



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde do município de Crateús - CE

The physiotherapist's performance on primary health care in Crateús, Ceará

Hellen Karine da Silva Camêlo¹, Gisele Maria Melo Soares Arruda², Thiago Brasileiro de Vasconcelos³, Maria Iracema Capistrano Bezerra⁴

RESUMO

A fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma desafiadora realidade que se opõe ao tradicional perfil reabilitador do fisioterapeuta. Este estudo teve como objetivo analisar a atuação dos fisioterapeutas na APS do município de Crateús-Ceará. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em abril de 2016 por meio de entrevistas semiestruturadas e analisadas conforme a técnica de análise de conteúdo. As principais atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas são visitas domiciliares e atividades coletivas. Os desafios enfrentados foram poucos fisioterapeutas incluídos na APS, falta de transporte, infraestrutura precária, necessidade de Educação Permanente e resistência ao modelo de trabalho do fisioterapeuta na APS. A atuação dos fisioterapeutas no município apresenta-se mais voltada para promoção e prevenção, entretanto existe um déficit na organização da atenção especializada em Fisioterapia, que acaba sobrecarregando a APS e demandando muitas ações de recuperação da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Physiotherapy in the Primary Health Care (PHC) is a challenging reality intervention that is opposed to the traditional and rehabilitator physiotherapist profile. This study aimed to analyze the work of physiotherapists in the PHC in Crateús, Ceará.

¹ Fisioterapeuta, especialista em caráter de Residência em Saúde da Família, Escola de Saúde Pública do Ceará.

² Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Pública. Centro Universitário Unichristus. *E-mail:* giselemelosoares@gmail.com

³ Fisioterapeuta, Doutor em Farmacologia. Centro Universitário Maurício de Nassau.

⁴ Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

This is a qualitative survey conducted in April 2016, through framed interviews and analyzed according to the content analysis technique. The main activities developed by physiotherapists are home visits and group activities. The challenges faced were few physiotherapists included in the PHC, lack of transportation, poor infrastructure, the need of Continuing Education and resistance to physiotherapist working model in PHC. The performance of physiotherapists in this municipality appears more focused on promotion and prevention, but there is a lack in the care organization specialized in physiotherapy in the city, which has just overloading the PHC and demanding many health recovery actions.

KEY-WORDS: Physical Therapy Specialty. Family Health. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O movimento brasileiro de Reforma Sanitária propôs mudanças no âmbito da assistência à saúde, dentre elas a implementação de um Sistema Único de Saúde (SUS), público, de qualidade, para todos e controlado pela sociedade. Por meio da Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como direito social a ser contemplado por políticas públicas que visem ao acesso às ações e serviços de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde¹.

As ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com os princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da integralidade da assistência e da equidade. Visando à reorientação do modelo assistencial e à superação dos desafios relacionados ao acesso e à qualidade da atenção à saúde ofertada no país, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF se constitui porta de entrada preferencial ao SUS e atua como coordenadora do cuidado na rede de saúde brasileira^{2,3}.

As ações de saúde que integram a proposta de atuação da ESF foram, inicialmente, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional mínima composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Posteriormente, foram incorporados a essa equipe o cirurgião-dentista e o auxiliar ou técnico em saúde bucal. Também com o intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar o escopo das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), o MS criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)^{2,3}.

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias, dentre elas o fisioterapeuta. Ao integrar esses núcleos, esse profissional precisa redefinir sua atuação, outrora direcionada apenas à clínica individual e reabilitadora. Vale ressaltar que as diretrizes do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), antes mesmo da criação desses núcleos, já definiam que a atenção fisioterapêutica deveria abranger o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, proteção e diagnóstico precoce, e não somente a reabilitação⁴.

Atualmente, a inserção da Fisioterapia na APS tem grande relevância no que tange à quantidade de profissionais na área e diante dos impactos de sua atuação. Esse fato vem otimizando, entre outros, a abordagem fisioterapêutica na prevenção de doenças e promoção da saúde. Contudo, ainda são percebidas lacunas em relação à efetiva e resolutiva organização dos processos de trabalho do fisioterapeuta nos NASF, ao passo que a produção científica nesse campo pouco aborda a perspectiva de organização prática da agenda de trabalho⁵.

A partir dessa realidade, questiona-se: como se dá a atuação do fisioterapeuta na APS do município de Crateús-Ceará?

A aproximação com o objeto de estudo surgiu de experiências prévias de uma das autoras que, sendo fisioterapeuta, já integrou equipes NASF em municípios de pequeno porte no Ceará e constantemente se questionava sobre suas próprias práticas na APS. O ingresso na Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE) e a participação em um processo de Educação Permanente em Saúde da Família promoveram, adicionalmente, muitas reflexões sobre o assunto e o interesse em estudá-lo com mais profundidade.

Acredita-se que a análise de um contexto específico pode proporcionar reflexões importantes para os fisioterapeutas, gestores e estudantes envolvidos na ESF, uma vez que sua inserção nesses serviços ainda é um processo em construção. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo analisar a atuação dos fisioterapeutas na APS do município de Crateús-Ceará.

MATERIAIS E MÉTODOS

Considerando como objeto de estudo os processos de trabalho dos fisioterapeutas em Crateús-Ceará, elegeu-se a pesquisa qualitativa enquanto opção mais adequada para apreender o objeto aqui adotado, visto que esse tipo de metodologia permite compreender significados, valores e opiniões dos atores sobre situações vividas. Os dados coletados foram predominantemente descritivos, abordando os sujeitos da pesquisa, situações e acontecimentos⁶.

A coleta das informações ocorreu no município de Crateús-Ceará, durante o mês de abril de 2016, por meio de entrevistas individuais junto aos fisioterapeutas que atuam na APS. Foram incluídos os seis profissionais fisioterapeutas, que era o total de fisioterapeutas do município inseridos no NASF no período de coleta de informações. As entrevistas seguiram roteiro semiestruturado, formulado pelas pesquisadoras de acordo com a necessidade de se alcançarem os pressupostos da pesquisa. A entrevista foi composta por perguntas abertas e fechadas, incluindo dados do entrevistado, ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas, acesso dos usuários à Fisioterapia e principais desafios e avanços enfrentados no cotidiano de trabalho. O roteiro de entrevista semiestruturada foi aplicado aos fisioterapeutas

em um local tranquilo e privado, não havendo limite de tempo para as respostas. O mesmo pesquisador realizou todas as entrevistas.

A entrevista semiestruturada possibilita ao entrevistado discorrer sobre o assunto em questão sem se prender à indagação formulada ao mesmo tempo em que permite ao entrevistador flexibilidade para alterar a ordem das perguntas ou fazer intervenções, de acordo com o andamento da entrevista⁶. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo apagadas após as transcrições.

Os participantes da pesquisa foram identificados através de códigos (F01, F02, F03, F04, F05 e F06), sendo garantido, dessa forma, o anonimato.

Os dados coletados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo na modalidade temática⁶. Para tanto, foram definidas três categorias de análise: *ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas; acesso dos usuários à Fisioterapia; e desafios enfrentados no cotidiano de trabalho.*

O estudo seguiu todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução nº 466/12⁷, foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa indicado por esta plataforma sob parecer nº 1.434.385.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

A pesquisa envolveu os seis fisioterapeutas atuantes na APS do município de Crateús-Ceará, ou seja, o total de fisioterapeutas atuantes no NASF na cidade. Dentre os participantes, a maioria foram mulheres (66,6%) e estavam com idades entre 27 e 46 anos (média de idade de 36,1 anos), semelhante a um estudo realizado em Londrina-PR que teve por objetivo conhecer as principais características do atendimento fisioterapêutico e as dificuldades com relação à atividade profissional, o qual contou com a participação de quatro fisioterapeutas, todas do sexo feminino, com média de idade de 34 anos⁸.

Com relação à graduação, 83,4% dos profissionais pesquisados concluíram a graduação há mais de nove anos. Observou-se que 66,6% dos entrevistados tiveram noções sobre APS e sobre a inserção e atuação da Fisioterapia na APS ao longo da graduação, em contrapartida nenhum deles teve noções sobre NASF. Nesse contexto, faz-se uma reflexão acerca do tempo de formação dos profissionais e o tempo de implantação do NASF, tornando evidente o desconhecimento sobre NASF na formação acadêmica da maioria dos fisioterapeutas hoje inseridos nos serviços. Quanto à experiência prática, 83,4% dos sujeitos possuíam experiência de trabalho no NASF igual ou superior a cinco anos, ou seja, estavam atuando no NASF desde a sua implantação no município.

Delai e Wisniewski⁹, objetivando mapear a inserção do fisioterapeuta no PSF dos municípios que compõem uma Coordenadoria Regional de Saúde no Rio Grande do Sul, encontraram que a maioria dos fisioterapeutas entrevistados, 79,17%, haviam tido noções sobre APS em sua formação, entretanto apenas 33,33% haviam recebido noções sobre o PSF. Os achados desses autores coadunam com o que se observou na presente pesquisa.

Paralelo a isso, Silva e Da Ros¹⁰ afirmam que, historicamente, a atuação do fisioterapeuta tem foco na assistência terciária, refletindo no perfil acadêmico da graduação que, muitas vezes, está voltado apenas à prática clínica e assistencialista, apresentando déficits na formação em Saúde Coletiva. Dessa forma, reforça-se a necessidade de Educação Permanente em Saúde (EPS) com tais profissionais sobre APS, ESF e NASF, seus princípios e diretrizes para o aprimoramento de suas práticas, suprimindo essa lacuna, muitas vezes deixada pela graduação tradicional^{11,12}.

Atrelado a esse fator, constatou-se que todos os entrevistados possuem pós-graduação, porém apenas 16,6% fizeram-na em Saúde Pública. Nesse sentido, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família surge como avanço e oportunidade de qualificação dos processos de trabalho dos profissionais na Saúde Pública, bem como de aprendizado e contato com profissionais de diferentes áreas de conhecimento¹³.

Ações desenvolvidas pelos fisioterapeutas

Todos os entrevistados afirmam que realizam visitas domiciliares aos indivíduos que se encontram temporária ou permanentemente impossibilitados de se deslocarem até uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para o atendimento fisioterapêutico.

“A prioridade é a visita domiciliar daqueles pacientes que não podem ir até a Unidade de Saúde e nos casos extremos, que mais necessitam, a gente faz o atendimento, em outros casos a gente só orienta a família ou o cuidador” (F06).

Para Barbosa et al.¹⁴, os atendimentos domiciliares a pacientes restritos ao leito ou ao domicílio possibilitam à população melhor acesso aos serviços de saúde e resolubilidade de suas demandas de saúde. A intervenção fisioterapêutica no domicílio permite que o profissional conheça a realidade social, econômica e familiar do usuário e deve envolver uma visão ampliada de atenção à saúde, com execução de atividades assistenciais; orientações de saúde em geral necessárias ao autocuidado; e integração do cuidador nas ações, com educação e treinamento dos mesmos quanto aos cuidados domiciliares e esclarecimento da importância do tratamento e de sua continuidade diária^{15,16}. F02 e F04 expressam essa versatilidade na visita domiciliar em suas falas:

“Eu vou na casa do paciente e a gente aborda sobre a questão de rampas, verifico se existem batentes, pra evitar os batentes, colocar barras nos

banheiros, proteções nas camas pra que eles não rolem e evitar, assim, as quedas, entre outras situações que podem complicar ainda mais a situação daquele paciente” (F02).

“A gente orienta não só o cuidado com o paciente acamado ou paciente com dependência nas atividades diárias, nós orientamos também os próprios cuidadores, as famílias, evitando, assim, tanto agravos à saúde de quem é cuidado como de quem cuida” (F04).

Além da visita fisioterapêutica, vale salientar a realização de visitas compartilhadas, ou seja, aquelas realizadas em conjunto com pelo menos um profissional de outra categoria. Portanto, a assistência ao indivíduo no domicílio pode ocorrer de forma compartilhada entre a Equipe de Saúde da Família (EqSF) e o NASF, servindo como recurso diagnóstico e terapêutico e estratégia de educação permanente, com discussão de casos e construção de projetos terapêuticos singulares, quando necessário^{5,17}. Todavia, na presente pesquisa apenas dois fisioterapeutas afirmaram realizar visitas compartilhadas.

O Caderno de Atenção Básica nº 39¹⁷, que traz diretrizes para atuação do NASF, também preconiza o atendimento individual na UBS como estratégia clínica desses núcleos, porém apenas dois entrevistados realizam-no: F03 e F4.

Através dos discursos, pôde-se perceber que a não realização desses atendimentos pelos demais fisioterapeutas deve-se ao fato de no município existir um Centro de Reabilitação, o qual conta com profissionais de diversas categorias, inclusive com o fisioterapeuta. Dessa forma, em vez de os atendimentos individuais serem realizados na UBS, como preconizado, os indivíduos são direcionados ao Centro de Reabilitação. No discurso abaixo, fica claro o atendimento individual com a finalidade apenas de triagem:

“Nesses atendimentos individuais eu faço uma triagem e verifico se esses pacientes que estão sendo direcionados ao serviço de reabilitação da Fisioterapia, se eles precisam realmente da Fisioterapia e se existe algum outro método que eu possa estar realizando para minimizar a ida dessas pessoas ao Centro de Reabilitação” (F02).

Contudo, o atendimento individual pode ser realizado pelo fisioterapeuta na ESF e deve levar em consideração a singularidade, autonomia e cidadania do usuário, bem como a negociação e pactuação entre NASF e EqSF, visando ao compartilhamento do cuidado e à resolutividade dos casos e de suas necessidades de saúde^{18,19}.

Ainda diante da fala dos entrevistados, observa-se que as atividades coletivas desenvolvidas são relacionadas principalmente ao Programa Saúde na Escola, sendo a Educação citada como a principal parceria intersetorial. Essa participação do fisioterapeuta na articulação com diferentes setores e equipamentos da sociedade é fundamental para o fortalecimento da APS^{5,18}. Corroborando com o presente estudo, uma experiência sobre o NASF em São Paulo aponta que um de seus trabalhos refere-se à articulação com a Educação, cultura e esportes, dentre outros setores das políticas públicas²⁰.

Outras atividades desenvolvidas são os grupos de promoção à saúde com idosos, mulheres e cuidadores; e os grupos terapêuticos temáticos, como aqueles direcionados às queixas de cefaleia e no combate ao tabagismo. Esses grupos acontecem no espaço físico da UBS, do Centro de Referência de Assistência Social ou do Centro de Referência Especializado de Assistência Social. A fala dos fisioterapeutas evidencia que as atividades coletivas são, em sua maioria, conduzidas interprofissionalmente:

“Nosso trabalho do grupo antitabagismo é feito juntamente com a enfermeira da Equipe, com a assistente social, com a participação não contínua, mas esporádica e quando necessária, do odontólogo, do médico, da nutricionista, da psicóloga e de qualquer outro profissional que a gente ache que tenha necessidade pra abordar um assunto a que seja pertinente ao tema tratado” (F04).

Também acontecem as salas de espera na UBS:

“As palestras que a gente faz nos PSFs, que são as salas de espera, geralmente acontecem na sala de acolhimento, ali na recepção, onde os pacientes aguardam o atendimento” (F03).

“[...] é uma conversa, uma troca de experiências, a gente vai falando sobre hipertensão, o que é, e tirando as dúvidas que eles têm. Conforme as dúvidas vão surgindo, a gente vai desenvolvendo a sala de espera e é no momento que eles esperam a consulta” (F06).

As atividades educativas em saúde, visando à promoção da saúde e a prevenção de agravos, são voltadas para a realidade dos indivíduos, estimulando a corresponsabilização e participação dos mesmos no enfrentamento aos problemas e decisões relacionados à sua saúde, com produção de conhecimentos, comportamentos e atitudes, visando ao bem-estar, ao autocuidado e à melhoria das condições de vida e saúde²¹. Na opinião de F01, em Crateús-Ceará tais atividades têm beneficiado a população:

“Quando fazemos alguma ação na comunidade, a gente trabalha mais a prevenção, pra que não se chegue à instalação propriamente dita de doenças, a gente também dá orientações, então tem refletido na saúde desse usuário” (F01).

Nesse aspecto, vale ressaltar a necessidade e importância da ESF oferecer à população uma atenção integral à saúde, baseada em uma abordagem multiprofissional, no planejamento e desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, e não somente a reabilitação²². Além do mais, segundo Ribeiro e Flores-Soares²³, a atuação do fisioterapeuta na APS pode reduzir os custos e a demanda para o atendimento nos níveis de maior complexidade e com a assistência curativa. O relato de alguns fisioterapeutas coaduna com o achado dos autores acima:

“A Fisioterapia na Atenção Básica é importante porque muita gente acha que a Fisioterapia é apenas curativo, reabilitador, mas a gente pode trabalhar muito bem na prevenção de doenças, evitando que lá na frente o paciente fique acamado ou cadeirante, o que traria um custo muito maior, tanto pro SUS, como pro Município e pra União” (F03).

Um relato da experiência da Fisioterapia no NASF assegura que a organização dos processos de trabalho desse profissional na APS deve suprir as necessidades de saúde da população, sendo fundamental a construção de um processo de territorialização, com identificação de parceiros da comunidade, realização de ações interdisciplinares, individuais ou coletivas, acolhimento, educação em saúde e educação permanente, entre outras iniciativas¹⁴.

Além das parcerias intersetoriais citadas anteriormente, os fisioterapeutas relatam parcerias esporádicas com a Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e Academia da Saúde.

Acesso dos usuários à Fisioterapia

Ficou expresso nos depoimentos dos entrevistados que os usuários chegam aos fisioterapeutas, prioritariamente, através do ACS:

“A agente de saúde também é via de acesso, é ela quem referencia, é ela quem recruta a gente pra fazer uma visita ao paciente acamado, ao paciente com dificuldade de locomoção ou vice-versa, a gente tem esse canal muito direto com as ACS, onde tanto nós solicitamos delas pessoas para fazerem parte dos grupos, como elas também solicitam as nossas visitas quando tem necessidade de fazer uma visita” (F04).

É possível correlacionar as falas citadas anteriormente e a conclusão do estudo de Loures e Silva²⁴, que identificou as ações do fisioterapeuta e do ACS na perspectiva da integração de suas atuações na APS, onde as visitas domiciliares da Fisioterapia eram realizadas após triagem prévia dos ACS, os quais faziam o levantamento dos casos, discutiam-nos com os demais profissionais e realizavam o acompanhamento desses indivíduos e de seus familiares no período de intervalo entre as visitas do fisioterapeuta.

As outras vias de acesso citadas por todos os entrevistados foram as fichas de referência e contrarreferência preenchidas pelo médico, enfermeiro ou demais profissionais do NASF:

“[...] o acesso dos usuários ocorre através da referência, este paciente é referenciado pelo médico ou enfermeiro ou por outro profissional do NASF” (F04).

Corroborando com isso, Trelha et al.⁸ apontam em seu estudo que os pacientes recebem atendimento fisioterapêutico através de encaminhamento médico ou por triagem feita por enfermeiros e ACS. Levando em consideração que o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários e serve de referência para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, o mesmo deve atuar de forma integrada às EqSF, realizando ações a partir das demandas de tais equipes e da população²⁵. Apesar de, tradicionalmente, definir-se que o referenciamento de pacientes para o NASF deve ser feito pelos profissionais de nível superior das EqSF, diante das experiências aqui

elencadas, sugere-se que o ACS seja considerado membro da EqSF com esse potencial de identificação e encaminhamento dos usuários, como também apontam Arruda e colaboradores⁵. Ao mesmo tempo, é relevante pontuar que essa prática não deve prevalecer ante a discussão do caso por toda a equipe para a tomada de uma decisão compartilhada antes de realizar a referência. Ou seja, a referência direta pelo ACS é possível, mas não a via preferencial.

Todavia, em alguns casos restritos, há a procura do usuário diretamente ao fisioterapeuta. Essa realidade também foi encontrada por Soares e Bezerra¹⁹. Segundo as autoras, mesmo quando as demandas chegam de maneira espontânea para a Fisioterapia, é possível conduzir o cuidado na perspectiva do apoio matricial desde que, mesmo que o acesso seja direto ao profissional do apoio, todas as demais etapas do processo terapêutico e as tomadas de decisão sejam compartilhadas com a EqSF, favorecendo a resolutividade do caso clínico e a produção de um cuidado interprofissional. Acredita-se que esse modelo de “apoio matricial de fluxo invertido”¹⁹ pode ser adotado como rotina pelos fisioterapeutas do NASF, uma vez que, mais importante do que a via de acesso em si, é a forma de condução dos casos, se compartilhada ou não.

Desafios enfrentados no cotidiano de trabalho

Observou-se que, de forma unânime, todos os fisioterapeutas enfrentam algum tipo de desafio em seu cotidiano de trabalho. A principal dificuldade reportada por todos os entrevistados diz respeito à necessidade de inclusão de mais fisioterapeutas na APS:

“Há a necessidade de mais profissionais inseridos nas unidades, porque o município tem uma demanda muito grande de usuários necessitando dos serviços da Fisioterapia e, como tem muitas Unidades sem fisioterapeuta, muitas vezes eu tenho que sair da minha área pra ir até o território de outro PSF pra atender um usuário que não é da minha área, mas como tá necessitando eu vou” (F01).

Apesar da já apontada insuficiente quantidade de fisioterapeutas nos serviços do município, a Fisioterapia é citada frequentemente como categoria de grande importância para o NASF:

“A Fisioterapia eu acredito que é o carro-chefe do NASF” (F02).

Os NASF apoiam mais que uma equipe. Em se tratado de municípios de pequeno porte, os profissionais dessas equipes acabam dividindo-se em duas ou mais UBS. Levando em consideração que o número de famílias e pessoas cadastradas sob a responsabilidade sanitária dos fisioterapeutas do NASF é bem significativa, de acordo com o contingente populacional e quantidades de EqSF do município, a demanda torna-se excessiva em comparação ao tempo disponível de cada profissional em sua respectiva UBS.

A totalidade de fisioterapeutas também referiu a falta de transporte, de material de trabalho específico para a Fisioterapia e a precariedade da estrutura física de algumas UBS:

“A gestão não disponibiliza carro, tem dia que a gente vai fazer visita a pé, tem dia que a gente vai na garupa da moto do agente de saúde, tem dia que é no meu próprio carro, eu ando muito no meu carro e é muito importante a questão do veículo pra nos conduzir pra determinadas ações nas Unidades, nos Centros Comunitários, nas residências, nos presídios, nas casas de recuperação, nas casas de apoio, tipo casa do idoso, casa de misericórdia” (F02).

“A gente não tem ajuda pras ações. Os atendimentos domiciliares que eu faço são só as minhas mãos, não tem nada, é a mão e a criatividade, você tem que ter muita criatividade, você tem que se rebolar, porque você não tem aparelho, são só as mãos mesmo” (F05).

“Nós não temos salas preparadas na Unidade pra isso, a gente tem dia que atende na sala do dentista, tem dia que é na Farmácia, tem dia que é na sala da Enfermeira, tem dia que é na sala do médico, tem dia que é no colégio, tem dia que é nos corredores, tem dia que é na cozinha, tá entendendo?” (F06).

Os trechos acima fazem alusão à maneira de como os próprios fisioterapeutas percebem sua prática na ESF, referindo que a mesma deve ater-se a aparelhos e equipamentos, como nos demais níveis de atenção. Percebe-se que os entrevistados almejam que a assistência ofertada na APS seja uma importação do modelo clínico fisioterapêutico tradicional. Todavia, para uma assistência integral e resolutiva ao usuário, este profissional não necessariamente precisa utilizar-se desses recursos, mas de outras tecnologias de cuidado, como a clínica ampliada, apoio matricial, projeto terapêutico singular e projeto de saúde no território, divergindo do modelo curativista e ambulatorial que se atrela à profissão desde os primórdios^{17,25,26}. Entretanto, percebe-se que no imaginário dos próprios fisioterapeutas do NASF, o modelo clínico da APS não é bem compreendido.

Ainda com relação às condições de trabalho, Trelha et al.⁸ e Aveiro et al.²⁷ também apontam que a estrutura física das UBS e os recursos terapêuticos não são apropriados para o trabalho do fisioterapeuta na ESF, podendo impedir ou dificultar o trabalho desses profissionais e comprometer a assistência prestada aos indivíduos.

Percebe-se, contudo, que o déficit de infraestrutura básica ou materiais de apoio terapêutico não são exclusivos desses estudos. Em outros municípios cearenses, os fisioterapeutas utilizavam em suas intervenções no NASF apenas recursos como as terapias manuais^{4,28}. Já em São Paulo, também havia, segundo Gonçalves et al.²⁰, ausência de locais para atendimento na UBS e na comunidade, insuficiência de recursos físicos e limitações de logística para a execução dos processos de trabalho do fisioterapeuta na APS.

Observa-se que, na maioria dos locais, a estrutura física disponível na APS é diferente daquela típica dos pontos de atenção especializada em Fisioterapia. Entretanto,

nem sempre essa diferença deve ser compreendida como um importante fator limitante. Soares e Bezerra¹⁹, ao relatarem os atendimentos e procedimentos utilizados para a reabilitação de um usuário em uma UBS, concluem que a recuperação da saúde funcional não necessariamente demanda equipamentos de alta densidade tecnológica ou a frequência de atendimentos preconizada na clínica tradicional. Para as autoras, as terapias manuais e as orientações ao usuário e seu cuidador são potentes ferramentas de trabalho na APS.

Dessa forma, além da necessidade de EPS sobre o NASF e suas diretrizes com os próprios fisioterapeutas, como citado no início desta discussão, os entrevistados ainda reportam que o entendimento sobre a práxis do fisioterapeuta na APS pelos demais profissionais de saúde, gestores e usuários é indispensável tema para sua EPS:

“Pro NASF funcionar, acredito que há necessidade de um aprimoramento de toda a equipe, de todos os profissionais da Atenção Básica, médicos, enfermeiros e todos os outros profissionais que dão o apoio, que possa ter esse treinamento de uma forma mais efetiva. A questão do matriciamento, a questão do atendimento individual, a questão dos grupos, então eu acho que a abordagem inicial mesmo é a questão do treinamento, do aprimoramento” (F02).

“Que tenha algum treinamento com a Gestão, eu acho que isso é fundamental, o problema é que eles não têm conhecimento de como é que o NASF deve funcionar, e eu acho que é exatamente isso, a falta de conhecimento deles” (F06).

“Os usuários não entendem e cai pra cima do profissional, ah que ele só faz isso, ah que vem aqui e não faz nada. Às vezes, eu chegava na casa do paciente e achava até constrangedor, porque quando eles me viam: -ah já veio só conversar de novo! Isso era constrangedor” (F05).

Vale ressaltar que alguns fisioterapeutas fizeram menção de que são muito cobrados a respeito do atendimento individual domiciliar tradicional, o que dificulta a execução de outras atividades, ou seja, a falta de compreensão do processo de trabalho do fisioterapeuta na ESF gera cobranças injustificáveis. Nesse contexto, é imprescindível o reconhecimento por todos esses segmentos de que a prática fisioterapêutica contempla a promoção, prevenção, proteção e manutenção da saúde e não somente a reabilitação²⁹, rompendo esta perspectiva de dilema entre promoção/prevenção e recuperação da saúde^{30,31}.

Legitimando esses achados, na literatura existem vários estudos assegurando que essa falta de compreensão não é exclusiva dos profissionais, gestores e usuários do município em estudo. Oliveira et al.³² citam que o trabalho do fisioterapeuta em hospitais e clínicas é mais conhecido por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS do que na APS. Por conseguinte, Ribeiro et al.³³ referem que tanto os profissionais da EqSF como do NASF não compreendem claramente a proposta metodológica de trabalho do NASF.

Além do mais, o papel e importância do fisioterapeuta na APS são normalmente desconhecidos tanto pela gestão municipal⁹ como pela população³⁴, estando o olhar dos mesmos voltado apenas para a cura e reabilitação. Ou seja, há uma compreensão restrita sobre as atribuições e competências do fisioterapeuta no primeiro nível da atenção à saúde²³.

Atrelada a esse fator, está a resistência de alguns profissionais da EqSF ao trabalho do fisioterapeuta, dificultando a interprofissionalidade, que é uma das diretrizes do NASF. Vale salientar que a atuação interdisciplinar busca, entre outros motivos, integrar o NASF com a EqSF na assistência aos indivíduos²⁵. No entanto, o que se pode observar é que essa ação conjunta dos profissionais da saúde ainda não é prática cotidiana efetiva^{26,35}.

CONCLUSÃO

A atuação do fisioterapeuta na APS de Crateús-Ceará se dá, em sua maioria, com ênfase em uma abordagem focada na promoção, proteção e prevenção. Vale frisar que, devido a essa mudança do paradigma da atenção à saúde, se faz necessária a realização de encontros de EPS com todos os profissionais da ESF e gestão, já que os mesmos ainda estão atrelados, filosoficamente, à prática curativista tradicional. Contudo, salienta-se que esse processo de transição se torna ainda mais desafiador diante da grande demanda por atenção especializada em Fisioterapia e a sobrecarga que isso gera no NASF.

Um dos desafios interpostos é a pequena abrangência da atenção especializada em Fisioterapia no município. Diante dessa lacuna na rede de atenção, muitas vezes os profissionais da APS precisam dedicar-se a ações reabilitadoras, o que requer infraestrutura e equipamentos não pertencentes ao escopo da APS. Entretanto, o maior desafio quanto ao modelo de atenção ainda é ideológico. Algumas vezes, os próprios fisioterapeutas não estão convencidos da efetividade do modelo de promoção da saúde preconizado para a APS. Além do mais, para um melhor acesso e aproximação dos usuários aos serviços e profissionais de saúde, é relevante a superação dos inúmeros desafios cotidianos, pautando a efetivação de uma atuação de acordo com as diretrizes e documentos ministeriais e objetivando que a integralidade e resolutividade do cuidado sejam alcançadas.

Dessa forma, almeja-se que o presente estudo subsidie teórica e praticamente a inserção de outros fisioterapeutas na APS, especialmente em um período histórico no qual o NASF está ameaçado de deixar de existir diante da mudança no modelo de financiamento, findando o custeio específico para a equipe NASF e, conseqüentemente, deixando a opção de contratação da equipe interprofissional de apoio à equipe de referência a critério da gestão local. Além disso, pretende-se, com as reflexões aqui construídas, romper com a polarização entre promoção/prevenção e recuperação/

reabilitação, afirmando-se que há necessidade de construir uma clínica própria da APS que articule todas essas dimensões da atuação.

REFERÊNCIAS

1. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. saúde colet.* 2018; 23(6):1729-36.
2. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde debate.* 2018; 42(spe1):328-40.
3. Moreira DC, Bispo Junior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad. Saúde Pública.* 2020; 36(12):e00031420.
4. Sousa PHC, Pinheiro DGM, Arruda GMMS, Coutinho BD. Dos desafios às estratégias de superação do fisioterapeuta no NASF: um olhar do residente. *Rbsp.* 2018; 42(4):712-26.
5. Arruda GMMS, Oliveira PRS, Bezerra MIC, Macena RHM. A Fisioterapia nos Núcleos de apoio à saúde da família: discussão sobre ações de apoio assistencial, matricial, institucional e comunitário. *Sau. & Transf. Soc.* 2019; 10(1-3):243-55.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 406 p.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Trelha CS, Silva DW, Lida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina, PR. *Rev Espaço para a Saúde.* 2007; 8(2):20-5.
9. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciênc e Saúde Coletiva.* 2011; 16:1515-23.
10. Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc e Saúde Coletiva.* 2007; 12(6):1673-81.
11. Santos, AM, Nóbrega IKS, Assis MMA, Jesus SR, Kochergin CN, Bispo Júnior JP, et al. Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev APS.* 2015 jan-mar; 18(1):39-49.
12. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saude debate.* 2018; 42(spe1):130-44.

13. Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRB, Amaral EM. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enferm.* 2015 mar-abr; 28(2):132-8.
14. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov.* 2010 abr-jun; 23(2):323-30.
15. Viana SO, Alvarenga JP, Camargos MMM, Taciano MAR, Rafael MA. Perfil dos indivíduos avaliados em domicílio pela Fisioterapia nas Unidades Básicas de Saúde de Betim. *Rev APS.* 2013 jul-set; 16(3):278-86.
16. Bezerra MIC, Lima MJMR, Lima YCP. A visita domiciliar como ferramenta de cuidado da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Rev Sanare.* 2015 jan-jun; 14(1):76-80.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
18. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev APS.* 2011 jan-mar; 14(1):111-9.
19. Soares GMM, Bezerra MIC. Estratégias, possibilidades e conquistas da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: Estudo de Caso. *Rev Fisioter S Fun.* 2014 jan-jun; 3(1):45-52.
20. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznelwar LI, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2015; 40(131):59-74.
21. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev Enferm.* 2009 abr-jun; 17(2):273-7.
22. Silva GG, Sirena SA. Perfil de encaminhamentos a Fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. *Rev Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015 jan-mar; 24(1):123-33.
23. Ribeiro CD, Flores-Soares MC. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. *Rev Salud Pública.* 2015; 17(3):379-93.
24. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Ciênc e Saúde Coletiva.* 2010; 15(4):2155-64.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.27).

26. Souza MC, Bonfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*. 2013; 37(2):176-84.
27. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciênc e Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):1467-78.
28. Linhares JH, Pinto PD, Albuquerque IMN, Freitas CASL. Análise das ações da Fisioterapia do NASF através do SINAI no município de Sobral-CE. *Cadernos ESP*. 2010 jul-dez; 4(2):32-41.
29. Biana VL, Teixeira GM, Silva CVL, Bispo EPF, Silva MV. Atuação do fisioterapeuta na saúde da família: desafios e conquistas. *Rev J Health Sci Inst*. 2014; 32(2):211-18.
30. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saude debate*. 2018; 42(spe2):145-58.
31. Iacabo P, Furtado JP. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: análises estratégica e lógica. *Saude debate*. 2020; 44(126):666-77.
32. Oliveira G, Andrade ES, Santos ML, Matos GSR. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2011 out-dez; 24(4):332-9.
33. Ribeiro MDA, Bezerra EMA, Costa MS, Branco CEC; Araujo Neto JD, Moreira AKF, et al. Avaliação da atuação do núcleo de apoio à Saúde da família. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014 abr-jun; 27(2):224-31.
34. Carvalho STRF, Caccia-Bava MCGG. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Fisioter Mov*. 2011 out-dez; 24(4):655-64.
35. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? *Physis*. 2020; 30(4):e300405.

Submissão: setembro de 2016.

Aprovação: janeiro de 2021.