

Ferramentas Tecnológicas – Uma Estratégia à Avaliação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Technologic Tools – A Strategic Evaluation to the Family Health Support Center (NASF)

Luzia Wilma Santana da Silva

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
luziawilma@yahoo.com.br

Ana Gabriele Pereira de Souza Silva

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
luisinaciosc@gmail.com

Luís Inácio Souza Cardoso

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
kpithon@hotmail.com

Karla Rocha Pithon

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
kpithon@hotmail.com

Tatiane Dias Casimiro Valença

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
tativaleuca26@gmail.com

Resumo

Objetiva este estudo descrever o panorama de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Brasil; conhecer o impacto na atenção do NASF no estado da Bahia e verificar como a ciência fisioterapia tem atuado no contexto do NASF em municípios baianos a partir do uso da tecnologia da

Abstract

The objective of this study is to describe the Family Health Support Centers (NASF) implantation overview in Brazil; understanding the impact of the NASF in the state of Bahia and verify how the physiotherapy science has worked in the NASF's context in Bahia's municipalities from the use of the information technology. From a mix of

informação. Metodologia. Estudo misto, realizado com 26 fisioterapeutas atuantes no NASF de 26 municípios que responderam questionários *online* entre os meses de julho-agosto/2016, através da ferramenta *Google Drive*. Os dados qualitativos e quantitativos foram transversalizados à análise avaliativo-compreensiva através de estratégia hologramática. Os resultados demonstraram a necessidade de remodelação das políticas públicas de saúde no Brasil, visto que apesar de existirem programas, como o NASF, que busquem legitimar os princípios norteados do sistema de saúde empregado no país, ainda verifica-se exiguidade, uma vez que a atenção não é igualitária a todo povo brasileiro. Conclui destacando a importância de recursos tecnológicos como ferramenta ao desvelamento das condições da saúde da população.

methods accomplished with 26 acting physiotherapists in the NASF of 26 municipalities who filled an online questionnaire, within the months of July-August/2016, through the Google Drive tool. The qualitative and quantitative data were mainstreamed to the evaluative-comprehensive analytics, through the hologramatic strategy. The results showed the necessity of remodeling the public health policies in Brazil, even though there is some programs, such as the NASF, which aim to legitimize the principles of the health system implemented in the country, However, there is still a shortage, since the attention is not equalitarian to all Brazilian people. It concludes by highlighting the importance of technological resources as tools to unveil the population's health conditions.

Palavras-chave: Envelhecimento. Fisioterapia comunitária. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Tecnologia da Informação.

Keywords: Aging. Community Physiotherapy. Family Health Support Centers. Information Technology.

Introdução

O Brasil é um país reconhecido internacionalmente como uma nação com excelentes políticas públicas em saúde, como exemplo o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011a); a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999); a Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 2001), entre outras. Trata-se de um país em cuja escrita de suas leis em princípios de atenção integral honram a nação, e tem reconhecimento internacional.

No entanto, muito embora bem elaboradas as leis, ainda não se consegue a contento ir ao encontro dos direitos constitucionais de todo o povo brasileiro igualmente. Neste particular, falamos de um país, dito de muitos *brasís*, ou seja, uma multidiversidade de contextos regionais, culturais, geográficos entre outros aspectos, que serpenteiam o histórico político, econômico, social e de meio ambiente deste país. Trata-se de evidências que modulam as políticas de saúde e sociais.

O Brasil, um continente de 8.515.767,049 km² de extensão territorial, com 26 Estados mais o Distrito Federal, uma federação com o total de 5.565 municípios e uma população estimativa em 202,7 milhões de habitantes (IBGE, 2010). Estes dados nos levam a uma conta que segundo descrito no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), deveria haver no país uma média de 50 mil unidades do programa implantado, no entanto, identificamos cerca de 30 mil unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuantes com o NASF, conseguindo alcançar 100 milhões de brasileiros (IBGE, 2013). Há aqui uma disparidade entre o planejado e o executado. Assim, os princípios de equidade, unicidade e integralidade não se cumprem. Em outras palavras, não há alcance equitativamente à população brasileira.

No enfoque deste olhar e entre as muitas políticas sociais e de saúde deste país, lançaremos luz sobre o NASF – Um programa criado pelo Ministério da Saúde, visando à integralidade do cuidado humano, através da associação com a ESF, estabelecida pelo art. 2º da Lei nº 8.080 de 1990, da qual se propõe compartilhamento de diferentes áreas de saberes à ação proximal de potencialização da Atenção Básica em Saúde (ABS) (Brasil, 2008).

O NASF em sua totalidade representa um Núcleo composto por uma equipe multiprofissional constituída por médicos com especialidades em acupuntura, ginecologia/obstetrícia, pediatria, homeopatia, geriatria, clínica geral, veterinária, psiquiatria e medicina do trabalho; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; terapeuta ocupacional; profissional com formação em arte educacional; psicólogo e profissionais de saúde sanitária (especialistas em saúde pública ou saúde coletiva). Essa equipe atua conjuntamente com os profissionais da ESF, compartilhando conhecimentos e cuidados à saúde das populações (Brasil, 2013).

A congruência de saberes científicos pertencentes a cada área de atuação proporciona aos profissionais inseridos nesse programa, viabilizar o cuidado integral às pessoas, possibilitando ampla abordagem na atenção primária à saúde. O tem como objetivo contribuir a uma assistência integralizada de maior resolubilidade às condições de saúde da população participe da área adstrita, de forma a uma ação mais resolutiva em projetos terapêuticos (Ragasson, Almeida, Comparin, Mischiati, & Gomes, 2006).

Neste particular, colocamos o foco no rápido processo de envelhecimento da população brasileira, que de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2012 a 2017 ganhou 4,8 milhões de idosos superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, o que representa um crescimento de 18% desse grupo etário exigindo um olhar transversal e atencioso para as demandas oriundas do envelhecimento humano (IBGE, 2018; Borges, & Campos, 2013).

Esse contexto demográfico apresenta outras variáveis a serem perspectivadas, a exemplo as relacionadas às modificações epidemiológicas, nas quais se observam um aumento expressivo de doenças crônicas (Brasil, 2011b; Lima, & Veras, 2003). Trata-se de doenças com relação estreita a população envelhecida, as chamadas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT).

As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* se configuram como as principais DCNT que repercutem principalmente na população idosa – um grupo vulnerável pelas alterações morfofisiológicas próprias do envelhecimento. Tais doenças foram responsáveis em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população entre 30 a 69 anos no país (Brasil, 2018). O incremento destas estaria relacionado a fatores de risco como o tabaco, sedentarismo, consumo abusivo do álcool e a alimentação não balanceada (Malta, Bernal, Lima, Araújo, Silva, Freitas, & Barros, 2017).

Trata-se de fenômenos que tem se mostrado como um problema de saúde pública, e como tal, incluídos nas diretrizes de ABS do SUS, o que se faz também em exigência de estratégia do NASF (Brasil, 2008). Assim, para as necessidades da população idosa, o atendimento domiciliário associado a programas que visam à multidisciplinaridade na transversalidade com a interdisciplinaridade, cuja repercussão se traduza em discussões e acompanhamento/cuidados às pessoas idosas em situação de fragilidade e vulnerabilidade (Motta, Aguiar, & Caldas, 2011).

Dessa forma, a potencialização da ABS com o NASF viabiliza garantir os cuidados proximais e a redução de hospitalização, e nessa sequência, uma abordagem relevante é feita com o atendimento domiciliar pelo profissional fisioterapeuta. Este por sua vez, responsável por maior parte da ação reabilitadora e secundariamente por um trabalho preventivo, o que, segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), o fisioterapeuta atuará no contexto do NASF como profissional reabilitador o que na prática tende a se expandir (COFFITO, 2005).

Nesse sentido Silva e colaboradores (2013), demonstram a importância de um cuidado global, interdisciplinar e multidimensional à pessoa idosa e sua família na atenção básica, vinculado aos artifícios oferecidos pelo governo com a ESF e o NASF. Também enfocam a capacitação de profissionais na área da saúde para o cuidado ao público envelhecendo, destacando a fisioterapia como ciência indispensável no trabalho proximal preventivo no âmbito domiciliário.

Diante do exposto, considerando o crescente envelhecimento da população de 60 e mais anos em enfrentamento por DCNT no Brasil e, conscienciosos da importância do NASF no contexto da área da saúde coletiva, mais especificamente na ESF, este estudo teve como objetivo descrever o panorama de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil; conhecer o impacto na atenção do NASF no estado da Bahia e verificar como a ciência fisioterapia tem atuado no contexto do NASF em municípios baianos a partir do uso da tecnologia da informação.

Metodologia

Trata-se de um estudo de método misto aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE 57084816.5.0000.0055 e Protocolo nº 1.659.993, realizado no período de julho a agosto de 2016, através do contato *online* com profissionais fisioterapeutas em atuação no NASF de 26 municípios baianos.

O estudo misto consistiu de uma abordagem quantitativa e qualitativa (Crewell, 2010), esta última com maior enfoque no que tange a análise avaliativo-interpretativa ao alcance da compreensão da temática perseguida. Também imbricando a abordagem exploratória e descritiva.

Aliar tais abordagens a luz de nossa percepção investigativa ajudou a chegar ao mais próximo de desvelar o fenômeno de modo a contribuir para o estado da arte e lançar luz ao NASF no contexto do estado da Bahia.

Os sujeitos da pesquisa

A amostra formou-se por vinte e seis profissionais fisioterapeutas, incluídos segundo os critérios: ter no mínimo um ano de atuação no NASF e que concordaram em participar do estudo, e como critério de exclusão aqueles que atuavam a menos de doze meses no referido Núcleo.

Os fisioterapeutas que aceitaram participar do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em observância a Resolução 466/12 (Brasil, 2012a), através do dispositivo *Google drive* enviado por Correio Eletrônico particular, após contato prévio por número telefônico.

O acesso aos profissionais fisioterapeutas não foi tarefa fácil, exigiu para tanto, um desenho na perspectiva de uma abordagem geográfica regional na identificação das Secretarias Municipais de Saúde com NASF implantado, de este percorrer, alcançar o profissional fisioterapeuta através de número telefônico das secretarias, e também se valeu de informações oriundas de *sites* de buscas e da implementação do artifício *Snowball Sampling* (Bola de Neve) (Biernacki, & Waldorf, 1981), por trata-se de uma técnica na qual se pressupõe haver uma ligação entre os membros da população em estudo, os fisioterapeutas, capazes de identificar seus pares em condição similar à sua, e assim, estender o alcance aos informantes.

Destarte, observaram-se os aspectos éticos previstos na resolução supracitada e suas complementares sobre Diretrizes e Normas regulamentares na Pesquisa com Seres Humanos, garantindo o sigilo e anonimato, beneficência e a não maleficência das ações e condutas na pesquisa.

Para a investigação foram utilizados questionários *online* elaborados a partir da observação do questionário de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) (Brasil, 2012b), encaminhados por Correio Eletrônicos (E-Mail) disponibilizados pelos profissionais fisioterapeutas anuentes ao estudo.

Tal instrumento foi configurado no *Google Drive*, um serviço de disco virtual gratuito que o *Google* disponibiliza permitindo o armazenamento de arquivos na nuvem de modo que as respostas dos fisioterapeutas fossem arquivadas. O referido questionário passou por revisão de profissionais da área de Sistema de Informação de uma universidade pública no interior da Bahia, para a certificação de que não houvesse erros e ou problemas de execução à pesquisa na fase coleta dos dados.

As informações advindas deste instrumento foram devidamente representadas no estudo e todo material oriundo da pesquisa foi arquivado sob-responsabilidade do grupo de pesquisa (pesquisadora responsável).

A análise se deu através de um processo de imersão nos dados provenientes do preenchimento dos questionários no período de abertura de acesso livre aos fisioterapeutas anuentes à pesquisa, e foi tratada através da estatística descritiva e da análise avaliativo-compreensiva na abordagem do método misto na transversalidade com o estado da arte no âmbito nacional – estudos sobre a temática publicados a partir do ano 2008 – data de implantação do NASF no Brasil –, até 2016. Tratou-se de ir zigzagueando os resultados oriundos do questionário com o encontrado na literatura em uma estratégia hologramática, conforme nos ensina Miles e Huberman (2002) e Crewell (2010).

Resultados

Fez parte da amostra 26 cidades e igualmente o mesmo número de participantes. Dentre as regiões contatadas, as do Centro Sul e Sul (7,6%; 12,85%, respectivamente) se destacaram com maior número de cidades participantes no estudo. Referente ao tempo de atuação dos profissionais, este foi de 29,69 meses entre os 26 participantes, com média de aproximadamente 2,5 anos, e desvio padrão igual a 17,71 (em meses), sendo 23 do sexo feminino e 03 do sexo masculino. Atuando em problemas comunitários, de natureza crônica não transmissível em 100% dos casos no NASF. Estes dados constituíram os temas de 1 a 5 do questionário de investigação. A seguir, a tabela 1 alicerçada no AMAQ referente às respostas dos participantes.

Tabela 1 – Respostas dos 26 participantes referentes às questões 6, 7, 8, 9.

Questões	Respostas	
	Sim	Não
6. O(a) senhor(a) acredita que a gestão municipal de saúde garante atenção integral à saúde do trabalhador da atenção básica?	50,0%	50,0%
7. Referente ao deslocamento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a realização de atividades externas existe veículos oficiais disponíveis às demandas comunitárias?	57,7%	42,3%
8. A gestão da atenção básica promove apoio institucional às equipes no desenvolvimento de suas ações básicas?	84,6%	15,4%
9.O(a) senhor(a) considera a interdisciplinaridade uma proposta executada no seu contexto assistencial ?	88,46%	11,54%

Fonte: Acervo da pesquisa, 2016.

A transversalidade destes dados com os achados na literatura evidencia que no cenário nacional, a prática do NASF enfrenta problemas similares ao encontro no lócus desta pesquisa (Souza, & Calvo, 2018).

Sobre isto, nomeadamente a temática DCNT, identificadas no topo da lista de intervenção comunitária à ação reabilitadora do NASF, ascende às preocupações em saúde das populações, em especial, a população idosa e mais idosa que se encontra mais acometida por essas doenças (Motta, Aguiar, & Caldas, 2011; Brasil, 2011b). Esta comprovação alerta para uma reflexão crítica-constructiva da ABS, sobretudo, no âmbito de sua filosofia maior – a promoção da saúde e prevenção de doenças –, de modo ao envelhecimento humano ser mais bem sucedido, do que, deve-se primar por ações que visem a potencialização de todas as fases do ciclo vital humano deste a vida intrauterina.

Deste modo, a autoconscientização das pessoas ao viver longo com qualidade de saúde, mas também, a responsabilização do sistema público na promoção das condições necessárias para a população à conquista da boa saúde com gestão, planejamento e implementação de bens ao consumo humano como serviço de saúde de qualidade, saneamento básico, educação, lazer, condições de moradia e trabalho dignos.

Do que se pôde observar na tabela 1, a gestão ainda distante da atenção integral à saúde da população, sendo descrito pelos fisioterapeutas como 50% atuante e 50% não, seguido por problemas de alcance às pessoas por veículos insuficientes para deslocamento dos profissionais das UBS à realização de suas atividades externas tendo em respostas 57,7% que existem e 42,3% não existentes. Assim, quase metade da população fica desassistida. Contudo, em questionamento sobre a gestão da ABS para analisar se esta promove apoio institucional às equipes no desenvolvimento de ações básicas, se obteve como resultado 84,6% de respostas positivas contra 15,4% negativas. O que demonstra existir um contracenso à resposta anterior, mas que pode ser compreendida a luz do trabalho da equipe, se o foco for direcionado à perspectiva do todo, ao imbricamento da percepção que têm sobre a relação interdisciplinar, em que, segundo os respondentes, ocorre em 88,46%. Assim, alcançando maior resolutividade nas ações comunitárias.

A tabela a seguir apresenta resultados utilizando avaliação de 0 a 10, na qual 0 (zero) foi usado para as respostas totalmente negativas e 10(dez) para as totalmente afirmativas.

Tabela 2 – Respostas dos 26 participantes referentes às questões 10, 11, 12, 13, 14.

Escala	Q. 10	Q. 11	Q. 12	Q. 13	Q. 14
0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0
3	0	1	0	0	0
4	3	2	0	0	0
5	2	3	1	1	0
6	3	6	0	1	0
7	5	3	0	3	0
8	10	7	4	9	1
9	1	2	7	9	3
10	1	2	14	3	22

Fonte: Acervo da pesquisa, 2016.

Legenda: *Questão 10:* Desta forma, no contexto da fisioterapia domiciliar, o quão o(a) senhor(a) acredita que essa ciência tenha gerado redução no agravamento de DCNT's na população idosa, considerando o tempo de implantação do NASF nesta localidade?

Questão 11: O quão o(a) senhor(a) acredita que as normas descritas no NASF estão implantadas no contexto da prática assistencial da equipe que está inserido?

Questão 12: O quão o(a) senhor(a) avalia confiável o Programa NASF para ser indicado a algum familiar?

Questão 13: O quão o senhor(a) considera que o trabalho multiprofissional, fornecido pelo NASF atende a população da área de abrangência de implantação, em especial, para pessoas idosas?

Questão 14: O quão o(a) senhor(a) considera importante a inserção do Programa NASF para a comunidade?

A questão 10 verificou que no contexto da fisioterapia domiciliar, dez respondentes (38,46%) atribuíram escala igual a 08 para redução de agravos por DCNT na população idosa, considerando o tempo de implantação do NASF na localidade, tendo uma resposta avaliada com a escala 02, três respostas avaliadas com escala 04, duas respostas avaliadas com escala 05, três respostas avaliadas com escala 06, cinco respostas avaliadas com escala 07, uma resposta avaliada com escala 09 e uma resposta para escala 10.

Já a questão 11 buscou saber se os fisioterapeutas acreditam que as normas do NASF estão implantadas na prática assistencial da equipe, da qual se obteve sete respostas com escala igual a 08 (26,92%), seis com escala igual a 06 (23,07%), uma com escala igual a 03, duas com escala igual a 04, três com escala igual a 05, três com escala igual a 07, duas com escala igual a 09 e duas escala igual a 10.

A questão 12 quantificou o quão os profissionais avaliam confiável o NASF para a indicação a um ente parental, como resultados: uma resposta com escala igual a 05, quatro com escala igual a 08, sete com escala igual a 09 e 14 (53,84%) com escala igual a 10.

A questão 13, por seu turno, buscou conhecer o quão os integrantes consideram se o trabalho multiprofissional, fornecido pelo NASF, atende a população da sua área de abrangência, em especial, para pessoas idosas, da qual obteve uma resposta com escala igual 05, uma com escala igual a 06, três com escala iguais a 07, nove com escala iguais a 08 (34,61%), nove com escala igual a 09 (34,61%) e três com escala igual a 10. E, por fim, a questão 14, buscou saber o quão os participantes consideram importante a inserção do NASF para a comunidade, nesta uma resposta com escala igual a 08, três com escala igual a 09 e vinte e dois com escala igual a 10 (84,61%).

Discussão

O NASF no contexto dos municípios baianos investigados foi bem-conceituado pelos profissionais fisioterapeutas nele inseridos com 22 respostas afirmando ser de grande importância num total de 26 respondentes.

No entanto, quando observado a indicação do programa para algum ente parental, o número de respondentes sofre uma queda, passando para 14 respostas afirmativas, demonstrando certa divergência entre o que é considerado como excelente e efetivo na prática assistencial. No contexto da literatura esse é um dado também enunciado e encontra forte aderência às questões de política e gestão em saúde (Bispo Junior, 2014).

No entanto, o entendimento deveria ser outro, nomeadamente, aos princípios do SUS, mas, inversamente o que se observa é a pouca valorização e muitas das vezes pelos próprios profissionais que atuam neste sistema (Teixeira, 2008). Este dado evidencia a necessidade de maior valorização do SUS no estabelecimento do cuidado proximal às pessoas com responsabilidade e compromisso social, da gestão pública e dos profissionais que nele atua de modo à potencialidade de programas instituídos, como o NASF, e de outros que possam vir a inserir-se na filosofia do SUS.

Aqui se abre um parêntese, pois embora houvesse respondentes que não indicasse o NASF para seus entes parentais, estes mesmos por vezes reconheciam a potencialidade do programa, revigorando a ideia de que o NASF trás excelentes perspectivas futura, apesar das dificuldades do cotidiano em exercê-lo no primor de sua filosofia, a exemplo do distanciamento em compromisso da gestão pública no custeio de sua execução, como observado neste estudo, ainda que não generalizado, posto haver apoio, embora não na totalidade, mas entre 50% e 57,7%, respectivamente para deslocamento aos cuidados por veículos oficiais no NASF.

Vale salientar, que os serviços realizados pelo NASF são reconhecidos, o que acende a compreensão de efetividade no contexto do cuidado na atenção básica (Brasil, 2008). No entanto, conferir valores a uma boa ou má gestão, nos leva a por em apreço a necessidade de pensar a qualificação dos profissionais, no entendimento destes ao seu trabalho a fim de que possa efetividade exercê-lo na amplitude do seu saber-fazer, e, conseqüentemente, dar-lhe credibilidade (Mângia, & Lancman, 2008).

Veras et al. (2014), em uma análise de modelos assistenciais de programas internacionais da América do Norte e Europa verificaram que o cuidado integral efetivo visa uma atenção organizada e propulsora da saúde das pessoas, em destaque, as idosas, com continuidade, estando vinculado a uma gestão atuante enoveladora de todos os níveis do cuidado à saúde da população. Neste particular, compreendemos aqui inserir a formação profissional de visão sistêmica e voltada a ontologia do *ser*.

Deste modo, se evidencia a relevância de um sistema que priorize a redução dos agravos e proporcione amparo proximal como determinante no desfecho da saúde das pessoas. Conquanto, consolidador dos serviços da atenção básica, neste particular lançando luz sobre o panorama atual brasileiro, caracterizado por mudanças demográficas com envelhecimento populacional, do que, Camarano (2002) salienta a necessidade da atuação multiprofissional competente para inserção na ABS no país.

Teixeira (2011), por seu turno, faz referencia às diretrizes e princípios finalísticos do SUS abordando a necessidade da universalização da assistência através da vigilância à saúde, descrevendo o acesso aos serviços como uma barreira social e/ou econômica que priva parte da população.

Assim, atuar na ABS exige um ser de pensar-agir interdisciplinar, e neste aspecto, a maioria dos respondentes desta pesquisa 88,46% entendeu tratar-se de uma estratégia executada em sua prática, contra 11,54% que acreditava não estar sendo. Luz (2009) esclarece nessa perspectiva, que a interdisciplinaridade do cuidado domiciliar assegurado por múltiplos profissionais traz para o campo de saúde coletiva a característica de se tornar um dos mais promissores, justamente por permitir essa diversidade de informações, contribuindo dessa maneira, para outras áreas como a Epidemiologia social.

Bispo Junior (2010) salienta que a atuação do profissional fisioterapeuta abrange uma dimensão muito além do que foi pensado quando se iniciou a profissão. O autor trás uma abordagem voltada para o

“controle dos riscos” na fisioterapia coletiva, fugindo do perfil estabelecido do cuidado para o “controle de danos”. Aprofunda seu pensamento no livro *Fisioterapia & Saúde Coletiva - Reflexões, Fundamentos e Desafios* (Bispo Junior, 2014), no qual questiona impasses encontrados na inserção desse profissional a nível básico como, por exemplo, qual o lugar do fisioterapeuta na atenção primária. Uma visão que procura se fundamentar no momento atual.

Segundo Motta, Aguiar e Caldas (2011), o estabelecimento de uma proposta terapêutica que vise o cuidado num contexto familiar, irá repercutir em ganhos na saúde da população que mais sofre com as DCNT, os idosos. Para estes autores, vivenciar e potencializar um trabalho nesse contexto, garante melhores condições, tanto no tratamento quanto na abordagem preventiva.

Neste direcionamento, o apoio à família permite ampliar as possibilidades de intervenção as perturbações crônicas da pessoa idosa, e assim, como coparticipantes do processo de cuidado profissional, contribuir à redução de grandes limitações decorrentes da evolução das doenças.

Corroborando a isso, ao avaliar o quesito repercussão dos serviços na atenção básica em relação aos agravos por DCNT, na população idosa, 10 dos 26 profissionais respondentes, inferiram existir interferência, sendo quantificado em 08 pontos em uma escala de 0 a 10. Todavia, no que tangenciou sobre as normas do NASF, obteve-se que estas ainda não estão completamente implantadas na prática assistencial, em que sete respondentes avaliaram com nota 08 e seis avaliaram com nota 06, em uma escala de 0 a 10, denotando percepções desencontradas entre os profissionais das cidades participantes da pesquisa.

Sobre isso, Leal, Santos e Leite (2015) em um estudo de revisão bibliográfica na temática, identificaram que a inserção da ciência fisioterapia no âmbito coletivo a nível nacional reflete uma formação acadêmica ainda pouco voltada para este contexto, sendo assim deficiente, exigindo uma remodelação das componentes curriculares de modo a abranger pessoa e contexto – premissas indispensáveis à compreensão do cuidado em nível da ABS. Essa formação insuficiente reflete uma geração de profissionais incertos quanto a sua atuação, e, conseqüentemente, pouco capazes de executar as multi potencialidades da fisioterapia na atenção básica.

A potencialidade de um olhar criador e criativo profissional às mudanças demográficas e as circunstâncias provenientes do envelhecimento evidencia-se como foco de contração, e de luz a ser lançada nas ciências públicas de saúde, na formação profissional à inserção no cuidado humano de perspectiva ao viver mais e saudável (Formiga, & Ribeiro, 2012).

Conclusão

O estudo evidenciou a necessidade de remodelação das políticas públicas de saúde no Brasil, visto que apesar de existirem programas que busquem legitimar os princípios norteados do sistema de saúde empregado no país, ainda verifica-se exiguidade – os serviços não fornecem uma atenção igualitária a todo povo brasileiro. O panorama encontrado no estado da Bahia reflete essa realidade, no particular deste estudo, sobre a atenção do NASF. Contudo, há luz no túnel que sinaliza à saída a boa aplicabilidade deste programa a partir de avaliações positivas, estas se assentando no controle e ou minimização dos agravos das DCNT.

O estudo ao analisar a inserção do profissional fisioterapeuta no âmbito da saúde coletiva, identificou haver aspectos determinantes à formação de inserção a este contexto, especificamente de visão multidimensional às ciências socioantropologia e ontológica de modo à ação perspectivadora a pessoa-contexto para além da ação reabilitadora, e assim, a potencialidade da ciência fisioterapia domiciliária no âmbito do NASF.

É importante ressaltar que compreendemos haver limitações nesta pesquisa, tendo em vista assentar-se no olhar de profissionais fisioterapeutas de um entre os 27 estados do Brasil, e também, sobre apenas 26 municípios deste estado, a Bahia. Acreditamos que uma maior imersão no âmbito nacional permitirá outras compreensões. Não obstante, os resultados encontrados têm eco em vários cenários no contexto nacional verificados no estado da arte a temática pesquisada, evidenciando a necessidade de esta ser de abertura a mais e diferentes questões a investigações sobre o NASF e a inserção da ciência fisioterapia à potencialização da ABS.

Por fim, é salutar destacar que a estratégia de alcance às questões da investigação com a utilização do *Google Drive* se evidenciou como uma excelente ferramenta de pesquisa ao alcance dos objetivos do estudo.

Referências Bibliográficas

- BIERNACKI, P.; & WALDORF, D. (1981) Snowball sampling: problems and techniques of chains referral sampling, *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163. DOI: <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>
- BISPO JÚNIOR, J. P. (2010) Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl.1), 1627-1636. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074> Acessado em 20 de julho de 2016.
- BISPO JUNIOR, J. P. (2014) *Fisioterapia & Saúde Coletiva - Reflexões, Fundamentos e Desafios*. São Paulo: Hucitec.
- BORGES, G. M.; & CAMPOS, M. B. (2013) *Projeções de níveis e padrões de fertilidade no Brasil*. IBGE, Rio de Janeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde (1999) *Portaria 1.395, de 10 de dezembro de 1999*. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, 11 de outubro de 1999. Disponível em: https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117
- BRASIL. Ministério da Saúde (2001) *Política nacional de medicamentos*. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde (2008) *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2011a) *SUS: a saúde do Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf

- BRASIL. Ministério da saúde (2011b) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acessado em 03 de março de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2012a) *Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acessado em 05 de março de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2012b) *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf> Acessado em 02 de dezembro de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2013) *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2018) *Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)*. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis> Acessado em 26 de outubro de 2018.
- CAMARANO, A. A. (2002) Texto para Discussão (TD) 858: Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)* [Internet], 1(1), 1-31. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf Acessado em 25 de agosto de 2016.
- COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (2005) Saúde da Família: uma nova opção para o trabalho do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. *Revista trimestral do COFFITO*, 3(24), 6-8. Disponível em: https://coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/comunicacao/RevistasCientificas/2005e2006/24_-_dez_05.pdf Acessado em 21 de março de 2015.
- CREWELL, J. W. (2010) *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- FORMIGA, N. F. B.; & RIBEIRO, K. S. Q. S. (2012) 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*, 16(2), 113-122. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10639/7300> Acessado em 10 de junho de 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2010) Departamento de População e Indicadores Sociais. *Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050: revisão 2006*. Rio de Janeiro.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2013) *Coordenação de população e indicadores sociais, projeções da população do Brasil por sexo e faixa etária: revisão 2008*. Rio de Janeiro.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). (2018) Agência IBGE Notícia. *Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047> Acessado em 12 de outubro de 2018.
- LEAL, D. P.; SANTOS, W. S.; & LEITE, P. S. (2015) A fisioterapia e a saúde coletiva no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia* [Internet]. 3(1), Ano E. Disponível em <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/258> Acessado em 15 de julho de 2016.
- LIMA, C. M. F.; & VERAS, R. (2003) Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 700-701. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>
- LUZ, M. T. (2009) Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saude soc.* [online], 18(2), 304-311. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>
- MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S. C.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, M. I. F.; & BARROS, M. B. A. (2017) Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*, 51(Supl.), 1-4s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf Acessado em 22 de abril de 2019.
- MÂNGIA, E. F.; & LANCMAN, S. (2008) Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19(2), i-i. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2pi-i>
- MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. (2002) *Qualitative Researcher's*. London: Sage Publications.
- MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; & CALDAS, C. P. (2011) Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, 27(4), 779-786. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en
- RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D. C. S.; COMPARIN, K.; MISCHIATI, M. F., & GOMES, J. T. (2006) Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. *Revista Olho Mágico*, 13(2), 1-8.
- SILVA, L. W. S.; MIRLA, S.; SOUZA, T. O.; & SOUZA, T.F. (2013) Contexto do cuidado fisioterapêutico: reveses e vieses na inserção comunitária à atenção domiciliar. *Rev. Kairós Gerontologia*, 16(3), 79-101. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18526/13715> Acessado em 4 de abril de 2015.

- SOUZA, T. T.; & CALVO, M.C. M. (2018) Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. *Rev Saude Publica*, 52:41. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000122>
- TEIXEIRA, C. (2011) *Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde*. Salvador, Bahia. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/enc_ontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf
- TEIXEIRA, I. N. A. O. (2008) Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(4), 1181-1188. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400014>
- VERAS, R. P.; CALDA, C. P.; MOTTA, L. B.; LIMA, K. C.; SIQUEIRA, R. C.; RODRIGUES, R. T. S. V.; SANTOS, L. M. A. M.; & GUERRA, A. C. L. C. (2014) Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública* [online], 48(2), 357-365. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>