

Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios

Physiotherapy and Support Center for Family Health: knowledge, tools and challenges

Márcio Costa De Souza*

Aline Santana Bomfim**

Jairose Nascimento Souza***

Túlio Batista Franco****

176

Resumo

Este artigo teve como objetivo entender os desafios da práxis do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apresenta uma abordagem qualitativa numa perspectiva histórico-social. Foram entrevistados 14 indivíduos por meio de entrevista semiestruturada. Os entrevistados foram divididos em três grupos: o grupo I foi composto por Gestores, grupo II por Profissionais de Saúde e grupo III por Usuários. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo. Assim, foram construídas três categorias, sendo denominadas de tratamento fisioterapêutico e o cuidador, conhecimento e NASF e acesso e trabalho em equipe. O fisioterapeuta, quando inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisa enfrentar os problemas que aportam ao serviço de saúde, deve promover educação permanente em saúde em seu processo de trabalho juntamente com os usuários e a equipe do programa saúde da família. Há porém, uma escassez de recursos no NASF, assim como a dificuldade de acesso e formação de vínculo entre profissionais e usuários, o que dificulta a produção de um cuidado integral com uma ação compartilhada com a equipe do NASF e da saúde da família. Dessa forma, deve-se fazer uma reflexão sobre a formação desse profissional para atender às necessidades da população.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Fisioterapia. Assistência Centrada no Paciente. Pessoal de Saúde.

Abstract

This article aims to understand the Challenges to the practice of physiotherapist in NASF. It presents a qualitative approach in a historical-social perspective. Were interviewed 14 individuals, using a semi-structured interview. Respondents were divided into three groups: group I was composed by managers, group II by Health Professionals and group III by users. Data analysis was performed based on content analysis. Thus, we constructed three categories, namely physical therapy and caregiver, knowledge and access and NASF and teamwork. Physiotherapist inserted into the Support Center for Family Health must face the problems that contribute to the health service, in their work process, must promote continuing health education along with users and staff of the family health strategy, but there is a shortage of resources in NASF, as there is a difficult access and formation bonds between professionals and users, which hinders the producing an integral care with a shared action with the team NASF and family health. Thus it should be a reflection on the formation of this professional to meet the needs of the population.

Keywords: Primary Health Care. Physiotherapy. Patient-Centered Care. Health Personnel.

* Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Professor Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, Brasil. E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

** Fisioterapeuta. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Saúde da população – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, Brasil.

*** Fisioterapeuta. Especialista em Saúde Pública. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Saúde da população – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA, Brasil.

**** Psicólogo. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Associado do Instituto de Saúde da comunidade da Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ, Brasil.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as rupturas epistemológicas dos saberes que envolvem o processo saúde e doença vêm ocorrendo de forma lenta e com diversas intensidades, em todos os níveis de complexidade, principalmente na atenção básica, por ser um campo em plena expansão e ao mesmo tempo em permanente construção. Dessa forma, mudanças constantes são disparadas no cotidiano das práticas nos mais diferentes espaços e principalmente nos núcleos de conhecimento existentes, dentre eles a Fisioterapia, que pela vivência no campo da reabilitação, em especial na média e alta complexidade, requer um (re)dimensionamento das suas práxis para atender a essa realidade^{1,2,3,4,5}.

Outro dispositivo importante que agencia transformações é a construção de políticas que proporcionam novos campos de práticas, pois essa condição exige uma (re)modelação das ações do profissional influenciando no processo do trabalho junto com os outros trabalhadores, assim como com os usuários, perpassando assim na micropolítica³.

Quando assim o faz, é necessário (re)dimensionar toda a formação ética e política de todos os profissionais, pois novos valores e novas formas de agir / práxis serão necessários para atender essa inovação que envolve o redirecionamento das tecnologias leves utilizadas nesse território, pois novos encontros (trabalhadores / trabalhadores-trabalhadores / usuários) ocorrerão, proporcionando afetos e afecções múltiplos^{3,6}. Assim como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da sua implantação, produziu mudanças importantes na práxis dos profissionais, levando consequentemente a sua extensão em todo o sistema de saúde, o Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) surge como uma ferramenta que possibilita ressignificações nas práticas dos profissionais que participam nessa política, de toda a equipe trabalhadora da atenção básica, da população assistida e na rede de atenção^{7,8}.

O profissional que atua no NASF tem como princípios básicos em sua atividade a integralidade, o conhecimento de território, a humanização, a educação popular e permanente em saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade

direcionados para ações de promoção de saúde que interfiram diretamente na qualidade de vida dos cidadãos. Dessa forma, essa proposta organizará o seu processo de trabalho no território do qual é responsável, em conjunto com a equipe da ESF, dando prioridade em ações com atendimento compartilhado, de forma interdisciplinar, principalmente com estudo e discussão de casos e situações (realização de projeto terapêutico singular, orientações); intervenções específicas do profissional aos usuários e/ou famílias. Porém, é importante ressaltar que, o atendimento individual ocorre em situações de extrema necessidade; e ações comuns nos territórios articulada com as equipes da ESF (projeto de saúde no território)⁷.

Sendo assim, essa proposta inovadora de ações múltiplas requer um novo olhar do profissional fisioterapeuta no campo ético-político e no que concerne ao seu processo de trabalho. Portanto, esse estudo teve por objetivo entender os desafios da práxis do fisioterapeuta no NASF.

MÉTODO

O presente estudo foi desenvolvido sob uma abordagem qualitativa, a qual implica aproximação indispensável entre objeto e sujeito⁹. Esta pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) com atividades apoiadas pela modalidade do NASF 01, em um município no interior da Bahia, composta por profissionais (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e profissional da educação física) todos atuando 40 horas, dando cobertura a dez equipes de Saúde da Família (em dez unidades de saúde diferentes) existentes no município, o que requer uma responsabilidade em torno de 30.000 pessoas (em uma população de 44.408 habitantes¹⁰), sendo a única equipe de NASF existente, referente, inclusive, às unidades de zona urbana.

A técnica de produção de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, sendo que o número de sujeitos participantes foi definido de forma intencional¹¹ para contemplar os diversos segmentos (gestores, profissionais e usuários), sendo compostos por 14 indivíduos, dos quais 4 são profissionais de saúde, 2 são gestores e 8

são usuários. Os indivíduos foram divididos em grupo I, formado por Gestores (Secretária Municipal de Saúde – Fisioterapeuta, e Coordenador NASF – Profissional de Educação Física), grupo II, por trabalhadores de Saúde (Coordenadora da Unidade de Saúde da Família – Enfermeira, cirurgiã-dentista da Unidade de Saúde da Família, Fisioterapeuta do NASF e Agentes Comunitários da Unidade de Saúde da Família), e grupo III, por Usuários cadastrados na Unidade de saúde da Família pesquisada, que tinham contato com o profissional fisioterapeuta do NASF.

Os dados foram produzidos com base na análise de conteúdo de Bardin, método muito utilizado na análise de dados qualitativos, e compreende um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento¹². Assim, após leitura completa do material transcrito, releitura e organização das gravações, os dados das entrevistas foram ordenados por meio de um mapeamento de todas as informações obtidas, constituindo três categorias denominadas tratamento fisioterapêutico e evolução; conhecimento e NASF; e acesso e trabalho em equipe.

A análise final consistiu em correlacionar os dados empíricos (entrevista semiestruturada) com o referencial teórico da pesquisa, proporcionando a percepção dos vários olhares formados pelos inúmeros sujeitos que compuseram o estudo.

Esta pesquisa respeitou as normas vigentes da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de saúde que regem sobre pesquisa envolvendo seres humanos¹³. A sua realização ocorreu após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob o número de protocolo 048/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O NASF, em seu processo de trabalho, tem por objetivo qualificar e dar suporte ao trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família, agindo de maneira participativa e colaborando para suplantando a atenção fragmentada que ainda vigora no modelo de saúde vigente, contribuindo para a estruturação de redes de

cuidados capazes de alcançar a integralidade da assistência aos usuários¹⁴.

Dessa forma, o desafio principal das profissões que atuam no NASF é o de desenvolver uma nova concepção de trabalho que utilize a atuação conjunta, integrada e intersetorial, com base nas redes entre os trabalhadores e incorporando a participação dos usuários, refletindo o conceito ampliado de saúde assumido pelo SUS. No entanto, a maior parte dos profissionais não tem o trabalho em equipe focado na graduação, devendo ser apreendido no cotidiano da produção e prestação de serviços de saúde e na imersão no trabalho coletivo¹⁵.

Entre as metas priorizadas pelo NASF no desenvolvimento de suas atividades está o atendimento compartilhado, que visa desenvolver intervenções interdisciplinares, compartilhando saberes, capacitações e responsabilidades; intervenções específicas do profissional do NASF, em situações extremamente necessárias, aos usuários ou famílias das unidades, assim como, ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de saúde da família⁷.

Para que o NASF consiga ampliar sua resolutividade e capacidade de compartilhar o cuidado ao usuário junto à equipe de saúde da família, devem ser construídos espaços coletivos de discussão internos e externos a fim de proporcionar o aprendizado coletivo. Para tanto, a lógica fragmentada que configura a saúde deve ser superada⁷.

Compreendendo as ações preconizadas pelo NASF no desenvolvimento do seu trabalho junto à Unidade de Saúde da Família, foi possível analisar durante a realização da pesquisa os desafios encontrados na prática do fisioterapeuta enquanto integrante do núcleo de apoio à atenção básica, baseando-se na percepção dos entrevistados a respeito do *tratamento fisioterapêutico e o cuidador, conhecimento e NASF e acesso e trabalho em equipe*.

Tratamento fisioterapêutico e o cuidador

Os Ent. 1 e 4 (grupo II) convergem no sentido de que é necessária a orientação e o acom-

panhamento contínuo pelo fisioterapeuta nas práticas desenvolvidas no ambiente domiciliar, ou seja, notou-se, a partir dos discursos, que a ausência do profissional durante os atendimentos dificulta a execução e a continuidade das atividades por parte dos trabalhadores do NASF e da unidade de saúde.

A primeira vez que ele fez comigo ele orientou o cuidador, primeiro ele orientou com palavras e fez a demonstração. Ele, né?! E eu senti que da parte do cuidador fica até um pouco com receio (...) Eu particularmente já questionei porque ele próprio não vai executar o serviço. O questionamento é que falta profissional. (Ent. 1; Grupo II)

Olha só eu tenho alguns pacientes que não gostam dessa maneira, né? De tá trabalhando com a fisioterapia, porque eles preferem que vá o profissional. Eles dizem que o profissional já conhece sabem fazer, eles não sabem fazer, que não tem tempo, que cuida da casa, né? (Ent. 4; Grupo II)

Se tivesse mais profissionais da fisioterapia, poderia ser melhor, acho que tem pouco profissional. (Ent. 3, Grupo II)

Pode-se perceber que há uma fragilidade importante no formato em que a prática fisioterapêutica vem sendo desenvolvida, pois, além da dependência do profissional, pode ocorrer por vários fatores, que podem estar relacionados à insegurança e às alterações referentes à nova realidade do usuário, família e/ou cuidador. Vale a pena ressaltar, ainda, que a dificuldade de uma ação integral também é relatada, principalmente quando é observada pela quantidade de profissionais da área.

Sabe-se que as intervenções na atenção primária têm o objetivo de tornar os usuários sujeitos de suas próprias transformações. No entanto, foi possível observar uma correlação entre as falas citadas anteriormente e a conclusão de um estudo realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde do município de Divinópolis (MG), no qual ficou expresso nos depoimentos dos entrevistados que existe uma relação de dependência dos usuários com os profissionais, além da res-

ponsabilização desses profissionais na conservação da saúde^{16,17}.

Em relação ao cuidador, observa-se que, em geral, aprende a cuidar no cotidiano, principalmente com a observação nos ambientes de saúde. No entanto, a desinformação e o medo de lidar com o outro pode ser uma barreira, o que pode justificar sua necessidade na solicitação do atendimento fisioterapêutico. Porém, sua ação é fundamental para a produção de integralidade e de continuidade do cuidado^{18,19}.

É importante ressaltar que, quando se delega à família a responsabilidade de cuidar, há uma necessidade de entender a estrutura familiar e quais serão seus afazeres, assim como o tempo necessário para cuidar, além das alterações ocorridas no cotidiano, principalmente no aspecto renda, estresse físico e emocional, o que demanda uma negociação com a família pensando no cuidado de forma integral^{20,21}.

Diante das necessidades de saúde, nesse caso relacionado ao tratamento fisioterapêutico, os entrevistados 5 e 6 (Grupo III), referentes aos usuários, descrevem como insuficiente a quantidade de atendimentos prestados por esse profissional:

Ele diz [fisioterapeuta] que o atendimento acontece uma vez por mês, por que tem muita gente pra atender, e ir até a casa das pessoas demora muito né, por isso que acontece desse jeito. (Ent. 5, Grupo III)

Eu queria mais vezes, mas tem limite né, a gente também ajuda né, para poder ajudar né, é muita gente. (Ent. 6, Grupo III)

Pode-se, então, perceber que os usuários, ao receberem o atendimento fisioterapêutico em seu domicílio, inicialmente discorrem sobre a quantidade deficitária dos atendimentos, sendo inclusive solicitada uma presença maior desse profissional. No entanto, complementando, o entrevistado 6 faz uma alusão à ajuda dos familiares com o cuidado específico desse campo científico.

O atendimento domiciliar é uma prática comum na fisioterapia, porém é pouco difundida a sua importância²². Percebe-se que as pessoas que

têm essa necessidade contribuem com o atendimento, sendo importante sua difusão como política pública, que pode ser inserida no NASF, ou em outras ações de responsabilidade do Estado, uma vez que o cuidado em qualquer instância é um direito fundamental do cidadão, que dependerá da sua necessidade real.

É importante que as visitas domiciliares realizadas pelo fisioterapeuta tenham uma abordagem familiar, isto é, que não se restrinja ao indivíduo acometido por alguma patologia, mas procure estabelecer a corresponsabilização de todos os membros da família, a fim de alcançar resolutividade e fortalecer a rede de cuidados²³.

É possível e necessário reconhecer na família uma capacidade de influenciar nos hábitos e decisões dos usuários. Para isso, é imprescindível que os profissionais de saúde estabeleçam vínculos no ambiente familiar para facilitar a aderência ao tratamento e a mudança comportamental do indivíduo e da coletividade²⁴.

Cabe ressaltar que uma visão ampliada da clínica é fundamental, além do corpo com órgãos, respeitando as subjetividades e singularidades dos sujeitos, na tentativa de produção de vida (paixões alegres) diante das multiplicidades existentes, envolvendo comunidade, trabalhadores, associações e todos os que, de uma forma ou de outra, possam contribuir, para, em rede, produzir o cuidado^{5,6}.

Portanto, um (re)pensar na formação é fundamental¹⁴, discutindo-se as modalidades e formas de cuidar que devem ser pautadas pela realidade social, em que os princípios essenciais para construção desse profissional sejam direcionados a uma práxis longe do hospital e clínicas e mais próxima do cotidiano das pessoas.

Conhecimento e NASF

Diante da fala do Ent. 4 (grupo II), observa-se que uma das condições restritivas no processo de implantação do NASF na Unidade de Saúde foi a dificuldade de entender a necessidade acerca da atuação dos profissionais do NASF no âmbito da atenção básica, o que ocasionou, de acordo com o Ent. 2 (grupo II) e Ent. 10 (grupo I), a necessidade de pro-

mover educação em saúde juntamente com os usuários e a equipe do programa saúde da família, de modo a conscientizá-los a respeito do papel do NASF na Unidade de Saúde da Família.

(...) eles [usuários] achavam que ia ter atendimento com o educador físico separado, psicólogo separado, né? Com o fisioterapeuta individual. Na realidade, assim, existe esse atendimento individual mas o que eles prezam mais é a coletividade. (Ent. 4; Grupo II)

(...) momento de implantação até a gente explicar o paciente e a família o que realmente o NASF era um núcleo de apoio, né? Porque não foi, não tem a cultura de ficar ali, específico, com aquele paciente. (Ent. 2; Grupo II)

(...) por ser um serviço novo, às vezes, as pessoas não entendem quais são os critérios pra se atender, inclusive os próprios profissionais. Porque às vezes eu preciso chamá-los aqui pra conversar com eles pra gente estabelecer protocolos clínicos e protocolos assistenciais, que são coisas diferentes (...). (Ent. 10; Grupo I)

Há uma tendência a perceber o NASF como um ambulatório, repetindo o que já existe com os outros profissionais da USF, refletindo dificuldade de compreensão do NASF como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que deve, portanto atuar junto às equipes, operando um trabalho em redes, que, na atual realidade do SUS, está em plena construção, demonstrando uma difícil operacionalização da integralidade. Essa situação fortalece o entendimento do usuário em resolver o seu problema com o aparecimento do fisioterapeuta na unidade, construindo uma prática comum de atendimento domiciliar desse profissional.

Concernente aos princípios e diretrizes que norteiam as ações em saúde desenvolvida pelos profissionais do NASF está a educação em saúde da população e a educação permanente em saúde, que fundamentam-se no aperfeiçoamento das práticas profissionais e da organização do trabalho²⁵.

Dentre as estratégias essenciais estabelecidas pelo trabalho do NASF, destaca-se a constituição de uma rede de cuidados. Para isso, é necessário criar espaços de discussões entre sua equipe e a equipe de saúde da unidade, visando o aprendizado coletivo. Nessa perspectiva, será fundamental um processo de constante construção de redes de atenção e cuidado, sob a corresponsabilidade dos profissionais do NASF, da comunidade e da equipe de saúde da família⁷.

Corroborando com as concepções descritas, a educação permanente em saúde compreende um mecanismo que tem sido estruturado para efetivar-se como processo coletivo capaz de garantir as mudanças necessárias na atenção à saúde. Conceitualmente, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política de atenção aos trabalhadores que visa à transformação dos processos de trabalho por meio da aprendizagem significativa. Nessa abordagem, privilegiam-se nas práticas de saúde os saberes existentes, a estrutura e organização do trabalho, incluindo as reflexões críticas acerca do trabalho, levando-se em conta as necessidades de saúde das pessoas e das populações^{26,27}.

Por ter uma característica reabilitadora desde a sua criação, a formação desse profissional ascende com um interesse limitado sobre Saúde Pública, refletindo diretamente na atenção básica, o que acarreta diretamente no NASF, além de essa ser uma política pública recente que não permite experimentações dos acadêmicos, contribuindo para essa situação^{28,29}.

Em sua regulamentação, o NASF, enquanto equipe de apoio matricial, aparece como política que contribuiria para a construção da rede de atenção, no que tange à integralidade. No entanto, o que é demonstrado nas falas é que a necessidade do usuário está diretamente ligada à presença do Fisioterapeuta para a práxis, pois essa é a realidade vivida e experimentada pelos cidadãos, o que não desqualifica o NASF como apoio para efetivação de uma rede de cuidados, porém é necessário enxergar que outros desejos e anseios podem estar impetrados nos usuários não respeitados na implementação de ações e serviços de saúde para a população^{7,29}.

Acesso e trabalho em equipe

Analisando a opinião dos participantes quanto aos desafios na práxis do fisioterapeuta no âmbito da atenção básica, encontra-se na fala dos entrevistados, Ent. 7 e 10 (grupo I), que a escassez de recursos no NASF, sejam eles de tecnologias ou de acesso facilitado, é um fator que posterga a dificuldade na execução das práticas com a clientela que busca o serviço.

A gente vem fazendo esse trabalho, mas a gente tem a consciência que poderia ser melhor, devido assim as questões do município, né?! Às vezes, a gente requer de aparelho, a gente requer, vamos dizer assim, de solicitação de outras pessoas e, às vezes, não é oferecido. (Ent. 7; Grupo I)

A gente trabalha com recurso pouco, a saúde ela é subfinanciada, então assim, a gente tem que otimizar a maioria dos recursos que a gente recebe. (Ent. 10; Grupo I)

Diante das falas acima, observa-se um olhar limitado sobre a ação do fisioterapeuta (aparelhos / equipamentos), pois é relatada a associação da prática com tecnologia dura e, ao mesmo tempo, nota-se uma visão racionalizadora instrumental da atenção à saúde, como deve ser feita na atenção primária e em outros níveis de acordo com o que é financiado, sem uma discussão prévia da real necessidade da população.

Na busca por reconstrução das práticas de saúde, a finalidade do processo de trabalho é alcançar a produção do cuidado. Para isso, torna-se implícita a necessidade de incorporar instrumentos no cotidiano dos serviços de saúde e, nessa perspectiva, surgem as tecnologias duras, que, segundo Franco, não consiste apenas na utilização de equipamentos, mas também a própria ação direta do profissional que, nesse caso, pode ser as mãos do fisioterapeuta^{5,30}.

As tecnologias, por sua vez, são classificadas em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras compreendem os equipamentos, as máquinas, a ação do profissional; as tecnologias leve-duras são os protocolos, as normas, o conhecimento específico produzido em áreas do saber que direcionam o trabalho a

partir do conhecimento agrupado. Já as tecnologias leves são as pautadas pelo acolhimento, escuta qualificada, diálogo, vínculo e responsabilização³¹.

Em estudo realizado em Governador Valadares (MG), cujo objetivo foi levantar, por meio de observações gerenciais, aspectos facilitadores e dificultadores da atuação da Fisioterapia no NASF, destacou-se entre os pontos críticos que limitam a atuação do fisioterapeuta, a formação clínica, que restringe o desenvolvimento e a flexibilidade dos profissionais, tornando-os mais dependentes de tecnologia para o desenvolvimento do trabalho³².

Em geral, as necessidades referidas por uma parcela significativa da população não são satisfeitas com base apenas na utilização de tecnologias por áreas específicas de atuação, mas por um conjunto de ações desenvolvidas de forma inter e transdisciplinar, mobilizando esforços criativos e recursos materiais e subjetivos, que são conquistados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, articulados pelo usuário e a rede social na qual está inserido⁷.

Diante das opiniões expressas nas falas dos entrevistados, Ent. 8 e Ent. 11 (grupo III), pode-se inferir que a dificuldade para recorrer à unidade na tentativa de resolver o seu problema de saúde ou acompanhar as atividades desenvolvidas pelo NASF, possa estar ligada a um problema de qualidade no acesso, haja vista que, muitos se encontram afastados do seu referencial geográfico, impossibilitando o seu vínculo ao serviço.

Eu já fui em umas duas atividades, mas tem uns momentos que não dá pra eu ir. Por causa que ele fica muito parado e ele cai, num fica, num tem quem levanta. Aí, eu tenho de ficar ao lado. (Ent. 8; Grupo III)

Porque ela teve um derrame, aí não pode assim andar, entendeu? Assim muito. Daqui pra Unidade é muito longe pra ela ir andando, com ela não, né?!Ele sempre vem aqui fazer. (...) eu não tô tendo tempo eu só dependendo mais dele vir porque eu sozinha aqui pra cuidar dela cuidar da casa, fazer tudo, aí não tem como. (Ent. 11; Grupo III)

Diante das falas acima apresentadas, os entrevistados discorrem sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente pelas limitações funcionais apresentadas pelos usuários que foram atendidos pelo fisioterapeuta do NASF no município pesquisado, destacando essa ação na resolutividade nessa condição.

Assis, Nascimento, Franco e Jorge³³ relatam que há dimensões subjetivas do cuidado que possibilitam a integralidade e resolutividade nas ações de saúde, no qual destaca o acesso como uma das condições necessárias para garantir a eficácia e efetividade na produção do cuidado. Portanto, políticas públicas que eliminem essa barreira contribuem para a saúde da população³³.

Vale ressaltar que a produção do cuidado deve existir a partir de um conjunto de ações e serviços que trabalhem em rede, na qual a equipe multiprofissional e interdisciplinar são fundamentais para que seja contemplado esse anseio, e, conseqüentemente, vislumbram-se a construção de projetos terapêuticos com a participação de todos os trabalhadores, usuários e seus familiares^{4,5}.

Dessa forma, um grande desafio do fisioterapeuta é trabalhar em rede com uma equipe, observando assim o campo da micropolítica, o molecular, principalmente pela formação individual e reabilitadora que ao mesmo lhe é atribuída, o que dificulta a construção de uma rede de cuidados que atendam as necessidades do cidadão¹.

CONCLUSÃO

Constata-se, entretanto, que as soluções apresentadas para superar as limitações no âmbito da atenção à saúde não tem se mostrado completamente eficazes, visto que, muitas lacunas precisam ser revistas para que se efetive o modelo de atenção segundo os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Nessa perspectiva, o fisioterapeuta, quando inserido no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, precisa enfrentar os problemas que aportam ao serviço de saúde, tendo como eixos direcionadores o exercício de sua autonomia profissional, o desenvolvimento de intervenções criativas, o

vínculo com a coletividade, levando em consideração os direitos do usuário, as opções tecnológicas disponíveis e as necessidades da comunidade de pertencimento.

Assim, fica claro no estudo que há a necessidade de maior presença do fisioterapeuta na construção dos projetos terapêuticos desenvolvi-

dos, principalmente no âmbito do NASF, necessitando discutir as políticas públicas existentes, ampliando o conhecimento entre os profissionais e usuários sobre a sua práxis, o que permitiria uma discussão na sua formação e das ferramentas utilizadas para que seja contemplado um cuidado integral e resolutivo.

REFERÊNCIAS

1. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs. São Paulo: Editora 34; 2000. v. 1.
2. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Soc.* 2001;10(1):33-53.
3. Bispo Jr JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(1):1627-36.
4. Souza MC, Araújo TM, Reis Jr WM, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Mundo Saúde.* 2012;36(3):452-60.
5. Franco TB, Ramos VC. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde.* São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Deleuze G. *Espinoza: filosofia prática.* São Paulo: Escuta; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 157 p. [Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27]
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Oficina de qualificação do NASF. Ministério da Saúde; 2010. 86 p. [Série C. Projetos Programas e Relatórios].
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec / Abrasco; 2004.
10. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 6a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidade@. [acesso 21 Abr 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>
12. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(5):611-4.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 196/96, de 14 de janeiro de 1987. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Ministério da Saúde; 1998.
14. Nascimento DDG, Oliveira MC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde.* 2010;34(1):92-6.
15. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Terapia Ocup USP.* 2008;19(2):1.
16. Fraccolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(2):143-51.
17. Augusto VG, Aquino CF, Machado NC, Cardoso VA, Ribeiro S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(1):957-63.
18. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no domicílio: o fazer do cuidado domiciliar. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(2):154-63.
19. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica.* 2008;24(3):180-8.
20. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC-IMS / UERJ-ABRASCO; 2006.
21. Euzébio CJV, Rabinovich EP. Compreendendo o cuidador familiar do paciente com sequela de Acidente Vascular Encefálico. *Temas Psicol.* 2006 Jun;14(1):63-79.
22. Valença TDC, Silva LWS. Fisioterapia no cuidado ao sistema familiar: uma abordagem à pessoa idosa fragilizada. *Rev Temática Kairós Gerontol.* 2011;14(3):89-104.
23. Vêras MMS, Pinto VPT, Oliveira EM, Quinderé PHD. O fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. *Sanare;* 2004. Disponível em: <http://bioetica.bibliotecavirtualensalud.org/>
24. Menezes AGMP, Gobbi D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. *Mundo Saúde.* 2010;34(1):97-102.

25. Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Módulo Político Gestor; 2010. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf
26. Santos ER, Lanza LMB, Carvalho BG. Educação Permanente em Saúde: a experiência do serviço social com Equipes Saúde da Família. *Textos Contextos*. 2011;10(1):16-25.
27. Silva MF, Conceição FA, Leite MMJ. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. *Mundo Saúde*. 2008;32(1):47-55.
28. Rodrigues JE, Gomes CAFP, Dibai Filho AV, Nascimento MV, Souza JCC, Pontes-Barros JF. Conhecimento e interesse em saúde pública: opiniões dos alunos de graduação em fisioterapia. *Rev Bras Prom Saúde*. 2012;25(1):59-64.
29. Souza MC, Araújo TM, Reis Jr WM, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):452-60.
30. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2007;23(11):515-29.
31. Merhy EE. Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
32. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares-MG. *Fisioter Mov*. 2010;23(2):323-30.
33. Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA; 2010.