

Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores

Challenges for physical therapist's inclusion in primary care: the administrators' perspective

Cristina D. Ribeiro e Maria C. Flores-Soares

Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande (RS), Brasil, crisdribeiro@yahoo.com.br; mcflores01@gmail.com

Recebido 19 Junho 2014/Enviado para Modificação 3 Agosto 2014/Aprovado 20 Janeiro 2015

RESUMO

Objetivo Objetivou-se identificar como está incluído o fisioterapeuta na atenção básica (AB) e a visão dos gestores em saúde do papel e da inserção deste profissional junto à equipe de saúde.

Métodos Estudo qualitativo realizado com secretários de saúde de 22 municípios do extremo sul do Brasil.

Resultados Existem na região 45 fisioterapeutas inseridos na AB, destes apenas um na Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dois em Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), 13 gestores mencionaram o fisioterapeuta como sendo o profissional apenas da reabilitação, outros ainda afirmam que ele tem formação de nível técnico. Nos municípios que possuem o profissional inserido na ESF/NASF os gestores o identificaram como um importante integrante para complementação da equipe. Dentre as dificuldades para inserção deste profissional na AB, a falta de recurso financeiro para contratação foi o fator mais referenciado.

Discussão Existe uma compreensão restrita por parte dos gestores em saúde sobre o papel do fisioterapeuta na AB, sobretudo pela maioria que não tem este profissional inserido em suas equipes de saúde da família, já a falta de priorização na destinação das verbas orçamentárias não favorece a inclusão efetiva de profissionais que não são considerados pela legislação como fazendo parte da equipe mínima. A inserção do fisioterapeuta na AB ainda é limitada, sendo necessária uma ampliação do olhar dos gestores das possibilidades de atuação deste profissional, inclusive como promotor da saúde.

Palavras-chaves: Fisioterapeutas, atenção primária à saúde, pessoal administrativo, promoção da saúde, saúde da família (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Study aimed to identify how physical therapists are included in primary care (PC), the perspectives of health managers, and the role that the inclusion of this professional in the health team plays.

Methods Qualitative study involving health secretaries of 22 municipalities in southern Brazil.

Results 45 physiotherapists in the region were included in PC. One of these was in the Family Health Strategy (FHS), and two were in the Nuclei of Support to Family Health (NSFH). 13 administrators cited the physiotherapists as professionals solely for rehabilitation; others think that they have formation at a technical level. However, in municipalities that have included the professionals in the FHS / NSFH, they were identified as important members of the team. Among the difficulties of inclusion, the lack of financial resources for hiring was the most commonly reported factor.

Discussion There is a limited understanding from health managers regarding the role of physiotherapists in PC, especially from the majority who do not have access to this professional in their family health teams. This is because the lack of prioritization in the allocation of budget funds is not conducive to the effective inclusion of professionals who are not considered by the law as part of the minimum team. The insertion of the physiotherapist PC is further limited; a magnification of the look of the managers of the possibilities of action of this professional is required, including as a health promoter

Key Words: Physical therapists, primary health care, administrative personnel, health promotion, family health (*source: MeSH, NLM*).

RESUMEN

Desafíos para la inclusión del fisioterapeuta en atención primaria: la mirada de los administradores

Objetivos Identificar cómo se incluye el fisioterapeuta en la atención primaria (AP), la visión del gestión de la salud y el papel de la inserción de este profesional en el equipo de salud.

Métodos Estudio cualitativo con secretarios de salud de 22 municipios del sur de Brasil.

Resultados Hay 45 fisioterapeutas de la región insertado en AP, uno en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) y dos en los Núcleos de Apoyo para Salud de la Familia (NASF), 13 secretarios comentaron que se trataba de un profesional que trabaja solamente con rehabilitación, otros creen que tiene formación del nivel técnico, en los municipios que se han incorporado al profesional en el ESF / NASF lo identificó como un miembro importante del equipo. Entre las dificultades la falta de recursos financieros para la contratación fue el factor más referenciada.

Discusión Hay una comprensión limitada por los administradores sobre el papel del fisioterapeuta en AP, especialmente los que no tienen este profesional insertado en sus equipos de salud familiar, ya la falta de priorización en la asignación de recursos presupuestarios no es propicio para la inclusión efectiva de los profesionales que no son considerados por la ley como parte del mínimo de personal. La inserción de la fisioterapeuta AP es aún limitada, una ampliación de la mirada de los gestores de las posibilidades de acción de estos profesionales incluyendo como promotora de salud.

Palabras Clave: Fisioterapeutas, atención primaria de salud, personal administrativo, promoción de la salud, salud de la familia (*fuelle: DeCS, BIREME*).

A Estrategia da Saúde da Família (ESF) é a principal iniciativa de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que o foco de atenção deixa de ser centrado

no indivíduo e na doença, passando para o coletivo. O processo de trabalho da equipe de saúde passa a dar mais atenção à promoção e a manutenção da saúde dirigindo-se as condições crônicas; neste contexto a família apresenta-se como o espaço privilegiado de atuação (1,2).

Atualmente a composição mínima da equipe de Saúde da Família requer a presença de um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde a equipe de saúde bucal composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (3). Mas, outros profissionais podem integrar essas equipes de acordo com as necessidades em saúde da população e da decisão do gestor municipal (3,4).

Sendo assim, é necessário que os gestores ampliem sua visão no sentido de compreender a realidade da população. Nos últimos anos, com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico as atividades voltadas para a promoção, proteção e prevenção, como mudanças de hábitos de vida e detecção precoce de doenças, devem ser encaradas como protagonistas entre as ações de saúde podendo ser consideradas importantes para a redução do custo global do sistema de saúde (2). Para responder a esta demanda é indispensável ter por base uma equipe de saúde formada por profissionais de diversos setores, capazes de atender as diferentes demandas (5).

O profissional fisioterapeuta durante a sua formação adquire competências e habilidades que lhes permite atuar em todos os níveis de atenção. Sendo que, ultimamente tem havido uma maior preocupação com a formação de um profissional com perfil voltado para a atenção básica (AB).

Experiências espalhadas em diversos lugares do país são divulgadas contribuindo com esse processo (6,-8). Nesse cenário, várias possibilidades de atuação e estratégias de reorientação do fazer fisioterapêutico vêm sendo construídas.

De acordo com as diretrizes da ESF cabe ao fisioterapeuta o desenvolvimento de ações e o provimento de serviços para tratamento e reabilitação e também atuação controle dos riscos e danos em seu território, prevenindo agravos e promovendo a saúde com ações de cunho individual, de grupos e da coletividade (1). Para que estes saberes e práticas do fisioterapeuta possam ser direcionados para a saúde ou qualidade de vida da população é necessário que os gestores de saúde reconheçam o papel deste profissional e suas potencialidades.

Dentro deste contexto, o objetivo do estudo foi identificar junto aos gestores em saúde, dos municípios pertencentes a uma Coordenadoria de Saúde do extremo sul do Brasil, como está estruturada a atenção em fisioterapia à população no âmbito da AB/ESF nestes municípios, a compreensão pelo gestor do papel exercido pelo fisioterapeuta junto à equipe de saúde e as facilidades e/ou dificuldades encontradas para a inserção do fisioterapeuta na AB/ESF.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, realizado em 22 municípios pertencentes a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Os sujeitos da pesquisa foram os secretários municipais de saúde. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2011 a setembro de 2012, sendo que para o roteiro das entrevistas utilizou-se um questionário com questões semi-estruturadas previamente definidas sobre a estrutura da atenção pública em fisioterapia existente nos municípios, o conhecimento sobre o papel desempenhado por estes profissionais e as facilidades e/ou dificuldades da inserção do fisioterapeuta no contexto da AB/ESF.

Todas as entrevistas foram realizadas nas secretarias municipais de saúde, e as gravações tinham um tempo médio de 15 minutos. Houve a recusa de um gestor de saúde em participar do estudo. Os dados referentes à estrutura da atenção em fisioterapia nos municípios do estudo foram quantificados a partir das falas dos gestores as quais subsidiaram a descrição desses resultados.

Após transcrição das gravações foi realizada a leitura “flutuante” das mesmas e posteriormente, realizada análise de conteúdo. Os dados resultantes da observação bem como as falas das entrevistas, foram analisadas nos seu conjunto. Os dados foram organizados em 2 categorias: a) a compreensão pelo gestor do papel exercido pelo fisioterapeuta junto à equipe de saúde; b) facilidades e/ou dificuldades da inserção do fisioterapeuta na AB/ESF.

Foram respeitados os preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos conforme a Resolução Nº 466/2012(9). Foi solicitada adesão aos sujeitos por meio de assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes garantidos os esclarecimentos necessários sobre a finalidade da pesquisa e o anonimato dos dados coletados. O

estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, parecer CEPAS-FURG Nº 89/2011.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 21 Secretários Municipais de Saúde, sendo que as populações das cidades de menor e maior porte correspondem a 2.266 e 206.161 habitantes, respectivamente.

A partir das entrevistas realizadas com os gestores pode-se verificar que a ESF está implantada em dezessete dos vinte e um municípios estudados, e que três destes contam com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) entre os seus dispositivos de saúde. Em relação à atuação do fisioterapeuta 45 atuam na atenção básica, sendo que em dois municípios este profissional encontra-se inserido no NASF. Dos demais fisioterapeutas, a maioria (n=25) atua como prestador de serviço terceirizado do município, 08 são concursados e 04 desempenham seu papel por meio de contrato com a Prefeitura Municipal. De todas as atuações verificadas, em apenas um município, o fisioterapeuta é contratado pela Prefeitura para atuar junto a ESF.

Quanto a compreensão pelo gestor do papel exercido pelo fisioterapeuta junto à equipe de saúde verificamos que treze referiram o fisioterapeuta como sendo o profissional apenas da reabilitação. Também verificou-se a falta de conhecimento dos gestores quanto a autonomia e atribuições do profissional. Por outro lado os gestores que possuem o fisioterapeuta incluído na equipe identificam este profissional como promotor da saúde.

Em relação às facilidades e/ou dificuldades para a inserção do fisioterapeuta em suas equipes de saúde, constatou-se alguns aspectos como a preocupação em dar conta da atenção terciária, à falta de recursos financeiros para a contratação deste profissional e necessidade de obtenção de infraestrutura para atuação do fisioterapeuta.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a ESF ainda não é uma realidade em todos os municípios, apesar de ser a política pública norteadora da atenção à saúde da população no Brasil, sobretudo se tomarmos como

referencia os dados nacionais de porcentagem de municípios onde a ESF está implantada a qual em 2011 já totalizava 94,9 % dos municípios brasileiros. Se considerarmos que, cinco dos vinte e dois municípios que compõem esta Coordenadoria ainda não possuem ESF essa porcentagem é igual a 77,3 %, inferior a nacional. Destaca-se ainda a fragilidade no processo de instalação dos NASFs na região, pois este dispositivo está inserido em somente três municípios.

A implantação dessas iniciativas depende somente da vontade política dos gestores já que podem contar com recursos dos governos federal e estadual para a sua estruturação, dependendo apenas de uma parte da alocação dos recursos do município.

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao reduzido número de fisioterapeutas disponíveis para a atenção pública em fisioterapia na região, pois para uma população de cerca de 838 000 pessoas tem-se o registro de 45 profissionais atuando em todos os níveis de atenção. Estes dados são inferiores aos observados em outras regiões (10).

Outro objetivo deste estudo foi investigar a percepção dos gestores de saúde a respeito do papel do fisioterapeuta na ESF.

Assim, verificou-se que a maioria dos gestores que participaram do estudo referiram o fisioterapeuta como sendo o profissional apenas da reabilitação, como podemos verificar pelas falas: “(...) Na verdade nós nunca tivemos muito contato, mas acho que é importante na recuperação dos pacientes, nos traumas.” G5, “(...) eu acho que como a gente tá tratando de saúde, eu acho que todas as áreas são fundamentais, principalmente a questão da reabilitação que é onde a fisioterapia entra com bastante importância (...)” G18.

Neste contexto observa-se que a fisioterapia continua com o rótulo que é o de atuar na reabilitação, ficando evidente que há um desconhecimento sobre as competências profissionais, por parte dos gestores municipais, no que diz respeito à atuação na promoção da saúde, em ações preventivas e educativas na comunidade (11).

Nos últimos anos a formação do fisioterapeuta vem sendo direcionada para contemplar as necessidades sociais da saúde da população, com ênfase a atender as prerrogativas do SUS capacitando recursos humanos para atuar neste sistema de forma resolutiva e de qualidade (11).

Dessa forma, a formação deste profissional tem visado ampliar seu campo de atuação, tendo em vista a promoção da saúde do homem como direito à vida e ao seu bem estar. Também parece ser desconhecida pelos gestores a habilidade do fisioterapeuta em interagir com o ambiente e adaptar o tratamento conforme a necessidade e a realidade encontradas, no lar e na comunidade.

Delai (2011)(12) refere que o fisioterapeuta é um profissional que se dedica ao estudo e à investigação do movimento humano, das funções corporais, atividades de vida diária, desenvolvimento das potencialidades, privilegiando o estado fisiológico do ser humano e adaptando o homem ao ambiente em que vive. Portanto, as possibilidades de atuação deste profissional não devem se restringir às concepções tradicionalmente facultadas a ele.

Pois, além de recuperar e curar pessoas, é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva, suprimindo as necessidades de atenção à saúde na comunidade, adaptando-se, a um modelo de atenção que privilegia a saúde coletiva (11).

Na fala de outro gestor nos deparamos com uma realidade equivocada a respeito da autonomia do profissional fisioterapeuta. “Eu acho fundamental o trabalho do fisioterapeuta, hoje em dia, os médicos não conseguem mais fazer uma reabilitação (...)” G12.

Ela mostra a falta de reconhecimento do serviço prestado e da importância da fisioterapia como profissão, remetendo-nos a um período em que este tinha formação de nível técnico, que perdurou até o ano de 1969, com a promulgação do Decreto lei nº 938 de 13/10/1969(13).

Logo, o fisioterapeuta é um profissional da área da saúde, com formação acadêmica superior, com quase 40 anos de regulamentação. Possui autonomia, e pode atuar isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde.

Outro aspecto que pode ser destacado, além da falta de conhecimento a respeito da autonomia da profissão, refere-se a aparente sobreposição das atribuições do fisioterapeuta e outros profissionais da área da saúde. “(...) o fisioterapeuta é bom, para melhorar a auto-estima, pra fazer um alongamento, pra fazer assim, pra movimentar o corpo, pra movimentar todas as partes do corpo (...)” G4.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do executivo na saúde. Sendo assim, é necessário que tenham conhecimento das atribuições de cada profissional da área da saúde, pois a ESF propõe rever práticas, valores e conhecimento de todos os envolvidos (14).

Vanderlei (2007) (2) ressalta que é importante trabalhar com a concepção de que o desempenho das atividades gerenciais requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psicossociais. Portanto, para adequado gerenciamento dos recursos humanos para atender as reais necessidades da população possibilitando inclusive a inserção do fisioterapeuta na equipe é necessário que o gestor reconheça as atribuições, saberes e habilidades deste profissional. Inclusive, na ausência deste conhecimento torna-se inviável esta inserção.

Em contrapartida, seis gestores definiram o fisioterapeuta atuando em atividades de promoção da saúde e prevenção junto à equipe da ESF. “(...) porque nós imaginamos, até com ele, conseguir fazer ações que promovam mais essa questão da saúde, a questão de fazer uma caminhada orientada vamos supor pros idosos, alguns exercícios, atividades ao ar livre ou até mesmo a gente pode utilizar a estrutura do ginásio municipal pra promover esse tipo de ação, né!? Então a gente realmente acredita que esse profissional vai vir agregar a gente essa questão da promoção da saúde” G19.

O fisioterapeuta é formado para atuar nos diversos níveis de assistência à saúde, com as mesmas prerrogativas dos demais membros da equipe, com objetivo de preservar, promover, aperfeiçoar ou adaptar, por meio de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida tanto em nível individual, quanto coletivo (15). Cabe a ele ainda, no trabalho em equipe multiprofissional contribuir para o bem-estar da comunidade, agindo como um multiplicador de saúde.

Sendo assim, pode-se evidenciar este fato na fala de um gestor que conta com um fisioterapeuta vinculado ao NASF em seu município. “Eu acho que ele tem um papel complementar, é um profissional que vem qualificar o trabalho da equipe (...) eu acredito que é um profissional essencial na equipe, tanto com o objetivo de tá reduzindo a ocorrência de agravos quanto de estar evitando complicações para aqueles pacientes já crônicos, domiciliares.” G16.

Segundo Loures (2010) (22), o fisioterapeuta, atuando de forma integrada à equipe, contribui para o planejamento, implementação, controle e execução de políticas e programas em Saúde Pública, voltados para a execução de ações de assistência integral às famílias em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso.

Também possui um grande potencial mediador, podendo funcionar como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde, favorecendo a identificação dos problemas que devem ser considerados por toda a equipe na elaboração das ações de saúde (16).

De acordo com o Ministério da Saúde (17) para obter maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que as ações tenham por base uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de atender o conjunto de demandas da população.

A ação desenvolvida em conjunto por diferentes profissionais pressupõe a possibilidade da prática de um se reconstruir na prática do outro. Para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área de saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva. Fato este observado na fala de outro gestor.

“(...) eu acho que no NASF é muito importante o fisioterapeuta pra orientação do manejo com os pacientes, e a gente tem tido um experiência extremamente positiva com o fisioterapeuta, e até a nossa ideia é ter mais um.” G20.

Nos últimos anos, várias experiências de atuação da fisioterapia na AB vêm sendo relatadas (6-8). Essas experiências têm acontecido de forma pontual em alguns municípios brasileiros e nos espaços acadêmicos, como em projetos de extensão universitária e nos estágios durante a graduação em fisioterapia, sendo possível identificar nas publicações existentes alguma similaridade entre as experiências.

Augusto (18), descreve a visão da comunidade frente a atuação de estagiários de fisioterapia em quatro Unidades Básicas de Saúde de um município de Minas Gerais, destacando-se a representação de satisfação dos usuários com as práticas de humanização e cuidado em promoção da saúde.

Souza (19) descreve a atuação do fisioterapeuta no NASF em um município no interior da Bahia, e evidencia que além da importância da atuação deste, há a necessidade de maior presença do fisioterapeuta na construção dos projetos terapêuticos, desenvolvidos principalmente no âmbito do NASF, a fim de contemplar um cuidado integral e resolutivo.

Dessa forma, pode-se verificar que nos municípios onde existe a experiência de atuação do fisioterapeuta, este é identificado como um importante profissional na composição de uma equipe de saúde da ESF ou NASF, pois contribui para a qualificação das ações de saúde junto à comunidade e a resolutividade de um sistema de saúde universal, integral e equitativo.

Posteriormente a análise do conteúdo das entrevistas foi direcionada para a identificação, junto aos gestores, das facilidades e/ou dificuldades para a inserção do fisioterapeuta em suas equipes de saúde. Entre as falas identificaram-se alguns aspectos como a preocupação em dar conta da atenção terciária. “(...) identifico dificuldades porque primeiro teria que ter um profissional só para isso, só para a Estratégia de Saúde da Família, teriam que ter dois profissionais de fisioterapia, um para atender a população em geral e outro para atender os enfermos” G2.

Nos relatos de alguns autores a respeito da atuação da fisioterapia na AB eles referem que apesar das atuações preventivas e educativas constituírem uma importante demanda, os profissionais não conseguem focar a atuação nessa perspectiva. A prioridade é dada aos atendimentos individuais e às visitas domiciliares por existir uma maior demanda por esse tipo de atendimento (7,8). Esta especificidade exige que certas situações obrigue o gestor a priorizar uma determinada demanda em detrimento de outras não menos importantes.

Outro aspecto mencionado por vários gestores é o que diz respeito à falta de recursos financeiros para a contratação deste profissional.

“A dificuldade é relacionada a recursos, é o sub-financiamento, né, se sabe que com recurso o incentivo que se recebe pra estratégia de saúde da família não é suficiente pra manter a equipe, por isso já tá dizendo o nome, incentivo, né, então não se consegue custear muitas vezes nem o profissional médico, né?!” G13.

Granja (2013)(20) refere que na saúde, alocar recursos financeiros, de maneira mais eficiente e equitativa, é um desafio que os gestores enfrentam

cotidianamente. As discussões sobre recursos em saúde têm se restringido aos aspectos monetários. A necessidade de identificar o que é prioritário e distribuir equitativamente os recursos tem sido substituída pela ideia do racionamento, não por meio de prioridades e inclusão universal, mas sim por exclusão seletiva. “Na estratégia eu acho que não é viável financeiramente (...), mas na proposta de apoio como funciona o NASF eu acho que é fundamental e tanto que nós aprovamos aqui uma lei que prevê, então, a atuação do educador físico, do fisioterapeuta e outros profissionais que venha complementar o trabalho da equipe” G16.

Sendo assim, alguns gestores visualizam o NASF como possibilidade de inserção do fisioterapeuta como promotor de saúde atuando diretamente no Apoio Matricial, que visa oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Nesta perspectiva um especialista com determinada formação, apoia especialistas com outra essência de formação, objetivando a ampliação da eficácia do seu desempenho e uma maior resolubilidade das ações (21).

No contexto do modelo assistencial proposto pelo SUS e pela ESF, a gerência dos serviços de saúde deve ser tomada como um instrumento que possibilite o compartilhamento de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, neste sentido, possa se constituir em uma ferramenta importante para a efetivação das políticas públicas voltadas para a atenção integral aos usuários (22).

Faz-se necessário enfatizar que, de acordo com a Portaria nº 154/08, a composição do NASF é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais (23).

Outro ponto identificado junto ao discurso dos entrevistados refere-se à infraestrutura do serviço, onde o gestor afirma que: “Dificuldade mais na estrutura de trabalho, a sala, equipamento tudo isso que aqui nós já passamos muito trabalho pra adequar o espaço até porque tem que ser uma sala ampla, tem que ter enfim, equipamentos, espelho, aquela coisa toda” G 21.

Diante da fala acima, observa-se um olhar limitante da ação do fisioterapeuta devido à necessidade de obtenção de equipamentos e local específico para sua atuação. Na busca pela reconstrução das práticas de saúde, a finalidade do processo de trabalho é alcançar a produção do cuidado.

Para isto torna-se implícita a necessidade de incorporar ferramentas no cotidiano dos serviços de saúde como, por exemplo, a própria cinesioterapia que se constitui em um recurso terapêutico de baixo custo.

Historicamente, a gerência dos serviços de saúde tem se configurado com um referencial normativo e tradicional. Neste modelo, o conceito do trabalho expõe a gestão como uma atividade extremamente burocrática, tomada pela manipulação de papéis e pela rotina pré-determinada, com poucas chances de criação, onde se tem intensa padronização e predomínio de inflexibilidade frente às normas colocadas. Este quadro se contrapõe ao desejo de desenvolver um trabalho mais amplo surgindo na prática um perfil estritamente burocrático, que compromete a atuação nas questões técnicas ou relacionadas às políticas de saúde (2).

Sendo assim, o que se espera é uma gestão com caráter articulador e integrativo, ou seja, que a ação gerencial seja determinada pelo processo de organização de serviços de saúde e que este seja voltado para a efetivação plena das políticas sociais, em especial, as de saúde.

Em relação à atuação do fisioterapeuta na AB/ESF este ainda é um processo que está em construção. Verifica-se que assim como na maioria dos municípios brasileiros também na região do estudo o fisioterapeuta possui pouca inserção junto aos profissionais atuantes nas equipes da AB/ESF.

Sendo assim, a inclusão deste profissional na AB/ESF traria benefícios para o Estado que agiria mais efetivamente com a promoção e a prevenção de agravos, reduzindo custos com assistência e a reabilitação tardia dos doentes.

Para o próprio profissional que estaria ampliando o seu campo de atuação, e expandindo seu conceito social sobre a profissão e suas formas de repercutir na Saúde Pública, mostrando a sua importância no setor, e contribuindo cada vez mais para melhorar as condições de vida e saúde da população.

E, para a comunidade que receberia atendimento mais qualificado e específico, sendo assistida de forma integral e interdisciplinar, independente da condição socioeconômica, favorecendo o resgate de sua cidadania e a proteção de seus interesses.

Tendo em vista a discussão apresentada, pode-se considerar que após vinte anos da criação da ESF, algumas mudanças importantes para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro ainda não puderam ser realizadas, na área de abrangência do estudo.

Dentre elas o reconhecimento, pela maioria da gestão pública em saúde que fez parte desta amostra, das potencialidades de atuação do fisioterapeuta, inclusive como agente promotor da saúde na atenção básica. A deficiência de planejamento conjunto das ações pelas equipes e pelos gestores municipais de saúde pode representar um fator que colabora para as lacunas na estruturação das equipes de saúde da família. Um dos aspectos que dificulta essa estruturação é a falta de estratégias, que levem em consideração o contexto sócio histórico da população adstrita, os objetivos da equipe (de atenção integral, incluindo a prevenção e a promoção da saúde) e as necessidades da população (de ter suas demandas de saúde atendidas).

Sendo assim, a gestão adequada na saúde é aquela que não apenas domina técnicas administrativas, mas o que possui o compromisso com a tarefa organizacional e que seja capaz de mobilizar os atores envolvidos de forma criativa e participativa. Este gestor de saúde deve ainda ser capaz de equacionar as dificuldades encontradas e buscar conhecer as potencialidades existentes para responder de forma efetiva às necessidades da população sob sua responsabilidade.

No contexto deste estudo verifica-se ainda um grande desconhecimento pela maioria dos gestores de saúde das possibilidades de atuação do fisioterapeuta, o que certamente não aproxima este profissional, e a perspectiva de sua inclusão, da equipe mínima de saúde proposta pelas gestões municipais. Destaca-se a necessidade de um trabalho de sensibilização junto aos gestores de saúde, o que pode ser realizado pelos próprios órgãos da classe, no sentido de que os mesmos tenham maior conhecimento sobre as competências e “saberes” do fisioterapeuta.

Pois, ao mesmo tempo pode-se perceber que naqueles locais onde o fisioterapeuta está inserido no NASF, é ampliada a compressão dos gestores sobre as possibilidades de atuação do fisioterapeuta, inclusive como profissional de promoção da saúde.

Também deve-se ressaltar que embora o NASF seja uma política proposta há cinco anos pelo governo federal brasileiro, sua efetivação

ainda está longe de ser uma realidade na grande maioria dos municípios investigados, o que certamente compromete à atenção integral à saúde da população desses municípios. Mas ainda mais preocupante é o fato de que em cinco dos vinte e um municípios nem a ESF encontra-se implantada, evidenciando o quanto estes ainda devem evoluir em termos de organização da AB.

Outro aspecto que não pode ser desconsiderado são as reais limitações de alguns municípios no que se refere ao financiamento, tanto por parte dos governos federal e estadual, como pela própria destinação das verbas orçamentárias municipais que não priorizam setores essenciais para a população como saúde e educação. Essa falta de priorização não favorece a inclusão efetiva de profissionais que não são considerados pela legislação como fazendo parte da equipe mínima.

Concluindo, o estudo permitiu observar o quanto ainda é preciso avançar no âmbito dos municípios estudados tanto no sentido que concerne à consolidação das políticas públicas de saúde já estabelecidas, verificado pela ausência de ESF em alguns municípios e da existência de NASF somente em três deles, quanto pela necessidade de ampliar a inclusão do fisioterapeuta nestas equipes, independente da forma de vinculação utilizada ▲

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. 2011; 3:197.
2. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Cienc saude colet.* 2007; 12(2): 443-453.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 7: 60.
4. Farias MR de, Sampaio JJC. Papel do cirurgião-dentista na Equipe de Saúde da Família. *Rev Gaúcha Odontol.* 2011; 59 (1): 109-115.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2009; 27: 160.
6. Silva D, Da Ros M. A Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: Desafios na formação. *Cienc saude colet.* 2007; 12 (6): 1673-1681.
7. Trelha CS, Silva DW da, lida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). *Revista Espaço para a Saúde.* 2007; 8(2): 20-25.
8. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma unidade básica de saúde. *Fisioter Mov.* 2002; 15(1):12-23.

9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
10. Costa LR, Costa JLR, Oishi J, Driusso P. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Rer Bras Fisioter.* 2012; 16 (5): 422-30.
11. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc saude colet.* 2008; 13 (1): 23-34.
12. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Cienc saude colet.* 2011; 16(1): 1515-23.
13. Coffito. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Decreto-Lei n° 938/69 de 13 de outubro de 1969 DOU n°197-retificado em 16/10/1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. 1969; 1:3658.
14. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Cienc saude colet.* 2009; 14(1): 1463-1472.
15. Oliveira G de, Andrade ES, Santos ML dos, Matos GSR. Conhecimento da Equipe de Saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção básica. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2011; 24 (4): 332-339.
16. Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Cienc saude colet.* 2010; 15(4): 2155-2164.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2(5): 44.
18. Augusto VG, Aquino CF, Machado NC, Cardoso VA, Ribeiro S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Cienc saude colet.* 2011; 16 (1): 957-963.
19. Souza MC de, Bomfim AS, Souza JN, Franco TB. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde.* 2013; 37 (2): 176-184.
20. Granja GF, Zoboli ELCP, Fracolli LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Cienc saude colet.* 2013; 18(12): 3759-3764.
21. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude soc.* 2011; 20 (4): 961-970.
22. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc saude colet.* 2008; 13 (1): 23-34.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União 2008; 18 (25): 47-49.