

El trabajo de fisioterapeutas de Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia en la asistencia al anciano

O trabalho de fisioterapeutas de Núcleos de Apoio à Saúde da Família na assistência ao idoso

The work of Family Health Support Group Physical Therapists in elderly care

Recibido: 13/09/2017

Aprobado: 05/07/2018

Publicado: 27/09/2018

Ana Luíza Moreira Pauffero¹

Fabiane Ribeiro Ferreira²

Paula Maria Machado Arantes³

Rosana Ferreira Sampaio⁴

Júlia Baldoni⁵

Este estudio tiene como objetivo investigar el proceso de trabajo de fisioterapeutas del NASF de una regional de salud de la ciudad de Belo Horizonte. Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo, con datos de un cuestionario autoaplicado, respondido por 10 profesionales entre septiembre a octubre de 2015. Los resultados demostraron conformidad de la mayor parte de las acciones con las directrices relativas a la atención al anciano y algunas inconformidades en relación a las directrices del NASF, lo que refuerza la necesidad de ajustes en la forma de actuación de los NASF, aún en construcción. Con acciones que contribuyen a la reducción de incapacidades, el fisioterapeuta actuando junto al equipo multiprofesional contribuye a la asistencia al anciano en la atención primaria.

Descriptor: Atención primaria de salud; Salud de la familia; Atención integral de salud; Fisioterapeutas.

Este estudo tem como objetivo o objetivo deste estudo foi investigar o processo de trabalho de fisioterapeutas do NASF de uma regional de saúde da cidade de Belo Horizonte. Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, com dados de um questionário autoaplicado, respondido por 10 profissionais entre setembro a outubro de 2015. Os resultados demonstraram conformidade da maior parte das ações com as diretrizes relativas à atenção ao idoso e algumas inconformidades em relação às diretrizes do NASF, o que reforça a necessidade de ajustes na forma de atuação dos NASF, ainda em construção. Com ações que contribuem para redução de incapacidades, o fisioterapeuta atuando junto à equipe multiprofissional contribui para a assistência ao idoso na atenção primária.

Descritores: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Assistência integral à saúde; Fisioterapeutas.

This study aims at investigating the work process of physical therapists from the NASF of a sanitary region of the city of Belo Horizonte. It is a descriptive and quantitative study, using data from a self-applied questionnaire that was answered by 10 professionals from September to October, 2015. Results indicated that most actions were in accordance to the directives regarding elderly health care, although there were some actions that did not comply with NASF directives, which reiterates the need to adjust the way in which the actions of the NASF are carried out, as it is being created. Carrying out actions that contribute to diminish the disabilities, the physical therapist acts with the multiprofessional team and contributes for the assistance of the elder in the primary health care.

Descriptors: Primary health care, Family health; Comprehensive health care; Physical therapists.

1. Fisioterapeuta. Especialista en Geriátría y Gerontología Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0001-6386-0559 E-mail: ana.pauffero@gmail.com

2. Fisioterapeuta, Magister en Ciencias de la Rehabilitación. Doctora en Salud Pública. Pues Doctora en Ciencias de la Rehabilitación. Profesora Adjunta de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0003-3758-7493 E-mail: fabianerf@hotmail.com

3. Fisioterapeuta. Magister, Doctora y Pos Doctora en Ciencias de la Rehabilitación. Profesora Adjunta de la UFMG Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0001-7064-9751 E-mail: paulamma@gmail.com

4. Fisioterapeuta. Especialista en Epidemiología en Servicios de Salud. Doctora en Salud Pública. Pues Doctora en Salud Colectiva. Profesora Titular del Programa de Pos Graduación en Ciencias de la Rehabilitación de la UFMG Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0002-4775-9650 E-mail: sampaioufmg@gmail.com

5. Fisioterapeuta. Especialista en Ergonomía. Magister en Ciencias de la Rehabilitación Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0003-1587-1020 E-mail: juliabaldoni@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En una perspectiva epidemiológica, el envejecimiento de la población es acompañado por el incremento relativo de las enfermedades y condiciones crónicas de salud, así como de incapacidades asociadas¹. Así, políticas públicas dirigidas a la población anciana y para el nuevo perfil de salud del país se hacen necesarias.

Brasil viene desarrollando políticas públicas para este segmento. En 2006, fue aprobada la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana (PNSPA)², que presenta como finalidad la “recuperación, manutención y promoción de la autonomía e independencia de los individuos ancianos, por medio de medidas colectivas e individuales en todos los niveles de atención”.

En el contexto del SUS, delante de la necesidad de ampliación de las acciones en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), fueron creados, en 2008, los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF). Los NASF son equipos multiprofesionales, compuestos por profesionales de diferentes áreas del conocimiento, que deben actuar de manera integrada, bajo la lógica de apoyo matricial, con los Equipos de Salud de la Familia (ESF)^{3,4}.

En conformidad con el modelo de salud orientado en redes de atención, con la atención básica como coordinadora del cuidado, la ESF debe representar para el anciano, el principal vínculo con el sistema de salud⁵. Y, considerando que las políticas públicas para la población anciana tienen la manutención/recuperación de la funcionalidad como foco de la atención integral, todas las acciones de promoción de la salud, de asistencia y rehabilitación deben tener esta propuesta como meta principal^{2,6}.

Así, los profesionales envueltos en la ESF deben presentar competencias específicas, de forma a garantizar la realización de las actividades pactadas en la salud de la persona anciana^{2,6}. Como parte integrante de la atención básica, el NASF también tiene como misión el apoyo, junto con las ESF, en el cuidado integral a la persona anciana, siguiendo las mismas directrices.

La Política Nacional de Salud de la Persona Anciana

La PNSPA fue resultado de una necesidad de avanzar en las prácticas para la salud integral de la población anciana en el SUS. Se basa en el paradigma de la funcionalidad para la concepción de salud de la persona anciana, asumiendo que la pérdida de la capacidad funcional es el principal problema que puede afectar al anciano².

Entre las directrices de esta política están: promoción del envejecimiento activo y saludable, atención integral, estímulo a las acciones intersectoriales, con el fin de la integralidad, proveimiento de recursos capaces de asegurar la calidad de la atención, fortalecimiento del control social, formación y educación permanente de los profesionales de salud del SUS, divulgación de la PNSPA para profesionales de salud, gestores y usuarios del SUS².

El NASF

La actuación del NASF se basa en las directrices relativas a la atención básica y se da bajo la forma de una metodología denominada apoyo matricial, en el cual profesionales de referencia y especialistas mantienen relación entre sí y comparten campos de conocimiento de modo horizontal, de forma a generar nuevos saberes y posibilidades de actuación, lo que disminuye la fragmentación del cuidado^{4,7}.

La actuación de los profesionales del NASF debe abordar la promoción de la salud, la prevención de agravamientos y la rehabilitación, favoreciendo el cuidado de la población en todas las etapas de la vida y fortaleciendo la ESF. Deben ser priorizados los atendimientos compartidos e intervenciones a los usuarios y familias de forma articulada con las ESF. Las formas más comunes de asistencia son la visita domiciliaria, el atendimento individual y los grupos operativos. Una actividad importante prevista en el proceso de trabajo del NASF es el proyecto terapéutico singular (PTS).

El profesional fisioterapeuta en el NASF

La inserción del fisioterapeuta en el NASF representa la primera aproximación formal de

la fisioterapia en el nivel de atención básica.⁸ Desde su origen, la fisioterapia tiene un carácter esencialmente curativo y rehabilitador.

La actuación en las áreas de promoción y prevención viene ocurriendo solo recientemente⁸⁻¹⁰. En este nuevo campo, existe la necesidad de romper el aislamiento y el individualismo de la práctica fisioterapéutica rehabilitadora para emerger una nueva lógica de actuación en equipo multiprofesional e interdisciplinaria, de forma de garantizar integralidad en la asistencia⁹.

En cualquier que sea el nivel de actuación, la fisioterapia presenta la funcionalidad como énfasis de sus objetivos terapéuticos, con el fin de promover, al máximo, el retorno del individuo a la sociedad.

En esta perspectiva, queda evidente la importancia del fisioterapeuta para la atención integral al anciano en el ámbito de la ESF, pues su foco de actuación va al encuentro de las directrices de las políticas de atención a la salud del anciano, que se dirigen al enfrentamiento de las incapacidades¹⁰.

Delante de lo expuesto, el objetivo de este estudio fue investigar el proceso de trabajo de fisioterapeutas del NASF de una regional de salud de la ciudad de Belo Horizonte.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional descriptivo, con muestra compuesta por 10 fisioterapeutas que componían el total de equipos de la NASF de una regional de Belo Horizonte MG, en el periodo de septiembre a octubre de 2015.

Los profesionales fueron invitados a participar del estudio por medio de contacto personal, cuando fueron informados sobre los objetivos y procedimientos de la investigación. De acuerdo con la conveniencia del profesional, fue agendada una visita al lugar de trabajo, para explicación de los procedimientos de la investigación y lectura del término de consentimiento libre y aclarado.

Un cuestionario semiestructurado y autoaplicable fue adaptado para investigar las cuestiones referentes a la actuación de los

fisioterapeutas¹¹. El instrumento constaba de 89 preguntas abordando las siguientes dimensiones: identificación general, estructura física y recursos, organización del apoyo matricial a las ESF, demanda específica de la población anciana y gestión de la demanda, educación permanente, producto final de la asistencia, satisfacción profesional. La mayor parte de las preguntas eran cerradas, con la forma de respuesta variando entre escalas de 0 a 10, respuestas simples y preguntas múltiples (más de una alternativa podría ser señalada).

Medidas de tendencia central, dispersión y frecuencia fueron utilizadas en el análisis de los datos, los cuales fueron procesados en el programa Microsoft Excel (2010). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la UFMG, bajo el número de aprobación CEP 982.331.

RESULTADOS

Los resultados serán presentados en ítems utilizándose cuatro de las siete dimensiones del cuestionario, siendo: 1) Perfil de los participantes; 2) Estructura física y recursos materiales; 3) Actividades previstas y apoyo matricial; y 4) Demanda específica de la población anciana y gestión de la demanda.

Perfil de los participantes

Los 10 profesionales invitados a participar del estudio respondieron en su totalidad el cuestionario. Nueve profesionales (90%) eran del sexo femenino y uno (10%) del sexo masculino, con promedio de edad de 39 años. Cinco (50%) casados, cuatro (40%) solteros y uno (10%) divorciado.

La carga horaria semanal de todos los profesionales en el NASF es de 20h y 80% de ellos tienen otro vínculo de trabajo. El tiempo que trabajan en el NASF varió de 2 años y 11 meses a 8 años, siendo que ocho profesionales (80%) trabajan hace 6 años o más. Los equipos de la NASF en las cuales los entrevistados trabajan y dan apoyo a los Equipos de Salud de la Familia de más de un Centro de Salud. Cinco profesionales (50%) dan apoyo a tres Centros de Salud y otros cinco (50%) a dos. En cuanto al número de Equipos que apoyan, cuatro (40%) relataron

dar soporte a 8 equipos, uno (10%) a 9, dos (20%) a 11 y dos (20%) a 12.

Todos los entrevistados completaron la graduación en instituciones de enseñanza de Belo Horizonte – MG, con tiempo de formación variando de 4 a 25 años, siendo que 90% se formaron hace 9 años o más. Siete profesionales (70%) poseen alguna formación en el nivel de pos graduación, pero ninguno de ellos en el área de envejecimiento o dirigido a la atención básica.

Estructura física y recursos materiales

En relación a los espacios utilizados para el atendimento a los ancianos (individual o colectivo), el más frecuente fue el Consultorio compartido con profesionales del NASF, seguido de la Sala de Reunión/Grupos y de Espacios del territorio.

En cuanto a la adecuación de los espacios para el atendimento de la población en cuestión y para las actividades desarrolladas (en una escala de 0 a 10, variando de muy malo a excelente), la puntuación promedio fue 5,3 y 5,2, respectivamente. En relación a la suficiencia de material y recursos para atendimientos

individuales y colectivos, los profesionales, en su totalidad, respondieron negativamente.

En lo que se refiere a la disponibilidad de vehículos de transporte para la realización de visitas domiciliarias, 100% de los profesionales respondieron positivamente, sin embargo, esta disponibilidad atiende parcialmente a la demanda del servicio.

Actividades previstas y apoyo matricial

Los resultados referentes a las actividades previstas y a la forma como los profesionales dejan disponibles sus agendas para los equipos de referencia están descriptos en las tablas 1 y 2, respectivamente. Se observa que las actividades realizadas son bien semejantes entre los diferentes equipos de NASF, no obstante, lo mismo no sucede en la forma como la agenda está disponible para las ESF.

Sobre la existencia de protocolos y flujos bien definidos tanto de derivaciones para el NASF como para el planeamiento de acciones en conjunto NASF/ESF, la mayor parte de los profesionales respondieron negativamente siendo 60% de los profesionales en relación a la primera pregunta y 100% en relación a la segunda.

Tabla 1. Actividades previstas, según fisioterapeutas de una Regional de Salud. Belo Horizonte, 2015.

Actividades	%*
Consultas individuales específicas para evaluación	100,0
Atendimientos individuales específicos para tratamiento	100,0
Atendimientos compartidos	90,0
Grupos terapéuticos y/o grupos de educación en salud	90,0
Visitas domiciliarias	100,0
Reuniones de matriciamiento con equipos de salud de la familia	100,0
Acciones compartidas con otras instancias, como la asistencia social o comunidad	60,0

* Un mismo respondiente podría responder a más de una pregunta.

Tabla 2. Manera de disponibilización de la agenda para los equipos de referencia, según fisioterapeutas de una Regional de Salud. Belo Horizonte, 2015.

Manera de disponibilización de la agenda	%*
Verbalmente, durante las reuniones con las ESF	40,0
Escrita, durante las reuniones con las ESF	10,0
La agenda es fijada en la(s) unidad(es) de referencia en lugar visible	60,0
La agenda no está disponible para las ESF	30,0

* Un mismo respondiente podría responder a más de una pregunta.

En lo que se refiere a las reuniones con las ESF, todos los profesionales respondieron que ocurren mensualmente. La percepción de calidad del matriciamiento realizado en las reuniones (en una escala de 0 a 10, variando de muy malo a excelente) obtuvo promedio de 5,3. Los principales factores negativos que influyen en la calidad del matriciamiento apuntados fueron: falta de conocimiento de las ESF sobre la propuesta de matriciamiento, falta de conocimiento de las acciones y la forma de actuación del NASF por las ESF, falta de interés y adhesión de las ESF a las reuniones de matriciamiento.

Entre los principales factores positivos percibidos sobre el matriciamiento están: “ampliación de la mirada”, “posibilidad de multiplicación e intercambio de conocimientos entre los profesionales”, “capacitación”, “mejor indicación de los casos derivados”, “mayor resolutivez de los casos” y “mejor direccionamiento del usuario en la red”. En relación a la elaboración de PTS, la mayoría de los profesionales (60%) respondieron no realizar.

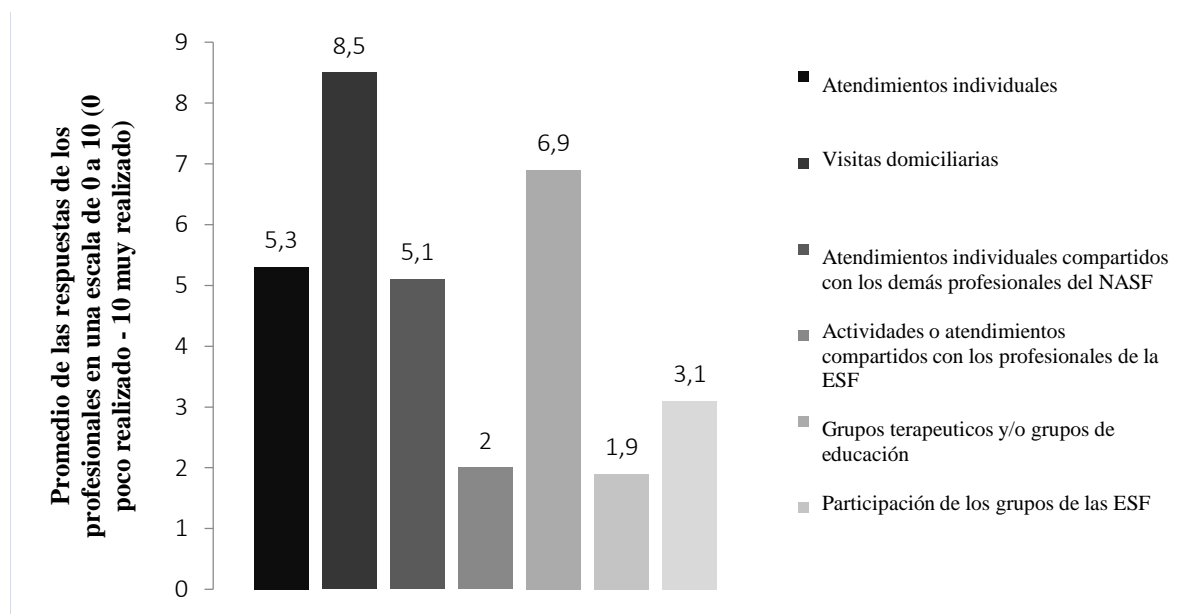
Demanda específica de la población anciana y gestión de la demanda

Sobre el número aproximado de derivaciones de personas por encima de 60 años recibidos mensualmente, dos (20%) no supieron especificar, uno (10%) respondió 7 y las demás (70%) respondieron 15 o más. Entre los 8 participantes que respondieron, el número promedio de derivaciones fue de 16,63.

La principal motivación de derivaciones de usuarios con más de 60 años para el NASF por las ESF es condición/diagnóstico clínico, según 70% de los profesionales. Otros motivos son queja del usuario o de la familia y estado funcional del usuario.

Sobre los tipos de atendimientos que los fisioterapeutas realizan específicamente con el público anciano, la visita domiciliaria y los grupos operativos fueron los de mayor proporción (Gráfico 1).

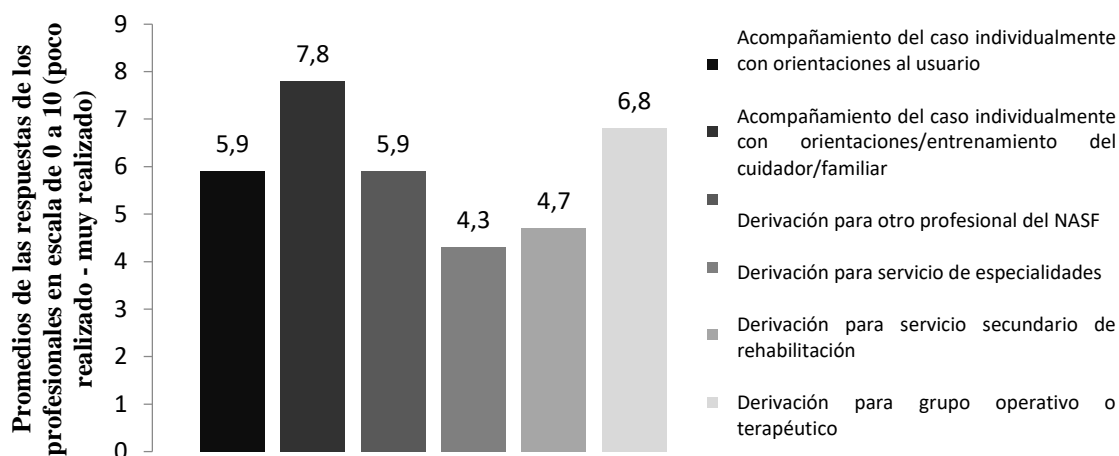
Gráfico 1. Actividades realizadas para la población anciana derivada, de acuerdo fisioterapeutas de una Regional de Salud. Belo Horizonte, 2015.



Las conductas frecuentemente realizadas con estos usuarios: acompañamiento individual con orientaciones/entrenamiento del

cuidador/familiar, seguido de derivación para grupos están en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Conductas realizadas a los casos atendidos, según fisioterapeutas de una Regional de Salud. Belo Horizonte, 2015.



Entre las acciones de promoción de la salud, prevención de agravamientos y rehabilitación, las acciones de prevención son las más relatadas (83%).

El promedio de la percepción de los profesionales sobre la eficacia de sus acciones para la manutención/promoción/recuperación de la funcionalidad del anciano, (en escala de 0 a 10, variando de muy malo a excelente), fue 6,44.

En cuanto a la utilización del modelo de la CIF como guía de la asistencia a los usuarios ancianos, aunque 70% afirmen haber recibido formación específica sobre el asunto, sólo 40% afirmó utilizar el modelo. En lo que respecta a la educación permanente, en el último año, solamente un profesional (10%) recibió formación específica sobre temas relacionados al envejecimiento.

Delante de la conformación del sistema en RAS, cinco (50%) afirmó realizar contacto frecuente con instituciones de otros niveles de atención, y la misma proporción de profesionales declaró nunca haber articulado acciones con otras instancias que no sean las de salud.

DISCUSIÓN

La Directriz del NASF preconiza que ellos actúen en conjunto con los profesionales de las ESF, compartiendo las prácticas en salud en los territorios bajo su responsabilidad⁴. Al describir la metodología de trabajo de apoyo

matricial y equipo de referencia, un estudio⁷ enfatizó la necesidad de una reorganización de los sistemas de salud para que la retaguardia especializada no trabaje de forma fragmentada, con mecanismos como el de la referencia y contra referencia, y sí de manera horizontal, en la construcción compartida de directrices clínicas y sanitarias.

Para esto, es necesario un funcionamiento dialógico entre los equipos de referencia, responsables por mantener una relación de coordinación longitudinal con los usuarios adscriptos y los equipos de apoyadores, responsables por contribuir con intervenciones y/o conocimiento especializado.⁷

Por ser un núcleo de apoyo, las acciones del NASF son indisolubles y dependientes de las acciones de las ESF¹². Por lo tanto, la baja articulación entre estos dos equipos fue verificada en el presente estudio por el bajo índice de realización de actividades compartidas. La participación en sus grupos específicos y elaboración en conjunto de proyectos terapéuticos singulares, van al encuentro a esta directriz básica.

Otro estudio¹¹ sobre los indicadores de resultado de los NASF en Belo Horizonte también observó dificultades de los profesionales del NASF en realizar acciones en conjunto con las ESF. El contacto entre referencias y apoyadores debe ser directo y periódico y debe implicar siempre en la

construcción de proyectos terapéuticos integrados⁷.

Se observa que, aunque las reuniones en conjunto ocurran con frecuencia, los participantes perciben baja calidad del matriciamiento de los casos. A esa baja calidad atribuyen, principalmente, razones como el desconocimiento de las ESF en relación a la propuesta de apoyo matricial y a las acciones del NASF, desinterés de las ESF por las reuniones de matriciamiento y, además, escasez de informaciones relevantes sobre los usuarios para auxiliar en la conducción de los casos.

Esto, posiblemente, es reflejo de la dificultad aún existente en lidiar con la nueva forma de organización del trabajo y con herramientas tecnológicas, como el apoyo matricial y el proyecto terapéutico singular¹¹. Corroboran con este hallazgo, otros estudios sobre el NASF¹²⁻¹⁶, que resaltan la necesidad de cambios en la manera de actuar de los profesionales envueltos en este proceso de cuidado.

Otra posible razón puede ser la baja participación de algunas categorías profesionales de la ESF en las reuniones y la gran rotatividad de profesionales, especialmente de la categoría médica observada en la práctica¹¹. Además, se cree que la inexistencia de protocolos bien definidos de planeamiento de acciones conjuntas y de derivaciones para el NASF relatada por los profesionales pueden dificultar este dialogo esencial.

Estos hallazgos revelan necesidad de ajustes relacionados al proceso de trabajo del NASF, de acuerdo con las directrices del Ministerio de la Salud, que, además se muestra difícil, debido a la necesidad de cambios en la lógica de actuación⁴.

El perfil formativo de la mayor parte de los profesionales de salud es considerado un obstáculo encontrado en el camino de implantación del NASF, dado que trabajo en equipo no está presente en materias curriculares de la graduación¹⁵. Así, una revisión crítica de los procesos de formación de los profesionales de salud que favorezca la creación de oportunidades para la actuación en conjunto, integrada e intersectorial se hace

necesaria frente a la propuesta de trabajo interdisciplinario del NASF^{13,15-17}.

Las actividades relatadas por los participantes parecen contemplar la mayor parte de las acciones previstas por la Política Nacional de Atención Básica (PNAB)³. Similarmente a lo que ocurre en relación a las actividades realizadas específicamente al público anciano, hay una asistencia de forma adecuada a la heterogeneidad de esta población, atendiendo a las directrices de las políticas dirigidas a ella.

La PNSPA² valoriza el atendimento receptivo y resolutivo, en acciones que abarquen promoción, prevención y tratamiento de salud, con prioridad para las actividades en grupo y que estimulen la convivencia y la participación social. Por lo tanto, el predominio de realización de visitas domiciliarias, seguido de actividades colectivas encontrado es coherente con esta política y también con las directrices del NASF.

No obstante, si por un lado las acciones previstas están siendo contempladas, por otro, la mayor frecuencia de realización de atendimientos individuales que de atendimientos compartidos contradice los principios del apoyo matricial para la priorización de actividades colectivas y/o compartidas en relación al atendimento directo e individualizado, que debe ocurrir solamente en situaciones extremadamente necesarias.⁷

Evidentemente, la forma de análisis del presente estudio no permite afirmaciones asertivas acerca de la diferencia de frecuencia de las acciones. No obstante, queda claro que los profesionales perciben poca realización de actividades compartidas con las ESF. Datos semejantes fueron encontrados en otro trabajo¹¹ mostrando un destaque para atendimientos individuales y tratamientos específicos, a pesar de la diversidad de acciones realizadas por los profesionales del NASF. Este tipo de atendimento aumenta el riesgo de fragmentación del cuidado^{4,7}. Esto confirma la dificultad en la efectucción del apoyo matricial, así como del uso de herramientas como el PTS¹¹.

Otros factores dificultadores, como falta de recursos materiales para realización de sus actividades (tanto individuales como colectivas), inadecuación de los espacios físicos para las actividades que desarrollan para la población anciana y disponibilidad insuficiente de transporte para atender la demanda para visitas, ciertamente influyen negativamente en la realización de actividades compartidas. En este sentido, la fragilidad de las unidades básicas es apuntada por el Ministerio de la Salud como una de las dificultades para la mudanza de las prácticas en la ESF en todo Brasil¹¹.

El predominio de derivación para grupos y acompañamiento con orientaciones en detrimento de derivación para especialidades y nivel secundario de rehabilitación condice con la PNAB y PNSPA, que preconizan orientaciones en detrimento de derivación para especialidades y nivel secundario de rehabilitación condice con la PNAB y PNSPA, que preconizan que los usuarios deben preferencialmente ser asistidos en la atención básica^{2,3}, y, aún, que 80% de los problemas de salud deben ser solucionados en este nivel de atención¹⁸.

Sin embargo, un importante factor a ser observado es que el NASF nunca asuma el papel de otros niveles de atención^{13,14}. Esto porque la insuficiencia de los servicios especializados puede conducir al NASF a un funcionamiento equivocado, pero no es su función abarcar la demanda de tratamientos individualizados no absorbidos por las esferas responsables^{11,13,14}. Especialmente en el caso de la rehabilitación, que también presenta acceso secundario reducido, es relevante reflexionar sobre esto, pues el atendimiento a tal demanda en el nivel primario puede acabar sofocando la posibilidad de desarrollo y de otras actividades⁹.

Además de esto es importante que las acciones de rehabilitación realizadas en la atención básica no se confundan con las realizadas en otros niveles de atención. Para el cumplimiento de su importante papel en el contexto de las RAS, una de las acciones del NASF debe ser la de contribuir con la ESF para facilitar que usuarios tengan acceso a la red de forma coherente y resolutive, auxiliando en la

coordinación de los casos referenciados a otros servicios³.

De esta forma, el hecho de sólo 50% de los entrevistados realizar contacto frecuente con otros niveles de atención está en desacuerdo con esta directriz de la atención básica y de la PNSPA, que preconiza la atención integral e integrada a la salud del anciano, entre los niveles de atención, incluyendo la red hospitalaria y demás especialidades². De la misma forma la pobre articulación intersectorial evidenciada por los profesionales de este estudio también indica desacuerdo con la PNSPA en lo referido a las directrices del NASF, a las cuales estimulan acciones intersectoriales e integración con otras políticas sociales como educación, deporte, cultura, trabajo, ocio y otras^{2,4}.

En relación a la eficacia de las acciones de los fisioterapeutas del NASF para la manutención/recuperación de la funcionalidad de los ancianos, se observa que, de acuerdo con la percepción de los profesionales, estaría en torno de 64%. Aunque no hayan sido encontrados estudios con dato semejante para comparación, llevándose en consideración la previsión potencial de resolución de 80% de los problemas en la atención básica¹⁸, este promedio puede ser considerado razonable. No obstante, dado que el paradigma de salud para el individuo anciano se traduce por su condición de autonomía e independencia², se cree que este dato debería ser más discutido en otros estudios.

La percepción de distribución equilibrada entre acciones de promoción, prevención de agravamientos y rehabilitación por los fisioterapeutas parece indicar que los mismos están siendo capaces de actuar de forma variada para atender las diferentes demandas que reciben. El predominio de acciones para prevención de agravamientos coincide con el nivel de atención que están actuando, pudiéndose, inclusive, inferir que posiblemente los profesionales no están siendo solicitados para realizar acciones rehabilitadoras propias de otro nivel de atención. Además de eso, realizar muchas acciones de prevención de agravamientos coincide con la población en cuestión, pues es

un grupo que sabidamente presenta alta prevalencia de enfermedades crónicas que pueden afectar la funcionalidad.

Aún, en la perspectiva de la funcionalidad, se observó que la mayor parte de las derivaciones por las ESF es hecha con base en el diagnóstico clínico y no en el diagnóstico funcional. Debido a la complejidad inherente a la salud de la persona anciana, el modelo de atención centrado en la enfermedad no se muestra eficaz, siendo necesario un abordaje global, multidimensional, que tenga en cuenta la gran interacción entre los factores físicos, psicológicos y sociales y deben ser abordados por un equipo multiprofesional².

En este sentido, la Organización Mundial de Salud, en su Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF), considera la funcionalidad como una interacción dinámica entre condiciones de salud y factores contextuales. Por lo tanto, es un modelo biopsicosocial de atención, tal como preconizado para atención al anciano y posee conceptos muy útiles para la propuesta metodológica de inter y transdisciplinariedad del apoyo matricial^{2,18,19}. Su uso en el SUS fue determinado en 2012, por el Consejo Nacional de Salud, sin embargo, se observó que solo una pequeña parte de los participantes lo utiliza en su cotidiano de prácticas, aunque la mayoría de los profesionales posea formación sobre el modelo.

Se observa, además, que, aunque algunas acciones estén en desacuerdo con las directrices, en general, el grupo de este estudio demostró conocimiento de las directrices del NASF y aparentemente se empeñan en adecuar su actuación a la metodología propuesta, aunque encuentren algunas barreras.

El hecho de ser profesionales con experiencia en la actuación en el NASF (promedio de 6,2 años) puede ser un facilitador. Se refuerza, sin embargo, que del punto de vista de la atención integral al anciano, la mejoría en la articulación con las ESF y con la red de servicios es necesaria. Además de eso, el uso del modelo de atención biopsicosocial debe ser utilizado para calificar

el diálogo entre profesionales y las decisiones asistenciales¹⁹.

CONCLUSIÓN

Después de la comparación del proceso de trabajo de los fisioterapeutas con directrices del Ministerio de la Salud (tanto en relación a las directrices de trabajo del NASF como en relación a las directrices de la política que trata del cuidado al anciano), se observó que, de manera general, los profesionales presentaron conformidad con las directrices relativas a la atención al anciano, lo que lleva a creer que con sus acciones variadas, que contribuyen a la reducción de incapacidades, los fisioterapeutas, actuando junto al equipo multiprofesional contribuyen de forma efectiva para la asistencia al anciano en la atención primaria.

En relación a las directrices del NASF, algunas inconformidades fueron observadas, lo que parece justificar la necesidad de ajustes en la estructuración de este servicio como política, así como en la formación profesional. Discusiones, reflexiones y actuaciones compartidas que rompan con la lógica tradicional y fragmentada de atención son necesarias para el abordaje de la salud de los usuarios, tal como preconizado por las políticas públicas y para ajustes en la actuación de los núcleos, aún en construcción.

El estudio tuvo como limitación su pequeña muestra y su carácter que era sólo descriptivo y, a su vez, presenta una realidad que apunta el conocimiento y reconocimiento de la realidad, en la cual, más estudios sobre el proceso de trabajo del NASF, en especial del fisioterapeuta sobre la asistencia a la persona anciana por el NASF son necesarios.

REFERENCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília, DF; 2006 [citado en 18 jul 2018]. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
3. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2012. v. 1, 110p.
4. Ministério da Saúde (Br). Departamento de

Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF; 2014. v. 1, 118 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 39)

5. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):839-47.

6. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Population aging today: demands, challenges and innovations*. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(33):545-48.

7. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-407.

8. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2012; 16(2):113-22.

9. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(Supl1):1627-36.

10. Aciole GG, Batista LH. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Saúde Debate*. 2013; 37(96):9-10.

11. Araújo RE. Análise exploratória dos indicadores de resultados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): a experiência de Belo Horizonte. [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG; 2014. 121p.

12. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no núcleo de apoio à saúde da família. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(5):968-75.

13. Anjos KF, Meira SS, Ferraz CEO, Vilela ABA, Boery RNSO, Sena ELS. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. *Saúde Debate*. 2013; 37(99):672-80.

14. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW,

Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de apoio à saúde da família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(11):2076-84.

15. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de apoio à saúde da família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional [Editorial]. *Rev Ter Ocup*. 2008;19(2):1.

16. Macedo MAV, Ximenes-Guimarães JM, Coelho-Sampaio JJ, Pereira-Morais AP, Carneiro C. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2016; 15(30):194-211.

17. Souza TT, Calvo MCM. Resultados esperados dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. *Saúde Soc*. 2016. 25(4):976-87.

18. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate*. 2014; 38(Esp):252-64.

19. Alves MA, Ribeiro FF, Sampaio RF. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma rede de reabilitação em (trans) formação. *Fisioter Pesqui*. 2016; 23(2):185-92.

20. Quintana J, Ferreira E, Santos S, Pelzer M, Lopes M, Barros E. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. *Referência*. 2014; 4(1):145-52.

CONTRIBUCIONES

Ana Luíza Moreira Paufferro y **Fabiane Ribeiro Ferreira** participaron en la concepción, delineamiento, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica. **Paula Maria Machado Arantes** actuó en el análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión crítica. **Rosana Ferreira Sampaio** y **Júlia Baldoni** contribuyeron en la redacción y revisión crítica.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Paufferro ALM, Ferreira FR, Arantes PMM, Sampaio RF, Baldoni J. El trabajo de fisioterapeutas de Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia en la asistencia al anciano. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 6(Supl. 2):571-580. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

PAUFFERRO, A. L. M. et al. El trabajo de fisioterapeutas de Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia en la asistencia al anciano. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 6, supl. 2, p. 571-580, 2018. Disponible en: *<agregar link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Paufferro, A.L.M., Ferreira, F.R., Arantes, P.M.M., Sampaio, R.F. & Baldoni J. (2018). El trabajo de fisioterapeutas de Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia en la asistencia al anciano. *REFACS*, 6(Supl. 2), 571-580. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.