



FUNDAÇÃO DE AMPARO À
PESQUISA DO ESTADO DE GOIÁS



FAPEG

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UniEVANGÉLICA
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA E
MEIO AMBIENTE**

**FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA
LEITURA DA SAÚDE PÚBLICA EM ANÁPOLIS**

ELISÂNGELA SCHMITT MENDES MOREIRA

Anápolis-GO

2012

ELISÂNGELA SCHMITT MENDES MOREIRA

**FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA
LEITURA DA SAÚDE PÚBLICA EM ANÁPOLIS**

Anápolis–GO

2012

M838

Moreira, Elisângela Schmitt Mendes.

Fisioterapia e a Atenção Primária em Saúde: uma leitura da saúde pública em Anápolis/Elisângela Schmitt Mendes Moreira. – Anápolis, 2012.

101 p. il.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente – Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, 2012.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Fisioterapia 3. Núcleo de apoio à saúde da família. I. Barbosa, Nelson Bezerra. II. Título.

CDU 504

ELISÂNGELA SCHMITT MENDES MOREIRA

**FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA
LEITURA DA SAÚDE PÚBLICA EM ANÁPOLIS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente da UniEVANGÉLICA como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa.

Anápolis–GO

2012

ELISÂNGELA SCHMITT MENDES MOREIRA

**FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA
LEITURA DA SAÚDE PÚBLICA EM ANÁPOLIS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente da UniEVANGÉLICA como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Anápolis, ____ de _____ de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa
Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA
Orientador

Prof^a. Dr^a. Samara Lamounier Santana Parreira
Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA

Prof. Dr. Ivan José Maciel
Universidade Federal de Goiás-UFG
Professor Convidado

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, César e Irene, pelo eterno incentivo, no que diz respeito ao meu crescimento pessoal e profissional.

Aos amores da minha vida, Marco Aurélio e Ana Júlia, pelo apoio e compreensão.

Aos meus irmãos, Karla, Tana e Júnior, pelo apoio e ajuda.

Ao meu orientador, Nelson, que me orientou na construção deste trabalho e pelo estímulo na realização deste mestrado.

À FAPEG, que viabilizou financeiramente esta pesquisa.

RESUMO

Atenção Primária em Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Esta vem passando por um processo de expansão de suas atividades e o Núcleo de Apoio da Família (NASF) foi criado como uma estratégia que tem como objetivo ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil. O fisioterapeuta é um dos profissionais que compõem a equipe do NASF, que visam apoiar a integralidade na APS. O estudo objetivou descrever e analisar o processo de implantação destas equipes no Município de Anápolis e a inserção do Fisioterapeuta neste processo. Esta pesquisa é de natureza descritivo-exploratória, com uso de fontes primárias e secundárias que abrangem registros documentais deste processo e entrevista com informantes-chaves responsáveis pela decisão e pela coordenação do processo de implantação de equipes de NASF. Ao realizar o estudo percebeu-se que as equipes implantadas em Anápolis precisam de apoio tanto nas condições de trabalho quanto de capacitação para melhor desenvolverem suas atividades. Tem havido um grande esforço das equipes de apoio no sentido de realizar um trabalho de acordo com seus princípios e diretrizes. O processo de trabalho, antes realizado com foco na doença, passou a ter uma visão integral do paciente; a integração das equipes, ainda que incipiente, vem tentando proporcionar um espaço de troca entre os saberes e práticas destes profissionais. O fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de atenção primária à saúde, apesar de sua inserção nesses serviços ser um processo em construção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Fisioterapia; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary Health Care (APS) consists of a set of individual and collective health actions – individual and collective – that comprise the promotion and protection of health, injury prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and health maintenance of health. Their activities are going through a process of development and the Family Health Support Centre (NASF) was created as a strategy that aims to broaden the scope, resolvability, territorialisation, and regionalisation as well as the expansion of APS actions in Brazil. Physiotherapists are amongst the professionals that constitute the NASF team and they aim to support the entirety of the APS. The study intended to describe and to analyse the action of implementation of these teams in the region of Anápolis and the introduction of physiotherapists in this process. This research is of a descriptive-explanatory nature with the use of primary and secondary sources which include documented reports and interviews with key persons responsible for the decision and coordination of the implementation process. During the study it transpired that the NASF teams in Anápolis region need support – in their work environment as well as in terms of training – in order to fulfill their duties more appropriately. There has been a great effort from the support teams to execute the job according to NASF principles and guidelines. The work procedures, which before were carried out focusing on the disease, now encompass a full overview of the patient. The integration between the teams, however incipient, has been trying to provide a space for sharing the knowledge and practices amongst these professionals. Although the introduction of Physiotherapists in this process is still in development, they are becoming increasingly fundamental within the services of primary health care.

Key words: Primary Health Care; Physiotherapy; Family Health Support Centre.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – NASF 1 e bairros que fazem coberturas	94
Figura 2 – NASF 2 e bairros que fazem coberturas	95
Figura 3 – NASF 3 e bairros que fazem coberturas	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Comparativo entre gestão plena da Atenção Básica e plena do Sistema Municipal	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Levantamento do número da população, Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Saúde Bucal (eSB) nas modalidades I e II implantadas no Brasil, Goiás e Anápolis no período 2000 e 2011	42
Tabela 2 – Distribuição dos fisioterapeutas por serviços de saúde	52
Tabela 3 – Composição das equipes de NASF	53
Tabela 4 – Distribuição dos nº bairros por NASF, nº eSF e população assistida (proposta de distribuição)	60
Tabela 5 – Equipes implantadas e distribuição dos bairros por NASF, nº eSF e população assistida.....	61
Tabela 6 – Número de equipes de NASF proposta e implantadas em Anápolis	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAIS	Centro de Assistência Integral a Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CREFA	Centro de Reabilitação de Fisioterapia e Fonoaudiologia de Anápolis
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAS/CEF	Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal
HEG	Hospital Evangélico Goiano
HUANA	Hospital de Urgência de Anápolis
IAP's	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais
IAPETEL	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportadores de Carga
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projeto Saúde no Território
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SAMDU	Serviços de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SF	Saúde da Família
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 Um breve histórico da saúde pública no Brasil.....	21
2.2 Crise e estratégias de reestruturação do modelo previdenciário.....	27
2.3 Sistema Único de Saúde (SUS)	30
2.4 Financiamento da Atenção Básica no SUS.....	31
2.5 Atenção Primária em Saúde.....	34
2.6 A Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	37
2.7 O Processo de Implementação da ESF	39
2.8 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	42
CAPÍTULO 3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	45
CAPÍTULO 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	48
4.1 Caracterização dos Serviços de Saúde em Anápolis.....	48
4.1.1 Distribuição de Fisioterapeutas e ofertas de serviços na Rede Municipal de Saúde.....	50
4.2 O processo de implantação das equipes do NASF em Anápolis	54
4.3 Critérios e parâmetros para inserção de Fisioterapeutas nas equipes do NASF.....	64
4.4 Processos de trabalho desenvolvidos pelo nível central para gerenciamento das atividades do NASF.....	67
4.5 Processo e práticas de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	70
4.6 Processo e práticas de trabalho do fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	75
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

7 - APÊNDICE	92
7.1 Entrevista Semiestruturada	92
7.2 Figura 1 – NASF 1 e bairros que fazem coberturas	94
7.3 Figura 2 – NASF 2 e bairros que fazem coberturas	95
7.4 Figura 3 – NASF 3 e bairros que fazem coberturas	96
8 - ANEXOS	97
8.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
8.2 Consentimento da Participação da pessoa como sujeito	99
8.3 Organograma e Fluxograma de atendimento.....	100
8.4 Fluxograma de Atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	101

CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO

A Atenção Primária se caracteriza como um dos níveis de atenção à saúde, de acordo com o modelo de organização adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Complementam o sistema, além da Atenção Primária, os níveis de média e alta complexidade, nos quais são realizados procedimentos e atendimentos especializados, exames complementares e procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo (SGUARIO, 2008).

Nos serviços de Atenção Primária devem ser executadas ações como consultas, orientações, solicitação de exames, visitas e assistência domiciliar, ações coletivas, por equipes multiprofissionais, as quais deverão ser responsabilizadas pela população que vive em determinado território do município. Já os serviços de média e alta densidade tecnológica podem ser prestados em outros municípios da mesma região, a partir da pactuação dos recursos entre gestores municipais (*idem*).

Atenção Primária em Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Ministério da Saúde, 2007).

Segundo Ibanez (2006), a atenção primária em saúde surge de um movimento de formação médica e só posteriormente será remetida ao campo de competências dos serviços de saúde e a organização de suas ações.

A proposta política da atenção primária em nosso país se baseou em modelos estrangeiros. Os centros de saúde norte-americanos do início do século XX visavam integrar a prestação de serviços sociais e de saúde para comunidades excluídas, pois a aplicação efetiva destes serviços requeria uma relação com a população em seu próprio terreno e mais próxima da moradia. Muitos deles tinham em comum a responsabilidade sobre um distrito ou uma população definida e a coordenação dos recursos dentro desta área, atributos considerados essenciais nas conceituações atuais para caracterizar as práticas de atenção primária (CONILL, 2008).

Integração dos serviços de saúde significa cooperação e coordenação dos provedores para prestação de um serviço de saúde autêntico. Sendo assim,

podemos afirmar que a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias (CONTRANDRIOPOULOS, 2004).

O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (*ibidem*).

No período anterior à criação do SUS, a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (GIL, 2006).

No caso brasileiro, o referencial proposto em Alma Ata inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980, e trouxe aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos. Em meados da década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e dos incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial o Piso da Atenção Básica (PAB) em 1998, que resultou no fortalecimento da Atenção Primária e do PSF no âmbito municipal, percebe-se uma intensificação deste movimento (*ibidem*).

Uma das primeiras tentativas de interiorização do atendimento à saúde no Brasil foi o Projeto Rondon, criado em 1968, com uma concepção de integração nacional que perdurou durante o regime militar, enfraquecendo-se a partir de 1984 até sua extinção em 1989. Esse projeto voltou-se para a extensão universitária contemplando o conhecimento da realidade brasileira, a integração nacional, o desenvolvimento e a interiorização (FILHO, 2008).

A segunda experiência foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976, para estruturar a saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes. Esse programa expandiu a rede ambulatorial e o trabalho de pessoal auxiliar, não a fixação de médicos, e teve dificuldades para prestar serviços de qualidade na atenção à saúde. O cenário de redemocratização e

aprovação da Constituição Federal de 1988 intensificou o debate parlamentar sobre o setor e atuou para o encerramento do PIASS (*ibidem*).

As experiências mais importantes na área da saúde estão diretamente ligadas à aproximação com o foco das causas dos problemas, ou seja, a família e a comunidade em primeiro lugar. Significa a mudança nas prioridades do modelo, que tem sua base na promoção da saúde e na prevenção das doenças (NEUMANN, 1998).

Um exemplo disso é o trabalho comunitário da Pastoral da Criança, criada exatamente com esse objetivo, em 1983. Ela é formada por voluntários que moram em comunidades carentes e são capacitados em ações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania. Eles assumem o compromisso voluntário de visitar mensalmente as famílias vizinhas, democratizar as informações que recebem e apoiar as famílias em suas dificuldades, dentro de um contexto comunitário.

Desde o seu início este serviço provou reduzir drasticamente a mortalidade infantil e a desnutrição, além de aumentar a consciência coletiva sobre a possibilidade de a própria comunidade ser o maior agente de sua transformação social (REBIDIA, 1998).

O processo de mudança do modelo assistencial à saúde da população brasileira se baseia em duas estratégias de atenção primária à saúde: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Nacionalmente, o PACS, implantado em 1991, configurou-se como a primeira dessas estratégias a ser implementada, criado para ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e nível local, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país (ÁVILA, 2011).

O PACS tinha como principais características: visão ativa da intervenção em saúde, agindo sobre ela preventivamente; concepção de integração com a comunidade; abordagem menos reducionista sobre a saúde, não centrando as ações somente na figura do médico; enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e noção de área de cobertura - por famílias e não por indivíduos (AZOURY, 2003).

O êxito do PACS, a necessidade de incorporar novos profissionais de saúde, para que os agentes não atuassem de forma isolada (a experiência do Ceará já incorporava o enfermeiro nas ações de supervisão do agente) e a experiência de

Niterói, com o Programa Médico de Família, impulsionaram a formulação do PSF (*ibidem*).

De acordo com o Ministério da Saúde (1997), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve ser entendida como um modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade, é reconhecida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

No nordeste brasileiro, tais experiências demonstraram-se exitosas, proporcionando a sustentação dos referenciais técnico-operacionais do Programa e a expansão da ESF em diversas regiões do país (AMATO, 2010).

Seguindo essa lógica e corroborando com o que Barbosa (2010) diz que a organização territorial, o espaço físico da ESF deixa de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, passando a ser um campo no qual se verifica a interação população-serviços no âmbito local e que se caracteriza por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geográfica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (*idem*).

Em 1994, a ESF chega a grandes centros urbanos (São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre) e o impacto desta na melhoria das condições de saúde de indivíduos e grupos sociais não apenas se confirmaram como ganharam grande repercussão no país, configurando-se assim, em uma das prioridades do Ministério da Saúde como política de qualificação da atenção básica (*idem*).

A ESF é entendida como uma reorganização e reorientação do modelo assistencial, mediante a disposição de equipes multiprofissionais em unidades de saúde distribuídas em territórios delimitados espacialmente.

Assim, com a necessidade de gerenciar e atender às demandas desse território como espaço vivo e com muitas particularidades, surge a necessidade de ampliação das equipes de Saúde da Família (eSF), agregando a elas profissionais de distintas áreas, capazes não só de solucionar problemas de saúde, mas também

de ordem política, social, cultural e econômica, possibilitando a integralidade da assistência, e fortalecendo assim o SUS.

Os países em desenvolvimento vivem atualmente um processo de transição demográfica com o envelhecimento da população, devido ao desequilíbrio entre as taxas de natalidade e mortalidade e o aumento da longevidade (ALVES, 2007).

As projeções demográficas vêm demonstrando que o século XXI se caracterizará pelo aumento significativo de idosos no contexto populacional enquanto fenômeno mundial. É sabido que o envelhecimento populacional no Brasil está se dando de forma rápida, de modo que, já ao fim da primeira década do presente milênio, teremos uma pirâmide retangularizada (CHAIMOWICZ, 1997).

A transição demográfica vai tecendo um quadro que afeta o perfil epidemiológico ocasionando um incremento das doenças crônicas degenerativas na população que podem evoluir com perda de capacidade funcional, gerando cuidados de saúde de longa duração e que, sem uma adequada intervenção, podem resultar em cuidados caros e de alta complexidade, justificando assim, a importância de profissionais de diversas formações, como nutricionistas, educadores físicos e fisioterapeutas, entre outros, nesse processo. (PAPALÉO NETTO, 2007).

Lerner (1973 *apud* Schramm 2004) tem um conceito mais amplo da definição de transição epidemiológica, ele define como *transição da saúde*, que inclui elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas.

Schramm (2004, p. 2) cita Frenk *et al.*, (1991) que diz que a transição de saúde pode se dividir em dois elementos principais:

(...) de um lado, encontra-se a *transição das condições de saúde* (referindo-se às mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressas através das mortes, doenças e incapacidades) e de outro, a resposta social organizada a estas condições que se instrumenta por meio dos sistemas de atenção à saúde (*transição da atenção sanitária*), determinada em grande medida pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo (sic.).

O Brasil deverá passar, entre 1960 e 2025, da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais. Por estar intrinsecamente relacionada à modificação da incidência e prevalência de doenças na população, a velocidade com a qual este processo vem ocorrendo

deverá determinar grandes dificuldades ao Estado para lidar com o novo perfil epidemiológico que aos poucos se sobrepõe, sem substituir, completamente, o perfil anteriormente predominante (CHAIMOWICZ, 1997).

O conceito de “transição epidemiológica” refere-se às modificações, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (*ibidem*).

Chaimovicz (1997) afirma que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica (...) modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos as seqüelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocados pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer (sic.).

Segundo Kalache (1987, p. 1):

Na América Latina, entre 1980 e o ano 2000 deverá ocorrer um aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões), enquanto que o aumento da população acima de 60 anos será de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões), ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo. A longo prazo, as perspectivas são ainda mais impressionantes (...) Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus cedendo lugar a países caracteristicamente jovens como a Nigéria, Brasil ou Paquistão. Em termos práticos, o aumento é sem precedentes. Por exemplo, no Brasil, o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será de não mais que cinco vezes no mesmo período. Tal aumento colocará o Brasil, no ano 2025, com a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos.

O processo de transição demográfica tem rebatimento direto sobre os serviços de saúde, com conseqüente necessidade de aumentar a cobertura e diversificar a oferta de serviço.

O Ministério da Saúde define o trabalho de equipes da Saúde da Família como sendo o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes

comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. Posteriormente foram implantadas as Equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2008).

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS.

Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, atento as políticas do SUS de integração da atenção e ampliação da abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolubilidade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154/2008. O fisioterapeuta é um dos profissionais que podem vir a compor equipe do NASF.

Ao contrário da Estratégia de Saúde da Família, o NASF, como determina a Portaria nº 154/08, não se constitui porta de entrada do sistema, devendo atuar de forma integrada a rede de serviços de saúde e trabalhar conjuntamente com as equipes de saúde da família (BRASIL, 2008).

A implantação dos NASF nos municípios, que possuem equipes de Saúde da Família, prevê uma revisão da prática de encaminhamento dos usuários e devem assim ampliar o escopo das ações da atenção básica com responsabilidade compartilhada e, de certa forma, fortalecendo os atributos da atenção primária, especialmente o da resolubilidade.

Levando em consideração a mudança do perfil epidemiológico e demográfico ao qual a população brasileira vem sendo acometida, justifica-se a importância do fisioterapeuta nos serviços de saúde, e no caso deste estudo, na atenção básica.

Para Celita Salmaso Trelha *et al* (2007 *apud* REBELLATO, 1999) a própria origem da Fisioterapia direcionou a atuação deste profissional para atividades reabilitadoras. Em decorrência das grandes guerras, o fisioterapeuta surgiu, principalmente para tratar de pessoas fisicamente lesadas. O que mascara uma de suas principais funções que é a atuação no campo de promoção à saúde.

O fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de atenção primária à saúde, apesar de sua inserção nesses serviços ser um processo em construção. Baseado nos níveis de prevenção do SUS, o fisioterapeuta é capaz de desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção dentro de uma equipe multidisciplinar, enriquecendo ainda mais os cuidados de saúde da população (BARAÚNA, *et al*, 2008).

No desenvolvimento de ambientes saudáveis, a atuação do fisioterapeuta passa por ações prestadas junto aos indivíduos, às famílias e à comunidade, com o objetivo de promover condições dignas de vida e saúde. Podendo atuar principalmente no desenvolvimento de hábitos saudáveis e contribuir para a promoção da Saúde, tanto nas habilidades individuais quanto nas questões estruturais que dizem respeito às condições de vida (BARAÚNA, *et al*, 2008).

Com isso, a fisioterapia contribuiria com a equipe em busca de mais resolubilidade e praticidade, oferecendo ações de baixo custo, criando vínculo com a comunidade, valorizando a profissão e garantindo o seu reconhecimento por todos que assistem. Sendo mais uma oportunidade para oferecer ao paciente uma melhor qualidade de vida e possibilitar a recuperação do convívio social (BARAUNA, *et al*, 2008).

Esta pesquisa tem como tema “a fisioterapia na atenção básica”, e assume como objeto de pesquisa “o processo de trabalho dos NASF em Anápolis”. Defini-se assim como problema de estudo “o processo de implantação dos NASF e organização do processo de trabalho do fisioterapeuta na Atenção Primária no município de Anápolis”.

Como ponto de partida leva-se em consideração às seguintes questões norteadoras: “*Como se desenvolveu o processo de implantação das Equipes de NASF no município de Anápolis? (regras, diretrizes, critérios para escolha da composição das equipes e da distribuição delas)*”, “*Como se organiza o processo de trabalho dentro da Equipe do NASF?*”, “*Como é a dinâmica de trabalho (processo de trabalho e infraestrutura) do fisioterapeuta na Atenção Básica em Anápolis?*” e “*Como se deu a inserção do fisioterapeuta na rede municipal de saúde?*”

O estudo tem por finalidade descrever e analisar o processo de implantação das Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Anápolis. Como objetivos específicos dimensionar a distribuição de fisioterapeutas na rede municipal de saúde de Anápolis; caracterizar a oferta de

serviços de Fisioterapia na rede pública do município de Anápolis; descrever o processo de implantação das equipes do NASF em Anápolis; identificar critérios e parâmetros para inserção de Fisioterapeutas nas equipes do NASF e analisar a inserção e a prática do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família do município de Anápolis.

CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Um breve histórico da saúde pública no Brasil

Na Antiguidade (4.000 a.C. e 395 d.C.) havia uma forte preocupação com as pessoas que apresentavam “doenças”. Havia preocupação em eliminar essas “diferenças” por meio de recursos, técnicas, instrumentos, procedimentos. A preocupação principal era a utilização dos agentes físicos como tratamento de morbidades que acometiam o homem. No Renascimento houve preocupação nos estudos relativos ao bem estar físico do homem, nos quais a atenção se voltava para outros níveis ou abrangência de aplicação das ações de saúde além do âmbito curativo. Ao apresentar exercícios para conservar um estado saudável já existente, regularidade no exercício e exercícios para pessoas com ocupações sedentárias, aproxima-se à promoção de saúde, caracterizando ações de saúde que definem uma medicina preventiva (BOTOMÉ e REBELLATO, 1999).

Com a finalidade de compreender melhor como o fisioterapeuta se insere na Saúde Pública, mais especificamente na Atenção Básica, é preciso entender como se deu a trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Para isso, será feita uma breve retrospectiva desse movimento contínuo, pois a sua implementação ainda está em andamento.

De 1500 até o Primeiro Reinado a atenção à saúde limitava-se aos recursos da terra (plantas, ervas) praticada, principalmente pelos curandeiros (conhecimento empírico). Na República de 1889 até 1930, o modelo de intervenção foi denominado de campanhista, e foi concebido dentro de um modelo militar, onde os fins justificavam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram os instrumentos de ação (POLIGNANO, 1999).

Em meados da década de 1910, a população urbana ficou ameaçada pela carestia, pelo aumento da miséria e pelo agravamento das condições de habitação e de transporte. A crise social tornou-se muito pronunciada, e a ocorrência da epidemia da gripe espanhola, em 1918, causou profunda crise sanitária em razão das penosas condições em que se realizaram a industrialização e a urbanização do país (COSTA, 2006).

Essa situação marca o início de um processo social de mudança no qual a economia do Brasil, antes voltada para o saneamento do espaço de circulação das mercadorias, por meio de medidas vacinais em massa, passa a caracterizar-se, a partir de 1920, como uma economia industrial, com a atenção voltada ao indivíduo, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva (MENDES, 1994).

Conforme Bravo (2001) a saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922.

Bravo (2001, p. 3) afirma que:

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves.

Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). As CAP's funcionavam em regime de capitalização, mas ainda assim eram estruturalmente frágeis, pois: tinham um número reduzido de contribuintes, seguiam hipóteses demográficas de parâmetros duvidosos, além de possuir muitas fraudes na concessão de benefícios (POLIGNANO, 1999).

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2001).

Getúlio Vargas transforma as CAP's em Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAP's, unificando as diversas CAP's em uma mesma categoria. Com a centralização da administração dos recursos, foi possível ampliar e estender os benefícios, já que na forma anterior as pequenas empresas encontravam dificuldades de organizar as suas CAP's.

Prova desta fragilidade foi que Getúlio Vargas suspendeu as aposentadorias das CAP's durante seis meses e promoveu uma reestruturação que acabou por substituí-las por Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's).

Neste período também são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) na lógica do seguro social e nesta década situamos a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o Salário Mínimo, a valorização da saúde do trabalhador e outras medidas de cunho social, embora com caráter controlador e paternalista (Yazbec, 2009).

Progressivamente, o Estado amplia sua abordagem pública da questão, criando novos mecanismos de intervenção nas relações sociais como legislações laborais e outros esquemas de proteção social como atividades educacionais e serviços sanitários, entre outros. O projeto de um Estado Corporativo, focado na mediação entre capital e trabalho, é congruente com uma agenda de serviços de proteção social destinados aos trabalhadores (NICZ, 1982 *apud* POLIGNANO, 1999).

Os IAP's foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL).

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões: o dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição definia, no artigo 46, os benefícios assegurados aos associados: 1) aposentadoria; 2) pensão em caso de morte para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55; assistência médica e hospitalar, com internação até trinta dias; socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração (POLIGNANO, 1999).

Os IAP's que, a princípio, não se dispunham a fornecer esse tipo de cobertura, começaram a diferenciar-se em suas estruturas, prestando serviços no âmbito da assistência médica. O crescimento das desigualdades sociais entre as diversas categorias de trabalhadores, no que diz respeito à legislação, recursos financeiros e condições de trabalho, refletia o perfil da estratificação social que caracterizava a sociedade (IYDA, 1994 *apud* BERTOLOZZI, 1996).

O período de 1930 a 1945, conforme comentado por Mendes (1994), constitui o início da previdência social brasileira, em que prevalece a doutrina do seguro, a orientação economizadora de gastos e a organização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais. A assistência médica, nessa época, passa a ser secundária e provisória. Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes.

A aceleração do crescimento industrial aumentava a preocupação com a manutenção da força de trabalho em condições de produção, bem como na sua reintegração rápida ao processo de produção. Para responder a essas demandas, várias instituições de trabalho passaram a criar serviços de atendimento ambulatorial, de caráter terapêutico e, alguns, em nível de reabilitação (*idem*).

Segundo NICZ (1982 *apud* POLIGNANO, 1999), as seguidas crises financeiras dos IAP's, e mesmo o surgimento de outros mecanismos captadores de investimentos (principalmente externos), fazem com que progressivamente a previdência social passe a ter importância muito maior como instrumento de ação político-eleitoreira nos governos populistas de 1950-64, especialmente pela sua vinculação clara ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB).

Para Bravo (2001, p. 5 e 6):

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente diferente no regime que se instalou no país após 1964.

A partir da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização e o assalariamento de parcelas crescente da população, ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 1999).

Foi promulgada a lei 3.807, em 1960, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e, naturalmente, os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência (POLIGNANO, 1999).

No Brasil, a luta por saúde como um direito ganha destaque em 1963 com a 3ª Conferência Nacional de Saúde, onde se definiu o direito de todos à saúde e a municipalização como o caminho para implantá-lo. Isso foi interrompido pelo Golpe Militar e pelo período de ditadura que se seguiu (MARTINS, 2004).

Com o avanço do processo de industrialização vivido a partir de 1950, houve um deslocamento do pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, o que gerou uma massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Dessa forma, os IAPs foram concentrados e substituídos pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966, visando à uniformização dos benefícios. Porém, com o golpe de 1964, viu-se a junção dos IAPS no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1967, continuando o setor saúde para os trabalhadores formais com registro em carteira de trabalho (NICZ, 1982).

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. A separação entre ações de saúde pública, a cargo do Ministério da Saúde, e as de assistência médica hospitalar, sob responsabilidade do Ministério da Previdência Social. É uma característica da política de seguridade social que vai se estender da criação dos IAPS até a implantação do SUS. O setor previdenciário tinha a hegemonia deste processo em função da quantidade de recursos que arrecadava e das várias atividades do estado que financiava com estes recursos. Na verdade, então, o setor previdenciário teve sempre importância maior que o setor saúde, que só passa a ter posição de destaque a partir da constituição de 88 com a unificação das ações de promoção, prevenção e assistência no Ministério da Saúde.

Uma das principais diretrizes da Reforma Administrativa Federal era dotar a máquina administrativa governamental de instrumentos que possibilitassem a sua modernização e racionalização (recorrendo, sempre que possível, à execução indireta, mediante contrato). Com base nessas diretrizes foi criado o INPS,

absorvendo os antigos IAPs. O INPS passou a ser o órgão responsável pela cobertura de assistência médica a todos os previdenciários através da contratação de serviços privados de saúde (BALDIJÃO, 1992).

Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, a criação do INPS não introduziu alterações significativas, apenas deu continuidade à dicotomia já existente entre as ações de saúde de caráter individual, desenvolvidas pelos IAPs, e as ações de saúde pública, que eram desenvolvidas pelos serviços estatais de saúde (*idem*).

O aumento da base de contribuição, aliado ao crescimento econômico da década de 70 (o chamado milagre econômico), do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a da assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios (POLIGNANO, 1999).

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos, o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial (POLIGNANO, 1999).

Sobre a viabilização da Política de Saúde, Pessoa (2005, p. 5) diz que:

(...) o Fundo de Apoio de Desenvolvimento Social da Caixa Econômica Federal (FAS/CEF) lida, entre 1976 e 1983, com um volume significativo de recursos e é um dos responsáveis pela expansão de unidades hospitalares de média complexidade, municipais, estaduais e filantrópicas distribuídas pelo interior dos estados. Paralelamente ao financiamento de iniciativas para a expansão e organização do Sistema Nacional de Saúde desenvolvem-se projetos para a formação de recursos humanos, sobretudo de nível médio e elementar, para dar conta da operacionalização do novo modelo de atenção, que privilegia a atenção básica e a participação comunitária.

Os gastos com assistência médica, que continuaram a crescer neste período, chegam a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS em 76. A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Exemplo do descaso com as ações coletivas e de prevenção é a diminuição do

orçamento do Ministério da Saúde, que chegaram a representar menos de 1,0% dos recursos da União (ACURCIO, 1998).

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público, inicialmente por meio de convênios (SOUZA, 2002). A crise fiscal sinaliza o esgotamento do modelo de saúde de corte previdenciário. Com a crise econômica o regime busca alternativas para sua reestruturação.

2.2 - Crise e estratégias de reestruturação do modelo previdenciário

A crise aponta para os movimentos de busca de alternativas, destacando a Lei 6229 que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS-1975), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS-1976), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE-1980) e o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP-1982), iniciativas que têm sido objeto de várias discussões e estudos. Embora parciais, são considerados por estudiosos e técnicos da área como passos significativos para a reordenação do setor (PAIM, 1986).

O PIASS estrutura-se com base nos seguintes postulados: máxima extensão de cobertura dos serviços de saúde - com prioridade na atenção das zonas rurais e pequenas comunidades e Regionalização da Assistência – com base nas premissas da desconcentração dos serviços, da descentralização das decisões e da hierarquização da rede de unidades (PESSOA, 2005).

A lógica de funcionamento e de operação do Programa dá-se na integração dos três níveis de assistência, que se estruturariam como uma rede de unidades de complexidade crescente, possibilitando um sistema de referência e de contra-referência de modo a garantir o acesso da população aos serviços mais especializados – Hospitais Locais, Regionais e Especializados.

A partir de 1979, o PIASS expandiu-se para o Norte, Centro-Oeste, Espírito Santo e Minas Gerais, enfatizando inicialmente as zonas de maior

concentração de pobreza e adaptando o modelo às características regionais, de modo a privilegiar a integração das unidades PIASS em nível federal, estadual e municipal.

Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. A criação do INAMPS se dá dentro de um processo de reorganização administrativa da previdência (criação do SINPAS, que abrigava INPS, INAMPS e IAPAS) (POLIGNANO, 1999).

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, antiga União Soviética, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A Conferência culminou com a "Declaração de Alma-Ata", devidamente aprovada pela 32ª Assembléia da OMS em 1979, que prescreveu a Atenção Primária de Saúde como a principal estratégia para atingir o objetivo maior de promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos dentro da meta de "Saúde para todos no ano 2000" (WHO, 1978).

Em 1982, governo Figueiredo, a Presidência da República instituiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha como missão realizar o diagnóstico da assistência médica, no âmbito da previdência, e estabelecer ações que permitissem o equacionamento dos problemas encontrados.

Em 1983 foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativo-preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

No que se refere ao Plano do CONASP, Teixeira (1984) sugeriu uma "dupla leitura" acerca dessa proposta política: 1. "A mera contenção dos gastos da Previdência com assistência médica, preservada a hegemonia do setor privado prestador de serviços médicos e o modelo lucrativo e curativo"; 2. "uma mudança profunda do próprio modelo em direção a um sistema único de saúde, com a direção

do setor público, integração e hierarquização dos serviços, universalização do direito à assistência, integração das práticas preventivas e curativas”.

O CONASP passa a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários. Entendendo-se por anéis burocráticos essas relações especiais mantidas entre grandes instituições privadas e o Estado, nas quais interesses de determinados grupos são favorecidos pelo acesso às decisões e aos recursos públicos, em detrimento de outros grupos, sejam eles públicos ou privados. (FERNANDES, 2009) (sic.).

Segundo Polignano (1999, p. 20):

Para se mencionar a forma desses grupos atuarem, basta citar que eles opuseram e conseguiram derrotar dentro do governo com a ajuda de parlamentares um dos projetos mais interessantes de modelo sanitário, que foi o PREV-SAÚDE, que depois de seguidas distorções acabou por ser arquivado. No entanto, isto, não impediu que o CONASP implantasse e apoiasse projetos pilotos de novos modelos assistenciais, destacando o PIASS no nordeste.

Em maio de 1984 foi estabelecida a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), envolvendo além do Ministério da Previdência e Assistência Social, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mais dois Ministérios: Educação e Saúde (um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativo-preventivas e educativas ao mesmo tempo). A partir de então, a proposta se expande para os demais estados, assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios (PAIM, 1986).

Segundo Mendes (1996) as AIS, implantadas em 1983 como um programa de atenção médica, adquiriram, a partir do fim do regime autoritário, na Nova República, um desenho estratégico de cogestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde. Importa salientar que as AIS modificaram-se, qualitativamente, a partir de ações dentro das instituições propositadamente preparadas para sustentar o modelo médico-assistencial privatista, o INAMPS.

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) (POLIGNANO, 1999).

O movimento sanitarista ganha impulso com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), quando com respaldo da sociedade civil, técnica, prestadores, administradores e representantes do legislativo, se consolidam as propostas que acabam servindo como diretrizes para as definições constitucionais da Carta de 1988 (MARTINS JR, 2004).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. A partir daí, vem sendo socialmente construído num movimento de tipo incrementalismo lento, especialmente através de normas operacionais, condensadas pelos três níveis de governo e materializadas em Portarias Ministeriais (MENDES, 2004).

Na Constituição de 1988, consegue-se garantir uma série de avanços para o Sistema de Saúde brasileiro, definindo-se um modelo baseado na concepção de saúde como qualidade de vida, conquistada através de políticas econômicas e sociais que tenham como fim a Universalidade, Equidade e Integralidade e baseado na perspectiva de um Estado Democrático, com sistema organizado de forma descentralizada, articulado em redes regionais e com garantia de participação da comunidade através do controle social (MARTINS, 2004).

O SUS, nesses vinte anos, vem apresentando vários avanços, dentre os quais pode ser destacado: a universalização da atenção à saúde, principalmente na atenção básica, por meio da Estratégia da Saúde da Família; o acesso aos medicamentos; a atenção à saúde bucal e às urgências; o aprimoramento das ações de vigilância à saúde; e a participação social. Existem, também, vários desafios para os próximos anos, principalmente no que se refere à qualificação das ações e serviços ofertados à população e a garantia por lei de um financiamento sustentável (*idem*).

2.3 - Sistema Único de Saúde (SUS)

O desenho do SUS teve influência do ideário das reformas dos sistemas contemporâneos na década de setenta, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde (CONILL, 2008).

A efetiva consolidação do SUS está diretamente relacionada à superação dos riscos de doença, outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e

serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os direitos sociais estabelecidos pela Constituição (BARAÚNA, *et al*, 2008).

A Lei 8.080/90 (regulamentada em 29/06/2011) preconiza a universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social. Machado (2010) afirma que a gestão participativa vem somar a esses princípios doutrinários a ampliação dos espaços públicos de construção e pactuação da política de saúde nas esferas governamentais, fortalecendo os espaços instituídos de controle social, mobilizando a população em torno do direito à saúde e, ao mesmo tempo, promovendo a equidade. Esses fatores criam, na estrutura do Ministério da Saúde, um espaço de inclusão e diálogo com grupos populacionais socialmente excluídos.

Os três princípios básicos do SUS são: Universalidade (onde todo cidadão tem direito à saúde); a Equidade (todos são iguais perante o SUS) e Integralidade (onde o homem é considerado um ser integral).

2.4 - Financiamento da Atenção Básica no SUS

Pode-se dizer que o processo de mudança na Atenção Básica no SUS foi marcado pelo processo de municipalização das unidades de saúde, desencadeado pela Norma Operacional Básica (1993) – NOB/93 – instrumento jurídico institucional editado pelo Ministério da Saúde, que promoveu alterações importantes na configuração do SUS e na política sanitária dos anos 90 (SEMINÁRIO INTERNACIONAL, 2002).

Dentre as mudanças geradas, a NOB/93 redefinia os papéis dos entes governamentais – federal, estadual, e municipal – instituía a execução do SUS descentralizada por níveis de gestão (incipiente, parcial e semiplena) e a transferência direta de recursos financeiros para os municípios e estados habilitados.

Em 1996, o Ministério da Saúde editou outra Norma Operacional Básica, a NOB/96, que substituiu a norma anterior e contribuiu decisivamente para o fortalecimento da Atenção Básica, criando o Piso da Atenção Básica (PAB) que teve sua implantação adiada por dois anos, entrando em vigor efetivamente a partir de 1998. A Portaria 1.882/GM de 18 de dezembro de 1997 estabelece o PAB e sua composição (*idem*).

A NOB/96 representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da Municipalização. Esta NOB revoga os modelos anteriores de gestão propostos na 01/; 93, e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão, conforme mostra quadro 1.

Quadro 1- Comparativo entre gestão plena da Atenção Básica e plena do Sistema Municipal

GESTÃO PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA	GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL
Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.	Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar.
Gerência de unidades ambulatoriais próprias	Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência
Gerência das unidades ambulatoriais do estado e/ou da União	Gerência das unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e/ou da União
Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS	Introduzir a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS
Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB para todos os casos de referência interna ou externa ao município	Prestação dos serviços ambulatoriais e hospitalares para todos os casos de referência interna ou externa ao município
	Normalização e operação de centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares
Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB	Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares
Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional	Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional
Autoriza AIH e Proced. Ambulatoriais Especializados	Autoriza, fiscaliza e controla as AIH e Proced. Ambulatoriais

	Especializados e de alto custo
Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia	Execução de ações de vigilância sanitária e de epidemiologia

FONTE: Brasil, 1997.

A criação do PAB foi fundamental para a indução da ampliação da Atenção Básica, instituindo-se repasses de recursos para Atenção Básica com base em critérios populacionais e suprimindo o pagamento por produção de serviços nesse nível. Dessa forma, gerou mais autonomia aos gestores municipais para desenvolver e custear as ações básicas de saúde, de acordo com a realidade e as necessidades locais (SGUARIO, 2008).

Além de conferir maior autonomia, o PAB possibilitou a introdução de diversos aspectos positivos na operacionalização do próprio SUS, como por exemplo: o aumento do montante de recursos federais transferidos aos municípios para o custeio das ações de Atenção Básica, especialmente para aqueles localizados nas regiões mais carentes de recursos; incentivo para o desenvolvimento de ações e procedimentos de atenção básica, com ênfase nos aspectos de prevenção de doenças e promoção da saúde; estímulo para reorganização da atenção básica nos municípios; adoção de uma visão mais federativa do processo de descentralização, uma vez que os recursos passaram a ser condicionados aos números de habitantes dos municípios; e indução gradativa da mudança do modelo assistencial, a partir do incentivo ao desenvolvimento de programas inovadores, como é o caso do Programa de Saúde da Família (VIANA, 2008).

Para Draibe (2003), a forma de repasse financeiro criada com o PAB introduziu um mecanismo redistributivo, por meio da fixação de um piso mínimo nacional, definindo um valor mínimo *per capita* por habitante/ano. Ou seja, na atenção básica substituiu-se o tradicional critério de oferta de serviços (repasso de recursos de acordo com o número de pessoas atendidas) pelo critério da demanda (repasso de acordo com o número de habitantes). Reforçou-se, desse modo, a redistributividade do gasto regional e entre municípios, aumentando os impactos financeiros do SUS nos municípios pobres e desprovidos de serviços, por isso mesmo não atendidos pelo critério anterior. Também agilizou o fluxo de recursos com a introdução da modalidade de repasse de recursos diretamente aos fundos de saúde municipais, eliminando trâmites burocráticos que pouco contribuía para o desenvolvimento das ações de saúde.

Para Marques (2003), essa forma de repasse refletiu em um aumento dos recursos federais transferidos aos municípios, sendo que em 1993 essas transferências representavam apenas 1,7% da despesa do Ministério da Saúde, passando para 24% em 1998.

O montante de recursos federal repassados para Atenção Básica (PAB), deve ser destinado exclusivamente para custear as ações e serviços de saúde executados na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e coerentes com o Plano Municipal de Saúde. É importante observar que os recursos do PAB não substituem as fontes de recursos próprios que devem ser destinados à saúde pelos estados e municípios, constituindo assim um financiamento tripartite.

O PAB é constituído por dois componentes (PAB fixo e PAB variável) que exigem requisitos diferentes para seu recebimento. O PAB fixo é transferido de forma automática e regular, de acordo com número da população. É calculado pela multiplicação de um valor *per capita* nacional, entre R\$15,00 e R\$18,00, pela população do município. O PAB variável está condicionado a adesão dos municípios ou estados ao Programa Saúde da Família, Programa Agentes Comunitários de Saúde, recentemente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros.

Em 2006, foi divulgado o Pacto pela Saúde, através da Portaria nº 399 de 22 de fevereiro deste mesmo ano. Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde 2006, que tem a proposta de ser anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implica o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O pacto pela saúde foi uma estratégia para substituir as normas verticalizadas do Ministério da Saúde por um processo de maior protagonismo dos gestores nas decisões sobre a implementação do sistema. Entre as alterações propostas pelo pacto está a de criação de blocos de financiamento, entre eles o da atenção básica.

Sguario (2008) faz uma reflexão sobre isso e diz que “uma das intenções dessa forma de organizar os recursos federais (em blocos de financiamento) seria a de acabar com as ‘caixinhas’ de recursos que o município recebe e dar mais autonomia para o gestor municipal executá-los, conforme suas necessidades e

programações pactuadas no município. O que aconteceu com o Pacto pela Saúde foi apenas a redução das caixinhas e não a eliminação, além de os blocos de financiamento continuarem com suas divisões internamente.

Em relação às linhas de atenção à saúde o PNS tem como objetivo efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do SUS, usando estratégias de atendimento integral – a exemplo da saúde da família – e promovendo a articulação intersetorial e com os demais níveis de complexidade da atenção à saúde (PNS-2006).

2.5 - Atenção Primária em Saúde

Nos anos 90, instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), o desafio foi reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Primária à Saúde. Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade ou entre profissionais de saúde e usuários, dentro de dado território, tendo por referência o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (VIANA, 2008).

Atenção primária em saúde é termo que envolve distintas interpretações, como apontado pela autora que identifica duas concepções predominantes: cuidados ambulatoriais na porta de entrada e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada. (GIOVANELLA, 2008).

O referencial proposto por Starfield (2002) se desdobra em dimensões de avaliação da atenção básica à saúde, denominadas de: acessibilidade, porta de entrada, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional, com as correspondentes definições:

- Acessibilidade – presença ou ausência de barreiras financeiras, organizacionais, e/ou estruturais para se conseguir atenção básica à saúde;
- Porta de entrada – o grau dos serviços em se constituírem como porta de entrada para os outros níveis de atenção, exceto em emergências;
- Vínculo ou longitudinalidade – diz respeito à utilização regular do estabelecimento pela população e o foco da equipe na população adstrita;
- Elenco de serviços – contempla o adequado fornecimento de um rol mínimo de serviços adequados às necessidades da população adstrita;

- Coordenação ou integração de serviços – contempla a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e a integração com os serviços de outros setores sociais;

- Centralidade na família – na assistência, contemplar o contexto e a dinâmica familiar; - Orientação para a comunidade – a capacidade da atenção primária em reconhecer e responder às necessidades da comunidade e promover ações intersetoriais nas ações comunitárias;

- Formação profissional – envolve o conteúdo e a extensão da capacitação da equipe de atenção básica à saúde.

Segundo diretriz conceitual da Atenção Primária e a Saúde da Família (BRASIL, 2007): a expansão e a qualificação da atenção primária, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

A Saúde da Família, segundo a Política Nacional de Atenção Primária (PNAB/2006, p. 3), tem como principal propósito *“consolidar e qualificar a estratégia da Saúde Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)”*. Apresenta os seguintes fundamentos:

- a) efetivar a integralidade de forma interdisciplinar e com coordenação do cuidado na rede de serviços;

- b) desenvolvimento de práticas em saúde a partir do diagnóstico do território local, tendo como foco a família e a comunidade e, ainda, que preconizem o vínculo, a co-responsabilização e a atenção continuada;

- c) criação e/ou aprimoramento de sistemas de avaliação e monitoramento dos indicadores de saúde;

- d) ampliar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde;

- e) desenvolver ações intersetoriais e a integração com instituições e organizações sociais;

- f) estimular a participação popular e controle social, como espaço de construção de cidadania.

Uma das características do perfil de saúde das sociedades é a forma dinâmica e intensa com que este se transforma em períodos de tempo relativamente curtos. Assim, as últimas décadas, da mesma forma que foram caracterizadas por

importantes mudanças na vida econômica e social do nosso país, apresentaram também importantes mudanças nas condições de vida e de saúde da sua população (BARROS, 1996).

Segundo Aleixo (2002, p. 3):

A Atenção Primária de Saúde compõem-se de algumas atividades ou ações básicas de saúde, como as que se seguem: educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção da doença; atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; imunização; combate às enfermidades endêmicas locais; tratamento das doenças e traumatismos comuns e provisão de medicamentos essenciais. Essas ações básicas devem ser desenvolvidas, ainda de acordo com a OMS, dentro de um contexto obrigatório de: integração ao sistema nacional de saúde; estreita cooperação dos setores sociais e econômicos; redistribuição dos recursos disponíveis em direção aos desassistidos; eficiente organização do sistema, dos serviços e das ações básicas, secundárias e terciárias de saúde, em termos de suficiência e qualidade; maior participação e controle pela sociedade.

Esta interpretação de Atenção Primária à Saúde, denominada de abrangente ou ampliada, corresponde a uma concepção de modelo assistencial centrado na Atenção Primária à Saúde com garantia de atenção integral. (GIOVANELLA, 2008)

Segundo Giovanella (2008, p. 22):

Nas proposições de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária – que inclui prevenção, promoção, cura, reabilitação – e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde.

2.6 - A Estratégia de Saúde da Família (ESF)

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é considerado uma importante estratégia no aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. O programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde voltados para o combate à mortalidade infantil, como o trabalho desenvolvido pela Pastoral da Criança. Sua meta se consubstancia na contribuição para reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração

das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre comunidade e as unidades de saúde (BRASIL, 2001).

Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA, 2005).

Segundo GIL (2006, p. 1178):

Pode-se considerar que o PSF avançou de *programa* para *estratégia* em parte devido ao acúmulo subjacente ao debate e experiências em torno destes referenciais. No nosso entendimento, o PSF apóia-se mais no referencial da Vigilância à Saúde (organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersectorialidade, discriminação positiva de saúde, paradigma da produção social da saúde) que sustenta a Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária.

O PSF surgiu, no final de 1993, para atender o núcleo familiar enfrentando os problemas na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizando os serviços de acordo com as reais necessidades da população que se manifestam como prioridades (OLIVEIRA, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (sic).

Desde a sua emergência observam-se mudanças nas condições de sustentação financeira e política, indicando o planejamento de sua expansão, induzido pela normatização do processo de descentralização do sistema de saúde (VIANA, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (PSF) tem a proposta de fazer uma nova abordagem do processo saúde-doença nos serviços públicos de saúde, buscando um novo enfoque, que leva a equipe multidisciplinar para perto das famílias visando a uma mudança da orientação do modo de tratar a saúde,

anteriormente voltado para o campo curativo, conduzindo-o para mais próximo do campo da promoção e da prevenção, além de atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população geral, mantendo sempre seus princípios e diretrizes (CASTRO, *et al*, 2006).

Segundo Campos (2003, p.570):

Busca-se criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. Princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor.

Hoje, em fase de expansão em todo território nacional, a Saúde da Família define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de um vínculo social entre população e profissionais, em contato permanente com o ambiente territorial (VIANA, 2008).

As unidades de Saúde da Família passariam a atuar com equipes multiprofissionais, compostas, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Assim, se assumia o desafio do trabalho em equipe multidisciplinar, com responsabilização sobre um território onde vivem, em média, mil famílias. As definições de responsabilidade territorial e de adscrição de famílias (introduzidas no PACS e ampliadas na ESF) conferiam ao programa uma característica especial: a potencialidade para resgatar os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde, os profissionais e a população (BRASIL, 2003).

A evolução da Estratégia de Saúde da Família está relacionada ao processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, respeitando as particularidades de cada região. Sua expansão demonstra importante adesão dos gestores municipais e estaduais, que compartilham responsabilidades com o Ministério da Saúde na busca da sustentabilidade do programa (BRASIL, 2003).

2.7 - O Processo de Implementação da ESF

O foco da atenção em saúde à população, no Brasil, vem se deslocando para fazer face ao fato de que, nas últimas décadas, o país passou por transições demográficas e epidemiológicas importantes, como a queda da fecundidade e o aumento da longevidade. Mudanças em relação aos indicadores como analfabetismo e saneamento básico, continuam refletindo as desigualdades sociais nas diferentes regiões do país (SANTOS, *et al*, 2007).

Chaimovicz (1997) diz que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. De um modo geral, a queda inicial da mortalidade concentra-se entre as doenças infecciosas e tende a beneficiar os grupos mais jovens da população.

Ainda de acordo Chaimovicz (1997, p. 07):

Estes “sobreviventes” passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais freqüentes as complicações daquelas moléstias. Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente através da cura ou do óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos as seqüelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira provocados pelo diabetes e a dependência determinada pela demência de Alzheimer (sic.).

Partindo deste discurso pode-se dizer que a Atenção Primária em Saúde tem novos desafios a enfrentar. O autor cita como exemplos patologias que podem ser trabalhadas de forma preventiva, na atenção primária, para que não culmine com sequelas graves. Um outro importante aspecto deste movimento de mudança é a incorporação do conceito de modelo de atenção às condições agudas em detrimento de um modelo de atenção às condições crônicas (CHAIMOVICZ, 1997).

Com a necessidade de gerenciar e atender às demandas desse território como espaço vivo e com muitas particularidades surge a necessidade de ampliação das Equipes de Saúde da Família (ESF), agregando a elas profissionais de distintas áreas, capazes não só de solucionar problemas de saúde, mas também de ordem política, social, cultural e econômica, possibilitando a integralidade da assistência, e fortalecendo assim o SUS (RIBEIRO, 2010).

Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias,

democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Gil (2006) faz algumas reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários ainda hoje suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde. No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Após sua criação e o desenvolvimento de seus mecanismos financeiros e operacionais, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Primária como referência aos serviços municipais.

O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (BRASIL, 2007).

A ampliação das equipes, para suprirem a demanda e aumentarem a oferta de serviços, incluiu em seus atendimentos a cobertura em saúde bucal.

A prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil, historicamente, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e mutiladora, com acesso restrito. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (BRASIL, 2007).

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (*idem*).

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (principalmente por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (*ibidem*).

Segundo Ministério da Saúde existem dois tipos de ESB: ESB Modalidade I: composta por Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal; ESB modalidade II: composta por Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal. Atualmente há no país 20.714 Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, atuando em 4.838 municípios – 87% dos municípios do Brasil cobrindo 37% da população brasileira.

TABELA 1 – Levantamento do número da população, Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Saúde Bucal (eSB) nas modalidades I e II implantadas no Brasil, Goiás e Anápolis no período 2000 e 2011.

	2000				2011			
	População	eSF	eSB		População	eSF	eSB	
			I	II			I	II
BRASIL	163.947.213	4.428	0	0	191.575.774	31.960	18.945	1.769
GOIÁS	4.848.725	121	0	0	5.926.450	1.139	707	111
ANÁPOLIS	282.197	0	0	0	335.960	48	41	0

Fonte: BRASIL, 2011.

O quadro acima demonstra que em 11 anos o Brasil teve um crescimento populacional de mais de 27 milhões de pessoas, o estado de Goiás em pouco mais de um milhão e o município de Anápolis mais de 53 mil habitantes. Em nosso município no ano 2000 não havia sido implantada nenhuma ESF e nenhuma modalidade de ESB. Em decorrência das mudanças no perfil epidemiológico e demográfico, em maio de 2011 havia sido implantadas em Anápolis 48 ESF e 41 ESB modalidade I.

Esta expansão responde a necessidade de promover integralidade na atenção em saúde e à diversidade e complexidade das demandas em saúde, sobretudo em regiões metropolitanas. E de implementação da APS criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Esta expansão tem a ver com a complexidade do perfil demográfico e, sobretudo epidemiológico do país com forte impacto nas condições de vida e saúde de populações que habitam as regiões metropolitanas. Neste sentido, a implantação do NASF representa o incremento na oferta de ações e serviços no âmbito da atenção da Atenção Primária. A alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e os riscos que ela representa levaram à necessidade de expansão do escopo da APS, com a incorporação de novos profissionais, por meio da criação do NASF.

2.8 – Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, o artigo 1º da Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF apoiam a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. No artigo 2º estabelece-se que os NASF serão constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atuem em parceria com os profissionais nas Equipes de Saúde da Família (ESF).

Conforme as diretrizes do NASF dentro do escopo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

A portaria nº 154/08 define que a composição do NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais. Vale ressaltar que os profissionais serão escolhidos a partir de uma lista de profissionais de saúde que fazem parte do Código Brasileiro de Ocupações (CBO). Define como prioridade, que todo NASF deve ter pelo menos um profissional da área de saúde mental, ou seja, um psiquiatra ou um psicólogo dado a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais na sociedade contemporânea.

A referida portaria destaca que o NASF poderá ter duas modalidades: o NASF 1, constituído de, no mínimo, cinco profissionais de nível superior e que se

vincula à entre oito à vinte equipes de Saúde da Família e o NASF 2, constituído por três profissionais de nível superior e vinculado a, no mínimo, três equipes de Saúde da Família.

Assim, poderão compor o NASF 01: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional, podendo estes ser alocados de acordo com a necessidade do município. A regra é ter no mínimo cinco categorias profissionais em cada NASF 01. Já a modalidade NASF 02 pode ser composta por no mínimo três profissionais das seguintes categorias: assistente social, profissional da Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sendo esta modalidade permitida apenas para municípios com menos de 100 mil habitantes ou que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado (MS, 2008).

Um NASF deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF.

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, 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 humanização.

Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto.

CAPÍTULO 3 – ABORDAGEM METODOLÓGICA

Pesquisa é a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade. Atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. A pesquisa social reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados (MINAYO, 2004).

A metodologia é aqui entendida como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade” (MINAYO, 2004, p.22) e como o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 1994, p.16). Nela se inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. A escolha da metodologia deve ser baseada na natureza do problema estudado.

Segundo Minayo (2004): “a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas de conhecimento e, também, ultrapassa os limites da ciência”. Como então apreender a realidade do trabalho do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família no município de Anápolis? Como analisar organização do processo de trabalho do Fisioterapeuta dentro da Equipe do NASF?

Esta pesquisa é de natureza descritivo-exploratória, sobre o processo de implantação das equipes de NASF em Anápolis, com uso de fontes primárias e secundárias que abrangem registros documentais deste processo, e entrevista com informantes-chave responsáveis pela decisão e pela coordenação do processo de implantação de equipes de NASF. A abordagem do tratamento dos dados será qualitativa.

Na dimensão quantitativa primeiramente foi feita uma análise dos dados referentes à Saúde Pública de Anápolis, voltados para as Unidades Básicas de Saúde, a quantidade de Unidades, número de fisioterapeutas atuantes nessas unidades.

Foram consultadas fontes primárias e secundárias. As fontes primárias abrangem gestores, coordenadores da Atenção Primária em Saúde e técnicos

envolvidos na implantação das equipes de NASF, além dos próprios profissionais recrutados e selecionados para as equipes.

A consulta a estas fontes foi realizada através de entrevista semiestruturada com profissionais que atuam na atenção básica, para entender como está organizado o trabalho do Fisioterapeuta dentro das Unidades, bem como os outros profissionais que participam da Equipe Multiprofissional na Unidade Básica de Saúde.

As fontes secundárias consultadas foram relacionadas às portarias, notas técnicas, normas e diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis que orientam a decisão sobre a constituição, distribuição, atribuições, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelas equipes de NASF. O tratamento dos dados foi feito utilizando a análise de conteúdo.

Segundo Krippendorff (1980) *apud* Freitas (2000) análise de Conteúdo:

“É uma técnica de pesquisa para tornar replicáveis e validar inferências de dados de um contexto que envolve procedimentos especializados para processamentos de dados de forma científica. Seu propósito é prover conhecimento, novos *insights* obtidos a partir destes dados.”

As categorias de análise utilizadas no projeto foram as seguintes: 1) caracterização dos serviços de saúde em Anápolis e como é a oferta de serviços na rede de saúde, 2) processo de implantação das equipes do NASF em Anápolis, 3) critérios e parâmetros para inserção de Fisioterapeutas nas equipes do NASF, 4) processos de trabalho desenvolvido pelo nível central para gerenciar as atividades do NASF, 5) as práticas e processos de trabalho das equipes de NASF e dos fisioterapeutas dentro destas equipes.

O projeto foi encaminhado para avaliação e aprovado sob o nº 0195-2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA. Como critérios de inclusão foram considerados os profissionais atuantes na Unidade Básica de Saúde, incluindo o fisioterapeuta, e como critérios de exclusão os profissionais que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os voluntários foram esclarecidos sobre: a natureza da pesquisa, os objetivos, procedimentos, consultados quanto ao aceite em participar do estudo, e que o consentimento é realizado ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e da pessoa como sujeito, de acordo com as recomendações 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes também foram informados que todos os dados obtidos com a pesquisa são confidenciais, e que poderão ser utilizados para a publicação em revistas científicas e apresentação em congressos. Não serão remunerados financeiramente de qualquer forma. E que poderão retirar seu consentimento e desistir em participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para os mesmos. Após o término da pesquisa, todos os documentos utilizados para a realização deste projeto serão guardados pelos pesquisadores, em local seguro por no mínimo cinco anos, podendo ter sua publicação em alguma revista científica e posteriormente será incinerado.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 – Caracterização dos Serviços de Saúde em Anápolis

O município de Anápolis, que tem uma população de 334.613 habitantes residentes (IBGE, Censo 2010), integra a Região de Saúde Pirineus, situada em Anápolis. Encontra-se habilitado em Gestão Plena do Sistema com grau de autonomia financeira de unidade orçamentária.

A rede de serviços de saúde do sistema municipal de Anápolis está caracterizada da seguinte forma:

O Banco de Leite Humano Elaine Mirian de Oliveira é um centro especializado e obrigatoriamente ligado a um hospital materno e (ou) infantil, responsável pela promoção e incentivo ao aleitamento materno e execução de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição médica ou de nutricionista. Suas instalações estão em anexo ao Hospital Municipal.

O Centro de Assistência Integral a Saúde (CAIS) do Jardim Progresso é uma Unidade de pronto atendimento ambulatorial e emergencial.

O Centro de apoio psico-social da infância e da adolescência (Caps Crescer) que tem a função de atender crianças e adolescentes que possuem algum tipo de transtorno mental.

O Centro de Atenção Psicossocial (Caps Vidativa) onde são atendidos pacientes adultos que tenham algum tipo de transtorno mental e tem como função tratar pessoas adultas portadoras de sofrimento mental grave e persistente.

O Centro de Atenção Psicossocial (Caps Viver) tem a função de atender dependentes químicos, dar suporte as famílias, visando a reinserção social do usuário de álcool e outras drogas.

O Centro de Controle de Zoonoses de Anápolis que é o órgão responsável pelo controle e manejo de animais domésticos e sinantrópicos, visando o controle das doenças transmitidas por estes animais aos seres humanos.

O Centro de Especialidade Odontológica, classificado como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. É uma continuidade do trabalho

realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal, onde será realizado o atendimento de média complexidade nos pacientes que necessitarem deste tipo de atendimento.

Existem os Programas Saúde Bucal que compreende as seguintes ações: EscovAção, DenteSão, Férias Sorridente e Saúde Bucal em Casa onde os pacientes doentes que não tem condições de ir a uma unidade de saúde, agora recebem o devido tratamento odontológico em casa. Anápolis conta com quarenta e uma equipes de saúde bucal.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é uma unidade especializada ao atendimento à Saúde do Trabalhador e presta assistência aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho; realiza promoção, proteção, recuperação da saúde dos trabalhadores, por meio de uma equipe multidisciplinar; atende às denúncias e articula com entidades sindicais e órgãos públicos, no sentido de identificar situações de risco aos trabalhadores; Investigar as condições do ambiente de trabalho com finalidade de esclarecer aos trabalhadores sobre os riscos de acidentes e adoecimentos, traçando o perfil epidemiológico em conjunto com a Vigilância Sanitária.

O Hospital Dia do Idoso cuja função da unidade é oferecer atendimento especializado e técnico, de forma humanizada, ao idoso, melhorando a qualidade de vida do usuário em suas inúmeras funcionalidades.

O Hospital Municipal Jamel Cecílio presta atendimento Hospitalar de Urgência e Ambulatorial.

O Mini-Cais Abadia Lopes, Centro de Assistência Integral a Saúde onde são realizadas consultas, exames. Não é atendido situações de emergência e ambulatorial.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) que conta com trinta e uma unidades e quarenta e oito equipes de Saúde da Família.

Além do SAMU 192 Regional Anápolis existe também o SAMUzinho, que é um projeto visa formar socorristas mirins, com aulas e palestras gerais sobre noções de direito, direitos e deveres do cidadão, civismo, vida preventiva, mundo das drogas, leis de trânsito, anatomia e fisiologia básica, emergência clínica, emergência traumática, emergência pediátrica e atividades diversas.

Anápolis conta com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionando no modelo tradicional.

Existe uma Unidade de Ações e Saúde da Mulher e do Adolescente que realiza o tratamento da saúde da mulher, através de atendimento ginecológico integral e serviços ambulatoriais.

O sistema de saúde de Anápolis conta com serviços que não são de propriedade municipal como Hospital de Queimaduras que é uma unidade que presta serviços especializados e o Hospital Evangélico Goiano (HEG) que é uma unidade classificada como hospital geral e os dois estabelecimentos são empresas privadas. A Santa Casa de Misericórdia e Maternidade Adalberto Pereira são unidades classificadas como hospital geral e entidades beneficentes sem fins lucrativos. O Hospital de Urgências de Anápolis (HUANA), uma unidade especializada em atendimentos de urgência e emergência. Trata-se de uma Organização Social, que atua através de um contrato de gestão celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde com a FASA – Fundação de Assistência Social de Anápolis, entidade responsável pelo gerenciamento deste hospital.

4.1.1 - Distribuição de Fisioterapeutas e ofertas de serviços na Rede Municipal de Saúde

A atuação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) está presente no atendimento diário da população, por meio de programas de saúde, atendimentos especializados, combate as endemias, educação em saúde e em projetos sociais. A saúde pública em Anápolis conta com serviços que são referência local e atendem também à população de cidades próximas que necessitam de atendimento especializado.

Nos atendimentos de alta densidade tecnológica (atenção terciária) o município conta com cinco hospitais, abaixo relacionados:

O Hospital de Urgências de Anápolis (HUANA) também conhecido como Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo conta com os serviços de sete fisioterapeutas, assim distribuídos: um fisioterapeuta na UTI I, um na UTI II e um na enfermaria e pronto socorro. Eles cumprem seis horas de trabalho, um grupo faz o período da manhã, outro o período da tarde e mais um fisioterapeuta para fazer o horário das 17h às 22h.

O Hospital Evangélico Goiano (HEG) possui sete fisioterapeutas em seu quadro de funcionários, que se dividem nos turnos matutino e vespertino, nas UTI's adulto, infantil, unidade de cuidados intensivos, apartamento e enfermaria.

A Santa Casa de Misericórdia tem um fisioterapeuta contratado para trabalhar na UTI adulto. Os atendimentos de apartamentos, enfermaria e UTI neonatal são realizados por um grupo de fisioterapeutas que fazem pós-graduação e realizam seu estágio nessas áreas do hospital.

O Hospital de Queimaduras conta com os serviços de dois fisioterapeutas: um na UTI e outro no ambulatório.

A Maternidade Adalberto Pereira tem em seu quadro de funcionários uma fisioterapeuta que dá assistência à Saúde da Mulher (pré-natal, puerpério e disfunções uroginecológicas).

Para realizar os atendimentos de média densidade tecnológica (atenção secundária) Anápolis conta com o Centro de Reabilitação de Fisioterapia e Fonoaudiologia de Anápolis (CREFA) onde estão lotados cinco fisioterapeutas em seu quadro de funcionários.

O Centro de Assistência Integral a Saúde (CAIS) do Jardim Progresso é uma Unidade de pronto atendimento ambulatorial e emergencial e atende nas seguintes especialidades: nefrologista, reumatologista, endocrinologista, ginecologista, pediatria, urologia, cardiologia, angiologia, clínica, pneumologista, geriatria, gastroenterologista, otorrinolaringologista, dermatologia, serviços de psicologia, nutrição e realiza os atendimentos em: odontologia, posto de coleta de laboratório, raios-X, planejamento familiar, tuberculose, hanseníase, prevenção, teste da mamãe, teste do pezinho, imunização (vacina) e dispensação de medicamentos via farmácia da unidade.

O CAIS não conta com fisioterapeutas em seu quadro de funcionários. O profissional fisioterapeuta no CAIS seria de grande importância, uma vez que sua atuação é cientificamente eficaz no combate a várias patologias (incontinência urinária – feminina e masculina, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e gestacional, doenças respiratórias, demência, entre outras) que são diagnosticadas por especialistas que realizam atendimento nesta unidade.

O Hospital Dia do Idoso tem como função oferecer atendimento especializado e técnico, de forma humanizada, ao idoso, melhorando a qualidade de vida do usuário em suas inúmeras funcionalidades. Realizam os seguintes

atendimentos: grupo de terapia ao idoso; conscientização quanto à alimentação e higiene pessoal; trabalho específico para controle de incontinência urinária junto aos colaboradores; trabalhos oferecidos de acolhida, aconselhamento e conscientização aos cuidadores de familiares dos idosos; mobilização social nas campanhas de saúde e quanto à ajuda humanitária de doação aos idosos mais necessitados. Também não contam com fisioterapeutas em seu quadro de funcionários e sua atuação seria de grande valia na assistência aos idosos, garantindo a eles os direitos previstos na Política Nacional do Idoso.

O CEREST presta assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho; realiza promoção, proteção, recuperação da saúde dos trabalhadores, por meio de uma equipe multidisciplinar, mas não tem fisioterapeutas em seu quadro. Este profissional poderia atuar no diagnóstico de fatores de risco e agravos à saúde relacionados com o trabalho, e elaborar estratégias passíveis de prevenção ou na promoção da saúde do trabalhador, com mudanças nos ambientes de trabalho.

O Hospital Municipal Jamel Cecílio conta com os serviços de dois fisioterapeutas que realizam atendimentos ambulatoriais.

Na atenção básica o município conta com doze unidades básicas de saúde (sem o PSF), trinta e uma unidades com PSF, e essas trinta e uma unidades são assistidas por três núcleos de apoio (NASF), que tem em seu quadro de funcionários dois fisioterapeutas fazendo 20 horas (manhã e tarde).

TABELA 2 – Distribuição dos fisioterapeutas por serviços de saúde

Unidades do Município que tem fisioterapeutas		Quantidade de Fisioterapeutas	
Alta densidade tecnológica	HUANA	7	
	HEG	7	
	Queimaduras	2	
	Santa Casa	1	
	Maternidade	1	
Média densidade tecnológica	CREFA	5	
	Hospital Municipal	2	
Atenção Primária em Saúde	NASF	NASF1	2
		NASF2	2
		NASF3	2

FONTE: Autora, 2012.

Fazendo uma análise do panorama apresentado em nosso município, podemos observar que a maioria dos fisioterapeutas (vinte) estão lotados em postos de trabalho dentro dos hospitais, enquanto a atenção básica conta somente com seis fisioterapeutas, dos trinta e um que atuam na rede de saúde de Anápolis.

Freitas (2006, p. 16) afirma que:

A fisioterapia é uma profissão que desde a sua gestação embrionária tem nas atenções secundária e terciária a sua marca como campos de trabalho próprios da profissão, necessita resignificar alguns valores que fazem parte da sua identidade profissional.

Ou seja, inserir-se na atenção básica significa romper com a lógica exclusiva do atendimento individual, da hipervalorização da doença, do sentido único e restrito que associa a profissão à reabilitação e com a forte tendência de desenvolver práticas isoladas distantes de interlocuções com outros atores da saúde e da própria comunidade.

Tem-se tentado reorganizar a prática da atenção primária à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Para isso Anápolis conta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem como objetivo priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF). Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Em Anápolis temos 31 unidades com o Programa de Saúde da Família (PSF) que estão sob a responsabilidade de três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) distribuídos como mostra as figuras 1, 2 e 3 (apêndice). A tabela abaixo mostra a composição dos profissionais que compõem os NASF.

TABELA 3: Composição das equipes de NASF

NASF1	NASF2	NASF3
1 farmacêutico	1 farmacêutico	1 farmacêutico
1 psicólogo clínico	1 psicólogo clínico	1 psicólogo clínico
1 avaliador físico	1 nutricionista	1 avaliador físico
1 nutricionista	1 médico ginecologista	1 nutricionista

2 fisioterapeutas	1 médico pediatra	2 fisioterapeutas
	2 fisioterapeutas	

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, 2012.

Os NASF devem funcionar em horário de trabalho coincidente com os das eSF, que é de 40 horas semanais. A lei nº 8.856/94 fixa a jornada de trabalho do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional (TO) em 30 horas semanais. Para cumprir as exigências legais no que diz respeito à cobertura de carga horária de serviços dos profissionais fisioterapeutas, a Portaria Nº 154/2008 no artigo 4º, incisos II e III, estabelece que para esses profissionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 horas semanais cada um. Isso explica, legalmente, o porquê de dois fisioterapeutas contratados por núcleo de apoio.

É necessária uma mudança de paradigma no que diz respeito à distribuição dos fisioterapeutas na rede de saúde em nosso município. Se a proposta da ESF é levar a saúde para mais perto da população, ainda tem muito a caminhar, pois o estudo mostra que a assistência fisioterapêutica ainda é predominante na alta e média densidade tecnológica.

4.2 - O processo de implantação das equipes do NASF em Anápolis

O município de Anápolis conta hoje com 334.613 habitantes e 48 equipes de Saúde da Família (eSF), distribuídas em 31 Unidades Básicas de Saúde das 43 existentes.

O processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família está em construção em todo território nacional e contribui para promover a **Integralidade** das ações das equipes de Saúde da Família (eSF), associada a uma qualificação da assistência, contemplando e solidificando as Diretrizes do SUS.

Em maio de 2001 iniciou-se o mapeamento das regiões e o processo seletivo para composição das equipes de Saúde da Família (eSF). Em 1º de julho de 2001 foi implantado oficialmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Anápolis. (**Técnico do nível central da SMS**)

A discussão sobre implantação do NASF, no Município de Anápolis, iniciou-se em maio de 2008 com proposta para formação de cinco equipes ligadas a dez eSF. A solicitação foi feita por parte da Diretoria de Atenção e Promoção da Saúde, no dia 06 de maio de 2008, ao Conselho Municipal de Saúde (CMS),

solicitando a inclusão do pedido na pauta da reunião seguinte. O Colegiado registra o recebimento no dia 12/05/2008 e encaminha para análise pela Câmara Técnica do Colegiado de Gestão da Regional Pireneus. Em 02 de junho de 2008 o CMS aprova a criação do NASF por unanimidade, conforme ata de reunião extraordinária.

Cada NASF é responsável por fazer a cobertura das unidades designadas a ele e em cada unidade existem uma, duas ou mais equipes de saúde da família que também é da competência daquele núcleo assistir. Segundo a Portaria nº 154 o NASF1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes. Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os núcleos as seguintes ocupações: médicos acupunturista, ginecologista, homeopata e pediatra, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. O NASF2 deverá ser composto por, no mínimo três profissionais de nível superior: assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

A proposta inicial era para formação de cinco núcleos de apoio com estimativa de assistir a uma população de 167.000 habitantes, conforme projeto submetido ao Conselho Municipal de Saúde. Hoje existem três núcleos de apoio para dar assistência a uma população de 98.451 habitantes, segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – Anápolis). Depois de tomada a decisão de criar os núcleos é preciso dar condições para viabilizar a implantação dos mesmos.

O primeiro passo foi a escolha do local onde seriam implantadas as equipes de NASF e as condições de trabalho para a equipe desenvolver suas ações. O projeto informa que as unidades de saúde escolhidas para ser o espaço físico do NASF, foram avaliadas pela estrutura física e seus territórios de proximidade, em nenhum momento é citado o perfil epidemiológico, demográfico ou econômico social como parâmetro de escolha das áreas a serem cobertas pelo novo serviço, ou seja, a equidade da oferta e das oportunidades em saúde para todos não pareceu ser critério para definição destes locais.

É mencionada no projeto apresentado a intenção de compra de alguns aparelhos e outros recursos para preparação do local onde se instalariam os NASF, mas a realidade nos locais é outra:

“Temos pouco recurso material, nós temos alguns colchões e essa sala.”
Profissional do NASF

“A gente tá sem receber suprimento. Eu saí em outubro (licença maternidade) e desde fevereiro nós não recebíamos suprimento, nem uma folha de papel.” **Profissional do NASF**

“Falta suprimento (...) Suprimento que eu falo é papel, cola, coisas básicas. A gente tá sem receber suprimento. Não sei agora, mas eu sai (de licença maternidade) em outubro e desde fevereiro nós não recebíamos suprimento, nem uma folha de papel.” **Profissional do NASF**

“Nós muitas vezes levamos materiais de casa para desenvolvermos o trabalho.” **Profissional do NASF**

Para que um bom trabalho aconteça é consensual que a amplitude da prática da integralidade exija dos envolvidos no processo (gestores, profissionais, comunidade) que reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las. A utilização dos recursos deverá partir do conhecimento do território de abrangência, de seu perfil epidemiológico, demográfico, social/econômico, do mapeamento das situações e áreas de maior risco, para uma atuação racional sobre esses fatores. Quanto mais carente a população do território, maior é a necessidade de recursos para a equipe desenvolver um trabalho eficaz.

Para a contratação e escolha dos profissionais, nem os entrevistados nem o projeto contemplam qual perfil e qualificações dos mesmos, quando, o ideal é que os profissionais do NASF devam conhecer o território e estar integrado às atividades das Unidades Básicas de Saúde (UBS), participando do planejamento e organização dos serviços, além de promover a articulação com a comunidade e com os diversos equipamentos da região para maior resolubilidade dos problemas de saúde.

O projeto informa que o recrutamento dos recursos humanos foi realizado através de processo seletivo, com provas objetivas de caráter eliminatório e de seleção. O edital de chamamento foi publicado no Jornal O Popular em 17 de junho de 2008 e determina que as atribuições do fisioterapeuta para o NASF fossem regidas pelo Código de Ética do Conselho Regional de Fisioterapia e também pelas normas e procedimentos do Ministério da Saúde que regem o NASF, tais atribuições serão discutidas no tópico que trata dos processos de trabalho e práticas do fisioterapeuta.

Após a contratação o próximo passo seria propor o acolhimento e capacitação dos profissionais envolvidos na nova proposta de trabalho, que exige

pessoal com visão para além das competências que se limitam ao atendimento focado apenas na queixa do paciente. Envolve a aplicação de conceitos e tecnologias para a estruturação do trabalho com olhar sobre o território e seus problemas e sobre necessidades individualizadas dos usuários (projetos clínicos).

Após capacitação era o momento de aplicar no território os ensinamentos aprendidos. Sabendo que, ainda com três anos de implantação, muito há que se aprender para a melhoria do processo de trabalho entre as equipes, e isso será detalhado melhor no tópico que trata dos processos de trabalho.

Em função do que preconiza a portaria e considerando a função de retaguarda do trabalho entre as equipes, o NASF se utiliza de algumas ferramentas tecnológicas para organização e o desenvolvimento do processo de trabalho. Dentre eles foram citados pelos entrevistados o Apoio Matricial, o Projeto Saúde no Território (PST) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS), definições que esclareceremos a seguir.

Grabois (2011) diz que o apoio matricial trata de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, ele objetiva oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.

O apoio matricial busca estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. A decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa, entre profissional de referência e apoiador. A atuação desta equipe matricial pode acontecer em reuniões regulares e de forma cada vez mais possível e necessária, já que a equipe de referência e as equipes matriciais podem estar distantes.

A definição de equipes matriciais pode favorecer uma atuação mais conjunta, principalmente para a elaboração dos projetos terapêuticos singulares (PTS). Esta participação pode ser inicialmente orientada por protocolos de avaliação de risco, que contribuam para definir riscos e necessidades de cuidado (GRABOIS, 2011).

A partir do conceito ampliado da saúde e frente à complexidade crescente em trabalhar com os determinantes sociais da saúde, coloca-se o desafio de se organizar estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado

existentes no território, seja voltado para as pessoas, famílias, grupo específico (gestantes, hipertensos etc.) e comunitário (MS, 2009).

O Projeto de Saúde no Território (PST) pretende ser uma estratégia das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (MS, 2009).

Outra ferramenta importante de atuação na AB é o PTS e de acordo com Grabois (2011) o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. A ideia-força é a consideração das singularidades de cada usuário na elaboração de um plano terapêutico que resulte de uma discussão de uma equipe multidisciplinar.

A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF.

Segundo o mesmo documento, o PTS tem quatro momentos: (1) o diagnóstico, que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; (2) definição de metas, considerando que estas devem ser conversadas e negociadas com o usuário; (3) divisão de responsabilidades, com a definição de atribuições na equipe pelas metas constantes do plano terapêutico; e (4) reavaliação das metas do PTS.

Para a reorientação do processo de trabalho é necessária a adoção da integralidade como eixo central na formação dos recursos humanos, capacitando os profissionais para atuação no território.

A capacitação introdutória deveria ser usada como ferramenta para elucidação do objeto e dos processos de trabalho, bem como da estrutura e da dinâmica de trabalho com relação às eSF, ou seja, realizar a integração entre profissionais do NASF e da eSF para melhor desenvolvimento das ações.

O que ocorreu no município é que esta capacitação introdutória foi realizada logo após os profissionais estarem atuando nos territórios. Não se sabe ao

certo quanto tempo depois ocorreu o curso, mas o que é apresentado como elemento da discussão é que os profissionais deveriam ter o entendimento do papel principal desta capacitação sobre a nova proposta de trabalho, além de promover a integração entre profissionais da equipe de NASF e eSF, que acabou não atingindo o objetivo neste primeiro momento.

Após inserí-los nos territórios de atuação, a capacitação foi oferecida, tanto aos gestores quanto aos profissionais das equipes, buscando assim, promover a eles a oportunidade de realizar um trabalho de acordo com a proposta para qual o núcleo foi criado.

“Essa capacitação foi realizada em Goiânia e participaram profissionais de todos os NASF de Goiás. Foram dois dias de capacitação. No primeiro dia nos apresentaram o conceito de NASF, quais os tipos de NASF que existem, falaram bastante das ferramentas tecnológicas, foi dada ênfase ao apoio matricial, Projeto Saúde no Território (PST) e Projeto Terapêutico Singular (PTS). No segundo dia nos separaram em grupos e foi realizada uma troca de experiências, alguns NASF foram implantados antes, outros depois. Nos deram casos clínicos para resolvermos a partir da teoria discutida no primeiro dia”. **Profissional do NASF**

Partindo do pressuposto que a proposta do NASF é de apoiar o trabalho das equipes de saúde da família, o processo de implantação do NASF deveria ser pautado no entendimento que a contratação desses profissionais não consistiria na inserção de uma rede nova de serviços, mas sim numa estratégia de ampliar e qualificar a assistência, fortalecendo a rede de cuidados existentes. A capacitação tinha como função esclarecer os conceitos anteriormente abordados (apoio matricial, PST e PTS) e como aplica-lós no dia a dia de trabalho da equipe do NASF.

A capacitação ocorreu depois do ingresso dos profissionais e em entrevista relataram que aconteceu da seguinte forma:

“Houve uma capacitação para os nossos superiores. Houve uma capacitação para nós, profissionais dos NASF. Aí esse processo mudou, começamos a atender nas unidades de saúde sob nossa responsabilidade, as equipes começaram a “rodar””. **Profissional do NASF.**

Após capacitação era o momento de aplicar no território os ensinamentos aprendidos. Sabendo que, ainda com três anos de implantação, muito há que se aprender para a melhoria do processo de trabalho entre as equipes, e isso será detalhado melhor no tópico que trata dos processos de trabalho das equipes do NASF.

A Portaria nº 154/2008 define que cada NASF irá realizar suas atividades vinculado, a, no mínimo 8 equipes de Saúde da Família (eSF) e a no máximo a 20 eSF, sendo que cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área. Apesar de não ultrapassar o máximo de equipes a serem cobertas, os profissionais e a própria gestão, relatam que são muitas equipes para assistirem e algumas são mais assistidas que outras devido à proximidade das unidades.

(...) “a gente acaba dando mais assistência a algumas unidades, até pela questão do deslocamento, porque a gente tem acesso ao carro da prefeitura apenas três vezes por semana, então nos outros dois dias é no nosso carro. Então, a gente acaba nesses dois dias indo nas unidades mais próximas.”
Profissional do NASF

O projeto de implantação do NASF submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde do município apresenta, além dos NASF implantados hoje, mais dois núcleos de apoio, o Bandeiras e Calixtolândia, os quais dariam cobertura a mais quatorze bairros e teriam mais dezoito equipes de Saúde da Família (eSF).

TABELA 4- Distribuição dos nº bairros por NASF, nº eSF e população assistida (proposta de distribuição)

	Número de Bairros	Equipes de Saúde da Família (eSF)	População assistida (hab)
NASF1	9	9	36.300
NASF2	9	9	32.500
NASF3	9	9	31.000
NASF4	5	9	34.500
NASF5	7	8	32.700
TOTAL	39	44	167.000

Fonte: Autora, 2012.

Os núcleos Calixtolândia e Bandeiras, dariam assistência a 32.500 e 34.500 pessoas, respectivamente. Se levar em consideração os dados do IBGE sobre crescimento populacional de 16%, a população assistida hoje seria de aproximadamente 195.720 habitantes. Propunham a cobertura de outras unidades que não estão contempladas nas equipes de NASF que estão em funcionamento hoje no município. Alguns bairros, que estavam sobre cobertura de atendimento destas equipes, foram incorporados às equipes atuais, como é o caso dos seguintes bairros: Bandeiras, Alexandrina - NASF1; Setor Sul, Dom Emanuel, Vila Formosa,

JK, Adriana Parque - NASF2; Calixtolândia, Vila Esperança, Munir Calixto e Nova Vila - NASF3.

TABELA 5- Equipes implantadas e distribuição dos bairros por NASF, nº eSF e população assistida

	Número de Bairros	Equipes de Saúde da Família (eSF)	População assistida (hab)
NASF1	8	16	39.557
NASF2	10	16	26.200
NASF3	13	16	32.694
TOTAL	31	48	98.451

Fonte: Autora, 2012.

Na proposta inicial o NASF Paraíso daria assistência a nove unidades e 9 eSF. Hoje, a unidade do Paraíso cobre treze unidades: Vivian Parque, Petrópolis, São Joaquim, Paraíso, Nova Vila, Munir Calixto, Jardim Suíço, Calixtolândia, Vila Esperança, São Lourenço, Fabril, Calixtópolis e São José, que com o apoio de dezesseis equipes de Saúde da Família, cobrem uma população estimada em 32.694 habitantes (IBGE – Anápolis).

O NASF Bairro de Lourdes daria assistência a nove unidades dando cobertura de atendimento a 31.000 habitantes. Hoje, a unidade do Bairro de Lourdes cobre as dez unidades e dezesseis equipes de saúde da família: Adriana Parque, Jardim Alvorada, Dom Emanuel, Bairro de Lourdes, Filostro, Arco Verde, Setor Sul, Vila Formosa, Santo Antonio e JK dando cobertura a 26.200 habitantes (IBGE – Anápolis).

Para o NASF Boa Vista/São Carlos era proposto que desse assistência a oito unidades. Hoje, esta unidade cobre as oito unidades e dezesseis equipes de Saúde da Família: Boa Vista, São Carlos, Santa Maria de Nazaré, Recanto do Sol, Alexandrina, Bandeira, Jardim das Américas e Maracanzinho.

Em agosto de 2009 essas equipes iniciaram seus trabalhos e a inserção dos NASF no Programa Saúde da Família em Anápolis ocorreu em meados de 2009, aproximadamente 8 anos após a implantação da ESF no município, que contava com sua equipe básica de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

TABELA 6 – Número de equipes de NASF proposta e implantadas em Anápolis

Proposta de distribuição	Núcleos implantados
5 núcleos	3 núcleos
39 bairros	31 bairros
44 eSF	48 eSF
167.000 habitantes	98.451 habitantes

Fonte: Autora, 2012.

Analisando a proposta inicial e o que está implantado pode-se observar que com dois núcleos a menos, os profissionais precisam dar cobertura a quatro equipes de Saúde da Família a mais. Levando em consideração que cada eSF deve dar assistência a 4.000 habitantes, os três núcleos implantados precisam cobrir 16.000 habitantes a mais com duas equipes de NASF a menos.

Sobre a demanda de serviços e a cobertura que os NASF conseguem prover à população do território de abrangência de sua responsabilidade, é pertinente observar que há falta de profissionais para atender com qualidade todos os que necessitam de assistência.

“Há uma grande quantidade de equipes que alguns núcleos têm que dar suporte. O NASF 3, por exemplo, cobre 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS). São muitas equipes para coordenar. O trabalho deixa a desejar, perdendo a qualidade.” **(Técnico do nível central da SMS)**

Em entrevista com a gestão da Atenção Primária questionou-se a suficiência de pessoal para a demanda que as unidades recebem e observou-se a necessidade de aumentar o número de profissionais atuando junto às equipes. Desta forma em fevereiro de 2012 foi aberto processo seletivo para cobrir as lacunas que as equipes, já implantadas apresentavam, e não para montar novos núcleos de apoio.

Mesmo cobrindo as lacunas apresentadas nos núcleos, há ciência, por parte da gestão, de que existe a necessidade de mais equipes para suprirem a demanda com qualidade.

“Como os núcleos não estão conseguindo cobrir a demanda, estamos providenciando mais 2 equipes, justamente para cobrir esta grande demanda.” **(Técnico do nível central da SMS)**

Na realidade o pedido de apreciação enviado ao CMS em maio de 2008 indicava a criação de cinco equipes de NASF, as quais foram qualificadas pelo Ministério da Saúde e publicadas no Diário Oficial da União em 3 de julho de 2009.

Sobre a preparação das equipes para o trabalho e atendimentos aos usuários do sistema de saúde, o projeto informa que se faz necessário a elaboração de critérios e estratégias para sua normatização, e contempla a formação técnica dos profissionais do NASF/eSF e criação de grupos de discussão continuada para os casos clínicos.

O que se percebe sobre o processo de implantação em nosso município, é que os profissionais envolvidos neste processo precisam de melhores condições de trabalho, tanto de recursos materiais para desenvolvimento das ações em saúde, quanto de local melhor equipado, carro para deslocamento até as unidades de cobertura do núcleo, ou seja, o NASF está precisando ter sobre si um olhar mais cuidadoso vinda dos gestores. Grabois (2011) posiciona esta questão quando diz que se pensarmos os atributos de um cuidado com qualidade, centrado nas necessidades e singularidade de cada usuário e com pressupostos de estabelecimento de vínculo e responsabilização com as suas demandas, talvez devamos ter como conseqüência um processo de gestão mais participativo, com maior implicação das equipes no desenho das propostas que concretizarão este cuidado (sic.).

Um avanço que merece destaque no sentido de materialização da integralidade é a ampliação da equipe mínima do PSF proposta na portaria que cria os NASF (1 NASF para cada 8 eSF), onde é estabelecido critérios e normas para contratação de outros profissionais. Ao mesmo tempo em que representa um avanço na ampliação das categorias profissionais para atuar na atenção básica, pode desencadear uma série de problemas, como a contratação de especialidades médicas, dando margem à atuação desses especialistas como porta de entrada e induzindo gestores a contratar mais médicos em detrimento de outros profissionais.

A efetividade da ação do NASF na qualificação da assistência exige um exercício de compromisso e corresponsabilidade por parte de todos os atores envolvidos. Faz com que os profissionais de saúde repensem suas práticas, revendo paradigmas do processo saúde/doença, devendo atuar de modo mais complexo e dinâmico.

4.3 - Critérios e parâmetros para inserção de Fisioterapeutas nas equipes do NASF

O novo quadro demográfico e epidemiológico decorrente da transição da estrutura etária brasileira requer adequação da infraestrutura de saúde para atender à crescente população idosa, de modo que profissionais relacionados às principais causas de enfermidades na população acima de 60 anos sejam de extrema importância na composição das equipes de saúde.

Analisando a evolução da mortalidade no que diz respeito a acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico de uma população por meio dos aspectos da sua estrutura, dos níveis e da sua tendência. A mortalidade no Brasil apresentou nas últimas décadas mudanças importante, tanto no perfil etário quanto na distribuição dos grupos de causas.

A portaria que cria os NASF justifica a inserção dos fisioterapeutas quando afirma que: é necessário que componha a equipe profissionais que desenvolvam ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

No município de Anápolis os dados do Censo 2010 apresentam que há aproximadamente 13,3 mil pessoas acima de 69 anos no município. Os números demonstram que 4,37% dos anapolinos estão na faixa etária acima de 65 anos. Os indicadores do IBGE revelam que nos últimos 19 anos o número de idosos quase dobrou no município, já que em 1991 a terceira idade correspondia a 2,19% da população. No Censo de 2000, Anápolis tinha 8.840 mil idosos, já os números no início de 2011 confirmam aumento de 4,4 mil habitantes com mais de 65 anos. São 50,4% mais idosos em uma década (SILVA, 2010).

Segundo Laboissière (2010):

Pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que o padrão de mortes provocadas por causas infecciosas e transmissíveis no Brasil está sendo progressivamente substituído por óbitos decorrentes de doenças crônicas, degenerativas e também por causas externas ligadas a acidentes e à violência. Dados indicam que doenças do aparelho circulatório constituem o principal grupo de causas de morte no Brasil. Entre os homens, o segundo lugar fica com acidentes e violência e, entre as mulheres, com as neoplasias (alterações celulares que podem provocar câncer).

Existem outras mudanças epidemiológicas que também justificam a inserção desses novos profissionais atuando junto à atenção primária. Dados do Ministério da Saúde (2010) indicam que a prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica.

Para atender os portadores de hipertensão, o MS possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida dos portadores.

As causas externas de morbidade e mortalidade compreendem as lesões decorrentes de acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos), as quais se impõem como importante desafio às autoridades de saúde pública.

Diversas são as manifestações das causas externas. Dentre os eventos ditos acidentais, destacam-se as mortes e hospitalizações decorrentes do trânsito. Estima-se que ocorram, anualmente, 1,2 milhões de mortes e mais de 50 milhões de feridos em decorrência das colisões no trânsito (MASCARENHAS, 2010). As lesões decorrentes dos acidentes e violências originam grande procura por atendimento nos serviços de saúde, acarretando maior impacto nas populações mais pobres e que, geralmente, trabalham ou trafegam em ambientes inseguros, menos beneficiadas por ações de prevenção e que possuem menos acesso a serviços de tratamento e reabilitação de qualidade (WHO, 2011).

No Brasil, atualmente, as causas externas representam a terceira causa mais frequente de morte, passando a ocupar a primeira posição quando se restringe a análise ao grupo de pessoas de um a 39 anos, configurando-se como inquestionável desafio aos gestores públicos, especialmente os dirigentes e profissionais do setor saúde, e conduzindo a inclusão do tema na agenda de

prioridades em saúde. Frente a tal impacto, percebe-se que este papel ultrapassa a dimensão da assistência e reabilitação das vítimas, ocupando-se, também, da promoção à saúde, prevenção e vigilância epidemiológica de acidentes e violências (MORAIS, 2009).

Esse novo quadro epidemiológico que se apresenta, promove impactos e novas demandas no sistema público de saúde, causando conseqüentemente, a necessidade de profissionais que atendam a essa nova exigência. Assim pode-se justificar a importância da fisioterapia na equipe do NASF, bem como do fisioterapeuta como integrante deste processo de implantação dos serviços.

Segundo a portaria nº 154 a composição de cada um dos NASF deve ser definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Um dos pontos que será elucidado nesta pesquisa é saber quais os critérios adotados pelos gestores para escolha dos profissionais que comporiam as equipes de NASF no município, mas não há relato do nível central pelo fato de não terem participado do processo na época da implantação e o projeto de implantação também não contempla quais os parâmetros utilizados, apresenta somente a composição das equipes estabelecidas.

A contribuição do fisioterapeuta na equipe é desenvolver ações que compreendam medidas com vistas a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional. A reabilitação tem, assim, papel de fundamental importância, visto que a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2009).

A fisioterapia apresenta uma missão de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, podemos resumir as atribuições do fisioterapeuta no PSF e da atenção primária, como um profissional voltado para a educação, prevenção e assistência fisioterapêutica coletiva e individual, inserido e trabalhando de forma interdisciplinar, de forma a contribuir na melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Um aspecto chave no processo de trabalho dos profissionais, é a definição das tarefas a serem estabelecidas e ajustadas entre gestor, equipe do NASF e eSF devem ser definidas e detalhadas de forma cuidadosa, em função de

uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio (BRASIL, 2008).

Fazendo uma correlação da necessidade dos profissionais fisioterapeutas nas equipes com os parâmetros de inserção dos mesmos nos NASF no município, é percebida a falta de critérios epidemiológicos e demográficos que determinassem a constituição das equipes.

Ao criar o NASF o Ministério da Saúde considerou as Políticas Nacionais de Integração da Pessoa com Deficiências, da Saúde da Criança, da Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Idoso, entre outras.

As diretrizes do NASF (2009) cita o Censo populacional do IBGE/2000, utilizando abordagem conceitual e metodológica ampla, de autopercepção de funcionalidade/incapacidade, identificou 24,6 milhões de pessoas, no Brasil, com algum tipo de deficiência, incluindo desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes (14,5% da população brasileira), o que justificaria o fisioterapeuta como um membro importante na equipe, já que ele atua nestas áreas específicas e pode contribuir grandemente com a melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

4.4 – Processos de trabalho desenvolvidos pelo nível central para gerenciamento das atividades do NASF

Nesta relação entre gestor, equipe de SF e equipe do NASF deve imperar a flexibilidade, tanto para os critérios como para as próprias atividades do apoiador; ou seja, tudo isso deve ser considerado de forma dinâmica e sempre sujeita a reavaliação e reprogramação. Esta é uma tarefa importante dos gestores. Devem-se estar atentos também a explicitar e negociar atividades e objetivos prioritários; definir claramente quem são os seus usuários; avaliar a capacidade de articulação com as equipes de SF e o trabalho em conjunto com as mesmas; identificar as possíveis coresponsabilidades e parcerias; construir e acompanhar as atividades mediante indicadores de impacto (BRASIL, 2008).

A rigor, as equipes do NASF terão dois tipos de responsabilidades: sobre a população e sobre a eSF. Seu desempenho deverá ser avaliado não só por indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe. Estes indicadores de resultados na população e na equipe

devem ser constantemente acompanhados e, se for o caso, reprogramados. Ou seja, a maior parte dos indicadores de resultado ajustados com equipes e com os profissionais do NASF é transitória.

Sabe-se que é um grande desafio organizar e planejar ações interdisciplinares, mas também que é muito importante para o processo de reabilitação. Além das dificuldades de relacionamento os profissionais também encontram o desafio de trabalhar sem o mínimo de recursos materiais para o desenvolvimento adequado de suas intervenções.

Na proposta de implantação está descrito como a gestão pensou o fluxo interno de atendimento para o NASF, que segue a seguinte lógica: o paciente passa por avaliação da eSF e uma vez detectada a complicação ou agravo é feito o encaminhamento para o NASF. O agendamento é feito pela eSF e encaminhado para avaliação do NASF na residência ou na unidade de saúde, dependendo da necessidade do paciente. Após atendimento pela equipe de NASF é agendada reunião de suporte entre NASF e eSF para discussão dos casos e elaboração do PTS. No dia a dia do trabalho dos profissionais esses momentos de encontro para discussão do PTS não acontecem.

As diretrizes do NASF (2009) preconizam que as linhas de cuidado devem abranger os protocolos clínicos, mas também evidenciar a descrição sucinta das atividades e a correspondência dos sistemas de referência e de contrarreferência, na rede de atenção, necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida.

Os protocolos devem ser dinâmicos, além de implementados e avaliados continuamente, constituindo-se em um instrumento para orientar e balizar os diferentes profissionais na realização de suas funções assistenciais, gerenciais e educativas.

Desta forma, é fundamental o envolvimento das equipes de SF e NASF na elaboração e revisão desses protocolos, incorporando-os ao processo de trabalho de equipe.

O nível central acompanha o trabalho dos profissionais através de programação **anual e** serve como diretriz das ações que serão desenvolvidas pelos mesmos:

“Existe um calendário anual elaborado pela gestão, que serve como diretriz para a realização das atividades das eSF e NASF”. **Profissional do NASF**

Como comentado anteriormente é importante que o trabalho entre gestão e equipes esteja em constante construção, uma vez que o território e os sujeitos estão em constantes mudanças. Vivenciar os problemas dos territórios e presenciar as dificuldades e especificidades deste território dá embasamento para tomada de atitudes relacionadas àquilo que se coordena. Os profissionais relatam que esses encontros não acontecem com frequência:

“O que existe relacionado a esta troca com a coordenação é um representante de cada NASF que fica responsável por levar as questões discutidas nos núcleos para a gestão. Não existe uma regularidade destas reuniões”. **Profissional do NASF**

Como sugestão para melhoria, desta comunicação, os próprios profissionais sugerem algumas ações que poderiam melhorar seus trabalhos dentro dos territórios onde prestam assistência:

“O NASF não tem coordenação própria, a coordenação da ESF é a mesma que coordena o NASF. As coordenações são quase sempre representadas por médicos, enfermeiros, dentistas, que acabam defendendo suas classes dentro do processo e, nós, dos NASF ficamos esquecidos”. **Profissional do NASF**

“Algo que poderia acontecer é que a coordenação do NASF seja feita por uma das profissões que compõem o núcleo”. **Profissional do NASF**

Quanto à supervisão dos trabalhos realizados nos núcleos os profissionais prestam contas mensalmente e da seguinte forma:

“Mensalmente a gente presta conta de tudo o que a gente faz: atendimento individual, atendimento em grupo, ações em alguma unidade de apoio, por exemplo, uma escola, um asilo (...)” **Profissional do NASF**

“Fazemos relatórios de quantos atendimentos individuais foram feitos, do que foi realizado nestes atendimentos individuais, qual procedimento foi realizado, se foi um atendimento específico ou atendimento em grupo”. **Profissional do NASF**

Os documentos pelos quais os núcleos prestam contas à gestão são um mapa de atendimento ambulatorial, um mapa de atendimentos em grupo/palestras/reuniões e um mapa de registros de atividades e procedimentos que os núcleos realizam mensalmente nos territórios de sua responsabilidade, através deles a gestão acompanha e avalia o trabalho das equipes.

É perceptível que as equipes de NASF necessitam de um melhor acompanhamento dos seus trabalhos, de materiais de consumo para desenvolvimento das suas ações, de uma troca de conhecimentos, a gestão precisa

facilitar o trabalho das equipes nunca perdendo a centralidade, que neste caso, é o paciente.

A partir da leitura dos documentos relacionados à implantação dos NASF e dos relatos dos profissionais que integram as três equipes concluímos que a gestão não conseguiu traduzir de maneira concreta o processo de trabalho entre as equipes de NASF e eSF, a proposta é reducionista e pouco detalhada necessitando de aprimoramento e mais troca entre os envolvidos.

4.5 – Processo e práticas de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

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 eSF 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 (MS, 2009).

O NASF deve organizar o seu processo de trabalho, com foco nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam de forma a priorizar as ações de (BRASIL, 2008):

- a) Atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail, entre outros;
- b) Intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da eSF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias. E quando ocorrer, continuar mantendo contato com a eSF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo NASF diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade;
- c) Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as eSF. Como por exemplo, o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais, entre outros.

Do ponto de vista das responsabilidades individuais e coletivas dos profissionais do NASF, algumas considerações devem ser feitas, como já colocado anteriormente, as metas a serem estipuladas para os profissionais do NASF dependem da capacidade do profissional apoiador de articular e trabalhar em conjunto com as equipes de SF. Como as equipes do NASF terão dois focos de responsabilidade, população e equipe, suas metas de trabalho deverão conter indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultado da sua ação na equipe (BRASIL, 2008).

“Nós temos relatórios a serem entregues tanto no dia vinte, quanto no primeiro dia útil (...) um é o relatório das nossas atividades em grupo, então a gente coloca a unidade que está sendo atendida, profissional que está realizando a ação, o local de atendimento, qual é o nosso grupo. Existe também o mapa de atendimento ambulatorial onde a gente põe o número do prontuário do paciente que está disposto na unidade de saúde”.

Profissional do NASF

Além desses conjuntos de itens de responsabilidade, relativas ao processo de trabalho dos NASF, existem aspectos operacionais a serem considerados, por exemplo, nas ações por áreas estratégicas especificadas, que são: Saúde da Criança e Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde Mental; Serviço Social; Assistência Farmacêutica; Atividade Física/Práticas Corporais; Práticas Integrativas e Complementares; Reabilitação/ Saúde integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição. Trataremos no tópico seguinte sobre o processo de trabalho do fisioterapeuta dentro desta equipe.

Uma das diretrizes do NASF é que a equipe trabalhe interdisciplinarmente e que promova a educação permanente em saúde, tanto com os profissionais, quanto com a população. Os profissionais tem se esforçado para que essa proposta seja de fato, colocada em prática. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes.

Nessa perspectiva, a integração de profissionais de várias categorias nas equipes de Saúde da Família permite distintos olhares, ampliando as possibilidades inovadoras das práticas do cuidado e aumentando o potencial de resolubilidade, com qualidade e sem descaracterizar a proposta original.

“O trabalho em equipe é muito enriquecedor. Primeiro porque a gente tem oportunidade de trocar conhecimento mesmo. (...), a gente pode repassar esses conhecimentos para outros profissionais. Não só aos profissionais do NASF, mas para os profissionais de equipe da família também (...) isso possibilita que se multiplique o conhecimento”

Profissional do NASF

A experiência de alguns profissionais dos núcleos tem sido de que o município tem avançado no que diz respeito ao processo de trabalho dos NASF.

“Percebemos que alguns profissionais têm mais facilidade de trabalhar em equipe, outros têm mais dificuldade, pela formação, pelo perfil. Mas, nesses dois anos e meio, a gente vem crescendo nisso. Vimos pessoas que só queriam fazer atendimento individual e, hoje, procuram trabalhar com a equipe.” **Profissional do NASF**

“Agora que estamos começando a nos adaptar. Já tem 2 anos e meio praticamente que estamos no NASF e agora que a equipe está percebendo o quanto que é bacana estar incluindo o fisioterapeuta, o nutricionista, os outros profissionais, e mostrando a importância deste trabalho em prol da população. Então agora, nesses 2 anos e pouco percebemos um empenho maior da equipe.” **Profissional do NASF**

É muito importante que os gestores, equipes de SF e do NASF pactuem metas e o processo de trabalho, tal pactuação deve abranger a definição de: objetivos a serem alcançados; problemas prioritários a serem abordados; critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos; critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores; e formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos (BRASIL, 2008).

Os profissionais dos NASF realizam suas atividades em articulação com a gestão e com as eSF. Grabois (2011, p. 34) divide as formas de trabalho em saúde em: “horizontal definida como uma forma de trabalho diário (manhãs, tardes ou manhãs e tardes), de caráter regular, ao longo da semana, ao oposto da vertical, que se utiliza de encontros alternados”.

As equipes de NASF se comunicam verticalmente com o nível central onde a troca com a gestão (citado em tópico anterior) é feita através de um profissional escolhido para representar a equipe junto à mesma e horizontalmente com as eSF, onde os encontros são realizados semanalmente, dependendo do cronograma de cada NASF, pois uma das equipes, às vezes, só volta àquela unidade dez a quinze dias depois devido a quantidade de eSF às quais dá assistência.

A partir dessas interações, entre NASF e nível central e equipes de saúde da família é que irão se construir e se orientar as práticas diárias dos processos de trabalho do NASF.

A mudança não acontece automaticamente, tornando-se assim necessário que os profissionais assumam sua responsabilidade na cogestão e os gestores coordenem esses processos, em constante construção.

Uma estratégia usada pelas equipes é a formação dos grupos de atendimentos. Os profissionais podem contribuir em processos educativos para modificar essa realidade, por meio de intervenções coletivas, com grupos de usuários, famílias e na comunidade, e utilizar essas práticas de educação em saúde como espaço para abordagem interdisciplinar, tornando as atividades mais criativas e participativas (MS, 2009). Os núcleos, com a participação direta dos ACS, identificam as patologias que mais acometem a população daquele território e montam um grupo para atendimento destes pacientes.

No município de Anápolis as ações são definidas pelas eSF e não decididas em conjunto com as equipes de NASF, o momento de troca e definições das prioridades não acontecem entre as equipes.

“Não existem reuniões formais para discutir qual caso é prioridade, nós chegamos, perguntamos para enfermeira se tem algum caso para realizar a visita e/ou se há necessidade de montar algum grupo a partir do que a eSF observa como prioridade para aquele território. O cronograma já está montado para o mês todo”. **Profissional do NASF**

Assim, a partir da demanda que é solicitada à equipe de NASF acontecem os trabalhos desenvolvidos por ela:

“Temos um grupo de sobrepeso, onde trabalhamos com a nutricionista. Eu como farmacêutica, não participo efetivamente, mas vejo as atividades que são feitas. Aprendo um pouco sobre alimentação. E quando a nutricionista não está a gente lógico que não vai calcular uma dieta para o paciente, que é privativo do profissional, mas a gente pode dar orientações básicas sobre nutrição, sobre alimentação”. **Profissional do NASF**

“A gente tem muita demanda para visita domiciliar pra acamados. Tentei montar um grupo para cuidadores, que é justamente para as pessoas que dão assistência a estes pacientes, virem e nós orientarmos a respeito de posicionamentos no leito, exercícios que podem ser realizados, entre outras coisas”. **Profissional do NASF**

Em dois núcleos foi possível perceber que o trabalho que a equipe desenvolve é realmente feito em conjunto. Nas visitas domiciliares a equipe completa se desloca até às famílias que estão agendadas para aquele dia, corroborando com a principal diretriz a ser praticada pelos NASF: a integralidade. Segundo esta diretriz a abordagem do indivíduo deve ser integral, levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal, além de promover o atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas.

No projeto é apresentado o fluxograma o acolhimento do usuário é feito pela eSF, tratando-se, portanto, de demanda organizada. Esta demanda deveria cobrir a abordagem ao território e aos sujeitos (projeto território de saúde e projeto terapêutico singular). Após avaliação da equipe é feito o agendamento com o médico da USF, o qual o encaminhará para atendimento pelo NASF, caso seja detectado complicação ou agravo não controlado.

“Existem cronogramas mensais para cada eSF que o NASF apoia. Elas são montadas pelo NASF e ESF, onde ficam determinados os dias, horários e locais para a realização das atividades do mês”. **Profissional do NASF**

A intervenção do NASF poderá ser realizada no domicílio ou na USF, dependendo da necessidade do paciente. Após ser atendido pelos profissionais do NASF a diretriz preconiza que seja proposto uma reunião de suporte entre NASF e eSF para discussão dos casos, por consequência que as equipes dos núcleos fazem o rodízio nas unidades às quais dão cobertura. Mas não é assim que acontece na realidade do nosso município:

“O encaminhamento é realizado após triagem, pelos profissionais das equipes da ESF e o que acontece é que há discussão de casos clínicos, de modo informal, sem a construção dos PTS”. **Profissional do NASF**

O usuário será encaminhado ao grupo de atendimento, se for o caso, ou receberá a orientação ou cuidados na sua unidade e/ou residência. As atividades em grupo serão agendadas de acordo com a necessidade. É proposto também reuniões mensais para avaliação e reavaliação dos casos atendidos, momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados, além de promover integração entre NASF e eSF.

“A gente avalia como uma equipe multidisciplinar. Porque às vezes o paciente é um acamado dependente, precisa do fisioterapeuta, porque tá com uma úlcera de pressão. Porém também precisa de um nutricionista, porque ele não está se alimentando direito. Ou ele precisa do fisioterapeuta, de um nutricionista e do psicólogo, porque por ele está acamado e por ser dependente de outra pessoa, ele pode estar desenvolvendo um quadro de depressão. Ou ele não está tomando os medicamentos corretamente, então ele precisa de uma intervenção farmacêutica. Então, toda a equipe vai junta, e cada uma analisa a sua área.” **Profissional do NASF**

“Uma vantagem da nossa equipe é que a gente anda muito junto, às vezes é uma visita domiciliar para fisioterapeuta, aí vai a farmacêutica, a educadora física, o psicólogo. Chegando lá a gente vê que o problema é amplo, e não abrange só a fisioterapia. A gente vai ver que tem o contexto familiar, que tem diversos outros fatores que os outros profissionais podem intervir.” **Profissional do NASF**

A partir das consultas em fontes primárias e entrevistas realizadas constatamos que os núcleos estão se organizando de acordo com a demanda que a população traz para realidade da unidade de saúde, não existem momentos específicos para discussão entre equipes de saúde da família e NASF e o fluxo interno de trabalho é determinado pelo que a eSF encontra e determina como prioridade para aquele momento.

4.6 – Processo e práticas de trabalho do fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Antes de abordar o trabalho do fisioterapeuta nos NASF do município, será relatado como tem sido este processo em outros locais do Brasil, para ter um parâmetro sobre como vem acontecendo a atuação deste profissional na atenção básica.

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente, à criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas sequelas. Essa lógica de conceitualização, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária (RIBEIRO, 2002).

A Fisioterapia pode se integrar na Atenção Básica, de modo a contribuir significativamente para melhorar as condições de saúde da população, a partir da análise da situação de saúde em nível local, garantindo a intervenção sobre problemas e grupos populacionais prioritários, promovendo saúde, prevenindo, protegendo recuperando e reabilitando a comunidade.

Segundo Ferreira *et al* (2005), a intervenção da fisioterapia na comunidade contribui para uma assistência integral e equânime, através de um conjunto de ações que diminuem ou previnem riscos a saúde, como exemplo podemos citar medidas que previnam complicações da diabetes, hipertensão arterial, quedas, sobrecargas articulares, entre outros.

Os resultados obtidos através da fisioterapia no município de Londrina, vão desde a conscientização do paciente e da família, quanto às limitações da deficiência e o compromisso do tratamento, fazendo uso de recursos

fisioterapêuticos acessíveis à comunidade, proporcionando maior independência, autonomia, prevenindo os acidentes no domicílio e na comunidade em geral.

Segundo Fiedler *et al* (2007), a fisioterapia na abordagem domiciliar realiza uma avaliação geral do estado de saúde do paciente, verificando os sinais vitais e posteriormente avaliando o ambiente domiciliar para dar início ao tratamento. Neste caso (atendimento domiciliar) a abordagem da fisioterapia deve focar em orientações ao paciente e ao cuidador.

A portaria de criação dos NASF faz considerações relacionadas aos profissionais fisioterapeutas levando em conta a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, que regulamenta o desenvolvimento das ações da pessoa com deficiência no SUS, tendo em vista a proximidade da moradia, de modo a facilitar o acesso.

Favorecer o cuidado da população e fortalecer a ESF inclui também as ações de reabilitação, historicamente associadas aos níveis de densidade tecnológica secundária e terciária, conseqüentemente baseadas em um modelo centrado na doença e em seus efeitos, com ênfase em procedimentos tecnicistas e individuais. Tratando-se, portanto, de algo que, com certeza não responde de forma eficiente aos problemas de saúde da população.

Conforme abordado anteriormente, 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, dentro de uma perspectiva de responsabilidade coletiva e compromisso com a inclusão social. Assim é que devem ser pensadas as práticas dos fisioterapeutas, ou seja, na construção de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e deficiências e reabilitação no âmbito da atenção básica (AB).

A reabilitação na AB deve repercutir diretamente na atenção integral ao sujeito, de sua família e comunidade, considerando todas as necessidades identificadas no território para além do plano da deficiência propriamente dita, contemplando as diversas condições e agravos de saúde habitualmente evidenciadas no cotidiano das equipes de Saúde da Família. Mais do que isso, os papéis dos profissionais em tal campo devem contribuir para que sujeitos, famílias e comunidade assumam protagonismo no desenvolvimento de ações que promovam a mobilização da comunidade e também evitem e contornem obstáculos à qualidade de vida, com reflexos na prevenção de deficiências (BRASIL, 2009) (sic).

A fisioterapia tem, assim, papel de fundamental importância nos NASF, visto que a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua inclusão social e ampliando o acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Muito mais do que tratar e reabilitar, o fisioterapeuta tem o encargo de agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para exercer suas atividades laborativas e da vida diária. Esse posicionamento está diretamente relacionado ao que explicita a Resolução COFITTO nº 80/87: “Por sua formação acadêmico-profissional, pode o fisioterapeuta atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis da assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas” (BRASIL, 1987).

Esta consideração atesta o fisioterapeuta como um profissional apto a atuar na atenção básica tal como se configura na atualidade: o primeiro nível do sistema de assistência à saúde, articulado com os demais, com o intuito de garantir maior acesso aos cuidados e integralidade da atenção, consoante a Declaração de Alma-Ata de que os cuidados primários “têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades” (WHO, 1978).

O papel do fisioterapeuta no NASF é fundamental, por exemplo, na abordagem das deficiências físicas que poderiam ser evitadas ou atenuadas com a adoção de medidas apropriadas e oportunas, como ações em saneamento, no trânsito, em segurança, em saúde, em educação. (BRASIL, 2009).

Conforme as diretrizes de trabalho do NASF as ações clínicas da atenção básica nas deficiências devem contemplar:

1. Identificação do tipo de deficiência;
2. Encaminhamentos para serviços de reabilitação adequados para a aquisição de tecnologias assistidas, favorecendo a acessibilidade e melhoria da qualidade de vida (órgãos, próteses, meios auxiliares de locomoção e recursos ópticos);
3. Acolhimento, apoio e orientação às famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência;
4. Reuniões para discussões de caso e educação permanente;
5. Articulação com as atividades dos agentes comunitários de saúde, importantes no tocante à questão do autocuidado, envolvimento da família e do repasse de informações;
6. Realização de visitas domiciliares para avaliações, orientações, adaptações e acompanhamentos;
7. Indicação e orientação para acesso a recursos assistenciais e benefícios disponíveis como o auxílio-doença, o Benefício de Prestação Continuada (BPC/Loas), o Programa Passe-Livre, bem como outros programas e

políticas públicas para a garantia de direitos, como o de crianças com deficiência frequentarem o ensino público regular, entre outros.

Analisando as entrevistas pôde ser identificadas algumas das ações citadas acima vem sendo praticadas pelos profissionais fisioterapeutas que compõem os NASF. A princípio, em Anápolis, os trabalhos se iniciaram mesmo sem haver um entendimento de como era este processo dentro do NASF. O relato de um profissional do NASF descreve como era o trabalho do núcleo de apoio:

“Fazíamos atendimentos como se fosse uma clínica de fisioterapia, a gente fazia atendimentos dentro do posto de saúde. Não estávamos rodando ainda, fazíamos atendimento nas unidades.” **(Profissional do NASF)**

Após a capacitação oferecida pelo nível central citado no tópico que trata sobre a implantação, o processo mudou, no sentido de começarem a realizar seus trabalhos como preconiza as diretrizes do NASF, como mostra o relato abaixo:

“O NASF busca agora desenvolver as atividades de acordo com as diretrizes estabelecidas. As atividades realizadas pelo NASF incluem atendimento individual, agora com foco na prevenção e promoção da saúde, oferecendo apoio, orientação e aconselhamento junto ao paciente e família/cuidadores. Inclui também ações educativas na comunidade em conjunto as eSF, visitas domiciliares compartilhadas, capacitações, intersetorialidade”. **Profissional do NASF**

“O NASF dá apoio na elaboração e manutenção dos projetos das ações e grupos. Através do conhecimento do território a ser trabalhado, e sua demanda, há a definição das prioridades das ações e grupos, definidos pelo NASF em conjunto com a eSF”. **Profissional do NASF**

O processo de trabalho do fisioterapeuta, em conjunto com os outros profissionais, teve que ser construído aos poucos, superando dificuldades relacionadas ao não entendimento de como este trabalho deveria acontecer.

“Existem algumas dificuldades do trabalho em equipe pela nossa formação mesmo, porque acaba que somos formados numa grade que não tem esse trabalho em equipe multiprofissional na faculdade. Geralmente a farmácia tá separada da educação física, que está separada da fisioterapia, da psicologia”. **Profissional do NASF**

Identificou-se que os fisioterapeutas propõem várias ações formando grupos de educação em saúde, voltadas para o perfil apresentados nos territórios e realizam essas atividades em conjunto com outros profissionais, corroborando assim com o que preconiza a diretriz do NASF.

“A outra fisioterapeuta montou um projeto para trabalhar com as gestantes. Ela aborda questões como controle da pressão na gestação, controle de peso, que ela desenvolve juntamente com a nutricionista.” **Profissional do NASF**

“Nós temos uma demanda muito grande de pacientes com lombalgia e cervicalgia, muitos problemas na coluna. Montamos então, um grupo de coluna, que acontecem duas vezes por semana. Os pacientes vêm até a UBS e realizamos as atividades com o grupo todo.” **Profissional do NASF**

Outra ferramenta utilizada em seu processo de trabalho no NASF são as visitas domiciliares, que segundo Ragasson (2006) são imprescindíveis ao trabalho de atenção primária do profissional fisioterapeuta, pois é quando nos deparamos com a realidade das pessoas, verificando suas atividades de vida diária, suas limitações e a partir daí procede-se os encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso (sic).

Sobre as visitas domiciliares realizadas pelos fisioterapeutas um NASF tem bem definido como se dá este processo.

Os cronogramas mensais são fechados com os postos de saúde antecipadamente. Cada profissional da equipe é responsável por fechar o cronograma de um posto. Conversamos com o médico, com o enfermeiro e vemos qual é a necessidade. Se existe muito acamado dependente, agendamos mais um dia de visita domiciliar. Então para o próximo mês já tá com todo o cronograma escrito. (...) Então hoje é dia de visita domiciliar, já tá tudo organizado, quem são as pessoas que vão ser visitadas só pra gente chegar e o agente de saúde levar a gente. **Profissional do NASF**

Existem novas possibilidades surgindo para o fisioterapeuta na atenção básica. Recentemente (31/05/2012) foi aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania o Projeto de Lei 4.261/04, que inclui fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente, as equipes do PSF são formadas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentário e técnicos em higiene dental.

E a participação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais dentro do PSF vai preencher uma lacuna ainda existente na busca por uma atenção integral e de qualidade. Ter um fisioterapeuta no PSF significa que a população terá ao seu alcance o atendimento deste profissional nas unidades básicas.

Fazendo a comparação proposta no primeiro parágrafo deste tópico pode-se identificar que tem havido um grande esforço das equipes de apoio no sentido de realizar um trabalho de acordo com os princípios e diretrizes do NASF. O processo de trabalho, antes realizado com foco na doença, passou a ter uma visão integral do

paciente; a integração das equipes, ainda que incipiente, vem tentando proporcionar um espaço de troca entre os saberes, enfim, sem negar os ganhos concretizados, identifica-se que o processo de trabalho dos fisioterapeutas melhorou no sentido da integralidade prestada aos pacientes, mas para que esta integralidade se estenda aos profissionais e às equipes (NASF e SF) ainda temos que caminhar.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de Atenção Básica (AB) vêm adquirindo maior centralidade na agenda da política nacional de saúde, e a estratégia tornou-se uma das principais alternativas para aumentar a cobertura e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

E com o objetivo de apoiar a Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, resolubilidade, territorialização, regionalização e ampliação das ações na AB, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Este estudo se propôs a descrever o trabalho da fisioterapia na Atenção Básica (AB), que hoje, está inserido no NASF. Para tanto foi necessário fazer uma análise das percepções nas entrevistas dos profissionais envolvidos nas equipes de Saúde da Família e nas equipes de NASF, uma vez que o trabalho de um está diretamente envolvido com o trabalho do outro, assim como também dos gestores envolvidos na coordenadora da APS. O trabalho das equipes de NASF depende e se norteia a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família, fortalecendo assim o princípio da integralidade nas ações desenvolvidas.

Quando se caracteriza a rede de saúde do município e a distribuição do profissional fisioterapeuta neste mercado constata-se que, ele ainda é maioria na média e alta densidade tecnológica, demonstrando assim que é preciso mudar a postura do fisioterapeuta que desenvolve práticas isoladas para um profissional que promova saúde de forma integral e contínua.

Percebe-se, no que diz respeito à implantação dos NASF em Anápolis que, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família ainda está em incipiente processo de desenvolvimento, precisando assim avançar no que diz respeito ao fortalecimento desta rede de cuidados qualificando a assistência e dando melhores condições de trabalho aos profissionais.

Identifica-se a partir da pesquisa realizada é que, sem dúvida, houve avanço no que diz respeito à AB do município. Só o fato de haver equipes de NASF implantadas demonstra que o nível central está atento às novas propostas vindas do Ministério da Saúde, mesmo por que, além de proporcionar melhora na qualidade de

seus serviços, o município recebe incentivo financeiro para implantação dos mesmos.

Em contrapartida observa-se também que a gestão do município precisa estar atenta a essas mudanças e necessidades vindas das equipes, tanto da equipes de Saúde da Família, quanto da equipe do NASF, que parecem estar desenvolvendo seu trabalho sem uma diretriz para o cuidado que seja compatível com as necessidades e os riscos reconhecidos, mensurados e avaliados.

O que pôde ser percebido é que as próprias equipes determinam suas prioridades, a partir do que o território traz como necessidade. Não existem estudos, por parte da gestão, que direcionem o trabalho das equipes, comprometendo assim, uma avaliação da efetividade da assistência, considerando os elementos que, a nosso ver, estruturam o cuidado (risco/necessidade; organização do cuidado e responsabilização das equipes).

Os principais conflitos vivenciados pelos fisioterapeutas no ingresso na ESF relacionaram-se à parte estrutural e falta de entendimento sobre a nova proposta de trabalho. Observou-se que a mudança de ambiente de trabalho, representada pelo abandono da clínica ou consultório em favor do ambiente domiciliar, foi um fator a mais de adaptação, que continua em constante estruturação por parte dos profissionais que compõem a equipe de NASF.

No geral, os profissionais enfrentaram algumas dificuldades nesta transição, o que pode ser justificado, em grande parte, pelas condições em que as equipes de NASF foi implantadas, sem uma capacitação introdutória, sem a compreensão de como teria que ser desenvolvida essa nova proposta, que está em constante mudança, sujeita a avaliações e reavaliações dos riscos e das vulnerabilidades e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda, como expectativa.

Percebe-se que o município ganhou quando aderiu à implantação do NASF, mas precisa ainda avançar no que diz respeito à sua implementação, tanto da estrutura e condições mais adequadas de trabalho quanto de apoio para capacitação dos profissionais, cujo objeto de trabalho estão em constante mudança.

Como a atuação do fisioterapeuta é ainda muito recente no município, algumas questões ainda precisam ser respondidas: Quais as melhorias nos níveis de saúde da população com a atuação do fisioterapeuta no NASF? O que tem sido pensado em relação à capacitação e melhoria do processo de trabalho para os

profissionais do NASF? Que novas demandas em relação às equipes de NASF podem ser mapeadas? Algumas questões foram pensadas nesse trabalho, mas outros surgirão com a reflexão da própria prática. O desenvolvimento de estudos, que estimulem a discussões acerca da prática do fisioterapeuta dentro de uma equipe multidisciplinar, que apoia o trabalho das equipes de Saúde da Família seria um ponto de partida.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. 1998. Disponível em:

<<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm#militar>>. Acesso em: 05/09/2011.

ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Nº 01, Ano 01, Janeiro a Junho de 2002.

ALVES, Elioenai Dornelles *et al.* Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 03, p. 736 – 747, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a13.htm>>. Acesso em 02/05/2011.

AMATO, Cibelle Albuquerque de la Higuera *et al.* Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, 15(3): 465-74, 2010.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1): 349-360, 2011.

AZOURY, E. B. **Curso Básico em Saúde da Família: A Construção de um Projeto Local para Requalificação Profissional no Espírito Santo**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BALDIJÃO, M. F. de A. **Sistema de Informação em Saúde**. São Paulo em Perspectiva, 6(4): 21-28, outubro/dezembro de 1992.

BARAÚNA, M.A; et al. A Importância do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. **Fisioterapia Brasil**. Vol 9. Nº1. Jan/Fev 2008. Pág. 64-69.

BARBOSA, Erika Guerrieri *et al.* Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia Mov..** abr/jun; 23(2): 323-30, 2010.

BARROS, Maria Elizabeth *et al.* **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**. Texto para discussão 401. Brasília: IPEA, 1996.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc .Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BRASIL, Ana Cristhina de Oliveira *et al.* **O papel do fisioterapeuta do Programa de Saúde da Família do Município de Sobral-CE**. RBPS 2005; 18 (1): 3-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**: Diretriz conceitual. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 14/07/2012

_____. **Ações e Programas**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 12/09/11.

_____. **Saúde da Família**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em 18/03/11.

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Saúde da Família – Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 18/10/10.

_____. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

_____. **Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. [Internet]. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 02/05/2011.

_____. **Dispõe sobre a criação dos núcleos de apoio as equipes de saúde da família**. Portaria nº 154/GM de 24 de janeiro de 2008.

_____. Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica; 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Programa de Saúde da Família.[online]**. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>>. Acesso em: 14/07/2011.

_____. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, 2001.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Resolução COFFITO nº 80. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 21 mai. 1987.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. As Políticas de Seguridade Social Saúde (versão revista e ampliada). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, 2001.

CALADO, Giselle Silva. **A inserção da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família**: principais avanços e desafios. 2002. (Dissertação de mestrado em Saúde Pública), Rio de Janeiro.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (2): 569-584, 2003.

CASTRO, S.S; et al. Fisioterapia no Programana Saúde da Família: Uma Revisão e Discussões sobre a Inclusão. **Fisioterapia em Movimento**. Vol 19. N°4. Out/Dez 2006. Pág. 55-62.

CHAIMOWICZ, Flavio. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI**: problemas, projeções e alternativas. Ver. De Saúde Pública, 31(2):184-200, 1997.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zulmira M. de Araújo. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S331-S336, 2004.

COSTA, José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria (orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

DELAI, K.D. Inserção do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Acesso em: 09/11/2009

DRAIBE, Sônia M. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Revista Tempo Social**, São Paulo, v.15, n.2, nov. 2003.

_____. **Uma nova institucionalidade das políticas sociais?** Reflexões e propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. São Paulo em perspectiva, 11 (4) 1997.

FERNANDES, Vânia Claudia. **A trajetória de uma instituição educacional entre o público e o privado**: a Fundação Getúlio Vargas. 2009. 158f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em:
http://www.educacao.ufrj.br/ppge/dissertacoes/dissertacao_vania_fernandes.pdf. Acesso em: 23/05/11.

FERREIRA, F.N; *et al.* Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. **Revista Saúde Com.** v. 1, n. 1, p. 35-43, 2005.

FIEDLER, S.; *et al.* Programa de saúde da família e fisioterapia domiciliar: um relato de experiência. **XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latinoamericano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba. p. 1201-1204, 2007.

FILHO, Maciel. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

FREITAS, H. M. R. de. **Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos.** Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2000.

FREITAS, Marcos Souza. **A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional.** 2006.138f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GALLO, Douglas Luciano Lopes. **A Fisioterapia no Programa de Saúde da Família: percepções me relação à atuação profissional e formação universitária.** 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6): 1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>>. Acesso em 17/06/2012.

IBAÑEZ, N. *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3): 683-703, 2006.

KALACHE, Alexandre *et al.* **O envelhecimento da população mundial.** Um desafio novo. Ver. Saúde Pública, São Paulo, 21(3), 1987.

LABOISSIÈRE, Paula. Violência e doenças crônicas são as principais causas de morte no país. **Exame.com.** 17 set. 2010. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/economia/brasil/noticias/doencas-cronicas-ligadas-violencia-levam-novo-perfil-mortes-pais-597218>>. Acesso em 11/06/2012.

LIMA, Jacob Carlos. **Metamorfoses do trabalho e na organização dos trabalhadores: notas a partir de uma experiência recente.** Disponível em:

<<http://www.fundaj.gov.br/observanordeste/obed002a.html> (maio/junho de 2002)>
Acesso em: 18/10/10.

MACHADO F.S.N. *et al.* Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1): 247-254, 2010.

MARQUES, Rosa, M. e MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, 2003.

MARTINS JR, Fernando. **Análise do processo de implantação do SUS no Brasil e propostas de avanço com a garantia dos princípios definidos legalmente.** Texto elaborado para a mesa redonda da 2ª assembléia do CONASS em 19/03/2004.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* **Saúde Brasil 2010:** Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2010.

MATTOS, Ruben *et al.* Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):1079-1085, 2004.

MENDES, Eugênio V. **O SUS que temos e o SUS que queremos.** Texto elaborado para mesa redonda da 2ª assembléia do CONASS em 19/03/2004.

_____. **Uma Agenda para a Saúde.** Hucitec, São Paulo, 1996. 300p.

_____. **O sistema único de saúde um processo social em construção.** 1994. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/ACF9371.pdf>
Acesso em 04/07/11.

_____. **Distrito Sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.

MINAYO, M. C. S. (Org). **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

_____. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rev. bras. saúde materno infantil**, Recife, 3 (1): 113-125, jan. - mar., 2003.

MONTI, José Fernando Casquel. **Sistema Único de Saúde – uma reforma no meio do caminho.** São Paulo em Perspectiva, 6(4): 38-44, outubro/dezembro de 1992.

MORAIS NETO, O. L.; MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. Promoção à saúde e vigilância de violências: efetividade e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva** 2009;14 (5):1638.

NETTO, Guilherme Franco. Entrevista disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em 04/06/2010.

NEUMANN, Zilda Arns. **A imprescindível participação comunitária na solução dos problemas de saúde e na prevenção da violência**. Boletim da Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre Infância e Adolescência - ANO 2 No 11 – Nov/1998. Disponível em: <http://www.rebidia.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=419&option=com_content&Itemid=118>. Acesso em: 09/04/11.

NEUMANN, Zilda Arns. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

OLIVEIRA, Elaine Machado de; SPIRI, Wilza Carla. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**; 40(4):727-33, 2006.

OMS/UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 14/07/2012

PAIM, J. S. **Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS**. Disponível em:<www.saude.rr.gov.br/legislação_federal/pacto_pela_saude_2006.pdf> Acesso em: 05/05/2012.

_____. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cadernos de Saúde Pública**, 2(167-183), 1986.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ª Ed. São Paulo, Atheneu. 2007. 940 p.

PESSOA, Luisa. PIASS – **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/luisa_pessoa_p2_2005.pdf>. Acesso: 12/09/2011.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: Uma pequena revisão. Minas Gerais, 1999. Universidade Federal de Medicina de Minas Gerais. Disponível em <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil>. pdf Acesso em : 06/09/2010.

RAGASSON, C. A. P.; *et al.* Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**. v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil**: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2ª ed. Editora Manole, 1999.

REBIDIA (Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre Infância e Adolescência): **A imprescindível participação comunitária na solução dos problemas de saúde e na prevenção da violência**, boletim ano 2 n° 11 - novembro de 1998. Disponível em:

<http://www.rebidia.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=419&option=com_content&Itemid=118>. Acesso em 01 mai. 2012.

RIBEIRO, Elice Eliane Nobre *et al.* **Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG**. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2010.

RIBEIRO, K. S. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. **Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 5, p. 311-318, 2002.

ROSA, W. A. G. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) no Brasil/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-am Enfermagem**, Nov/dez; 13(6): 1027-34, 2005.

SANTOS, F. A. S; et al. **Perfil epidemiológico pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE**. Vol 14. N° 3. Setembro 2007. Pág 50-54.

SCHRAMM, J. M. de A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):897-908, 2004.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL. **Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas** - o sistema público de saúde brasileiro. São Paulo, 2002.

SQUARRO, Elisandréa. **Programa Saúde da Família – potencialidade e limites**. 2008. 105f. Dissertação (Mestrado em Política Social), Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília.

SILVA, Marcos Aurélio. Anápolis está maior e população mais velha. **Jornal Estado de Goiás**, Goiânia, 19 out. 2010.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema público de Saúde brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2004.

_____. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes *et al.* **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TEIXEIRA, S.M.F. **Reorientação da Assistência Médica Previdenciária; um passo adiante ou dois atrás?** Rio de Janeiro, FGV, EBAP, 1984. 15 p.

TRELHA, Celita Salmaso; *et AL.* O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.20-25, 2007.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S148-S158, 2008.

VIANA, Ana Luíza d'Ávila *et al.* Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S4-S5, 2008.

_____. **Estratégias de financiamento para organização e fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos de São Paulo.** Relatório final. Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina do Departamento de Medicina Preventiva. Edital MCT-cnpq/MS-sctie-decit – nº 36/2005, São Paulo, agosto de 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2011.** Geneva: WHO; 2011.

_____. **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care.** Alma-Ata: World Health Organization; 1978.

YAZBEC, M. C. **Estado e Políticas Sociais.** (2009) Disponível em: <www.ess.ufrj.br/ejornal/index.php/praiavermalha/article/download/39/24> Acesso em: 15/08/2011.

7- APÊNDICE

7.1 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Secretário da Saúde

- 1) Qual é a meta de cobertura dos serviços de atenção primária?
- 2) Quais são os critérios para distribuição dos recursos nos territórios?
- 3) Quais são as estratégias de implantação das equipes de saúde da família?
- 4) Como se dá a programação e gerenciamento das ações e organização dos processos de trabalho?
- 5) Qual o projeto de governo para a saúde, com ênfase na APS/NASF?
- 6) Que cobertura quer atingir em ESF e NASF, de que forma, com que recursos, para alcançar que objetivos?
- 7) Como Secretário(a) da Saúde do município de Anápolis, quais serão os grandes desafios da sua gestão?

Coordenador geral

- 1) Como se deu o processo de implantação das equipes de saúde da família?
- 2) E no que se refere especificamente à Atenção Primária à Saúde do nosso município?
- 3) Um dos problemas para o fortalecimento da atenção primária está na contratação de profissionais. Como solucionar essa questão?
- 4) Quais os maiores avanços da APS em nosso município?
- 5) Como Coordenador Geral da Saúde do município de Anápolis, quais serão os grandes desafios da sua gestão?

Coordenador de Atenção Primária

- 1) Como é o processo de trabalho da AP no município de Anápolis?
- 2) E sobre o aporte de recursos para AP?
- 3) Como se dá o processo de supervisão dos trabalhos nos NASF?
- 4) No seu entender qual a importância do fisioterapeuta nos NASF?
- 5) Como é feita a distribuição dos fisioterapeutas nas equipes de NASF?

- 6) Qual o parâmetro utilizado para definir a quantidade de fisioterapeutas nas equipes?
- 7) Como coordenador da Atenção Primária do município de Anápolis, quais serão os grandes desafios da sua gestão?

Profissionais

- 1) Quantas equipes de NASF existem em Anápolis?
- 2) Como está organizado o processo de trabalhos das equipes (organização e desenvolvimento das atividades)?
- 3) Para você, o que é o NASF e qual o papel do NASF no seu entendimento?
- 4) No atual cenário brasileiro, como vê a atuação da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde e quais seriam suas perspectivas? Como visualiza essa trajetória daqui pra frente?

7.2 - FIGURA 1

Figura 1: NASF 1 e bairros que fazem cobertura



Fonte: Autora, 2012.

7.3 - FIGURA 2

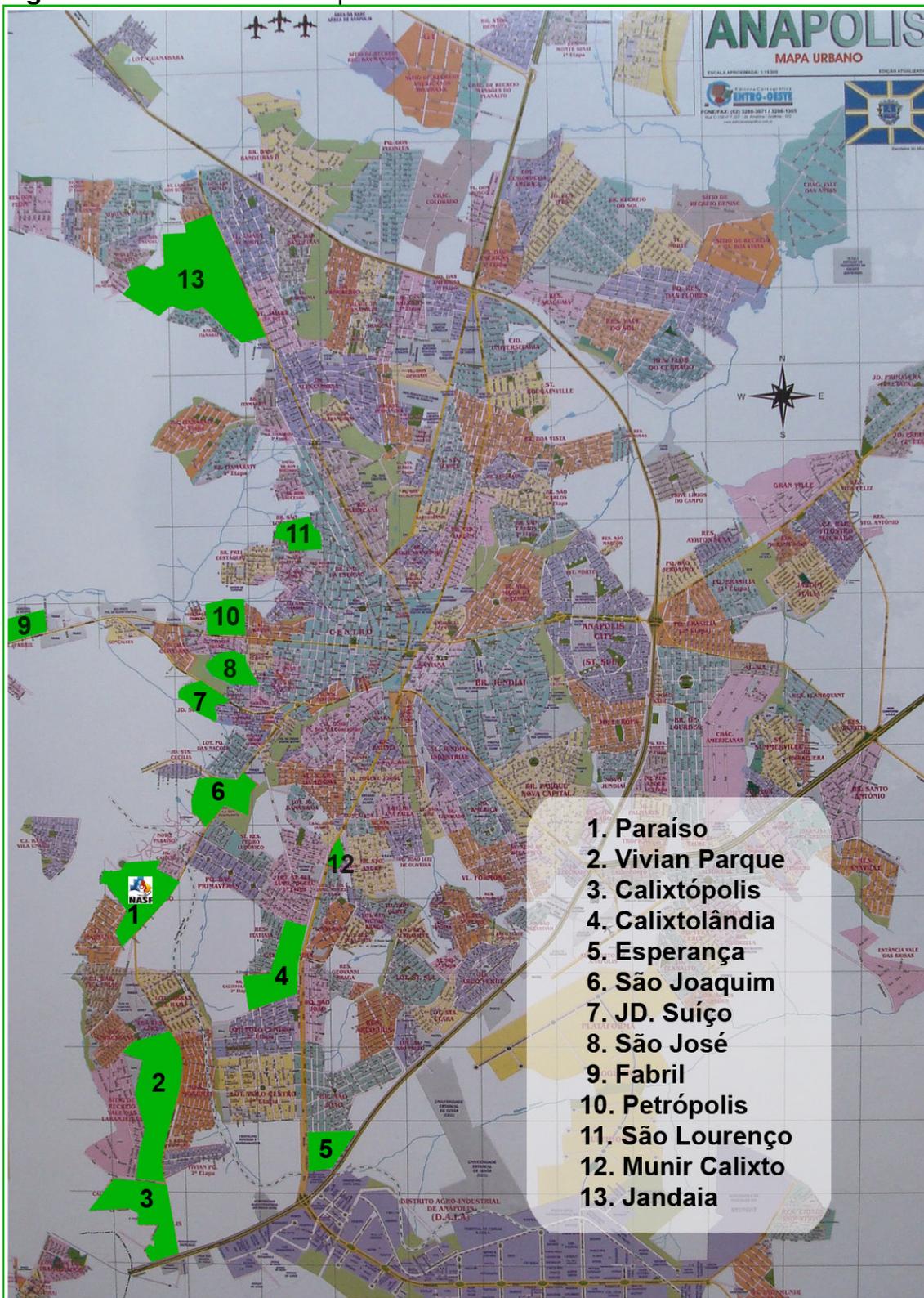
Figura 2: NASF 2 e bairros que fazem cobertura



Fonte: Autora, 2012.

7.4 - FIGURA 3

Figura 3: NASF 3 e bairros que fazem cobertura



Fonte: Autora, 2012.

8 - ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não participará da pesquisa e não será penalizado de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA LEITURA DA SAÚDE PÚBLICA EM ANÁPOLIS

Pesquisador Responsável: Elisângela Schmitt Mendes Moreira (62) 9143-5083; e Nelson Bezerra Barbosa (62) 8100-1747

Telefones para contato: CEP-UniEVANGÉLICA – 3310 6736

- ✓ O objetivo desta pesquisa é analisar o processo de implantação das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de Anápolis.
- ✓ Pesquisa de natureza descritiva, que será realizada através de entrevista semiestruturada com profissionais que atuam na atenção primária, para entender como está organizado o trabalho do Fisioterapeuta dentro das Unidades, bem como os outros profissionais que participam da Equipe Multiprofissional na Unidade Básica de Saúde. Primeiramente será feita uma análise dos dados referentes à Saúde Pública de Anápolis, voltados para as Unidades Básicas de Saúde, qual a quantidade de Unidades, quantos fisioterapeutas atuam nessas unidades.
- ✓ Após realizado esse levantamento de dados será feita uma entrevista com os profissionais Fisioterapeutas que atuam nas unidades básicas para conhecer as principais características do atendimento fisioterápico no município de Anápolis (GO) e as dificuldades com relação à atividade profissional, para assim realizar uma análise deste serviço. Será utilizado um questionário semi-estruturado contendo perguntas que esclareçam como é o trabalho do fisioterapeuta dentro da unidade básica, desde serviço interno, quanto às visitas aos pacientes em suas residências.
- ✓ Riscos e benefícios: Os participantes voluntários não se encontrarem no local para responder a entrevista. Isso pode ser resolvido marcando antecipadamente um horário e local com o entrevistado, ou selecionando um outro profissional que esteja disponível e que aceite participar da pesquisa.
- ✓ Os participantes serão informados que todos os dados obtidos com a pesquisa serão confidenciais, poderão ser utilizados para a publicação em revistas científicas e apresentação em congressos. Serão informados que não serão remunerados financeiramente de qualquer forma. Poderão retirar seu

consentimento e desistir em participar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos para os mesmos. Após o término da pesquisa, todos os documentos utilizados para a realização deste projeto serão guardados por nós pesquisadores em local seguro por no mínimo cinco anos, podendo ter sua publicação em alguma revista científica e posteriormente será incinerado.

Anápolis, ____ de _____ de 20__,

Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG (ou Prontuário) nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Elisângela Schmitt Mendes Moreira sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP-UniEVANGÉLICA (fone 3310 6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma cópia deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20__,

Assinatura do sujeito.

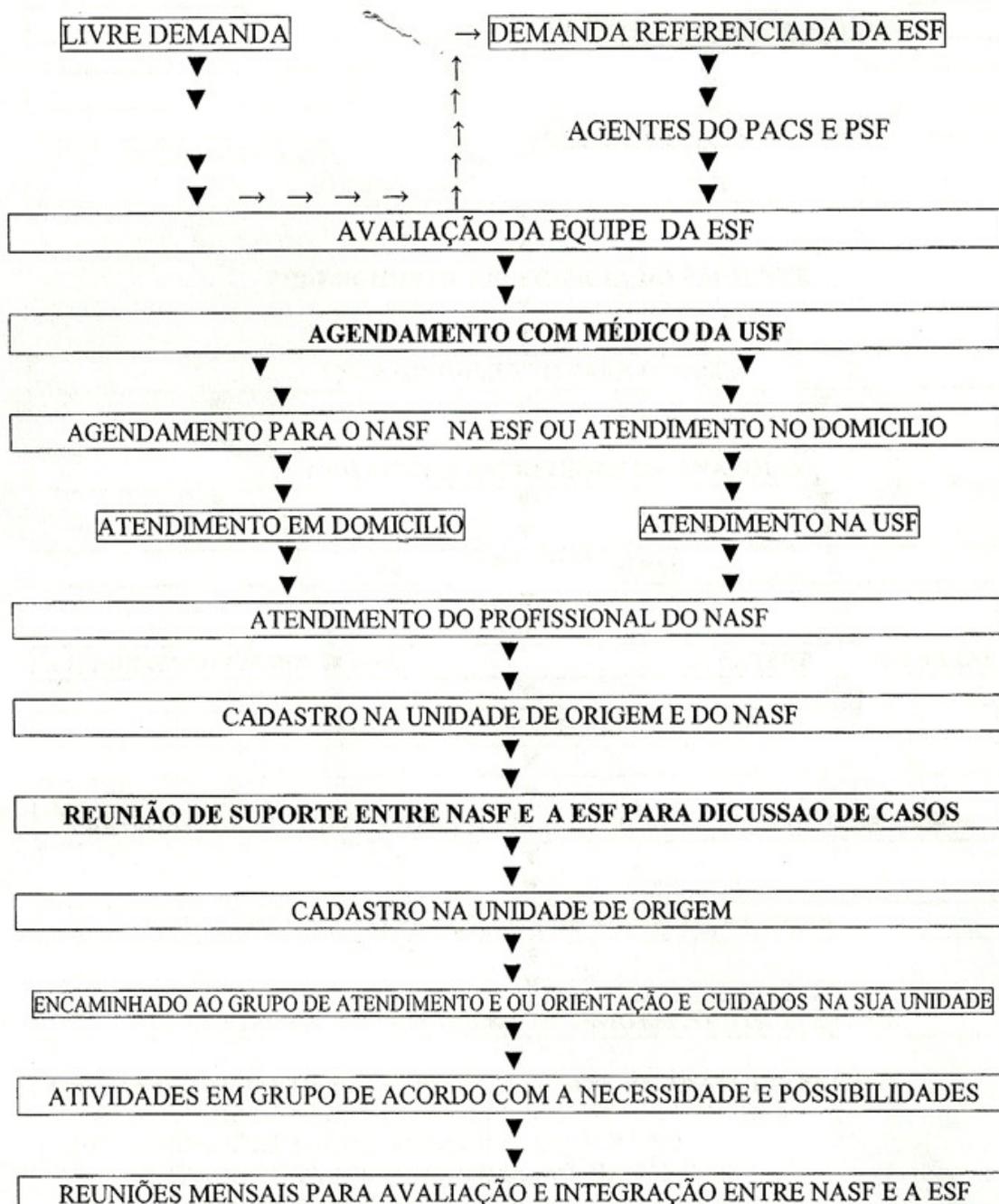
Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

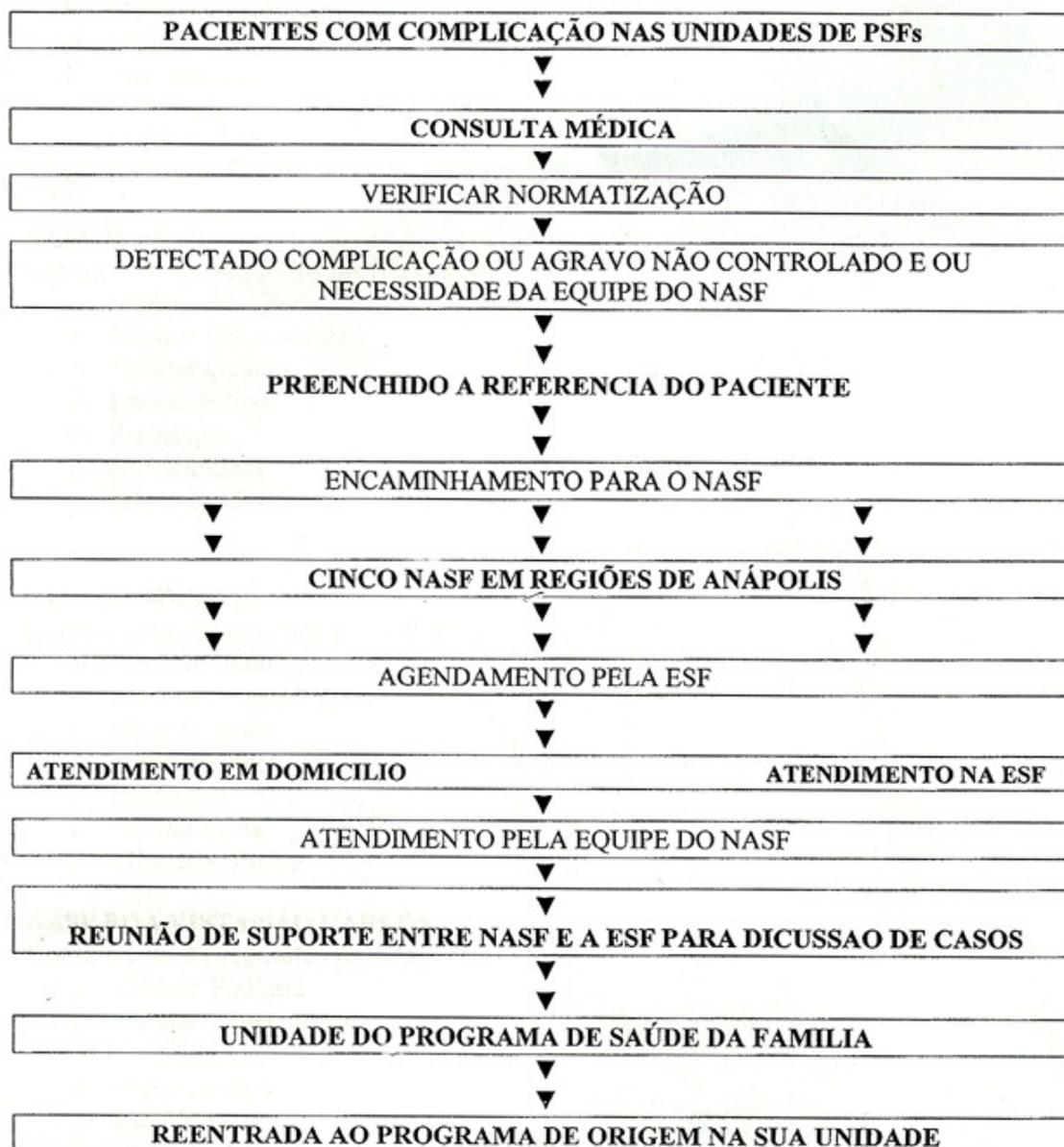
Nome: _____ Assinatura: _____

ORGANOGRAMA E FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DO NUCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIDADE DE BASE



OBS: AS UNIDADES DE BASE DOS CINCO NASF DE ANAPOLIS SERÃO:

- A- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BAIRRO DE LOURDES
- B- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO PARAISO
- C- UNIDADE DE SAUDE DA FAMÍLIA DAS BANDEIRAS
- D- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOA VISTA/SÃO CARLOS
- E- UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CALIXTOLANDIA

