. Carvalho BG, Martin GB, Cordoní Júnior L. A organização do sistema de saúde no Brasil. *In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní Jr L. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL; 2001.*

18. Baduy R S, Oliveira MS. M. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de Saúde da Família: reflexos a partir da prática no pólo Paraná. *Rev Olho Mágico. 2001;8(2):17-20.*

19. Pasche DF. Abertura do Seminário Nacional de Humanização da Saúde. *In: Anais do II Seminário Nacional de Humanização da Saúde: 2009; Brasília: DF (acesso 14 jun 2010). Disponível em: <http://222.sispnh.com.br>*

20. Campos GW. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. *Ciênc & Saúde Col. 2004;9(3):745-9.*

21. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In: Czeresnia D, Freitas CM Organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38*

22. Lefevre F, Lefevre AMC, Madeira W. A hipertrofia das mediações internet e empoderamento no campo da saúde e da doença. *Saúde Soc. 2007;16(3):149-57.*

23. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS; OMS; 2006.
24. Starfield B Organizador. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
25. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):951-63.
26. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2006.
27. Merhy EE, Franco TB. Programa saúde da família: somos contra ou a favor? *Rev Saúde Debate*. 2002;26(60).
28. Tesser CD, Luz TM. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002.
29. Costa Neto MM. Caderno de Atenção básica: programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
30. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, 2012 (Acesso 01 ago. 2012). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>
31. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: informe técnico institucional. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):316-9.
32. Souza CM, Gianluppi MVP. Implantação do Programa de Saúde da Família no Estado de Roraima. *Rev Bras Enfermagem*, 2000;553 (n. esp.):71-5.
33. Campos GWS, Domotó AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.
34. Oliveira MAC. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
35. Almeida M. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
36. Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
37. Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis Rev Saúde Colet.*, 2005;15(1):13-38.
38. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16).
39. Freitas ML, Mandú EN. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):200-5.
40. Martini JG. Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(esp):71-5.
41. Ragasson C. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. *Rev Olho Mágico*. 2006;13(2):1-8.
42. Conselho Federal de Fisioterapia. Perguntas frequentes (acesso 25 de mai 2013). Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/tags/faq.asp>>
43. Haddad AE. A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004. Brasília: Inep; 2006.
44. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Atenção à Saúde. Núcleos de apoios à saúde da família. *Perspectivas*. 2013.
45. Stokes M. Neurologia para Fisioterapeutas. São Paulo: Premier; 2000.
46. Pinheiro MT. O acesso à assistência fisioterapêutica no Sistema Único de Saúde: uma reflexão acerca do princípio da universalidade [Monografia]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2003.
47. Umphred DA. Reabilitação neurológica. 4. ed. São Paulo: Manole; 2004.
48. Simões E, Gomes ALM. Respostas fisiológicas, hematológicas e bioquímicas do portador de HIV a um programa de atividade física orientada. *Fitness & Performance J*, 2006;5(2):139-45.
49. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da Fisioterapia / UFMG em uma unidade básica de saúde. *Fisioter Mov*. 2002;25(1):12-23.
50. Ribeiro CRO. O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma proposta a partir do pensamento de Tristram Engelhardt [tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
51. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002.
52. Baraúna MA. A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. *Fisioter Bras*. 2008;9(1):64-9.
53. Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole; 2002.

Endereço para correspondência:

Vivianne de Lima Biana
Rua Helio Pradines, 776 – apto. 604 – Ponte Verde
Maceió-AL, CEP 57035-180
Brasil

A-mail: vivibiana@gmail.com

Recebido em 3 de setembro 2013
Aceito em 13 de maio de 2014