



Fisioterapia e Saúde da Família: inserção, processo de trabalho e conflitos

Daniela Ferraz Frauches Carvalho^{*a}; Rodrigo Siqueira-Batista^{a,b,c}

^aPrograma de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva; Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^bUniversidade Federal de Viçosa – UFV, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

^cFaculdade Dinâmica do Vale do Piranga – FADIP, Ponte Nova, Minas Gerais, Brasil

Histórico do Artigo

Recebido em:

25/02/2017

Aceito em: 30/10/2017

Palavras-chave:

fisioterapia

bioética

Saúde da Família

Atenção Primária à

Saúde

RESUMO

A fisioterapia é uma profissão relativamente nova e ainda mais recente é seu papel na Atenção Primária à Saúde (APS). Nos últimos anos a fisioterapia passou a integrar a Estratégia Saúde da Família (ESF) através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, com sua participação nesse nível de atenção, surgiram novas questões para a profissão. Este trabalho apresenta revisão de literatura referente à inserção e à atuação do fisioterapeuta no âmbito da APS, enfocando os conflitos surgidos neste novo domínio. A partir da análise dos textos selecionados foram propostas três categorias: (i) inserção do fisioterapeuta na Saúde da Família; (ii) processo de trabalho do fisioterapeuta na Saúde da Família; e (iii) conflitos na atuação do fisioterapeuta na Saúde da Família. Os textos analisados revelaram a efetiva contribuição que a fisioterapia tem trazido à Saúde da Família, e os muitos obstáculos que ainda precisam ser superados. Conclusão: Com um modelo direcionado a uma atuação interprofissional, a ESF/NASF acaba levantando muitas questões relativas ao papel do fisioterapeuta e sobre sua relação com os demais profissionais, usuários e gestão, para as quais a bioética tem se apresentado como um caminho para essa reflexão.

Physiotherapy and family health: insertion, labor process and conflicts

Keywords:

Physical therapy

Bioethics

Family Health

Primary Health Care

ABSTRACT

Physiotherapy is a relatively new profession and even more recent is its role in Primary Health Care (PHC). In recent years, physiotherapy has become part of the Family Health Strategy (FHS) through the Family Health Support Center (FHSC) and, with its participation in this level of care, new questions have arisen for the profession. This work presents a review of the literature regarding the insertion and performance of the physiotherapist within the PHC, focusing on the conflicts that arose in this new domain. Based on the analysis of selected texts, three categories were proposed: (i) insertion of the physiotherapist in Family Health; (ii) work process of the physiotherapist in Family Health; and (iii) conflicts in the work of the physiotherapist in Family Health. The texts analyzed revealed the effective contribution that physiotherapy has brought to Family Health, and the many obstacles that still need to be overcome. Conclusion: With a model aimed at an interprofessional performance, the FHS / FHSC ends up raising many questions regarding the role of the physiotherapist and its relationship with other professionals, users and management, for which bioethics has been presented as a way to this reflection.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, tendo em vista a ampliação do acesso aos serviços de saúde, de modo a contemplar todos os indivíduos. Na atualidade, representa de um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo. Segundo a Lei 8.080, um dos

* Autor correspondente: danihilller@hotmail.com (D. F. F. Carvalho)

objetivos do SUS é “*a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas*” (1).

O SUS traz como proposta, princípios e diretrizes, a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade da assistência, a descentralização, a regionalização, a hierarquização de serviços de saúde e a participação popular (2). Deste modo ele vem instituindo novas *práxis* quanto à produção da saúde, de acordo com o proposto na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na qual foi estabelecida a Declaração de Alma-Ata, expressando a urgência de que todos os estados buscassem promover a saúde de todos os povos do mundo. O documento enfatiza que a saúde não é simplesmente a ausência de doença, representando, outrossim, um direito humano fundamental; ademais, revela a importância do cuidado primário em saúde, reforçando o dever dos governos de formular políticas, estratégias e planos nacionais de modo a estabelecê-lo (3).

Seguindo esse compromisso do SUS – de atenção integral à saúde –, bem como a proposta quanto aos cuidados primários, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, de forma a reorientar o modelo de atenção em saúde no país com foco na APS (4). Posteriormente, em 2004, ele foi redimensionado em termos da Estratégia Saúde da Família (ESF), através da portaria nº. 648, de 28 de março de 2006 (5). Deste modo, a ESF “*vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do SUS. A ESF vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país*” (p. 7) (6).

Assim a ESF foi estabelecida como forma prioritária para reorganização da APS no Brasil. Essa estratégia busca um enfoque no trabalho das equipes, no qual todos os profissionais devem atuar juntos no cuidado à saúde do usuário. Esse trabalho em equipe permitirá o desenvolvimento de uma nova abordagem – mais completa e abrangente – a qual pensa a – e age na – saúde para além do campo estritamente biológico, considerando também os domínios psicossocial, ecológico, econômico e histórico, entre outros possíveis. A APS visa a descentralização do sistema de saúde e deve ser o principal e preferencial contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde (7).

Para fortalecer a estratégia, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – através da Portaria Nº. 154/GM, de 24 de janeiro de 2008 – pelo Ministério da Saúde (8). O NASF deve ser composto por uma equipe de profissionais das diversas áreas de conhecimento que atuem em conjunto com os profissionais da ESF, oferecendo assim apoio e compartilhando as práticas em saúde das equipes da saúde da família. Para isto, os gestores municipais e as equipes da ESF devem definir esta composição seguindo critérios de prioridades de acordo com as necessidades locais e da disponibilidade de profissionais das diferentes ocupações, uma vez que o NASF se constitui como apoio às equipes de saúde da família e não como porta de entrada do sistema. Deve ser destacado que foi precisamente a partir do NASF que a fisioterapia teve sua entrada na ESF (6).

O trabalho da fisioterapia, nesse primeiro nível de atenção à saúde, é algo ainda bastante novo, mormente ao se considerar que se trata de uma profissão tradicionalmente vinculada ao campo da reabilitação, e com menor inserção no campo da promoção e da atenção à saúde. Com base nessas preliminares considerações, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre a participação do fisioterapeuta na APS, com destaque para seu processo de integração à equipe e suas visões sobre os conflitos surgidos nesse nível da atenção em saúde.

2. Métodos

Procedeu-se revisão da literatura inspirada no método PRISMA, *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (9). A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), buscando artigos publicados entre janeiro de 2003 e dezembro de 2016. Foram empregados os seguintes unitermos, obtidos nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): (1) Saúde da Família; (2) Atenção Primária à Saúde; (3) Fisioterapia, em português e com a respectiva tradução para a língua inglesa. Quanto ao idioma foram selecionados artigos em Português e em Inglês.

Foram incluídos estudos originais, relatos de casos, revisões bibliográficas e reflexões teóricas disponíveis na íntegra e contendo informações relativas à atuação do fisioterapeuta na APS e à inserção da fisioterapia na ESF, bem como sobre os conflitos surgidos nessa esfera de atuação. Também foram incluídas, no processo de revisão, algumas Portarias Ministeriais referentes à inserção da fisioterapia na ESF, bem como as Diretrizes do NASF. Foram excluídos estudos que discutiam a realidade da fisioterapia na APS em outros países, devido ao interesse de abordar a esfera brasileira; foram igualmente excluídos estudos nacionais sobre APS e ESF que não tinham como foco a fisioterapia.

Os passos de seleção dos estudos e o número de artigos incluídos em cada um deles são sumariamente apresentados a seguir.

1º passo: Foram identificados na base de dados os seguintes números de citações: BVS = 521 e Scielo = 30. Após verificação de duplicidade entre os bancos de dados restaram 521 na BVS e três no Scielo, tendo sido excluídas as duplicidades do Scielo, uma vez que este apresentava menor número de artigos.

2º passo: Os títulos dos artigos foram analisados, procedendo-se a seleção daqueles que se relacionavam à reflexão sobre o papel do fisioterapeuta na APS/ESF, à inserção do fisioterapeuta na APS/ NASF e às dificuldades vivenciadas por esse profissional nesse nível da atenção em saúde. Após tal análise, selecionaram-se 81 artigos.

3º passo: Os resumos dos artigos escolhidos no 2º passo foram analisados e, nesta etapa, foram excluídos aqueles que estavam em desacordo com os critérios de inclusão e em acordo com os critérios de exclusão, tendo sido selecionados 44 artigos para leitura na íntegra.

4º passo: Os textos completos dos artigos selecionados no 3º passo foram recuperados e analisados, sendo excluídos nesse passo mais 13 artigos que estavam em desacordo com os critérios de inclusão e em acordo com os critérios de exclusão, restando um total de 31 artigos para compor a análise.

Não houve conflito de interesses dos autores na condução da presente investigação. Este estudo preenche os critérios para dispensa do encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por dizer respeito a uma revisão com utilização de dados de artigos científicos já publicados.

Tabela 1 -Descritores e Base de Dados.

Estratégias de Busca	Base de dados			
	Antes da exclusão de duplicidade		Após a exclusão de duplicidade	
	BVS	Scielo	BVS	Scielo
Atenção Primária à Saúde + Fisioterapia	200	30	200	3
Saúde da Família + Fisioterapia	321	0	321	0
<i>Total</i>	521	30	521	3

3. Resultados e Discussão

Após a etapa de seleção, os artigos foram lidos e organizados na seção de resultados, sendo divididos em três categorias: (i) inserção do fisioterapeuta na ESF, (ii) processo de trabalho do fisioterapeuta na ESF e (iii) conflitos na atuação do fisioterapeuta na ESF.

3.1. Inserção do fisioterapeuta na Saúde da Família

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família surge em 2008 – como mencionado anteriormente –, a partir da publicação da Portaria GM 154, de 2008 (6), com o precípuo objetivo de apoiar a ESF, ampliando os objetivos e o campo de ação das equipes atuantes na APS, com incremento da resolutividade, em termos de articulação territorial e intersetorial. Nessa perspectiva, a atuação do fisioterapeuta – como integrante do NASF – deverá ocorrer por meio da “*integralidade, o conhecimento de território, a humanização, a educação popular e permanente em saúde, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade direcionados para ações de promoção de saúde que interfiram diretamente na qualidade de vida dos cidadãos*” (p. 177) (10). Desta forma, fica ressaltada a importância de pensar a fisioterapia para além da reabilitação, trazendo esta profissão para uma atuação na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na assistência (11).

Tal conformação traz um significativo desafio para o trabalho no âmago da saúde da família, dada a necessidade de atuação conjunta, integrada e descentralizada, a qual possa incorporar a participação dos usuários dentro do conceito de saúde do SUS (10). Tal cenário reverbera na ações do fisioterapeuta nos diferentes arranjos do NASF, pois a referida Portaria de 2009 assinala a existência de duas modalidades de apoio à ESF, nas quais está prevista a ação desse profissional (6):

*“O Nasf 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, **fisioterapeuta**, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. Cada um desses Nasf deve estar vinculada a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco.*

*O Nasf 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, **fisioterapeuta**, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três equipes de SF”* (p. 20).

Esse desenho foi ratificado – cerca de três anos depois – por ocasião da publicação da Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (12), a qual redimensiona os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2 e estabelece uma terceira modalidade de NASF, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Modalidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

NASF 1	NASF 2	NASF 3
<p>“I - A modalidade NASF 1 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <p>a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 200 (duzentas) horas semanais;</p> <p>b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e</p> <p>c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.</p> <p>II - Cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)”;</p>	<p>“III - A modalidade NASF 2 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <p>a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 (cento e vinte) horas semanais;</p> <p>b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e</p> <p>c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.</p> <p>IV - Cada NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais)”;</p>	<p>“V - A modalidade NASF 3 deverá ter uma equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições:</p> <p>a) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 80 (oitenta) horas semanais;</p> <p>b) nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e</p> <p>c) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 (vinte) horas e no máximo 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.</p> <p>VI - Cada NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.”.</p>

Fonte: Reproduzido, *ipsis litteris*, de Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

As organizações em termos dos NASF 1, 2 e 3 trazem uma dificuldade para o fisioterapeuta – como para os demais profissionais da área da saúde – bem demarcada por Rezende e colaboradores (2009), os quais apresentam uma crítica à forma segundo a qual foi implantado o NASF, uma vez que esse *dispositivo* (13) se torna responsável por uma área de grandes dimensões – abarcando diversas equipes da ESF –, o que limita – assim – as possibilidades de oferta de um trabalho de cuidado integral como proposto originalmente.

As tensões entre o que se espera e o que se faz possível têm sido superadas, em muitas oportunidades, no processo de integração do fisioterapeuta à APS, no SUS, pois, este profissional vem contribuindo de modo relevante com a “*formação de grupos, visitas domiciliares e a participação em programas de saúde, não restringindo sua atuação apenas à assistência e reabilitação*” (14). Além disso, sua inserção possibilita ações de baixo custo, criação de vínculo com a comunidade, bem como a educação continuada e a recuperação da harmonia do corpo e do convívio social (15), como se procurará demonstrar na próxima seção.

3.2. Processo de trabalho do fisioterapeuta na Saúde da Família

O município de Sobral no Ceará foi um dos pioneiros na inclusão do fisioterapeuta na equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), ainda em 1999, tendo obtido êxito em trabalhar essa atuação dentro da lógica da prevenção de doenças, promoção à saúde e da assistência, ou seja, visando à atenção integral (16). Apesar dessa experiência originária, até pouco tempo o trabalho do fisioterapeuta – no nível da APS – ainda era pouco reconhecida e divulgada. Portes e colaboradores (2011) demonstram, em sua revisão de literatura, que começa a haver uma preocupação dos profissionais que atuam nessa área de divulgar tais práticas. Contudo, ainda há limitações no que concerne à questão do enfoque na doença – e não tanto em ações de promoção da saúde – e, também, na falta de capacitação dos fisioterapeutas quanto à educação em saúde, à gestão e à atuação interdisciplinar. Demonstra-se, assim, como a fisioterapia ficou estabelecida dentro do paradigma de doença do modelo biomédico (17) – e hospitalocêntrico – vigente, modelo que precisa ser desconstruído de modo a melhorar a inscrição desta profissão no modelo de saúde da família (18).

Ainda há muita desinformação, também, de profissionais de outras áreas que veem o fisioterapeuta dentro do paradigma da doença (19) (20) ou que desconhecem qual deva ser a atuação desse profissional no campo da saúde da família (21). Isto se deve ao histórico de formação desse profissional – na lógica curativa e reabilitadora –, na qual muito pouco é abordado em termos da atuação na promoção à saúde e na prevenção de agravos (22). No âmbito brasileiro, em sua maioria, o fisioterapeuta age na esfera privada ou, quando no setor público, em áreas especializadas (23). Portanto, questões dentro da proposta do SUS como integralização foram deixadas de lado por muito tempo, limitando a visão sobre as possíveis atuações do fisioterapeuta (24).

Baena e Soares (2012) apontam algumas das consequências que poderiam ser evitadas por meio da atuação do fisioterapeuta, como “*agravamento de determinadas situações, deslocamentos desnecessários da população, retardo na resolubilidade das situações e ônus ao sistema, tanto para a população quanto para os gestores em saúde*”. Além disso, pontua que a atuação fisioterapêutica poderia contribuir para diminuição das internações hospitalares e para evitar que o usuário tenha que ser encaminhado a um nível de atenção mais complexo, quando poderia ocorrer a resolução já na APS. Ainda em seu estudo, aponta que médicos e enfermeiros ressaltam a necessidade do profissional fisioterapeuta para atuar em questões de saúde envolvendo gestantes, crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e/ou moléstias pulmonares, enfermos acamados (e seus cuidadores), pessoas com doenças osteomioarticulares, indivíduos com dificuldade de deambulação, adultos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), deficientes físicos e amputados. É, portanto, destacada a necessidade desse profissional, apesar das equipes no estudo não terem tido contato direto com a fisioterapia no âmbito da APS (25).

As atribuições do fisioterapeuta na APS se dão no âmbito individual e no coletivo: atendimentos individuais, visitas domiciliares, orientação aos cuidadores (26) (22), educação em saúde e práticas corporais. Investigações têm demonstrado que ações do profissional têm sido desenvolvidas, com sucesso, neste nível de atenção, na saúde do idoso (27) e na saúde da criança (28). Ademais, ao longo dos últimos anos, pôde ser observado um maior interesse das universidades no preparo dos seus estudantes para o trabalho na APS – por exemplo, com a oferta de períodos de estágio, nos quais é permitida a vivência em unidades de APS (29) (30). Este momento é de suma

importância para a formação destes futuros profissionais, pois, muitas vezes, o estudante tem dificuldade de trazer o conceito de integralidade para sua prática e acaba por transportar para a atenção primária à saúde o modelo flexneriano de ensino-aprendizagem (31).

Além dos já comprovados benefícios para a população, também o sistema de saúde beneficia-se da inserção da fisioterapia na APS, com participação na redução da demanda por medicamentos, o que leva à minimização de gastos públicos e individuais. Há redução, também, das queixas algícas, retardando o processo de degeneração funcional das pessoas que compõem uma dada população (32). Também, o usuário do sistema já começa a identificar a importância da atuação fisioterapêutica, mesmo ainda reconhecendo essa dentro do paradigma da reabilitação (33).

Desta forma, o perfil do profissional que irá atuar na ESF deve ser de formação generalista, apresentando flexibilidade e criatividade, empatia/compaixão, autonomia e iniciativa, capacidade de trabalho em equipe e conhecimento sobre o SUS (34; 35).

3.3. Conflitos na atuação do fisioterapeuta na Saúde da Família

As informações sobre esse âmbito ainda são bastante exíguas na literatura. Algumas das questões que envolvem a atuação do fisioterapeuta no NASF são a baixa quantidade de profissionais compondo as equipes ou ausência destes em algumas áreas, impondo assim uma limitação no contato entre o usuário e o profissional nesse nível de atenção (36). De fato, a presença de fisioterapeutas no NASF é consideravelmente menor do que em nível secundário e terciário, esferas nas quais sua atuação está melhor estabelecida e definida (37). Com isso apresenta-se ainda a dificuldade de compreender a proposta de atuação deste no núcleo, compreendendo a fisioterapia dentro do âmbito da atenção integral à saúde. No estudo realizado por Souza e colaboradores (2013), foi abordada a atuação do fisioterapeuta no NASF e avaliada a compreensão dos demais profissionais, gestores e usuários sobre esta. Através de entrevistas obtiveram-se as seguintes falas.

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

(Ent. 1; Grupo II)

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

(Ent. 4; Grupo II)

Se tivesse mais profissionais da fisioterapia, poderia ser melhor, acho que tem pouco profissional.

(Ent. 3, Grupo II)” (11)

Ainda para o usuário está presente a imagem do fisioterapeuta como aquele profissional reabilitador que atua em hospitais tratando doenças e lesões já instaladas e sem qualquer atuação na educação e na promoção da saúde (38).

Um problema percebido – de modo reiterado – na atuação do fisioterapeuta é a questão do trabalho multiprofissional, que é uma das propostas fundamentais do NASF (22). Isso se deve à atuação deste trabalhador estar ligada, principalmente, às ações

individuais. Um estudo feito com fisioterapeutas da ESF apontou dificuldades no labor em equipe multidisciplinar e falta de recursos e infraestrutura para sua atuação (39). Além disso, muitas vezes, a atuação do fisioterapeuta não está adequada à proposta de integralidade do SUS; com efeito, este profissional acaba por agir de forma isolada e demandando uma tecnologia para atuar que não estaria de acordo com sua inserção na APS (40). Esse trabalho isolado prejudica o entendimento dos demais profissionais da área da saúde sobre como deve ser a participação da fisioterapia na APS. Desse modo, alguns trabalhadores de outras áreas citam – como um problema para a atuação do fisioterapeuta na APS – a falta de tecnologia e de espaço planejado, demonstrando assim como a atividade desse profissional está diretamente ligada à reabilitação e a um grande aparato tecnológico, mesmo na APS (41) (42) (43).

Também ocorre a necessidade de consolidação do fisioterapeuta no apoio matricial e no planejamento coletivo das ações, justificando-se esse entrave pela grande demanda de atendimento fisioterapêutico e pelos poucos profissionais atuando e com baixa carga horária (44).

4. Considerações finais

A atuação do fisioterapeuta na APS é fundamental para que este possa agir, positivamente, na vida do indivíduo – antes que a doença esteja instalada –, possibilitando a redução dos danos à saúde e a demanda na atenção secundária e terciária.

Para a sua incorporação na APS, é necessária uma *releitura* do papel da Fisioterapia, que deverá ir além das abordagens individuais, colocando-se também no âmbito da ação coletiva. É preciso, igualmente, laborar para que a Fisioterapia ultrapasse o paradigma biomédico da doença – com foco apenas em ações de reabilitação – e trazê-la para a *práxis* na lógica ampliada da saúde, com ênfase no *cuidado* integral, categoria central – de um ponto de vista ético e epistemológico – no campo da saúde (45). Nesse contexto – de genuíno reconhecimento da centralidade do cuidado –, entende-se que a noção de deliberação – conforme elaborada por Zoboli e Soares (2012) –, pode fornecer um importante auxílio como um caminho para o reconhecimento dos problemas existentes em sua prática. “*A deliberação foi descrita como processo de autoeducação, quase autoanálise, proporcionando transformações na prática profissional e mudança de atitudes, permitindo que se identifiquem, interpretem e abordem os problemas éticos.*” (46) De modo similar, Nora e colaboradores (2015) concluem que “*a deliberação revela-se meio e instrumento para sistematizar o manejo de problemas éticos, funcionando como via de educação permanente, que auxilia no desenvolvimento da competência, da sensibilidade ética e das habilidades críticas e dialógicas necessárias para conduzir a reflexão, discussão e resolução prudente e corresponsável das situações eticamente problemáticas*” (47).

Ressalte-se que, para atuar na APS, o fisioterapeuta necessita de um preparo que vá além de questões técnicas e, portanto, torna-se imprescindível a formação para a reflexão diante dos conflitos – ético-políticos – que este profissional enfrentará nesse nível de atenção. Sua vivência dentro da equipe é permeada por desafios para sua experiência profissional que precisam ser bem refletidos. A Fisioterapia, mesmo no NASF, é relegada – muitas vezes – a uma inserção de forma isolada. Impõe-se ao fisioterapeuta, então, o desafio de superar tal barreira, para uma atuação efetivamente integrada com a equipe multiprofissional.

O trabalho na ESF traz novos reptos teóricos, em diferentes frentes, como, por exemplo, as questões bioéticas identificadas por Vidal e colaboradores (2015): “ (1) as

relações entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde; (2) as relações entre os profissionais no domínio da equipe; e (3) as relações ético-políticas na esfera do SUS” (48), cujos achados foram corroborados em outras investigações correlatas (49) (50). Assim, a reflexão sobre os conflitos percebidos na atuação do fisioterapeuta no paradigma do cuidado integral deve levar em conta, no contexto de complexidade da APS, aspectos (bio)éticos que auxiliem esse profissional na sua identificação, compreensão e superação.

Agradecimentos

Os autores são gratos ao CNPq pelo apoio à investigação.

Referências

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n.], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2017.
2. Siqueira, JE. 25 anos de SUS: o que há pra se comemorar. O mundo da saúde, São Paulo- 2013; 37(1): 56-64.
3. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Conferência de Alma Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jocarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 692, de 25 de março de 1994. Dispõe sobre a criação, enquanto metas do MS, do PISUS (Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 1994.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648/ GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006.
6. Brasil. Cadernos de Atenção Básica- Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF nº27, 2009.
7. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino- am Enfermagem*, 2005; 13 (6): 1027- 34.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, n. 18, 25 jan. 2008. Seção 1, p. 47-49.
9. Galvão TF, Pereira MG. Redação, publicação e avaliação da qualidade da revisão sistemática. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015; 24(2): 333-334.
10. Souza MC, Bonfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *Mundo Saúde*. 2013; 37(2):176-84.
11. Rezende M, Moreira MR, Amâncio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009; 14 (1): 1403-1410.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2013.
13. Bermudez KM. O conceito de rede para os profissionais da atenção ao paciente com transtorno mental: em busca dos dispositivos de cuidado. Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Federal Fluminense, 2017.
14. Araújo JCS. Inserção da Fisioterapia na atenção básica: um caminho necessário a percorrer em saúde pública [Trabalho de conclusão de curso] Porto Alegre: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,

2009.

15. Baráuna MA, Testa CEA, Guimarães EA, Boaventura CM, Dias AL, Strini PJSA, Gorrer MC A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. *Fisioter. Bras.* 2008; 9(1): 64-69.
16. Vêras MMS, Pinto VPT, Quinderé PHD, Oliveira EN. A fisioterapia no programa de Saúde da família de Sobral CE. *Fisioter. Bras.* 2005; 6(5): 345- 348.
17. Camargo KR. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. *Revista Brasileira de História da Ciência* 2013; (6):183-195.
18. Portes LH, Caldas AJ, Paula, LT, Freitas, MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Revista de APS* 2011; 14 (1): 111-119.
19. Silva DJ, Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc. saúde coletiva* 2007 ; 12 (6): 1673-1681.
20. Superti M. Competências profissionais para a atuação fisioterapêutica em apoio matricial [Tese de doutorado em Saúde Coletiva]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.
21. Belettini NP, Rodrigues FC, Cruz TS, Ferreira KC, Tuon L, Coelho BLP. Fisioterapeutas integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Estado de Santa Catarina: competências e desafios. *Fisioter. Bras.* 2013; 14(6): 433-438.
22. Souza MC, Araújo TM, Reis Júnior, WM, Souza JN, Vilela ABA, Franco TB . Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Mundo Saúde* 2012; 36(3): 452-460.
23. Costa LR, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribution of physical therapists working on public and private establishments in different levels of complexity of health care in Brazil. *Rev. bras. fisioter.* 2012; 16 (5): 422-430.
24. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15 (37): 551-564.
25. Baena CP, Soares MCF. Information gathered with health team to support the insertion of physical therapy in Family Health strategy. *Fisioter. mov.* 2012; 25 (2): 419-431.
26. Formiga N, Ribeiro K. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2012; 16(2): 113- 122.
27. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16 (1): 1467-1478.
28. David MLO, et al. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. *Saúde debate* 2013; 37(96): 120-129.
29. Maciel R, Silva P, Sampaio RF, Drummond AF. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino da fisioterapia. *Fisioter. Mov.* 2005; 18(1). 11-17.
30. Madruga LMS, Ribeiro KSQS, Freitas CHSM, Pérez IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2015; 19 (Suppl 1): 805-816.
31. Medeiros D, Neves R. Análise crítica das práticas na Atenção Primária à Saúde com base nos relatos dos estudantes do curso de fisioterapia. *Rev. Baiana de Saúde Pública* 2013; 37(1): 87-105.
32. Langoni CS, Resende TL, Valmorbidia LA. A introdução de atendimentos por fisioterapeutas em unidades da atenção primária em saúde. *Revista Brasileira de promoção à saúde* 2012; 25(3): 261- 270.
33. Ferretti F, Nierotka RP, Braghini CC, Teo CRPA, Ferraz L, Fanticelli ML. Physical therapist insertion in the Family Health Strategy team: the users' view. *Fisioter. mov.* 2015; 28 (3): 485-493.
34. Gallo DLL. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. Londrina. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual de Londrina, 2005.
35. Siqueira- Batista R. Bioética e compaixão. In: Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. *Bioética e medicina*. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica, 2006, p. 111-113.
36. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva* 2011; 16(Suppl 1): 1515-1523.

37. Azevedo PW. Análise da fisioterapia no SUS: perfil epidemiológico da macrorregião sul do Rio Grande do Sul. Cabalero, RMS. Porto Alegre, 2013.
38. Carvalho STRF, Caccia-Bava MCGG. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Fisioter. mov.* 2011; 24(4): 655-664.
39. Dibai Filho AV, Aveiro MC. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca- AL, Brasil. *Rev. Bras. Prom. Saúde.* 2012; 25 (4): 397-404.
40. Barbosa E, Furbino S, Ferreira D. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. Mov.* 2010; 23(i2): 323-330.
41. Fernandes JM, Rios TA, Sanches VS, Santos MLM. NASF's tools and practices in health of physical therapists. *Fisioter. mov.* 2016; 29(4): 741-750.
42. Ferretti F, Lima L, Zuffo A. Perception of the Family Health Program professionals about the need for insertion of physiotherapist in the team. *Fisioter. mov.* 2014; 27 (3): 337-347.
43. Brito G, Novais B. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária. *Rev APS.* 2011; 14(4): 424-434.
44. Braghini CC, Ferretti F, Ferraz L. Physiotherapist's role in the NASF: perception of coordinators and staff. *Fisioter. mov.* 2016; 29 (4): 767-776.
45. Siqueira- Batista R. Conhecimento e saúde: entre ciência e arte. In: Rego S., Palácios M. Comitês de ética em pesquisa: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, v. 1, p. 53-70.
46. Zoboli ELCP, Soares FAC. Capacitação em bioética para profissionais da Saúde da Família do município de Santo André, SP. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(5):1.248-53.
47. Nora CRD, Zoboli ELCP, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. bioét. (Impr.).* 2015; 23 (1): 114-23.
48. Vidal SV, Motta LCS, Siqueira- Batista R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. *Saude soc. [online].* 2015; 24 (1): 129-140.
49. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Motta LCS, Rennó L, Lopes TC, Miyadahira R, Vidal SV, Cotta RMM. Bioethics and family health strategy: mapping problems. *Saúde e Sociedade (USP. Impresso)* 2015; 24 (1): 113-128.
50. Simas KB, Simões PP, Gomes AP, Costa Ado A, Pereira CG, Siqueira-Batista R (Bio)Ethics and Primary Health Care: preliminary study on Family Clinics in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência e Saúde coletiva* 2016; 21 (5): 1481-1490.

EDITORA E GRÁFICA DA FURG
CAMPUS CARREIROS
CEP 96203 900
editora@furg.br