

O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde

The access and rehabilitation working process in Primary Health Care

El acceso y la práctica a la rehabilitación en la Atención Primaria de Salud

Carolina Hart Rodes¹, Renato Kurebayashi², Vivian Emy Kondo², Vinícios Dornelles Luft², Ângela Baroni de Góes², Ana Carolina Basso Schmitt³

RESUMO | Para a adequada oferta de serviços de reabilitação no Brasil é preciso conhecer a disponibilidade de acesso existente na Rede Assistencial de Saúde (RAS) e desenvolver práticas que atendam às necessidades de saúde. Buscou-se estimar a tendência da distribuição de recursos humanos de reabilitação na RAS 2007-2015, especificamente na Atenção Primária à Saúde (APS) e conhecer a prática de Clínica Ampliada (CA), Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Apoio Matricial (AM) para fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Buscou-se profissionais na Rede Assistencial pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A tendência mensal foi construída por modelos de regressão linear Prais-Winsten. Para conhecer as práticas de CA, PTS e AM, construiu-se discursos do sujeito coletivo a partir de entrevistas de 12 profissionais. Média complexidade teve a maior concentração de profissionais, exceto em hospitais na cidade de São Paulo. A APS, por sua vez, teve a menor possibilidade de acesso. Mesmo tímido, houve crescimento dos três profissionais na assistência, com ênfase para os fisioterapeutas em hospital de São Paulo, em relação ao estado (0,73%) e cidade (0,95%). Na APS, o crescimento maior foi do terapeuta ocupacional em São Paulo-cidade e do fisioterapeuta no Brasil. Para AM, CA e PTS, além da dificuldade do fazer, destacaram-se, respectivamente, ideias de “pluralidade de concepções”, “visão biopsicossocial” e “possibilidade de adaptação” do cuidado. Embora crescente, a disponibilidade de profissionais é baixa e desigual, concentrada na

especialidade e enfatizando ampliação de fisioterapeutas no hospital e terapeutas ocupacionais na APS.

Descritores | Acesso aos Serviços de Saúde; Reabilitação; Atenção Primária à Saúde; Recursos Humanos.

ABSTRACT | For adequate rehabilitation service offer in Brazil, it is necessary to understand the availability of access to Rede Assistencial de Saúde (RAS) [Brazilian Health Care Network (HCN)] and develop practices to meet health needs. The objective was to estimate the distribution trend of rehabilitation human resources in HCN between 2007 and 2015, especially in Primary Health Care (PHC) and get to know the practice of Clínica Ampliada (CA) [Extended Clinical Care (ECC)], Projeto Terapêutico Singular (PTS) [Singular Therapeutic Project (STP)], and Apoio Matricial (AM) [Matrix Support (MS)] of speech therapists, physical therapist, and occupational therapists. We searched for professionals from the Health Care Network using Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Brazilian National Register of Health Establishments (NRHE)], and the monthly trend was elaborated through Prais-Winsten linear regression models. Aiming at knowing the practices of ECC, STP, and MS, “Discourses of the Collective Subject” were made from interviews held with 12 professionals. Medium complexity services had higher concentration of professionals, except for the hospitals in São Paulo city, and PHC had the lower possibility of the access. Though shy, healthcare increased for all three professionals, with emphasis on physical therapists in hospitals in São Paulo city, in a comparison between the state (0.73%)

¹Graduanda em Fisioterapia, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

²Fisioterapeuta, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

³Doutor, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Ana Carolina Basso Schmitt – Rua Cipotânea, nº 51, Vila Universitária, São Paulo (SP), Brasil – CEP: 05360-000 – E-mail: carolinaschmitt@usp.br – Fonte de financiamento: CNPq 2012-912, 2013-5 e 13/1002, e Santander 2012-908 – Conflito de interesses: Nada a declarar – Apresentação: set. 2016 – Aceito para publicação: fev. 2017 – Aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sob o parecer nº 297/2011 e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o protocolo de pesquisa nº 352/2011.

and city (0.95%). In PHC, the highest raises were for occupational therapists of São Paulo city and physical therapists in Brazil. For MS, ECC and STP, besides the difficulty of the working process itself, ideas such as “plurality of concepts,” “biopsychosocial perspective,” and “possibility of adaptation” of care were predominant. Despite the growing numbers, the availability of professionals is still low and uneven, mainly focused on the expansion of medical specialties such as physical therapy and occupational therapy in PHC.

Keywords | Health Services Accessibility; Rehabilitation; Primary Health Care; Human Resources.

RESUMEN | Para que se tenga una adecuada oferta de servicios de rehabilitación en Brasil es necesario conocer el acceso disponible en la Red Asistencial de Salud (RAS) y desarrollar prácticas que abarcan las necesidades de la atención de salud. Se intentó estimar la distribución de los recursos humanos de rehabilitación en la RAS 2007-2015, en especial en la Atención Primaria de Salud (APS) y conocer la práctica de la Clínica Ampliada (CA), del Proyecto Terapéutico Singular (PTS) y de la Ayuda Matricial (AM) de fonoaudiólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. La búsqueda por estos profesionales de la Red Asistencial se

dio a través del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RNES). Se estableció la tendencia mensual mediante modelos de regresión lineal Prais-Winsten. A fin de conocer las prácticas de los CA, PTS y AM se constituyeron discursos de sujeto colectivo desde entrevistas con 12 profesionales. La media complejidad concentró la mayoría de los profesionales, excepto en los hospitales de la ciudad de São Paulo. Pero la accesibilidad a la APS fue menor. Aunque no fue muy alta, se observó evolución de estos tres profesionales en la atención sanitaria, con énfasis en los fisioterapeutas del hospital de São Paulo, referente al estado (0,73%) y ciudad (0,95%). En la APS, el mayor incremento fue del terapeuta ocupacional en la ciudad de São Paulo y del fisioterapeuta por todo el país. En la AM, CA y PTS, además de la dificultad en la práctica, se encontraron respectivamente ideas de “pluralidad de conceptos”, “perspectiva biopsicosocial” y “posibilidad de adaptarse” al cuidado. Aunque esté aumentando, la disponibilidad de estos profesionales todavía es pequeña y desigual, concentrada en la especialidad, lo que señala la necesidad de ampliar el número de fisioterapeutas en hospitales y de terapeutas ocupacionales en la APS.

Palabras clave | Accesibilidad a los Servicios de Salud; Rehabilitación; Atención Primaria de Salud; Recursos Humanos.

INTRODUÇÃO

Recentemente a Atenção Primária à Saúde (APS) ampliou a dimensão e a resolutividade de ações em reabilitação com suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que constitui o acesso preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), com desafio de coordenar o cuidado de reabilitação na Rede Assistencial de Saúde (RAS) do país¹ e de buscar racionalidade no uso da média e da alta complexidades. Na prática, o modelo encontra-se em estruturação, afetando acesso, efetividade e interação entre níveis assistenciais^{2,3}. O acesso à reabilitação – “conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquiri-las a terem e manterem funcionalidade ideal na interação com ambiente”⁴ – é limitado nos equipamentos de saúde, assim como é o acesso a profissionais que contribuam na reabilitação de pessoas com deficiência e incapacidade⁵, especificamente fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Embora a reabilitação tenha se iniciado em serviços especializados, nos quais tem tradição, entender o acesso como a disponibilidade de profissionais na entrada e no direcionamento do usuário às ações de reabilitação de acordo com sua necessidade e os caminhos por ele

percorridos no sistema de saúde é essencial para o cuidado da funcionalidade humana^{6,7}.

No Brasil, em 1991 verificou-se que 1,5% da população possuía alguma deficiência ou incapacidade; em 2010, a taxa era de 14,5%; e em 2012, 24,0%^{8,9}. Compreender a adequação do acesso à reabilitação é imprescindível para consolidar a assistência. No SUS, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁰ registra o número de estabelecimentos e de profissionais em serviço, e por ser pré-requisito para pagamento aos estabelecimentos, supõe-se que o número exposto é próximo ao real.

Aposto à disponibilidade desse acesso, compreender o fazer do profissional com o desenvolvimento das principais ferramentas que organizam o processo de trabalho na APS – Clínica Ampliada (CA), Projeto Terapéutico Singular (PTS) e Apoio Matricial (AM)¹¹ – é urgente para reorganizar a reabilitação como assistência. O AM é visto como otimizador de atuação interprofissional, espaço de corresponsabilização e de troca^{12,13}. A CA é a visão ampliada do sujeito, notando sua individualidade e fatores biopsicossociais¹⁴. O PTS, com interação interprofissional para discutir casos complexos, é adequado ao usuário na longitudinalidade do cuidado¹⁵.

Por serem práticas recentes, há profissionais de reabilitação formados na lógica biomédica, com atuação tradicionalmente voltada a serviços especializados. É preciso, portanto, entender como estes concretizam no dia a dia o desafio do fazer dessas ferramentas tecnológicas. Outro ponto a se considerar é a distribuição de postos de trabalho nos níveis assistenciais de modo a formular políticas adequadas, a reduzir barreiras de acesso e a promover a integralidade no SUS¹⁶. Uma vez que políticas públicas recentes para reorganização do modelo assistencial do SUS têm visado a ampliar a abrangência e o escopo das ações na APS^{1,16-19}, espera-se que o acesso à reabilitação cresça e que, da mesma forma, a organização do processo de trabalho dos profissionais da área esteja direcionada para um fazer que corrobore com tais iniciativas. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar o acesso a profissionais de reabilitação na RAS, de 2007 a 2015, especificamente na APS, segundo o CNES, e também conhecer e refletir sobre as percepções e as experiências do fazer da CA, do PTS e do AM para fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais da APS.

METODOLOGIA

Este estudo compõe-se de duas partes. A primeira, transversal, teve a distribuição de recursos humanos da reabilitação, entre fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas na RAS no Brasil, no estado de São Paulo e no município de São Paulo. Os dados foram obtidos do CNES, de agosto de 2007 a outubro de 2015. A RAS foi considerada:

- APS: academia da saúde, saúde da família, unidade básica de saúde, unidade de atenção à saúde indígena, unidade móvel fluvial, unidade móvel terrestre;
- Atenção Ambulatorial Especializada (AAE): centros de atenção hemoterápica e/ou hematológica, psicossocial e de parto normal, clínica especializada/ambulatório, consultório, cooperativa, farmácia, policlínica, oficina ortopédica, serviço de atenção domiciliar isolado, unidades de atenção em regime residencial e de serviço de apoio de diagnose e terapia; e
- Atenção Hospitalar (AH): hospital especializado, dia e geral.

Para testar a tendência da taxa de crescimento ou declínio anual foram construídos modelos de

regressão linear Prais-Winsten (nível de significância de 0,05), ajustados à série temporal do número de cada profissional de reabilitação por mil habitantes nas regiões estudadas e nos níveis assistenciais de 2007 a 2015²⁰⁻²². Os procedimentos estatísticos foram realizados no programa Stata 13.

A segunda parte consistiu de trabalho qualitativo²³ e descritivo, incluindo os 12 profissionais de reabilitação de duas equipes NASF da região Oeste de São Paulo, que apoiam quatro unidades básicas de saúde. Não houve nenhuma exclusão. As equipes cobrem 63.595 usuários e apoiam 21 equipes de Saúde da Família. Considerou-se idade, sexo, formação e atuação profissional para descrever seu perfil, com cálculos de medidas de tendência central, dispersão e distribuições de frequências.

A abordagem qualitativa permitiu compreender o significado da CA, do PTS e do AM para os profissionais da reabilitação que vivenciaram o início do trabalho do NASF, viabilizando a descrição singular da atuação nos serviços. A opção pelo método deu-se por este permitir agregar significado e intencionalidade como inerentes aos atos e às relações sociais. Para observar esses dados, adotou-se “entrevista semiestruturada”, gravando em áudio as questões abertas²⁴.

A análise dos dados dos relatos seguiu a metodologia do discurso do sujeito coletivo²³. Este, a partir dos relatos, foi formado por expressões-chave – com trechos do material verbal que mostram a essência do depoimento e ideias centrais com sentido semelhante ou complementar – com fórmulas que revelam o(s) sentido(s) presente(s) nos depoimentos.

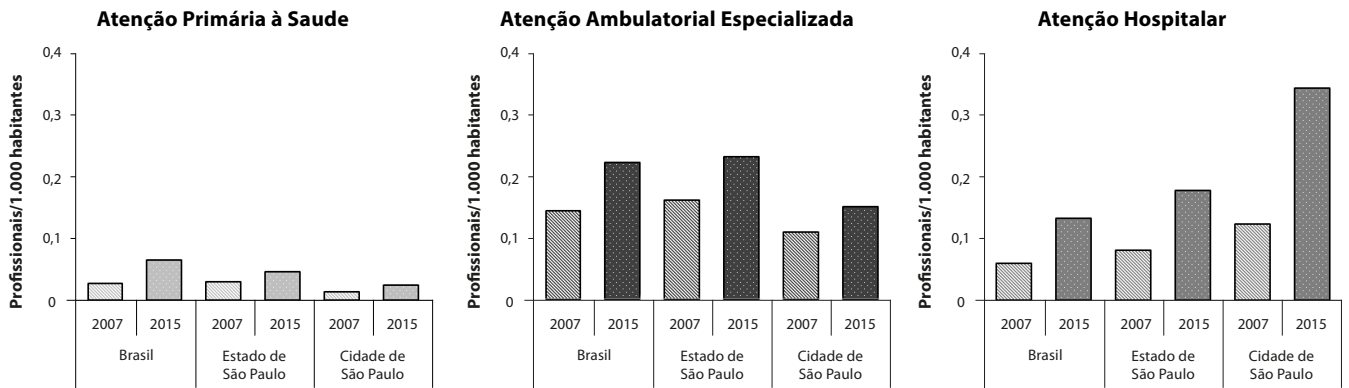
Os Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (parecer nº 297/2011) e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (parecer nº 352/2011) aprovaram o projeto.

RESULTADOS

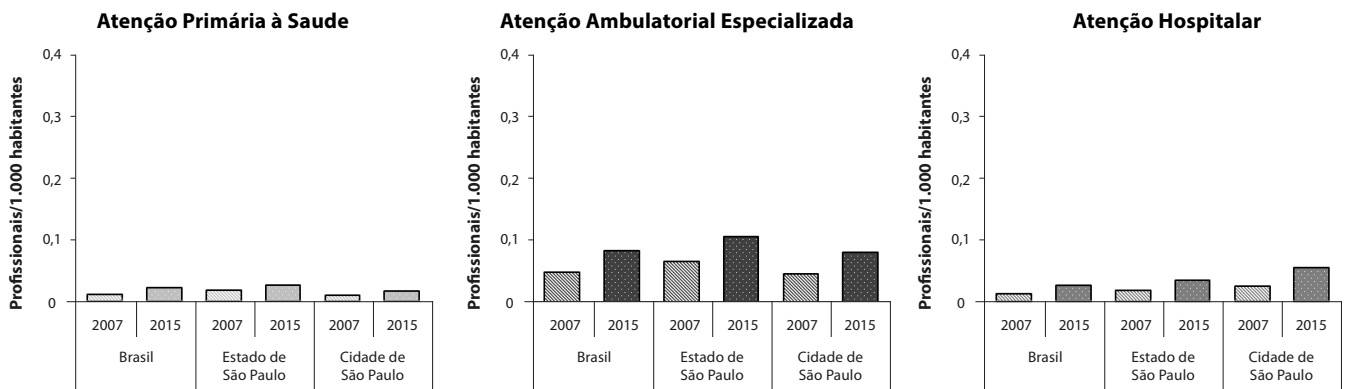
Distribuição de profissionais de reabilitação na RAS

A Figura 1 apresenta o número de profissionais de reabilitação a cada mil habitantes. Destes, há maior acesso ao fisioterapeuta. A AAE tem maior concentração dos três profissionais, exceto a AH na cidade de São Paulo em 2015. Apesar do crescimento de profissionais na APS de 2007 a 2015, esse ainda é o nível assistencial com menor possibilidade de acesso a profissionais.

A. Fisioterapeutas



B. Fonoaudiólogos



C. Terapeutas Ocupacionais

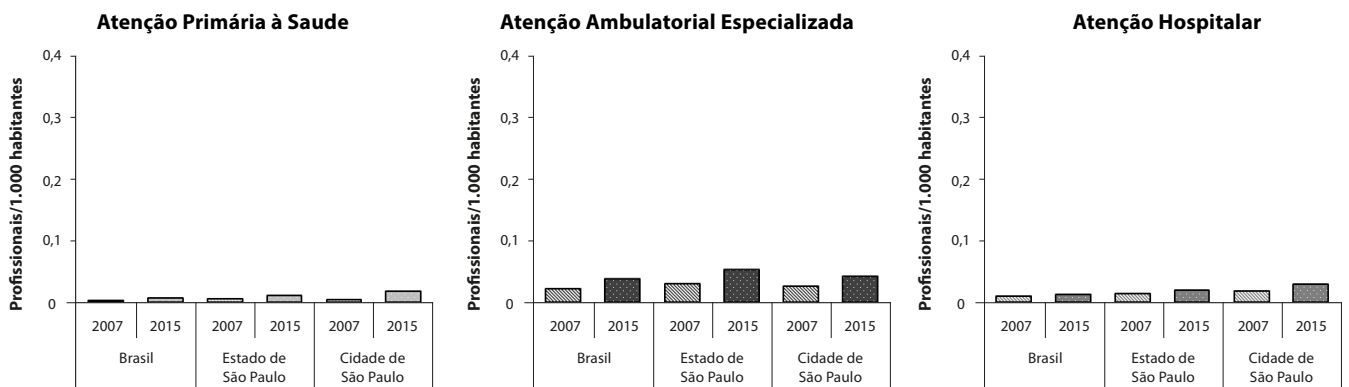


Figura 1. Profissionais da reabilitação por mil habitantes atuantes na APS, na AAE e na AH no Brasil, no estado de São Paulo e na cidade de São Paulo, em 2007 e 2015.

Há crescimento dos três profissionais em todos os níveis assistenciais no Brasil, no estado de São Paulo e na cidade de São Paulo (Tabela 1). Para o fisioterapeuta, o maior crescimento anual foi na AH, com 0,73% (IC95%: 0,59-0,86%) no estado de São Paulo e até 0,95% (IC95%: 0,82-1,08%) na cidade e 0,85% (IC95%: 0,65-1,06%) na APS no Brasil.

O acesso ao fonoaudiólogo na RAS cresceu: maior número na AH no Brasil e menor na APS no estado de São Paulo. Além disso, houve crescimento significativo de terapeutas ocupacionais na APS na cidade de São Paulo em 1,14% (IC95%: 0,57-1,71%) em relação à AAE e à AH, e menor crescimento na AH no estado de São Paulo, com 0,26% (IC95%: 0,12-0,39%).

Tabela 1. Coeficiente de regressão da taxa de profissionais por mil habitantes, no Brasil, no estado de São Paulo e na cidade de São Paulo, em 2007-2015

		Coef. (IC95%) p		
		Brasil	São Paulo (estado)	São Paulo (cidade)
FISIOTERAPEUTA	Atenção Primária à Saúde	0,85 (0,65 - 1,06) *	0,36 (0,24 - 0,47) *	0,45 (0,06 - 0,83) 0,025
	Atenção Ambulatorial	0,40 (0,32 - 1,06) *	0,30 (0,9 - 0,22) *	0,19 (0,09 - 0,29) *
	Atenção Hospitalar	0,76 (0,66 - 0,86) *	0,73 (0,59 - 0,86) *	0,95 (0,82 - 1,08) *
FONOAUDIÓLOGO	Atenção Primária à Saúde	0,69 (0,50 - 0,87) *	0,40 (0,18 - 0,62) 0,001	0,42 (0,17 - 0,68) 0,001
	Atenção Ambulatorial	0,56 (0,41 - 0,71) *	0,48 (0,32 - 0,64) *	0,68 (0,52 - 0,68) *
	Atenção Hospitalar	0,83 (0,62 - 1,05) *	0,71 (0,41 - 1,01) *	0,80 (0,39 - 1,22) *
TERAPIA OCUPACIONAL	Atenção Primária à Saúde	0,86 (0,50 - 1,23) *	0,76 (0,40 - 1,12) *	1,14 (0,57 - 1,71) *
	Atenção Ambulatorial	0,49 (0,33 - 0,65) *	0,57 (0,49 - 0,64) *	0,49 (0,43 - 0,55) *
	Atenção Hospitalar	0,26 (0,16 - 0,36) *	0,26 (0,12 - 0,39) *	0,33 (0,19 - 0,46) *

* p<0,000

] p<0,005

“O fazer” da CA, do PTS e do AM na APS

Essa parte contou com 12 profissionais e com idade média de 34,1 anos (desvio-padrão de 6,5 anos), sendo 11 do gênero feminino (91,5%). Desses, dois fonoaudiólogos (16,7%), quatro terapeutas ocupacionais (33,3%) e seis fisioterapeutas (50,0%). A Figura 2 mostra a proporção desses profissionais por mil habitantes.

Esses profissionais se formaram entre 1981 e 2007, 91,7% relataram capacitação para APS e 91,7%

participaram da capacitação inicial no NASF. A média de tempo trabalhado em NASF foi de 29,6 meses (desvio-padrão de 8,5 meses) e a média de meses na equipe, 25,1 (desvio-padrão de 5,1 meses), em regime da consolidação das leis trabalhista. Para fisioterapeutas (6) e terapeutas ocupacionais (4), todos tinham carga horária de 20 horas, e sete tinham outro vínculo empregatício, sendo dois em outra equipe NASF.

Para esses profissionais, a prática da CA, do PTS e do AM foi abordada nos depoimentos, significando suas ações de cuidados em reabilitação (Tabela 2).

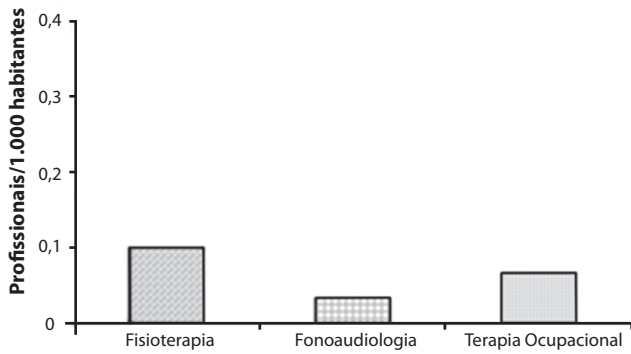


Figura 2. Fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais por mil habitantes atuantes na APS da região Oeste de São Paulo, em 2012.

A “dificuldade do fazer” o AM, a CA e o PTS foi frequente entre os profissionais.

Para o AM, o discurso foi:

Quando você acha que conseguiu, que aquela equipe tá mais coesa [...] muda a equipe. Então a gente começa tudo de novo. Na teoria, ele (o AM) é super bonito, mas na prática [...] a gente não tá acostumado a fazê [...], porque acho que nem as equipes do NASF [...] nem da saúde da família estão preparadas para isso. A gente sem querer [...] acaba atendendo somente. (41,6% dos pesquisados)

Quanto à CA, 41,6% dos profissionais opinaram que “CA na prática é um desafio [...] pelas questões do núcleo de conhecimento de cada profissional”, apontando a falta de “oportunidades de tá fazendo visitas com outros profissionais da equipe, né, porque pela carga horária de vinte horas é muito apertado”.

No PTS, 58,3% disseram que “é um pouco difícil eu seguir aquilo [...] que a gente [...] planejou. Às vezes há falha de comunicação e acaba se perdendo porque [...]

acaba fazendo de maneira muito informal. A gente monta um bloquinho de oferta e quer oferecer igual pra todo mundo [...] o legal seria cada pessoa ter um projeto terapêutico”.

Sobre “pluralidade de conceitos” do AM, nota-se o julgamento dos profissionais uns para com outros, pois “algumas pessoas usam o nome ‘apoio matricial’ pra fazer várias outras coisas menos o apoio matricial. [...] não tem um senso comum sobre o que ele é” (33,3% dos pesquisados).

Apesar das dificuldades da CA, a maioria (75%) tem uma “visão biopsicossocial” do usuário: “permite a gente olhar o sujeito dentro do contexto, dentro do cotidiano, das relações [...] olhar muito mais do que só aquela questão individualizada”.

Por fim, no PTS destaca-se a flexibilidade e “possibilidade de adaptação constante” dos objetivos terapêuticos: “as equipes trazem os casos, a gente pensa, define algumas metas, traça um plano, mas ele é dinâmico [...] tem sempre que reavaliar e repactuar” (50% dos pesquisados).

DISCUSSÃO

Mesmo com maior disponibilidade de profissionais de reabilitação de 2007 a 2015, a oferta ainda é baixa e desigual²⁵ (0,002 a 0,34 profissionais por mil habitantes) para promover universalidade, responsabilização e integralidade da atenção. Ainda não há uma recomendação clara sobre o número mínimo ou ideal de profissionais de reabilitação para fazer a assistência integral aos usuários que dela necessitam. No entanto, o Relatório Mundial sobre a Deficiência⁴ deixa claro a insuficiência de recursos humanos para reabilitação. Classicamente os cuidados de reabilitação são desenvolvidos na atenção especializada⁴. Observou-se tal situação neste estudo: a AAE do Brasil, no estado de São Paulo e na cidade de São Paulo foi o

Tabela 2. Frequência de ideias centrais dos profissionais de reabilitação do NASF, para AM, para CA e para PTS, na região Oeste de São Paulo, 2012

Ideias centrais	AM	CA	PTS	
	n (%)	n (%)	n (%)	
O fazer	Importância	5 (41,6)	3 (25,0)	6 (50,0)
	Dificuldade	5 (41,6)	5 (41,6)	7 (58,3)
Visão biopsicossocial	4 (33,3)	9 (75,0)	3 (25,0)	
Atuação interdisciplinar	-	-	4 (33,3)	
Troca de saberes	Interprofissional	4 (33,3)	5 (41,6)	-
	Profissional-usuário	1 (8,3)	-	4 (33,3)
Conceitos	Definição	5 (41,6)	2 (16,6)	5 (41,6)
	Pluralidade	4 (33,3)	-	-
Facilitador de intervenção	-	2 (16,6)	-	
Possibilidade de adaptação	-	-	6 (50,0)	

nível de atenção com mais fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais – porém de menor crescimento de disponibilidade de fisioterapeutas para a população de 2007 a 2015.

Apesar de políticas públicas de saúde brasileiras reconhecerem a ampliação de acesso com entrada e direcionamento do usuário a partir da APS às ações de reabilitação de acordo com suas necessidades^{6,7}, tanto na APS¹⁶ quanto AH²⁶ eles ainda são escassos: bem menos de 0,1 para cada mil habitantes, com exceção de fisioterapeutas na AH, com destaque no crescimento no estado e na cidade de São Paulo. Provavelmente, esse fato foi induzido pela Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010²⁶, relativa aos requisitos mínimos às Unidades de Terapia Intensiva, exigindo no mínimo um fisioterapeuta a cada dez leitos, em 18 horas diárias.

Na APS, com NASF desde 2008¹⁹ para apoiar a sua consolidação no Brasil, ampliaram-se as ofertas de saúde da equipe multiprofissional, com ressaltos para o crescimento de terapeutas ocupacionais no estado e na cidade de São Paulo e parcialmente para fisioterapeutas no Brasil e no estado de São Paulo – contrastando com a discreta mudança de acesso ao fonoaudiólogo na APS. Em teoria, a diferença de composição de recursos humanos se dá pelas prioridades das necessidades locais, decididas pelos gestores municipais. De uma forma geral, observa-se tendência de maior crescimento de acesso na APS para terapeutas ocupacionais – o que não é acompanhado da mesma forma pelas outras duas categorias, que apresentam essa tendência para AH.

Esse difícil e desigual acesso à reabilitação na APS, em destaque neste estudo para a fisioterapia e para a fonoaudiologia, evidencia não apenas o desafio de buscar maior racionalização de recursos, mas também de enfrentar o desequilíbrio da supervalorização da especialização, que concentra equipamentos e tecnologia dura, valores predominantes na sociedade e que orientam a formação de muitos profissionais²⁷. Uma vez que os profissionais, principalmente o fisioterapeuta, são tradicionalmente formados para especialidades e reabilitação para tratamentos individualizados, isso pode ser um desafio para a atuação como profissional de apoio na Atenção Primária²⁸.

De fato, este trabalho apontou que os profissionais de reabilitação na APS têm pluralidade de concepções e dificuldade de aplicação prática sobre as ferramentas de organização de seus processos de trabalho na APS, além de terem o desafio do trabalho em equipe. Por outro lado, relatam melhor visão biopsicossocial do cuidado

ao usuário e compreendem que há possibilidades de adaptação personalizadas aos projetos terapêuticos.

Apesar do curto período de existência do NASF, o tempo é primordial para a integração adequada entre a equipe e a comunidade, pois o trabalho do profissional do NASF exige formação de vínculo com usuários e equipe²⁹. E a crescente terceirização do serviço por instituições parceiras favorece a constante mudança de equipe. Sem um vínculo interprofissional nem profissional-usuário efetivo, prejudica-se o cuidado longitudinal à população³⁰. Apesar da maioria (41,6%) dos profissionais conceituar o AM tanto em dimensões de suporte assistencial como técnico-pedagógicas, a falta de clareza desse conceito e de seu fazer afetou a comunicação entre profissionais e suas ações³¹.

Mesmo exposta em diretrizes, a dificuldade de fazer CA é transferi-la da teoria. Pouco abordada na formação reabilitadora tradicional desses profissionais, os discursos reforçam a existência de uma lacuna entre o proposto para reorganizar a APS e o necessário no cotidiano³². Uma possibilidade seria adaptar os conteúdos mínimos cobertos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na formação³², pois há uma tendência do profissional lidar com questões apenas envolvendo seu núcleo de conhecimento³³ que, como relatado, dificulta o fazer da CA. Para a complexidade do cuidado ampliado é necessária compreensão e intersecção do “cuidar de cada profissão”^{34,35} num trabalho fluído de equipe, mantendo a autonomia da especificidade profissional sem enfraquecer a complementaridade e a interdependência³⁵.

A articulação entre profissionais também é essencial ao PTS, e é prejudicada pelas diferentes exigências e agendas das equipes NASF e das de Saúde da Família, já observadas inclusive em São Paulo³⁶. Com a recorrente comunicação informal, sem registro nem alinhamento de todos os profissionais, e a consequente dificuldade de seguir o planejado, perde-se continuidade no delineamento do cuidado ao usuário. Por outro lado, a flexibilidade do PTS permite justamente mais propriedade no seu uso, adequando a assistência ao contexto de necessidade de saúde do usuário. Com a apropriada articulação dos profissionais do NASF com os demais²⁸, resultam adaptações mais ricas no PTS, pela compreensão do caso e com estratégias mais personalizadas de intervenção.

O acesso e o “fazer” do fisioterapeuta, do fonoaudiólogo e do terapeuta ocupacional como cuidado de reabilitação, principalmente na APS ainda enfrentam desafios para concretizar a PNAB³⁶ e a

necessidade de cuidado à população. Esse processo de aumento da resolutividade da APS, com prioridade para ações compartilhadas e de corresponsabilidade, exige uma mudança na lógica de atuação³⁶. Uma vez acessíveis na APS, a dificuldade dos profissionais de reabilitação em seguir essa lógica dificulta a consolidação das ferramentas, a organização e, conseqüentemente, a efetividade do seu trabalho na APS.

Por fim, vale lembrar que o artigo refere-se à tendência da distribuição dos recursos humanos de reabilitação na RAS segundo o CNES, com restrições à exatidão das informações. Apesar da especificidade do “fazer” AM, CA e PTS dos 12 profissionais da região estudada, estes são responsáveis pelas ações e pelos serviços de reabilitação na APS de 63.595 pessoas, correspondente a 90,9% dos municípios brasileiros²².

CONCLUSÃO

Embora crescente, a disponibilidade de fisioterapeuta, de fonoaudiólogo e de terapeuta ocupacional é baixa e desigual entre os níveis assistências no Brasil, no estado e na cidade de São Paulo. Há maior concentração dos profissionais na AAE, ênfase na ampliação de fisioterapeutas na AH e terapeutas ocupacionais na APS. Quanto ao AM, à CA e ao PTS, destacaram-se, respectivamente, as ideias de “pluralidade de concepções”, com “visão biopsicossocial”, e “possibilidade de adaptação” do cuidado. Também foi apontada “dificuldade de aplicação prática” dessas ferramentas e no “trabalho em equipe”, colocados como desafios no seu cotidiano, apesar da descrição de diretrizes em documentos. Por serem tecnologias de trabalho ainda novas e que exigem mudança na forma de atuação, destaca-se a necessidade de melhor consolidação da reabilitação na APS.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica de Diretrizes do NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Ferrer MLP, Silva AS, Silva JRK, Padula RS. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. *Fisioter. Pesquisa*. 2015;22(3):223-30. DOI: 10.590/1809-2950/13038422032015.
- Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(48):75-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.
- World Health Organization. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPCD;2012.
- Hajjioui A, Fourtassi M, Nejari C. Prevalence of Disability and Rehabilitation Needs Amongst Adult Hospitalized Patients in a Moroccan University Hospital. *J Rehabil Med*. 2015;47(7):593-598. doi: 10.2340/16501977-1979.
- Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. 2012; 22 (1):119-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>.
- Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate*. 2016; 40 (111): 63-73. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611105>.
- Brasil. Ministério da Justiça. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Associação Fluminense de Reabilitação. Relatório sobre prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens. Niterói: Associação Fluminense de Reabilitação; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 16 p.
- Brasil. Departamento de Informática do SUS. [Internet]. [acesso em 2015 dez 12] Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. n. 39; 116 p.
- Ballarin MLGS, Blanes LS, Ferigato SH. Matrix support: a study on the perspective of mental health professionals. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(42):767-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300014>.
- Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Family Health Strategy professionals facing medical social needs: difficulties and coping strategies. *Saúde e Soc*. 2012;21(4):884-94. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400008>.
- Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(1):123-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>.
- Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT et al. Individual therapeutic project in an integral production of care: a collective construction. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(3):493-502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. n. 27.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
19. Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008.
20. 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. *Rev Bras Fisioter.* 2012;16(5):422-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000051>.
21. World Health Organization. Technical Notes – Global Health Workforce Statistics database. [Internet]. Genebra: WHO [citado em 2016 maio 20]. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf>.
22. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 2013. [Internet]. Brasília: IBGE [citado em 2015 out 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2013/default.shtm>.
23. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro; 2005.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
25. Bernabe-Ortiz A, Diez-Canseco F, Vásquez A, Miranda JJ. Disability, caregiver's dependency and patterns of access to rehabilitation care: results from a national representative study in Peru. *Disabil Rehabil.* 2016;38(6):582-8. doi: 10.3109/09638288.2015.1051246.
26. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2010 fev. 25; Seção 1. p. 48.
27. Feuerwerker LCM. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field. *Interface (Botucatu).* 2005;9(18):489-506. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300003>.
28. Falci DM, Belisário SA. The position of physical education professionals within primary healthcare and the challenges in their training. *Interface (Botucatu).* 2013;17(47):885-99. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000027>.
29. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinality/continuity of care: identifying dimensions and variables to the evaluation of Primary Health Care in the context of the Brazilian public health system. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1):1029-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.
30. Campos CVA, Malik AM. Job satisfaction and physician turnover in the Family Health Program. *Rev Adm Pública.* 2008;42(2):347-68. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>.
31. Dibai Filho AV, Chaves Aveiro M. Atuação dos fisioterapeutas dos núcleos de apoio à saúde da família entre idosos do município de Arapiraca-AL, Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2012;25(4):397-404.
32. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE et al. Family Health Support Centers: challenges and opportunities from the perspective of primary care professionals in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(11):2076-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>.
33. Cunha GT, Campos GWS. Matrix Support and Primary Health Care. *Saúde Soc.* 2011;20(4): 961-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.
34. Sena RR, Silva KL, Gonçalves AM, Duarte ED, Coelho S. Healthcare at work: implications for nurse training. *Interface (Botucatu).* 2008;12(24):23-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100003>.
35. Gomes FM, Silva MGC. Family health program as a strategy of primary attention: a reality at Juazeiro do Norte. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(1): 893-902. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700021>.
36. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Study of the work and of working in Family Health Care Support Center. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(5):968-75. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004770>.