

ANÁLISE DAS AÇÕES DA FISIOTERAPIA DO NASF ATRAVÉS DO SINAI NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE

ANALYSIS OF NASF'S PHYSIOTHERAPY ACTIONS THROUGH SINAI IN SOBRAL-CE

Linhares JH¹, Pinto PD², Albuquerque IMN³, Freitas CASL⁴

RESUMO

O município de Sobral - CE implantou em 2008 equipes de NASF 1, atuando nas áreas de apoio tendo a fisioterapia como uma categoria profissional na Estratégia Saúde da Família - ESF. A fisioterapia que tinha ações exclusivas no enfoque do tratamento e reabilitação da doença, com a nova concepção de saúde, inseriu o fisioterapeuta na ESF numa nova perspectiva de atuação na promoção de saúde e prevenção de doenças. OBJETIVO: analisar as ações da fisioterapia do NASF na Estratégia Saúde da Família através do SINAI, no período de julho a dezembro de 2009 no município de Sobral - CE. METODOLOGIA: o estudo é de caráter exploratório, documental e descritivo com abordagem quantitativa, sendo utilizado para coleta das informações um sistema de banco de dados: SINAI, no período de julho a dezembro de 2009. RESULTADOS: a maioria dos atendimentos é realizada com idosos (36%), também é realizada reeducação postural para prevenção de algias na coluna (27%) e outros (19%) onde estão incluídas atividades físicas, sessões educativas, orientações e acompanhamento de afecções crônicas degenerativas em grupos de convivências. CONCLUSÃO: Os profissionais de fisioterapia do NASF de Sobral rompem com o modelo biomédico direcionando suas ações para prevenção e reabilitação das doenças, traçando aspectos importantes para a saúde coletiva.

Palavras chave: Saúde da Família, Fisioterapia, Sistemas de Informação.

ABSTRACT

The municipality of Sobral - CE, implemented in 2008 NASF 1 teams, working in supporting areas with physiotherapy as an occupational category in the Family Health – FHS. Physiotherapy actions that had exclusive focus on treatment and rehabilitation of the disease, with the new concept of health, introduced the physical therapist in the ESF in a new perspective of action in health promotion and disease prevention. The study objective was to analyze the actions of NASF's physiotherapy in the family health strategy through the Sinai during the period of July to December 2009 in the municipality of Sobral - CE. METHODOLOGY: The study is exploratory, documentary and descriptive with quantitative approach being used to collect information from a database system: SINAI, from July to December 2009 the results showed that the majority of elderly care is carried out with 36%, postural re-education is also conducted to prevent localized pains in the column (27%) and others (19%), in which are included physical activities, educational sessions, guidelines and monitoring of chronic degenerative diseases in groups of cohabitation. CONCLUSION: The NASF's professional physiotherapy of Sobral breaks up with the biomedical model for targeting prevention and rehabilitation of diseases, outlining important aspects for public health.

Keywords: Family Health. Physiotherapy. Information Systems.

¹Fisioterapeuta. Especialista em Saúde da Família. Mestrando em Cirurgia – UFC. Coordenador da Atenção Secundária e Terciária à Saúde – Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral – Ceará.

²Enfermeira. Centro de Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Sobral – Ceará.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA – Sobral – Ceará.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA – Sobral – Ceará.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, nos últimos anos, vem mostrando significativos avanços desde sua criação pela constituição de 1988. A sua implantação a partir da década de 90, representou uma importante mudança num padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país.

O SUS fundamenta-se em seus princípios básicos: a) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos; b) integralidade da atenção; c) equidade; d) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução¹.

Com o processo de implantação do SUS a partir da segunda metade da década de 90, ocorreu uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica a saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como:

um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação².

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge em 1994, tendo sua origem remota da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e sendo um dos programas proposto pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. Inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.

Atualmente, o PSF é definido com Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, sendo uma estratégia de reorientação do sistema de saúde a partir da Atenção Primária à Saúde. Considerando sua expansão no Brasil, o governo emitiu a Portaria N^o. 648, de 28 de Março de 2006, onde fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação social, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

A ESF incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde, sendo o primeiro contato longitudinal, com

abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades, buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada. O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional³.

Com a inversão do modelo à saúde e a implantação da ESF houve uma mudança no “eixo estruturante” da organização da atenção à saúde, causando uma profunda transformação no modelo assistencial⁴. Vale ressaltar que a construção desse novo modelo trouxe a necessidade de preparação de profissionais com caráter crítico e criativo, capazes de buscar soluções apropriadas, com vistas a alcançar a melhoria da qualidade e distribuição equitativa dos serviços e organização da atenção⁵.

Com essa nova realidade, as equipes de saúde da atenção primária da ESF se deparam com a necessidade de ampliar o conceito de saúde, indo além da reabilitação/cura, realizando a prevenção de doenças, promoção da saúde e busca da qualidade de vida dos usuários. Conhecer e entender os determinantes do processo saúde doença além de repensar junto com a comunidade local o estilo de vida, os hábitos de consumo, a alimentação, a prática de atividade física, dentre outros comportamentos, determinados pelas condições de vida.

A partir daí, dentro da proposta de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, de ampliar sua abrangência, sua resolutividade, territorialização, regionalização e ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria Ministerial n^o. 154, publicada no Diário Oficial da União em 24 de janeiro de 2008 e republicada em 04 de março de 2008, têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção⁶.

O Ministério da Saúde recentemente publicou o Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF, trazendo parâmetros importantes para a qualificação das ações do NASF na ESF. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às Equipes de Saúde da Família. Deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASF, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estrutu-

rada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto entre outros⁷.

A criação dos NASF propicia a ampliação das ações da APS, isso inclui as ações de reabilitação, historicamente associadas, todavia, aos níveis secundários e terciários de atenção, baseadas em um modelo biomédico e reparativo, centrado na doença e em seus efeitos, com ênfase em procedimentos tecnicistas e individuais. Trata-se, esse último modelo, de algo que evidentemente não responde de forma eficiente aos problemas de saúde da população⁷.

Um novo entendimento do processo saúde doença faz-se necessário, de forma a incluir questões sociais e desenvolver ações no plano coletivo e nos territórios respectivos, integrando assim os modelos clínicos e sociais, dentro de uma perspectiva de responsabilidade coletiva e compromisso com a inclusão social. Assim é que devem ser pensadas as práticas dos profissionais da reabilitação, ou seja, na construção de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e deficiências e reabilitação no âmbito da APS, integrados em rede aos serviços especializados e hospitalares⁷.

A reabilitação na APS deve repercutir diretamente na atenção integral ao sujeito, de sua família e comunidade, considerando todas as necessidades identificadas no território para além do plano da deficiência propriamente dita, contemplando as diversas condições e agravos de saúde habitualmente evidenciadas no cotidiano das equipes de Saúde da Família, tais como dor crônica, fraturas, alterações de linguagem oral e escrita, voz, na motricidade orofacial, entre outras. Mais do que isso, os papéis dos profissionais em tal campo devem contribuir para que sujeitos, famílias e comunidade assumam protagonismo no desenvolvimento de ações que promovam a mobilização da comunidade e também evitem e contornem obstáculos à qualidade de vida, reflexos na prevenção de deficiências⁷.

A fisioterapia é a ciência do movimento em todas as formas de expressão e potencialidades, visando o restabelecimento máximo da capacidade funcional do indivíduo. O fisioterapeuta é o profissional que cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo⁸.

O fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem buscando definir melhor o seu objeto de atuação nesta área, tornando a fisioterapia mais acessível para a população e colaborando para uma assistência à saúde integral⁹.

Em Sobral os fisioterapeutas iniciaram sua inserção em 2000, em algumas equipes de saúde da família, criando vínculos com a comunidade utilizando recursos próprios, adicionados às técnicas específicas como a cinesioterapia, onde muitas vezes é possível dispor apenas das terapias manuais, o que torna o trabalho um desafio a cada intervenção. O profissional no PSF passa a ser um forte instrumento pedagógico promovendo espaços educativos nas suas práticas de saúde no território, trocando experiências e ensinamentos⁹.

O Município de Sobral localiza-se na zona do sertão Centro-Oeste do Estado do Ceará, conta com uma área de 1.729 km², com uma população de 180.046 habitantes, sendo 51,5% do sexo feminino e 48,5% do sexo masculino. É a quinta cidade mais povoada do Estado sendo a segunda maior do interior (censo demográfico – IBGE/2000). Constitui cenário de referência para a região nordeste do Brasil baseado na sua singularidade e inovações do seu modelo tecnoassistencial de saúde¹⁰.

O município de Sobral em se tratando de Saúde da Família, tem as ações e serviços de saúde configurados como objeto privilegiado de estudos e construção da integralidade em saúde. As instituições de saúde configuravam-se como um espaço de construção de novas práticas, materializando a integralidade como princípio, o direito e o serviço na atenção e cuidado à saúde¹¹.

O processo de implantação das equipes interdisciplinares em Sobral foi revisto a partir da Portaria Nº. 1065/GM de 04 de julho de 2005, que criou os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, buscando adequar-se a nova proposta do Ministério da Saúde. No entanto, em Sobral desde 2000, diversas categorias profissionais foram incorporadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), além da equipe básica proposta pelo Ministério da Saúde, através dos Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF). Essas categorias tinham como objetivo potencializar as ações de saúde, garantindo a integralidade e a resolubilidade da atenção nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação¹². Desse modo, buscou-se promover uma articulação entre a política nacional e a experiência vivida no município de incorporação de outras categorias profissionais na ESF.

Neste contexto, em Julho de 2008, o município de Sobral implanta seis NASF¹, cada um dos Núcleos atua nas modalidades propostas pelo Ministério da Saúde. A composição do NASF e a distribuição dos profissionais nos territórios foram feitas de acordo com o perfil epidemiológico do território de cada equipe de saúde da família.

Os profissionais desenvolvem atividades referentes ao seu núcleo específico de conhecimento, bem como ações relacionadas ao campo comum de atividades de educação e promoção da saúde em parceria através do apoio

matricial com as equipes da ESF, do NASF e a comunidade⁷. As principais ações desenvolvidas pelo fisioterapeuta do NASF na atenção básica da ESF envolvem atendimentos individuais e coletivos, visitas domiciliares, ações educativas, coletivas e em grupos, tendo como enfoque destas ações a prevenção de agravos e promoção da saúde, principalmente a manutenção da saúde funcional.

Porém uma das dificuldades encontradas no processo de trabalho destas categorias foi a ausência de um sistema de informação que contemplasse o registro de atividades executadas pelos profissionais¹².

Neste sentido, a Coordenação dos NASF, junto com os residentes da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e os profissionais do setor de informática da Prefeitura Municipal de Sobral adotaram uma política ousada, a fim de envolver os profissionais das distintas categorias para a elaboração de um sistema de informação que contemplasse os registros de suas ações, como uma atuação conjunta e dinâmica. O produto deste trabalho resultou na produção de ações e serviços que são a base de todo o processo de trabalho das equipes do NASF do município de Sobral e com a criação do SINAI - Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral.

Em 2004 foi criado um instrumento de coleta de dados que contém: perfil epidemiológico da população assistida, registro de atividades e procedimentos realizados, encaminhamentos, notificação de agravos, faixa etária da população assistida, problemas de saúde ou sociais encontrados nos territórios. Com o objetivo da elaboração do fluxo das informações, processamento, definição de indicadores, análise, discussão e divulgação dos relatórios gerados pelo sistema. Depois da criação do instrumento, foi desenvolvido um software em Sistema Operacional Linux, linguagem de programação PHP, banco de dados PostgreSQL e acomodado em um servidor web Apache descrito como Sistema de Informação do NASF¹².

A informação deve ser precisa, completa e recebida com regularidade¹³. O gerenciamento do sistema de informações no nível municipal deveria ocorrer próximo do acontecimento do evento, possibilitando o emprego de técnicas de controle para melhorar a qualidade da informação¹⁴. Desse modo, a coleta de dados e o preenchimento do instrumento são realizados pelos profissionais e enviados mensalmente para a Secretaria da Saúde do Município de Sobral, onde os dados coletados são colocados no sistema de informação gerando mensalmente relatórios sobre as atividades realizadas pelos profissionais nos territórios.

O planejamento das atividades e o monitoramento das ações da fisioterapia vêm sendo feitos pelos fisioterapeutas do NASF nos territórios, baseados nos dados coletados do SINAI, e nos

indicadores: atendimentos ambulatoriais, atendimentos domiciliares, atividades coletivas, atividades educativas, atividades de educação em saúde, grupos temáticos (idosos, gestantes, adolescentes, diabéticos, hipertensos e outros), e encaminhamentos para os serviços da atenção secundária e terciária.

O estudo teve como objetivo geral analisar as ações da fisioterapia do NASF na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral – CE através do SINAI, durante o período de julho a dezembro de 2009.

METODOLOGIA

Constituiu-se de um estudo exploratório, documental e descritivo de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu através da realização da análise dos indicadores do Sistema de Informação do NASF (SINAI). O SINAI é um sistema de software, com linguagem de programação PHP, banco de dados PostgreSQL e acomodado em um servidor web Apache descrito como Sistema de Informação do NASF. Os dados de registro das ações dos profissionais são armazenados mensalmente incluindo todos os atendimentos das seguintes categorias: fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social, farmácia, terapia ocupacional e educação física.

A amostra foi intencional e contou com os dados de registro de 3.436 atendimentos envolvendo todas as ações desenvolvidas por 10 fisioterapeutas do NASF distribuídos em seis equipes, no município de Sobral no período de julho a dezembro de 2009.

A organização e análise foram realizadas a partir de um roteiro de coleta de dados do SINAI contendo: perfil epidemiológico da população assistida, registro de atividades e procedimentos realizados, encaminhamentos, notificação de agravos, faixa etária da população assistida, problemas de saúde ou sociais encontrados nos territórios. Para o nosso estudo partimos da análise dos registros de atividades, procedimentos e notificações dos fisioterapeutas do NASF na ESF do município de Sobral, elegendo as seguintes variáveis:

- a) Perfil da clientela por faixa etária
- b) Perfil da clientela por afecções (neurofuncional, pneumofuncional e cinéticofuncional)
- c) Solicitação de exames (radiológico e outros)
- d) Encaminhamentos
- e) Procedimentos/atendimentos (domiciliar, ambulatorial, institucional, atividades educativas, educação em saúde e reuniões)
- f) Procedimentos/avaliação (prevenção de incapacidade em hanseníase – PI hanseníase, postural e outros)
- g) Procedimentos/grupo temáticos

Os resultados foram organizados a partir de um banco de dados contendo variáveis referentes ao estudo e as figuras foram extraídas do programa Microsoft Office Excel 2007. Os dados foram analisados a partir das figuras com valores relativos.

Este estudo obedeceu às normas da Resolução n°. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respeitando os aspectos legais e éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE.

RESULTADOS

Neste capítulo estão expostos os resultados sobre análise das ações da fisioterapia do NASF na ESF através do sistema de informação (SINAI), no período de julho a dezembro de 2009, no município de Sobral-CE.

Os resultados subdividem-se em: perfil da clientela por faixa etária, por afecções, solicitação de exames, encaminhamentos, atendimentos, avaliação e grupos temáticos. Essas variáveis buscam uma análise de dados sobre as questões sociais, e informações em saúde produzidas a partir do registro de afecções do indivíduo, refletindo a influência do paradigma biomédico.

A realização do monitoramento das ações e o planejamento das atividades da fisioterapia foram feitas pelos profissionais da área, atuantes no NASF dos territórios, sendo baseados nos dados coletados do SINAI, e nos indicadores: atendimentos ambulatoriais, domiciliares; atividades coletivas, educativas, e de educação em saúde; grupos temáticos (idosos, gestantes, adolescentes, hiperdia e outros) e encaminhamentos para os serviços da atenção secundária e terciária.

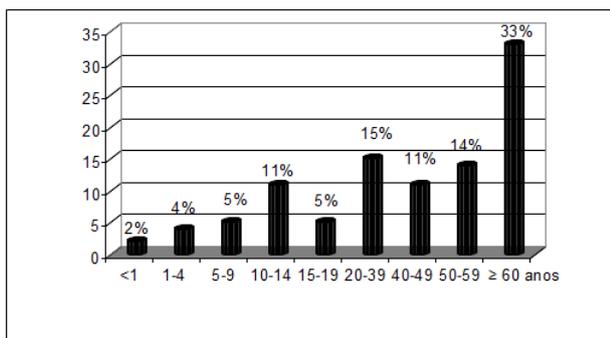


FIGURA 1. Distribuição dos usuários acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF, segundo faixa etária. Sobral - CE, 2010. Fonte: SINAI

Podemos observar na Figura 1 que os fisioterapeutas do NASF atendem todas as faixas etárias, com predomínio dos idosos (33%), e a população economicamente ativa de 40%.

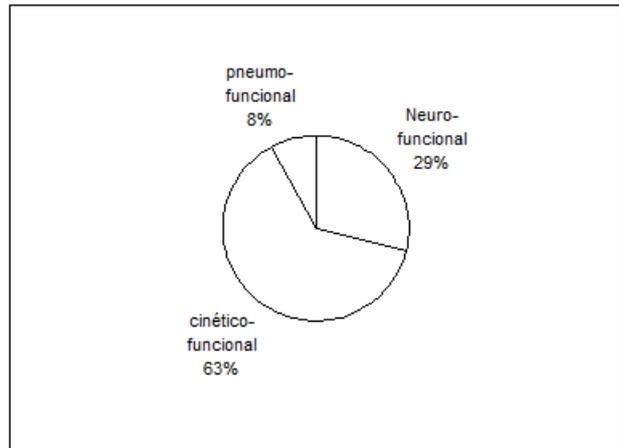


FIGURA 2. Distribuição dos usuários acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF, segundo afecções. Sobral - Ce, 2010. Fonte: SINAI

Quando analisamos a Figura 2 percebemos um percentual de 63% dos usuários acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF com afecções cinético/funcionais, mostrando que o perfil dos nossos usuários é compatível com a realidade atual brasileira e que essa população está sendo acompanhada de maneira integral buscando a melhoria da qualidade de vida e um envelhecimento saudável. A maioria desses pacientes acompanhados são idosos, corroborando com a literatura encontrada.

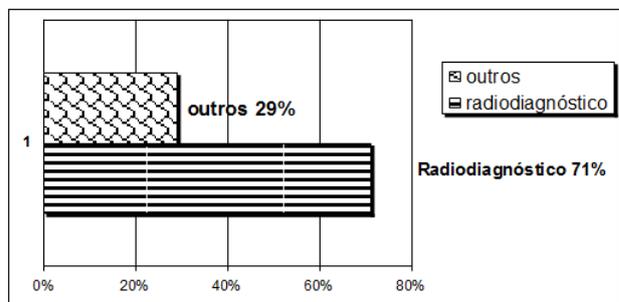


FIGURA 3. Distribuição dos usuários acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF, segundo solicitação de exames diagnósticos. Sobral - CE, 2010. Fonte: SINAI

Na análise segundo a solicitação de exames complementares de diagnóstico, observamos que em 71% dos casos a solicitação é a radiológica, isso se deve ao fato de o fisioterapeuta ter este exame como principal meio de diagnóstico sendo o mais acessível no sistema de saúde de Sobral. Outros métodos de diagnóstico por imagem, tais como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, a ultrasonografia, a densitometria óssea e a medicina nuclear representam 29% das solicitações.

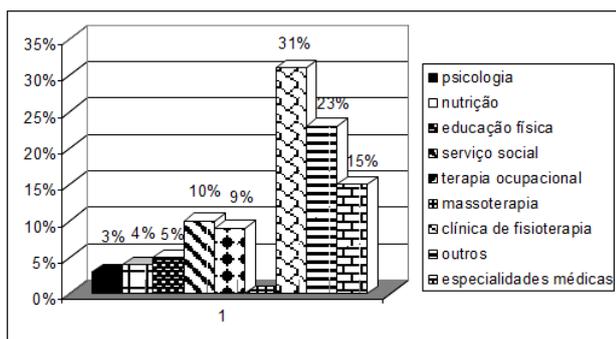


FIGURA 4. Distribuição dos usuários acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF, segundo encaminhamentos dos usuários para outros serviços. Sobral - CE, 2010. Fonte: SINAI

Conforme foi citado, ainda temos um modelo de atenção em fisioterapia com intervenções voltadas para o modelo biomédico e da reabilitação, onde o percentual de encaminhamentos dos usuários para as clínicas de fisioterapia ainda é elevado, representando 31%. Porém, como já citado anteriormente, um novo modelo teórico tem surgido guiando-se na prática e pesquisa vivenciando o indivíduo, a família, os contextos sócio-culturais e econômicos, atuando de maneira interdisciplinar como mostram os resultados com encaminhamentos para outras categorias multiprofissionais.

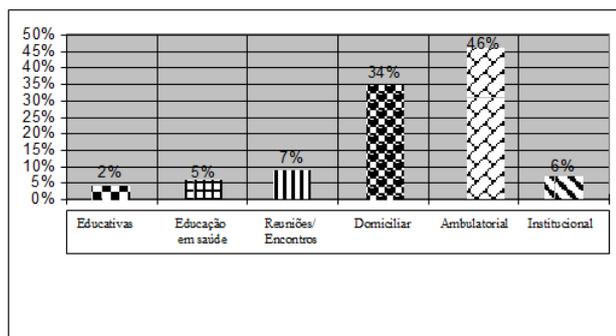


FIGURA 5. Distribuição dos usuários acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF, segundo atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas. Sobral – CE, 2010. Fonte: SINAI

Verificamos pela Figura 5 que 46% dos usuários foram atendidos em atividade ambulatorial, isso mostra a cultura acadêmica dos cursos de fisioterapia na lógica da saúde reabilitadora, curativa, não visando uma saúde preventiva na busca da qualidade de vida dos usuários.

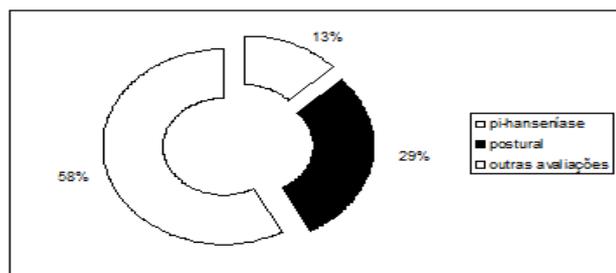


FIGURA 6. Distribuição dos usuários acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF, segundo procedimentos de avaliação desenvolvidos pelos fisioterapeutas. Sobral – CE, 2010. Fonte: SINAI

As ações realizadas neste sentido ainda são poucas como mostram os resultados onde se tem apenas 13% de avaliação de Pi-hanseníase, 29% de avaliação postural e 58% de outras avaliações, onde se incluem as avaliações da fisioterapia tradicional voltadas para o modelo biomédico, como as avaliações traumato-ortopédicas, respiratórias, neurológicas.

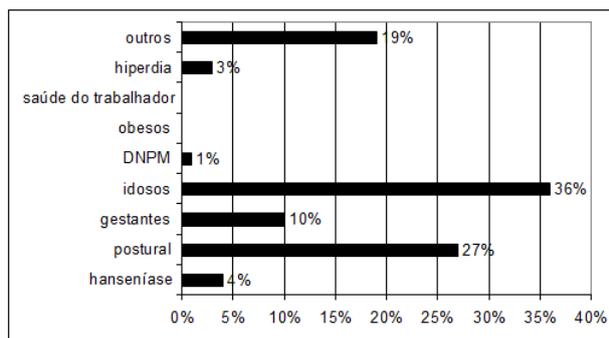


FIGURA 7. Distribuição dos usuários acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF, segundo procedimentos realizados pelos fisioterapeutas em grupos temáticos. Sobral - CE, 2010. Fonte: SINAI

Observamos na Figura 7 a importância dos grupos temáticos principalmente os dos idosos com 36% dos atendimentos, o postural com 27% e os outros com 19%, onde estão incluídas atividades físicas, educativas, educação em saúde, orientações e acompanhamento de afecções crônico-degenerativas em grupos de convivências.

4. DISCUSSÃO

Estudos mostram que a parcela de indivíduos com 60 anos ou mais corresponde a aproximadamente 9% da população total. Até 2025 esta parcela da população brasileira deverá crescer 15 vezes, posicionando o Brasil em sexto lugar no mundo em número absoluto de idosos. O envelhecimento aumenta a susceptibilidade a enfermidades crônicas e incapacidades. Conseqüentemente há aumento na demanda por serviços médicos sociais, políticas e programas de promoção da saúde e de prevenção desses agravos¹⁵.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, a perda da capacidade funcional é a maior consequência das doenças que afetam os idosos, sendo apontada como o maior problema de saúde nesta população. Neste sentido, a Política propõe a permanência do idoso na sociedade, para que exerça suas funções de forma independente através da promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e melhoria da capacidade funcional, a

prevenção de doenças, a recuperação dos que adoecem e a reabilitação da capacidade funcional restringida¹⁶.

As condições de vida afetam a saúde e esta influencia a qualidade de vida, porém o maior desafio a ser resolvido diz respeito às intervenções que devem ser realizadas para que se possa influenciar favoravelmente a qualidade de vida. A promoção de saúde é o campo conceitual e de prática para a possibilidade de integração entre saúde e condições de qualidade de vida¹⁷.

Supõe-se que o grau de capacidade funcional pode interferir significativamente na qualidade de vida, pois as pessoas com menor comprometimento costumam ter maior independência nas atividades de vida diária, maior participação na sociedade e assim podem perceber como boa a sua qualidade de vida. Por outro lado, alguns fatores sócio-demográficos, como idade, sexo, renda familiar, estado civil e nível de escolaridade podem estar associados a uma melhor ou pior qualidade de vida percebida.

A população de Sobral encontra-se com o mesmo perfil nacional, justificando assim uma maior faixa etária de idosos sendo acompanhados pelos fisioterapeutas do NASF. Consequentemente por conta desse envelhecimento da população as afecções crônicas degenerativas e incapacitantes vêm aumentando.

O envelhecimento populacional e o consequente aumento na prevalência de doenças crônicas são grandes desafios para o sistema de saúde. Os problemas cinéticos funcionais e neurofuncionais são condições crônicas de alta morbimortalidade que permanecem como um problema de saúde coletiva relevante na atualidade.

A humanidade sempre almejou viver mais e o envelhecimento populacional se tornou um fenômeno mundial^{18,19}, porém, países em desenvolvimento como o Brasil passaram a enfrentar desafios outrora restritos aos países desenvolvidos.

Nos termos do Artigo 3º da Resolução nº. 80 de 23 de maio de 1987 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, o fisioterapeuta é o profissional competente para buscar as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo do tratamento do paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da equipe de saúde, através de laudos técnicos especializados, com os resultados dos exames complementares a ele inerentes²⁰.

Historicamente as intervenções da fisioterapia em reabilitação têm sido guiadas pelo modelo biomédico. Esse modelo define saúde como a ausência de doenças e, por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e nos sintomas da patologia, considerando apenas o nível físico²¹.

Na atualidade, os modelos de reabilitação refletem uma mudança de paradigma e definem

saúde em termos mais amplos, indicando que fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e a qualidade de vida²².

A atuação dos fisioterapeutas necessita de um modelo teórico guiado na sua prática e pesquisa, demarcando seu papel e importância na sociedade. Dessa forma, a aplicação de um modelo mais adequado da atuação dos fisioterapeutas voltado para uma saúde com qualidade de vida, observando os fatores sociais, psicológicos e ambientais, possibilitaria uma melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo, desde a instalação da doença até suas consequências funcionais.

Observamos ainda muito timidamente que essa lógica vem mudando principalmente na atuação dos fisioterapeutas do NASF, conforme mostra a Figura 5 com a presença de outras atividades como as ações de visitas domiciliares, educativas e de educação em saúde.

O atendimento domiciliar deve ser estruturado considerando alguns fatores como as condições sociais e econômicas, equipamentos necessários, identificação do cuidador do paciente em casa e o envolvimento no programa²³. Com uma visão ampliada no atendimento ao indivíduo, com orientações para o autocuidado, realização de atividades no domicílio e principalmente integrar o cuidador nas ações.

É considerável o efeito psicológico que as visitas do fisioterapeuta surtem na vida e no cotidiano dos pacientes com doenças neurológicas, uma vez que, além da reabilitação física, estes pacientes desenvolvem a sensação de segurança e confiança²⁴.

Atualmente, as discussões em torno da formação e da atuação dos profissionais de saúde, na universidade, surgem com a necessidade de estudar e trabalhar a saúde em sua totalidade social. Muito se tem falado a respeito da Integralidade e da Humanização na Assistência à Saúde, objetivando que os acadêmicos e os profissionais da área reconheçam o indivíduo/paciente nas suas dimensões física, psíquica, biológica e social²⁵.

A Fisioterapia, como profissão de nível superior reconhecida e habilitada à prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, tem na sua formação as diretrizes curriculares cujo parâmetro é formar o profissional voltado à realidade social. Nesse sentido, há destaque para o campo de conhecimento chamado Saúde Coletiva, onde os pesquisadores constroem a cada dia um sólido reconhecimento do campo, como espaço de atuação intermultidisciplinar²⁵.

Requer medidas que devem ser compartilhadas por todos os profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção. O diagnóstico, tratamento e cura são possíveis primeiramente no âmbito da Atenção Básica (AB). As incapacidades físicas podem ser evitadas ou reduzidas, se as pessoas afetadas forem identificadas e diagnos-

ticadas precocemente, tratadas com técnicas adequadas e acompanhadas nos serviços de saúde de Ab²⁶.

São crescentes os investimentos em assistência médica curativa e individual, na tentativa de resolver os problemas de saúde da população, porém medidas preventivas e a promoção da saúde são apontadas como alternativas mais eficientes. O novo paradigma em saúde veio questionar o papel da Medicina, da Saúde Pública e do próprio setor Saúde no enfrentamento dos problemas de saúde, buscando respostas para as causas mais amplas desses problemas, distanciando-se do modelo propriamente médico da questão saúde¹⁷.

Grande ênfase tem-se dado às medidas não farmacológicas, dentre elas vem-se destacando a prática regular de atividades físicas, componente importante na melhoria da qualidade de vida. Estudos constataram menor morbidade e mortalidade, por doenças do sistema cardíaco-vascular, em indivíduos treinados fisicamente, com benefícios evidentes no subgrupo de hipertensos^{27,28}.

As vantagens da prática de exercícios para idosos dependem de como se processa o envelhecimento e da rotina de exercício físico praticada. Sabe-se que os benefícios à saúde ocorrem mesmo quando a prática de atividade física é iniciada em uma fase tardia de vida, por sujeitos sedentários, sendo benéfica inclusive para portadores de doenças crônicas²⁹, prevenindo principalmente as doenças associadas ao sedentarismo, como coronariopatias, diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, acidente vascular cerebral, osteoporose, osteoartrite, câncer de próstata, mama e cólon intestinal. Do efeito dos exercícios na prevenção e recuperação das perdas motoras decorrentes do processo de envelhecimento, conhece-se bem a relação entre treinos específicos e a melhora do órgão ou sistema exercitado, como por exemplo, prática de alongamento muscular e ganho de flexibilidade, ou treino de equilíbrio e melhora no desempenho em testes de equilíbrio³⁰.

Estudos mostram menor morbidade e mortalidade, por doenças do sistema cardiovascular, em indivíduos treinados fisicamente, com benefícios evidentes no subgrupo de hipertensos^{27,28}. Observamos nos resultados a importância dos grupos temáticos principalmente os dos idosos, postural e outros como atividades físicas, educativas, educação em saúde, orientações e acompanhamento de afecções crônicas degenerativas em grupos de convivências.

5. CONCLUSÃO

No campo de conhecimento da Saúde Coletiva, os fisioterapeutas constroem a cada dia um sólido reconhecimento no mesmo, como espaço de atuação multidisciplinar, tendo assim uma visão

ampliada de saúde, onde atuam através de ações em grupos, educativas, educação em saúde; indicando a importância de fatores sociais, psicológicos e ambientais que contribuem para a saúde e a qualidade de vida do indivíduo.

Um novo modelo teórico tem surgido guiando-se na prática e pesquisa vivenciando o indivíduo, a família, os contextos sócio-culturais e econômicos, atuando de maneira interdisciplinar como mostram os resultados com encaminhamentos para outras categorias multiprofissionais.

Concluimos que o SINAI é uma importante fonte de informação e pesquisa para os profissionais do NASF de Sobral, e que sua utilização pode ser expandida para outros municípios que possuem NASF.

Consideramos que esta pesquisa atingiu os objetivos propostos, porém ainda existem algumas dificuldades encontradas na interpretação e análise de alguns indicadores do sistema de informação, como é o caso dos procedimentos de atividades e avaliação desenvolvidas pelos fisioterapeutas do NASF.

Desta forma, consideramos que o estudo do sistema de informação do NASF ainda não é completo, apresentando muitas potencialidades, porém com algumas limitações, necessitando da continuidade de pesquisas na área.

Sugerimos que esta pesquisa seja ampliada para outras categorias profissionais existentes no NASF de Sobral, com um estudo ampliado das ações destes profissionais que estão atuando de maneira intermultidisciplinar, visando sempre à melhoria da qualidade do serviço e o surgimento de novas tecnologias em saúde para o SUS.

6. REFERÊNCIAS

1. Escorel S; Giovanella L; Magalhães DEE; Mendonça MH; Castro Maia Sena MD. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. [periódico na internet]. 2007;21(2/3):164-176 [acesso em 10 set 2004]. Disponível em <http://revista.paho.org/uploads/1178726618.pdf>.
2. Brasil. Portaria N°3925/GM de 13 de novembro de 1998. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
4. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e a reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS.; Minayo MCS; Akerman M; Júnior, M.D.; Carvalho, YM; organizadores. Tratado de saúde coletiva.

5. Leite SN; Vasconcelos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* 2006; 13:113-128.
6. Brasil. Portaria N°154/GM de 24 de janeiro de 2008. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília; 2009. (Caderno da Atenção Básica n.27).
8. Barros FBM. Metodologia da problematização e avaliação por competências: um ano de inovações na formação de fisioterapeutas. *Fisiobrasil*.2004; 8(68):36-38.
9. Pereira FWA *et al*. A inserção da fisioterapia na estratégia saúde da família em Sobral/Ce. *SANARE: revista de políticas públicas, Sobral*. 2004; 5(1).
10. Linhares JH *et al*. Sistema de informação em fisioterapia na atenção básica no território dos terrenos novos no município de Sobral, Ceará. *SANARE: revista de políticas públicas, Sobral*. 2010; 9(1).
11. Pinheiro R; Luz M. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Mattos RA; Pinheiro R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, 2003.
12. Vêras, MMS. *et al*. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família – SINAI, *Rev Saúde Soc*. 2007; 16(1).
13. Moraes IHS; Santos SRFR. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Inf Epidemiol SUS [periódico na internet]*. 2001; 10(1):49-56.
14. Almeida MF; Alencar GP. Informações em Saúde: Necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(4).
15. Kalache A; Veras RP; Ramos RL. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saude Publica*. 1987; 21(3):200-210.
16. Silvestre JA; Costa Neto MM. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3):839-847.
17. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciências e Saúde Coletiva*. [periódico na internet]. 2000 [acesso em 23 agosto 2010];5(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014.
18. Garrido R; Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; supl 1, abr.
19. Veras R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: Saldanha AL; Caldas CP. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
20. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região - Crefito-2. *Legislação da fisioterapia e terapia ocupacional*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Crefito-2, 1998/2002.
21. Sampaio RF; Mancini MC; Fonseca ST. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. *Rev Bras Fisioterapia*. 2002.
22. Organização Mundial da Saúde (OMS). *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. In: *Saúde OMD*. Genebra; 1980.
23. Organização Mundial de Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). *CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Universidade de São Paulo; 2003.
24. Kisner C; Colby LA. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2000.
25. Thimson A; Skinner A; Piercy J. *Fisioterapia de Tidy*. 12ª ed. São Paulo: Santos; 2002.
26. Salmória JG; Camargo WA. Uma aproximação dos signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. *Saúde Soc. São Paulo [periódico na internet]*. 2008 [acesso em 23 agosto 2010]; 17(1):73-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000100007&script=sci_arttext.
27. Brasil. Ministério da Saúde. *Guia para o controle da hanseníase*. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2002.
28. Lewington S; Clarke R; Qizilbash N; Peto R; Collins R. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. *Lancet*. 2002.
29. Vasan RS; Larson MG; Leip EP. Assessment of frequency of progression to hypertension in non hypertensive participants in The Framingham Heart

Study. Cet. 2001.

30. Eliot RS; Long DR; Boone JL. Rehabilitation. In: _____ . Eliot RS Editor. Stress and the heart. New York: Futura, 1992.

31. Judge JO; Underwood M; Gennosa A. Exercise to improve gait velocity in older persons. Arch Phys Med Rehabil, 1993.

Endereço para Correspondência:

José Henrique Linhares

Rua Floresta, 177, Campo dos Velhos
CEP 62030-120, Sobral, Ceará
E-mail: jhlinhares@hotmail.com

Priscila Dias Pinto

Rua Manoel Coelho, 82, Cohab I
CEP 62050-530, Sobral, Ceará
E-mail: pixilha@hotmail.com

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Rua Irlanda, 120, Parque Alvorada
CEP 62030-210, Sobral, Ceará
E-mail: izabellemontaverne@gmail.com

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Rua Marechal Humberto de Alencar Castelo Branco,
23, Expectativa
CEP 62041-590, Sobral, Ceará
E-mail: cibellyaliny@gmail.com