



Revista de APS

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



Reflexões sobre as diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família acerca do profissional fisioterapeuta

Reflections on Family Health Support Center guidelines about the physiotherapist professional

Cíntia Raquel Bim¹, Alberto Durán González²

RESUMO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não existe uma política pública de saúde consolidada sobre o papel da Fisioterapia, em particular na Atenção Básica (AB). O perfil epidemiológico e a transição demográfica brasileira levam a fisioterapia a rever sua práxis profissional e adequar suas ações para a AB, visando a maior integralidade e resolubilidade dos problemas de saúde da população neste nível de atenção. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criados em 2008 são a maior oportunidade de inserção do Fisioterapeuta na AB. O objetivo deste trabalho foi realizar uma reflexão crítica do capítulo direcionado a Fisioterapeutas nas diretrizes do NASF, de 2009. O texto apresenta-se confuso sobre a atuação deste profissional na AB, e ainda direciona muito suas práticas à reabilitação. Considera o Fisioterapeuta como profissional de reabilitação para atuar com idosos/deficientes, o que é um contrassenso ao que se preconiza como ações para a atenção primária em saúde, tanto pela restrição às ações de reabilitação, quanto por colocar apenas duas condições de saúde como aptas à atuação da fisioterapia. O documento traz direcionamentos para atuação do fisioterapeuta apenas para idosos e deficientes, não considerando todos os problemas de saúde que a população está exposta. A apresentação do conteúdo destinado a fisioterapeutas difere da apresentação de outros profissionais da saúde que também atuam no NASF, tendo estes direcionamentos mais específicos. Conclui-se que a referida diretriz não fortalece a atual demanda da população sobre as práticas do Fisioterapeuta na AB, tampouco auxilia na quebra de paradigma do fisioterapeuta como profissional exclusivo da

¹ Fisioterapeuta, especialista em Neurologia, mestre em Ciências da Saúde e doutoranda em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste - Unicentro, Guarapuava-Paraná. E-mail: cintiabim@gmail.com

² Farmacêutico, mestre e doutor em Saúde Coletiva e Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina, Paraná.

reabilitação. São necessárias novas políticas públicas de saúde voltadas para o trabalho do fisioterapeuta na AB para que esse profissional possa ampliar suas ações neste nível de atenção.

Palavras-chave: Fisioterapia. Políticas Públicas de Saúde. Atenção Básica.

ABSTRACT

Within the scope of the Unified Health System (SUS), there is still no consolidated public health policy on the role of Physical Therapy, particularly in Basic Care (AB). The epidemiological profile and the Brazilian demographic transition lead physiotherapy to review its professional practice and adjust its actions to the AB, aiming for greater comprehensiveness and resolubility of the population's health problems at this level of attention. The Family Health Support Centers (NASF) created in 2008 are the greatest opportunity for the insertion of the Physiotherapist in the AB. The objective of this work was to carry out a critical reflection on the chapter directed to Physiotherapists in the NASF 2009 guidelines . The text is confusing about the performance of this professional in the AB, and still directs its practices to rehabilitation too much. It considers the Physiotherapist as a rehabilitation professional to work with the elderly / disabled, which is a contradiction to what is advocated as actions for primary health care, both by restricting rehabilitation actions, and by placing only two health conditions as suitable to physiotherapy. The document brings directives for the Physiotherapist only for the elderly and disabled, not considering all the health problems that the population is exposed to. The presentation of the content intended for Physiotherapists differs from the presentation of other health professionals who also work at NASF, as they have more specific directives. It was concluded that this guideline does not strengthen the current demand of the population on the practices of the Physiotherapist in the AB, nor does it help with breaking the paradigm of the Physiotherapist as a professional exclusive to rehabilitation. New public health policies aimed at the work of the Physical Therapist in AB are necessary so that this professional can expand his actions to this level of attention.

KEYWORDS: Physiotherapy. Public health policies. Primary care.

INTRODUÇÃO

A fisioterapia foi criada pelo Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, e em seu terceiro artigo definiu “atividade privativa do Fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”, caracterizando as ações do profissional como reabilitadoras¹.

Hoje a definição usada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFITTO¹ é:

uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica,

da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.

Esse conceito mais amplo de atuação vai ao encontro do atual perfil epidemiológico da população, e traz a diversidade de atuações por parte desse profissional.

No conteúdo das legislações específicas da profissão ao longo do tempo, prevaleceu a atuação voltada para a reabilitação, o que limitou as possibilidades de atuação em outros níveis de atenção². A Resolução do COFFITO 08/78 ampliou o campo de atuação da Fisioterapia em relação ao Decreto-Lei 938/69, tanto em relação aos níveis de assistência (prevenção primária, secundária e terciária) quanto ao foco da atenção, passando a apreender a saúde do indivíduo como um todo e não apenas ao que diz respeito à sua capacidade física³. A Resolução COFFITO 10/78 indicou pela primeira vez a atuação na promoção da saúde, e a Resolução COFFITO 80/87 recomendou a possibilidade de atuação do fisioterapeuta nos diversos níveis de assistência à saúde⁴. Contudo, as resoluções foram incapazes de promover uma mudança mais substancial na práxis profissional. A Resolução COFFITO 363/2009, buscando ampliar as práticas profissionais, reconheceu a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional fisioterapeuta, abrangendo ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho, programas institucionais e vigilância sanitária, sem trazer elementos específicos para esta prática².

Entretanto, no que se refere às políticas públicas de saúde, *não se encontrou até o momento uma legislação* específica do profissional fisioterapeuta, o que pode ser encontrado em outras áreas da saúde. O que se encontra são políticas públicas que englobam o profissional fisioterapeuta, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Programa Saúde na Escola e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁵.

Assim, o histórico legislativo da profissão, as características da formação e as políticas públicas vigentes têm dificultado a adequação da práxis profissional do fisioterapeuta às atuais demandas de saúde da população brasileira, em decorrência da transição demográfica e epidemiológica⁶. O advento das doenças crônico-degenerativas, o envelhecimento populacional e hábitos de vida da população têm exigido cada vez mais da Atenção Básica (AB), porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. Após a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, houve iniciativas para inserir o fisioterapeuta na AB, e a inserção do fisioterapeuta na ESF visa contribuir para ampliar a integralidade e resolubilidade do cuidado^{7,8}.

Dentro do escopo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, o Ministério

da Saúde (MS) criou o NASF em 2008, por meio da Portaria nº 154 de 2008⁹. Regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configura-se como equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as ESF, e em 2017 passou a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. A Portaria nº 154 de 2008 do MS foi a primeira política pública que regulamentou a inclusão do Fisioterapeuta na AB. Inicialmente estavam previstas duas modalidades, NASF1 e NASF2, e mais recentemente foi criada a modalidade NASF3 pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. O profissional de interesse neste trabalho é o fisioterapeuta, que pode compor as três modalidades de NASF.

Buscando entender a política de inserção do fisioterapeuta na AB, o objetivo deste trabalho foi realizar uma reflexão sobre a estrutura e conteúdo direcionado a esse profissional publicado nas Diretrizes do NASF¹⁰. Foi realizada análise crítica do capítulo intitulado “Reabilitação e a saúde integral da pessoa idosa no NASF”, das Diretrizes do NASF, publicado em Cadernos de Atenção Básica, Série A, Normas e Manuais Técnicos, número 27, pelo MS em 2009¹⁰. O capítulo está compreendido nas páginas 52 a 65. Considerando que no referido documento a terminologia usada é NASF, e não NASF-AB, adotou-se ao longo do trabalho a sigla NASF.

O NASF é composto de nove áreas estratégicas, que representam os diversos capítulos da referida publicação. São elas: Saúde Mental; Reabilitação e Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição; Assistência Farmacêutica; Serviço Social; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher; Práticas Integrativas e Complementares; Práticas Corporais e Atividade Física.

Fisioterapia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Já no sumário das Diretrizes do NASF, percebe-se uma divisão dos conteúdos por áreas da saúde – Alimentação e Nutrição no NASF (Nutrição), Assistência Farmacêutica no NASF (Farmácia), Práticas Corporais e Atividade Física no NASF (Educação Física); ou por ciclos da vida – Atenção Integral da Criança e do Adolescente no NASF, Atenção Integral à Saúde da Mulher no NASF. A fisioterapia foi reconhecida no capítulo “Reabilitação e a Saúde Integral da Pessoa Idosa no NASF”.

Surge então a primeira reflexão: por que as demais áreas foram divididas de maneira específica para a atuação no NASF, e a Fisioterapia, juntamente com outras profissões, foi intitulada erroneamente de “Reabilitação” e incorporada apenas à saúde do idoso?

Hoje existe um consenso na literatura de que o fisioterapeuta não deve restringir suas ações em nível de reabilitação na AB no contexto do SUS. O perfil epidemiológico atual e as demandas de saúde da população impõem aos fisioterapeutas a necessidade

de superar os limites da reabilitação, ampliando suas ações para outros níveis de atenção e realizando outras formas de intervenção, com destaques para a atuação na atenção primária à saúde (APS)^{11,12}. Sendo assim, a reabilitação faz parte das ações do fisioterapeuta na AB, mas não deve ser prática exclusiva neste nível de atenção.

Neves e Acioli¹¹ destacam que é necessário iniciar a construção de uma proposta nacional das diretrizes de atuação profissional com o objetivo de uniformizar a atuação básica nacional do fisioterapeuta, respeitando-se as nuances de cada região. Para isso, fazem-se necessárias mudanças na formação desses recursos humanos, a partir de um processo de transformação complexo que se inicia desde a graduação e continua após a inserção desse profissional no campo de trabalho, com a proposta de educação permanente.

Formiga e Ribeiro¹² afirmam que a atuação do fisioterapeuta na AB vem se definindo, mas ainda é necessário encontrar um foco principal para suas ações, possibilitando um melhor reconhecimento do trabalho deste profissional e garantindo maior resolutividade às suas ações. Já Rodriguez¹³ afirma que a Fisioterapia vive um grande desafio em consolidar sua prática na AB, e que o fisioterapeuta deve estar cada vez mais capacitado para atuar como agente de transformação social na defesa da saúde integral, comprometido com a cidadania e consciente da natureza dos problemas de saúde.

É importante ressaltar que a Fisioterapia na AB não extingue as ações nos níveis secundário e terciário, apenas amplia a prática profissional, pois o objeto da atuação da fisioterapia continua sendo o movimento humano². O desenvolvimento da profissão deve ocorrer nos três níveis de atenção, contudo existe a necessidade de aprimoramento no nível primário. Neste, as práticas são direcionadas às coletividades humanas, realizando ações que visem à promoção da saúde e prevenção de distúrbios do sistema locomotor⁴, ou seja, da funcionalidade humana.

Fisioterapeutas têm dificuldade para atuar na AB e no desenvolvimento de atividades preventivas e promocionais devido à grande demanda da população com limitações na saúde físico-funcional por assistência em reabilitação, em decorrência da dificuldade de acesso ao nível secundário de assistência, limitando as ações de promoção e prevenção¹⁴.

Outra dificuldade de inserção do fisioterapeuta na AB se relaciona ao processo de formação desse profissional, ainda muito direcionada ao modelo biomédico. Após a publicação das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em Fisioterapia a partir de 2002, observou-se um fortalecimento nos processos de formação em relação ao papel do fisioterapeuta na AB¹⁵. Os preceitos estabelecidos nas diretrizes curriculares induzem a reflexões e mobilizações dentro da categoria no sentido de ampliar o campo de atuação e aproximar-se das abordagens promocionais de caráter coletivo. A academia é uma das responsáveis por encontrar os caminhos da inserção do fisioterapeuta na AB, mas os gestores e a própria população também são participantes nesse processo¹². A

saúde coletiva tem destaque dentro de disciplinas específicas direcionadas para a AB e poderia ser abordada conjuntamente com outros conteúdos específicos da profissão, garantindo a formação generalista preconizada pelas diretrizes curriculares nos diversos níveis da atenção¹⁶.

As doenças crônicas e agravos não transmissíveis constituem a maior causa de morbimortalidade em nosso país atualmente, exigindo do sistema de saúde brasileiro e dos profissionais de saúde ações que impeçam o surgimento e avanços desses problemas de saúde. Neste sentido, o PSF, complementado com o NASF, buscam atender a essa nova realidade de saúde da população brasileira, garantindo o princípio da integralidade do cuidado⁸.

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à atenção primária à saúde, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização⁹. No documento das Diretrizes, esse conteúdo é apresentado na introdução, deixando clara a versatilidade que o profissional de saúde tem que possuir para atuar no contexto do NASF.

A introdução das Diretrizes traz ainda que a organização do processo de trabalho do NASF deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto, entre outros. As intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias podem ser realizadas, mas ocorrerão apenas em situações extremamente necessárias. Aqui se entende que atendimentos individualizados realizados por fisioterapeutas devem ser realizados em casos específicos, não devendo ser o foco das ações desse profissional.

No capítulo sobre o NASF, temos o seguinte parágrafo:

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde.^{10:11-12}

Destacam-se aqui os termos promoção, prevenção e educação permanente, que se esperam de toda a equipe. Mais uma vez observa-se a contradição entre o que é proposto para o trabalho da equipe do NASF e o capítulo voltado para as ações fisioterapêuticas, que restringiu as ações de reabilitação e as direcionou para a população idosa.

Reflexões sobre o terceiro capítulo das Diretrizes

No capítulo intitulado “Reabilitação e a Saúde Integral da Pessoa Idosa no NASF”, foco deste trabalho, o segundo parágrafo apresenta o seguinte conteúdo:

Um novo entendimento do processo saúde–doença faz-se necessário, de forma a incluir questões sociais e desenvolver ações no plano coletivo e nos territórios respectivos, integrando assim os modelos clínico e social, dentro de uma perspectiva de responsabilidade coletiva e compromisso com a inclusão social. Assim é que devem ser pensadas as práticas dos profissionais da reabilitação, ou seja, na construção de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e deficiências e reabilitação no âmbito da APS, integrados em rede aos serviços especializados e hospitalares.^{10:52}

O uso do termo “profissionais da reabilitação” é um contrassenso ao que se propõe como princípios e diretrizes gerais do NASF, onde se destaca a promoção da saúde.

Na sequência do capítulo, o texto enfatiza que os profissionais “da reabilitação” auxiliem famílias e comunidades a evitarem e contornarem obstáculos à qualidade de vida, com reflexos na prevenção de deficiências, e em seguida traz algumas considerações sobre reabilitação. Nesse trecho do texto pode-se observar a miscelânea entre reabilitação e deficiência. Ora, o capítulo não falava de reabilitação da pessoa idosa? Idoso e deficiente são sinônimos? Todo idoso apresenta deficiências? Não é possível compreender a coerência do título com o conteúdo desse capítulo.

Seguindo, o texto traz um subtítulo: *A reabilitação nas políticas sociais brasileiras*, cujo conteúdo aborda a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, promulgada por meio da Portaria nº1.060, de 05 de junho de 2002 do MS.

Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (percepção de incapacidade), o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população (4,3 milhões de pessoas). Desse total, também a participação da pessoa idosa é alta, representando 25%, ou seja, pouco mais de um milhão, com 60 anos ou mais. Contudo deve ficar claro que, embora as doenças crônico-degenerativas possam levar ao desenvolvimento de incapacidades e a perda de autonomia, o envelhecimento fisiológico não acarreta, necessariamente, o desenvolvimento de deficiências.^{10:54}

Talvez neste último parágrafo os autores tenham percebido sutilmente que poderia haver confusão entre os termos idoso e deficiente, uma vez que abordaram coisas tão distintas em um mesmo capítulo. Acompanhando, tem um parágrafo sobre idoso e dois sobre deficiência, misturando mais uma vez os conceitos, não permitindo um entendimento da organização do capítulo.

Na sequência, apresenta mais um subtítulo, *A reabilitação nos núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF)*. Em seu primeiro parágrafo encontra-se:

Com base no diagnóstico territorial, os profissionais do NASF deverão apoiar as equipes de SF para que desenvolvam ações de promoção e de proteção à saúde, além de subsidiar o acompanhamento das ações voltadas para as deficiências em todas as fases do ciclo de vida, com especial atenção à população idosa. As ações da reabilitação devem estar em constante processo de avaliação, pela equipe de Saúde da Família e pelo NASF, na tentativa de buscar adequação e promover o melhor cuidado aos usuários.^{10:55}

Esse trecho é bastante ambíguo. Inicia com ações de promoção e prevenção à saúde para as deficiências em todas as fases do ciclo de vida, e finaliza com ações de reabilitação. Os profissionais devem realizar ações de promoção e prevenção apenas com pessoas deficientes? As ações de reabilitação não deveriam ser atendidas em número reduzido e na forma de projeto terapêutico singular (citado no parágrafo seguinte do documento)? Também as ações de reabilitação não podem ser direcionadas para casos agudos, como uma lombalgia, por exemplo? Quanto mais se avança na leitura do capítulo, mais questionamentos vão surgindo e reforçando a incoerência dos conteúdos.

Segue mais um trecho que gerou questionamentos:

Os profissionais do NASF realizarão diretamente também, embora em caráter excepcional, atenção aos usuários que requeiram cuidados de reabilitação, orientação, atendimento individual e coletivo. Desenvolvendo também, junto às equipes de SF, ações integradas em escolas, creches, igrejas, associações e outros ambientes, bem como visitas domiciliares.^{10:56}

Se os profissionais devem realizar excepcionalmente cuidados de reabilitação, por que o capítulo é intitulado reabilitação? As ações integradas em escolas que os profissionais devem desenvolver junto às equipes são de reabilitação? Entende-se que não. O quadro *Ações das equipes NASF na reabilitação* apresentado na sequência também é muito restrito às ações de reabilitação de idosos e deficientes.

Observa-se na continuidade a frase *“Atuar preventivamente sobre os fatores causadores de deficiências constitui também uma responsabilidade da Atenção Primária em Saúde (APS) e deve ser reforçada pelas equipes dos NASF”*. Mais uma vez há confusão de termos. Hipertensão, obesidade, alterações posturais, por exemplo, são deficiências? Ou são problemas de saúde? Mais: *“É de fundamental importância mapear áreas de maior risco para crianças, mulheres, adolescentes, jovens, adultos e idosos”*. O capítulo não tratava de reabilitação de idosos?

Em seguida, o texto trata de acessibilidade e da importância do estabelecimento de canais de comunicação com unidades de reabilitação existentes na região. E mais uma vez um parágrafo dúbio:

As principais causas de deficiência estão correlacionadas a eventos como transtornos congênitos e perinatais, doenças transmissíveis e crônicas, transtornos psiquiátricos, abusos de álcool e droga, desnutrição, traumas e lesões (violência, acidentes no trânsito,

no trabalho, na moradia). A elas somam-se as consequências das mudanças do perfil epidemiológico e o aumento da esperança de vida no País, que ampliam a necessidade de ações de prevenção às doenças crônico-degenerativas e de eventos incapacitantes, em especial no contingente populacional idoso.^{10:58}

Por que misturar causas de deficiências com doenças crônico-degenerativas que podem trazer incapacidades a idosos? Como se pode observar, o texto como um todo traz trechos com conteúdo muito ambíguos, misturando temas divergentes.

A parte seguinte do capítulo é subdividida em três temas: (1) *Reabilitação e prevenção*; (2) *Reabilitação e atividade clínica*; e (3) *A reabilitação e a autonomia dos sujeitos*. A respeito de reabilitação e prevenção, identificamos dois direcionamentos para ações de prevenção: intervir nos eventos que causam as deficiências e na progressão de uma deficiência já instalada. Nessa afirmação, observou-se uma coerência. Além disso, cita a necessidade de parcerias com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, as redes de atenção e reabilitação a pessoas com deficiência e mais informações sobre acessibilidade. Sobre reabilitação e atividade clínica, elucida informações sobre deficiências, reabilitação, projeto terapêutico singular e capacitação das equipes. Não foi encontrada nos parágrafos desse tema nenhuma vez a palavra “idoso” ou seus derivados, o foco é todo para deficiência. Por último, em reabilitação e a autonomia dos sujeitos, fala do empoderamento dos usuários e dos profissionais, e traz um quadro com ações para o fortalecimento da reabilitação e atenção integral à pessoa idosa no âmbito do NASF. Também aqui se observa coerência no conteúdo apresentado em relação ao título do capítulo.

Nas considerações finais, o termo “profissionais da reabilitação” é retomado e visualiza-se um quadro com sugestões de temas que poderão ser utilizados para o desenvolvimento das ações de reabilitação no contexto local. Nesse item também não se observou nada sobre idosos, e sim sobre reabilitação.

Fica claro, após análises e reflexões, que o texto abordou temas distintos como similares, e fica o questionamento: se dividiram áreas temáticas por ciclos da vida no documento das diretrizes, por que não destinar um capítulo específico para a saúde do idoso, sem misturar esse tema com deficiência e reabilitação? Por que não criar também um capítulo específico para deficientes? Além disso, se áreas da saúde como Nutrição, Farmácia e Educação Física tiveram capítulos específicos, por que não fazer o mesmo com Fisioterapia (e outras áreas como Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional), uma vez que todos esses profissionais podem integrar uma equipe NASF? Por que classificar esses profissionais como profissionais da reabilitação, restringindo as ações deles, induzindo a limitação das ações de promoção e prevenção em saúde?

O fisioterapeuta deve estar envolvido no processo de novas práticas profissionais para a atual característica epidemiológica da população e contribuir substancialmente para a conquista e desenvolvimento de uma assistência à saúde da população baseada

na integralidade. Um profissional capaz de estudar e investigar o movimento humano e as funções corporais facilita o desenvolvimento social da motricidade humana, com consequente melhoria da qualidade de vida, e garante resolutividade e efetividade ao SUS¹⁷. Diante disso, o fisioterapeuta se configura como um profissional fundamental para o NASF e a produção do cuidado na AB, de maneira individual e coletiva. Assim, as políticas públicas de saúde deveriam embasar e fortalecer a atuação desse profissional na AB no contexto SUS, o que não se vislumbra nas Diretrizes do NASF para o Fisioterapeuta.

O fisioterapeuta na equipe NASF contribuiu para o acesso da população às práticas desse profissional e, apesar dos desafios, há perspectiva de ampliação dos serviços de AB para o fisioterapeuta, dentro da proposta de atenção integral, para a prevenção e cuidado dos usuários da AB¹⁸. Nesse contexto, concretiza-se o princípio da integralidade do SUS, que norteia o processo de trabalho nos serviços de saúde e amplia o olhar dos profissionais para além da simples intervenção, garantindo o cuidado integral ao usuário¹⁹.

A importância da atuação do fisioterapeuta na ESF e NASF está sendo reconhecida tanto por profissionais vinculados às equipes quanto pelos usuários das unidades²⁰. É de extrema importância a inclusão desse profissional no NASF, mostrando que, por meio da ação preventiva e assistencial do fisioterapeuta, os custos e a demanda no atendimento secundário e terciário podem ser reduzidos.

A forma na qual o fisioterapeuta produz o cuidado no NASF ainda é um processo em construção, portanto faz-se necessário que haja como política institucional no contexto do SUS a educação permanente dos trabalhadores da atenção básica, assim como a sensibilização dos usuários quanto à atuação do fisioterapeuta e dos profissionais das ESF e do NASF²¹.

CONCLUSÕES

Conclui-se, após as reflexões apresentadas, que as Diretrizes do NASF deveriam trazer direcionamentos ao profissional fisioterapeuta, assim como o faz para as demais áreas da saúde. Ressalta-se aqui que não só a Fisioterapia não teve um capítulo com suas especificidades, mas também outras categorias profissionais que podem compor a equipe, como fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Considerar esses profissionais como profissionais de reabilitação, para atuarem com idosos/deficientes no NASF, é um contrassenso ao que se propõe com a política do NASF, e com o que se preconiza como ações para a AB.

Sugere-se que o documento seja revisto e ampliado, e que possa contemplar todas as áreas que podem compor uma equipe de NASF de maneira igualitária, com objetivo de fortalecer a AB em saúde, buscando integralidade e resolubilidade dos problemas de saúde da população.

REFERÊNCIAS

1. Coffito – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resoluções [Internet]. [acesso em 2016 jun 16]. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito.html>.
2. Bispo Junior JP, organizador. Fisioterapia e saúde coletiva: reflexões, fundamentos e desafios. 1ª edição. São Paulo: Hucitec; 2013.
3. Rezende M, Moreira MR, Amancio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Cien Saude Colet [online]. 2009; 14 (Supl.1):1403-10.
4. Bispo Junior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Cien Saude Colet [online]. 2010; 15 (Supl.1):1627-36.
5. Crefito 5 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da região 5. Cartilha de Políticas Públicas. Gestão 2010-2014 [Internet]. [acesso em 2016 jun 10]. Disponível em: http://www.crefito5.org.br/wpcontent/uploads/2014/06/cartilha_politicas_publicas.pdf.
6. Mendes ACG, et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(5):955-64.
7. Castro SS, Cipriano Junior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. Fisioter Mov 2006; 19(4):55-62.
8. Ferreti F, Nierotka RP, Braghini CC, Teo CRPA, Ferraz L, Fanticelli, ML. Inserção do fisioterapeuta na equipe Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. Fisioter Mov. 2015; 28(3):485-93.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. 2008 jan 25; 18 seção 1:47-49.
10. Ministério da Saúde (Brasil) Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. 2009; 27 (Série A, Normas e Manuais Técnicos). 167 p.
11. Neves LMT, Acioli GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. Interface - Comunic Saúde Educ. 2011; 15(37):551-64.
12. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Rev Bras Ciên Saúde. 2012; 16(2):113-22.
13. Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Comun, ciênc. e saúde. 2011; 21(3):261-6.

14. Souza MC, Bonfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e núcleo de apoio à saúde da família: conhecimento, ferramentas e desafios. Mundo saúde. 2013; 37(2):176-84.
15. Portes LH, et al. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. Rev. APS. 2011; jan-mar; 14(1):111-9.
16. Gonçalves FG, Carvalho BG, Trelha, CS. O ensino da Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina: da análise documental à percepção dos estudantes. Trab. educ. saúde [online]. 2012; 10(2):301-14.
17. Baraúna MA, et al. A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. Fisioter Brasil. 2008; 9(1):64-9.
18. Souza MO, Santos KOB. Atuação do fisioterapeuta no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Fisioter Mov. 2017; 30(2):237-46.
19. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate [online]. 2017; 41(115): 1177-86.
20. Duarte KM, et al. Importância da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. Rev enferm UFPE. 2013; 7(12):6874-82.
21. Souza MC, et al. Fisioterapia, cuidado e sua práxis no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev Espaço Saude. 2015; 16(2):67-76.

Submissão: março de 2017.

Aprovação: junho de 2019.