

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

RODRIGO COSTA MUNIZ

A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

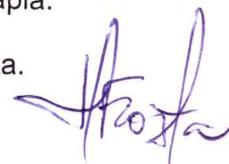
VITÓRIA
2005

RODRIGO COSTA MUNIZ

A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Dr. Patrik Fontes Costa.



VITÓRIA
2005

RODRIGO COSTA MUNIZ

A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

Aprovada em Dezembro de 2005

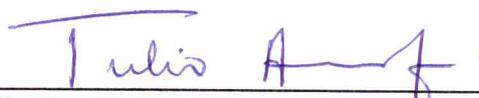
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^o. Patrik Fontes Costa
Orientador



Prof^a. Rosanna Silva Cocchi dos Santos



Prof^o. Dr. Tulio Alberto Martins de Figueiredo

RESUMO

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde desponta como um modelo de assistência recente assumido pelo Ministério da Saúde, dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. Com a proposta de assistência integral, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, a equipe de saúde da família é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo e seu assistente e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais de saúde como o fisioterapeuta, o nutricionista, o assistente social, entre outros, também poderão ser incorporados de acordo com as necessidades, demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. O fisioterapeuta, quando inserido na equipe de saúde, poderá desenvolver ações nos espaços comunitários, junto à equipe de profissionais. Inserido nessa estratégia, o fisioterapeuta deve executar, no nível de sua competência, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso, prestando assistência fisioterapêutica aos indivíduos sob sua responsabilidade. **Objetivo:** Demonstrar a importância da inserção do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família. **Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando livros-texto e artigos científicos, através das palavras-chave – Fisioterapia e Comunidade, Estratégia de Saúde da Família e Inserção da Fisioterapia no PSF; e utilizadas as bases de dados Medline, Lilacs e Scielo. **Conclusão:** Em diversos municípios brasileiros a inclusão do fisioterapeuta nas Equipes de Saúde da Família é uma realidade. É nesse contexto de ações consistentes de atenção à saúde que se pode clamar pela inclusão desse profissional na Estratégia de Saúde da Família. Portanto, para assistir a população, é preciso estruturar as equipes com perfis profissionais necessários para enfrentar o dinamismo dos problemas da realidade na saúde. Conclui-se que o PSF é revelado como uma estratégia com possibilidades de mudança do modelo assistencial, onde a prática do fisioterapeuta tem contribuído significativamente, sendo de grande relevância sua inserção na Equipe de Saúde da Família.

Palavras chave: Fisioterapia e Comunidade; Estratégia de Saúde da Família; Inserção da Fisioterapia no PSF.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imuno-deficiência Adquirida

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégias de Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PADI – Assistência Domiciliar interdisciplinar

PRC – Programa de Reabilitação Social Baseada na Comunidade

PSF – Programa de Saúde da Família

RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
1.1	DISSERTAÇÃO BREVE	06
1.2	JUSTIFICATIVA	07
1.3	OBJETIVOS	08
1.3.1	Objetivo Geral	08
1.3.2	Objetivos Específicos	08
1.4	MATERIAIS E MÉTODOS	09
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	11
2.1.1	Origem do Sistema Único de Saúde no Brasil	11
2.1.2	Princípios Básicos do SUS	12
2.1.3	A Reforma do SUS e a Criação da Estratégia de Saúde da Família	13
2.1.4	Estratégia de Saúde da Família	14
2.1.4.1	A História da Estratégia de Saúde da Família	15
2.1.4.2	O Trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família	16
2.1.4.3	A Fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família	18
2.1.4.3.1	Competências e Habilidades Gerais do Fisioterapeuta na ESF	19
2.1.4.3.2	Competências e Habilidades Específicas do Fisioterapeuta na ESF	21
2.1.4.3.3	A atuação da Fisioterapia na ESF	24
3	CONCLUSÃO	27
4	REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 DISSERTAÇÃO BREVE

O Programa de Saúde da Família (PSF) desponta como uma das estratégias mais recentes assumidas pelo Ministério da Saúde (MS): a de reorganização da atenção básica à saúde. A implantação do programa tem como objetivo, melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) dirigidos aos indivíduos à família e à comunidade (DOMINGUES, 1998).

O Ministério da Saúde propõe a estruturação de equipes multiprofissionais; cada uma dessas equipes deve se responsabilizar pelo planejamento e execução de serviços e ações delimitados. Portanto, esse novo modelo de assistência supõe que deva haver envolvimento dos trabalhadores das equipes com a população de seu território de abrangência (SILVA; TRAD, 2005).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve-se realizar assistência integral, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo e seu assistente e, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde como os fisioterapeutas, os nutricionistas, os assistentes sociais, também poderão ser incorporados de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. Isto depende das realidades geográficas, econômicas e sócio-políticas da área, levando em conta a densidade populacional (VIANA; DAL POZ, 1998).

O fisioterapeuta, quando inserido na Estratégia de Saúde da Família, poderá desenvolver junto a outros profissionais, ações nos espaços da Unidade de Saúde,

nos domicílios de sua área de abrangência e em locais comunitários, apoiando e supervisionando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como assistindo as pessoas que necessitam de assistência fisioterapêutica. É seu dever promover, com os ACS, a identificação das famílias de risco, contribuindo, quando solicitado, nas visitas domiciliares e acompanhando as consultas dos indivíduos expostos às situações de risco. o profissional da fisioterapia poderá desenvolver ações como: mapeamento e identificação de micro-áreas de risco, cadastramento e acompanhamento por meio de visitas domiciliares de todas as famílias sob sua responsabilidade, orientando a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saúde.

Quanto às suas atribuições, o fisioterapeuta deve: executar, no nível de sua competência, ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso, prestando assistência integral aos indivíduos sob sua responsabilidade, valorizando a relação com a família e o paciente (CREFITO –2, 1997).

1.2 JUSTIFICATIVA

Com a implantação do PSF baseado nos princípios do SUS, o modelo de atenção à saúde se torna organizado e mais efetivo, buscando práticas intersetoriais e interdisciplinares. A interdisciplinaridade é construída através da inserção de profissionais de diferentes áreas como a Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional. Além da equipe básica, os trabalhos desenvolvidos pelas Equipes de Saúde da Família contam com a participação desses profissionais, e têm focado a promoção da saúde, prevenção e o tratamento de doenças (ANDRADE et al., 2004).

É reconhecido a importância da ESF no contexto atual da saúde, revelando-se como ponto de partida para a melhoria das condições de vida da população. O

fisioterapeuta é um profissional dotado de características específicas, capaz de realizar a promoção integral à saúde que se inicia com o trabalho preventivo; trabalho este, de fundamental importância para a diminuição de agravos no âmbito da atenção primária.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Demonstrar a importância da inserção do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Demonstrar experiências da inserção do fisioterapeuta em comunidades de diversos municípios;
- Descrever os serviços fisioterapêuticos oferecidos na Estratégia de Saúde da Família.

1.4 MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica, buscando evidenciar a importância do fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família.

Segundo Ferrari (1982, p. 209), “a pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as contribuições científicas que se efetuaram sobre determinado assunto”. Segundo Arantes Ferraz (apud FERRARI, 1982, p. 209), a referida modalidade de pesquisa pode ser entendida como “o ato de ler, selecionar, fichar e arquivar tópicos de interesse para pesquisa em pauta”.

Na opinião de Gil:

[...] a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço (GIL, 1995, p. 71-72).

Segundo Gil (1995), não existem regras fixas para a realização de pesquisas bibliográficas, que comportam uma ampla variedade de enfoques e estilo de trabalhos. Na realização das diversas fases deste estudo, buscou-se seguir algumas tarefas que o referido autor considera importante, a saber:

a) Exploração das fontes bibliográficas:

Tais fontes foram os livros e artigos científicos de periódicos e via eletrônica;

b) Leitura do material:

Na opinião do referido autor, supracitado, tal leitura, “não deverá ser exaustiva; antes, deverá ter um caráter seletivo que possibilite reter o essencial para o desenvolvimento da pesquisa” (GIL, 1995, p. 72).

c) Elaboração de fichas de citações diretas e indiretas:

Nessa etapa, buscou-se o registro de citações, ressaltando os aspectos mais importantes das obras pesquisadas;

- d) Ordenação e análise das citações, Segundo seu Conteúdo, Cuidando-se da Avaliação de sua Confiabilidade.
- e) Conclusões, a partir da análise dos dados obtidos, com especial atenção ao objetivo definido no início do estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1.1 Origem do Sistema Único de Saúde no Brasil

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), tem como característica fundamental a reconstrução das funções e estruturas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que se especializaria no planejamento, acompanhamento e controle das ações de saúde. A proposta dos SUDS assegurava a integralidade das ações de saúde com base nos Distritos Sanitários, entendidos como uma base territorial e populacional em relação à qual se reorganizariam os conteúdos das práticas de saúde.

O Distrito Sanitário compreenderia à programação e à execução de ações de saúde para uma população específica nas Unidades de Saúde dessa base territorial, com formação de equipes aptas a exercerem ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação, a partir das prioridades definidas pelo perfil epidemiológico e demográfico da população (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS, 1990).

Em 1986, no maior fórum de debates sobre a saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foram elaboradas propostas de mudanças que passaram a constar na Constituição Federal de 1988. A principal delas foi a criação do Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado em 1990 através das Leis Federais n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90. Esta Conferência Nacional de Saúde representou a Pré Constituinte da Saúde no Brasil, ela optou na direção de uma reforma sanitária que representou a

democratização deste setor, e que iniciou com a participação de todos que estavam interessados numa mudança do sistema de saúde brasileiro, e os participantes optaram por propor a estatização progressiva do setor de saúde (BRASIL, 1987).

O Sistema Único de Saúde, foi criado a partir da Constituição de 1988. No artigo 198 da Constituição Federal, ele é definido como a integração de ações, atividades e serviços de saúde que unificam uma rede organizada por regiões com diferentes níveis de complexidade, prestados por órgãos e instituições públicas, Federais, Estaduais e Municipais, e de forma complementar, as entidades de iniciativa privada. Esta Constituição reconheceu que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (ambiente, habitação e saneamento), o meio sócio-econômico e cultural (ocupação, renda, alimentação e educação) e a oportunidade de acesso a serviços e ações que configurem a integralidade da assistência, e é dever do Estado prover o gozo deste direito (BRASIL, 1988).

2.1.2 Princípios Básicos do SUS

De acordo com Dominguez (1988), as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos, obedecendo os seguintes princípios:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade dos sistemas;
- Igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua

utilização pelos usuários, preservando a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- Descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo; ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência com a participação da comunidade.

A implementação do SUS tem constituído um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo. A descentralização dos processos decisórios em saúde tem possibilitado uma melhor visualização dos problemas a serem enfrentados, assim como das possibilidades e limites das intervenções. A busca por um novo modelo assistencial ganha sentido prático no esforço de oferecer respostas às necessidades da população (SILVA; TRAD, 2005).

2.1.3 A Reforma do SUS e a Criação do Programa de Saúde da Família

No momento em que a saúde foi instituída como um direito de todos e dever do Estado, os gestores do SUS, em nível Federal, Estadual e Municipal, passaram a priorizar a atenção básica na perspectiva de implementar um novo modelo de assistência à saúde no país.

Paralelamente a essa reorientação do modelo assistencial, a operacionalização da política de saúde foi alterada, isto é, houve avanço do processo de municipalização e estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, especialmente em nível da atenção primária. Seguindo a tradição do movimento sanitarista, os gestores do SUS defendem que o modelo centrado no

atendimento de doentes compromete a atenção orientada para as “necessidades em saúde, com prioridade para as ações preventivas” (COHN; ELIAS, 1998).

Nos treze anos de existência do SUS, vários modelos assistenciais foram implementados em diversas localidades, tais como a “Vigilância em Saúde”, “Ações Programáticas de Saúde”, “Saúde da Família”, entre outros. No período mais recente, a partir da iniciativa do Ministério da Saúde, pôde-se assistir a expansão do Programa de Saúde da Família, onde esse novo modelo tem contribuído para a melhoria dos indicadores sociais da população assistida, principalmente porque permite detectar situações de risco que possam comprometer a qualidade de vida da população.

O PSF possibilita a racionalização do uso de serviços de média e alta complexidade do SUS, pois como as unidades básicas solucionam até 80% dos problemas de saúde da comunidade, os hospitais podem se dedicar a situações mais graves, que exigem internações e cirurgias. Em termos de custo, observa-se também, redução do uso de equipamentos de alta tecnologia, de consumo de remédios, do número de internações e das filas de marcação de consulta e atendimento (DOMINGUEZ, 1998).

2.1.4 Estratégias de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família tem como marco uma reunião entre técnicos do Ministério da Saúde e os secretários municipais, em dezembro de 1993, congregando representantes das várias regiões do país, de forma a romper com o confinamento das experiências dos ACS às regiões Norte e Nordeste.

Pode-se dizer que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e suas experiências gloriosas, sobretudo, no Estado do Ceará, constituem as plataformas para implantação do PSF no país. Assim, em 1994, mas com expressão nacional

somente em 1995, surge o PSF enquanto instrumento de reorganização do SUS, sendo definida sua implantação em áreas de risco (VIANA; DAL POZ, 1998).

Segundo Sousa (2000), o PSF assume o compromisso de prestar assistência universal, contínua, com igualdade, e, acima de tudo, resolutiva à população, na Unidade de Saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

O PSF foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população e cumprir o princípio constitucional do Estado de garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde, através de um modelo assistencial de atenção baseado na prevenção, promoção e recuperação da saúde, permitindo que os profissionais dos serviços de saúde aprofundem o conhecimento sobre aqueles a quem devam servir. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1997).

Atualmente não se referencia o PSF como um Programa e sim como estratégia prática de saúde. É uma estratégia importante para a reorganização da atenção básica do SUS, com aspectos de agilização da descentralização de serviços baseados nas reais necessidades da população (SANTOS et al., 2000).

2.1.4.1 A História da Estratégia de Saúde da Família no Brasil

A ESF pode ser resumida com a seguinte trajetória (BRASIL, 2004):

- Final da década de 80: início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde em um novo modelo de assistência do Ministério da Saúde;

- 1991 e 1994 respectivamente: criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, pelo MS, criação do Programa Saúde da Família com a introdução de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS;
- 1996: ocorreu a definição do novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde, com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção; 1997 foi marcado pelo Reforsus – Implantação dos pólos de capacitação, formação e educação permanente de recursos humanos para a saúde da família; o PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde com a publicação das normas de funcionamento do PSF e do PACS;
- 1998: o PSF passa a ser considerado uma estratégia da organização do sistema de saúde, tendo neste ano definido o orçamento próprio para o PSF, estabelecido no plano plurianual;
- 1999: realização do 1º pacto da Atenção Básica de Saúde e o estabelecimento das faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional;
- 2000: criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família: um ano após, ocorreu a incorporação das ações de saúde bucal no PSF; foi realizada a primeira fase do estudo de monitoramento das Equipes de Saúde da Família no Brasil, um ano após, ocorreu a segunda fase desse estudo;
- 2003: início da execução do programa de expansão e consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

2.1.4.2 O Trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família

O modelo de trabalho desenvolvido na ESF é o de equipe, numa busca permanente de comunicação e troca entre os saberes específicos dos profissionais da equipe e o

saber popular do Agente Comunitário de Saúde e da população. A equipe realiza atividades de assistência integral e contínua nas Unidades de Saúde da Família (USF) e nas residências, quando considerado necessário pelos ACS (que são os elos fundamentais entre as comunidades e os serviços de saúde), os agentes e os demais profissionais promovem com a Equipe de Saúde da Família atividades com grupos (de diferentes fases da vida), mobilizando a comunidade para trabalhos intersetoriais (BRASIL, 2000).

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado um importante pressuposto para a reorganização do processo de trabalho no âmbito da ESF, visando uma abordagem mais integral e resolutiva. O que pressupõe mudanças na organização do trabalho e nos padrões de atuação individual e coletiva, oferecendo maior integração entre os profissionais e as ações desenvolvidas (SILVA; TRAD, 2005).

A equipe básica do PSF é composta por um médico da família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde, estes últimos irão garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, devendo residir nas suas respectivas áreas de atuação (VIANA; DAL POZ, 1998).

Em dezembro de 2000, o então Ministro do Estado da Saúde, com o objetivo de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção, regulamentou a Portaria n.º 1.444/GM, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na ESF, criando incentivo destinado ao financiamento de ações e da inserção de profissionais da área odontológica; esta equipe é composta por um cirurgião dentista, técnico de higiene dental e atendente de consultório dentário.

Nos municípios com até cinco mil habitantes, a previsão é ter uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família. Já nas cidades com mais de cinco mil habitantes, o plano prevê uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família. A carga horária de trabalho desses profissionais é de 40 horas semanais (BRASIL, 2001).

Outros profissionais de saúde também poderão ser incorporados a estas Unidades Básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde local. Cada equipe será responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitam de 600 a 1000 famílias (aproximadamente de 2.400 a 4.500 pessoas). Este critério pode ser alterado em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município (VIANA; DAL POZ, 1998).

A ESF prioriza o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população, tem a pretensão de trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência (BRASIL, 1997).

2.1.4.3 A Fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família

De acordo com Schraiber et al. (apud SILVA; TRAD, 2005), a totalidade das ações demandadas no campo da saúde não pode ser realizada pela ação isolada de um único agente, sendo necessária a recomposição dos trabalhos especializados, seja no inter-profissional, tendo como finalidade a recomposição de recursos humanos de diferente áreas profissionais na direção da atenção integral.

Segundo o Crefito – 2 (1997), a função do fisioterapeuta é assistir ao homem, participando de atividades que objetivam a promoção, o tratamento e a recuperação de sua saúde, com o compromisso de lutar por uma assistência digna à população, valorizando a vida, utilizando seus conhecimentos, planejando, programando, e executando métodos e técnicas fisioterapêuticas que visem a saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária, desempenhando com exatidão, sua parte no trabalho em equipe, participando de programas de assistência à comunidade, em âmbito nacional e internacional. Com base nesses pressupostos, acredita-se que o fisioterapeuta pode ser agregado às ações da ESF.

Principalmente por falta de conhecimento por parte, inclusive de alguns profissionais de saúde, a maioria da população fica a mercê de situações indesejáveis que poderiam perfeitamente ser evitadas com fisioterapia. O acesso a esse serviço não é tão complicado; depende da conscientização e união de todos os profissionais envolvidos, cabendo ao Sistema de Saúde como um todo, oferecer definitivamente para a população o acesso ao mesmo (LATORRE, 2002).

2.1.4.3.1 Competências e Habilidades Gerais do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família

Conforme o Conselho Nacional de Educação (2002), o profissional de fisioterapia possui competências e habilidades para a sua atuação profissional, entre elas:

- Atuar multiprofissionalmente e interdisciplinarmente com extrema produtividade em todos os níveis de atenção a saúde, desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo;
- Na equipe multiprofissional deverão estar aptos a assumir posições de liderança, desempenhando atividades de planejamento, organização e gestão, contribuindo para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade;
- Agir de forma a garantir a integralidade da assistência, das ações e serviços preventivos e curativos, realizando seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade;
- Possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas, mantendo controle sobre a

eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes e atuação fisioterapêutica, garantindo sua qualidade e segurança;

- Realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente que permitam elaborar um diagnóstico cinético funcional para orientar o indivíduo e os seus familiares na seqüência do processo terapêutico;

Segundo Ragasson (2005), através de vivência prática adquirida na Unidade de Saúde da Família em Cascavel no Paraná e seguindo moldes do PSF, tornou-se evidente as atribuições gerais e específicas do fisioterapeuta na atenção primária à saúde. Para o autor, o fisioterapeuta no PSF é um profissional voltado para a educação, prevenção e assistência fisioterapêutica coletiva e individual, inserido e trabalhando interdisciplinarmente, de forma a:

- Atuar nos diferentes níveis de atendimento, com ênfase na prevenção do doenças, bem como no tratamento e reabilitação, participando de equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, a implementação, ao controle e a execução de projetos e programas de ações básicas de saúde, atuando em estudos e investigações epidemiológicas;
- Integrar os órgãos colegiados de controle social e atuar como agente de transformação social promovendo estilos de vida saudáveis;
- Participar do planejamento e execução de treinamentos e reciclagens de recursos humanos em saúde.
- Ao inserir a fisioterapia na comunidade, são criados objetivos para uma atuação transformadora na saúde da população (SILVA, 2002; DOMINGUEZ, 1998; SANTOS, 2002). Entre esses objetivos:
 - Facilitar o acesso da população ao serviço de fisioterapia, executando atividades individuais e, em grupo, realizando visitas domiciliares;
 - Melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltada para a família e a comunidade, ampliando a cobertura dos serviços de saúde;

- Gerenciamento do programa e elaboração de cronogramas de atendimento, prescrição terapêutica e palestras informativas;
- Realizar educação para a saúde, atuando como mobilizador social na implantação de programas para melhorar as condições de vida na comunidade;
- Participar das ações de vigilância sanitária e epidemiológica na comunidade, atuando na prevenção de doenças do trabalho, identificando, controlando e tratando os doentes.

2.1.4.3.2 Competências e Habilidades Específicas do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família

Com a implantação do PSF é que se viu a necessidade e a importância da inserção do fisioterapeuta nessa estratégia como agente multiplicador de saúde, ele é um membro importante na equipe, apresentando aptidões e competências específicas que estão ligadas à sua formação profissional (RAGASSON et al., 2005).

O fisioterapeuta, dentro do PSF do município de Macaé no Rio de Janeiro, desenvolve atividades de educação para a saúde junto à comunidade com atendimento nas áreas de saúde da criança, da mulher, do adulto, do idoso e do trabalhador, abrangendo também o atendimento domiciliar. Deste modo este profissional inserido na Estratégia de Saúde da Família deverá possuir habilidades específicas para o trato com essas populações (O COFFITO, 2003a).

O profissional da fisioterapia vem sendo incluído como agente de atuação de caráter preventivo, podendo atuar em populações com diferentes características, entre elas as mulheres (LATORRE, 2002); portanto, para Dominguez (1998) e Ragasson et al. (2005), torna-se necessário o acompanhamento e a orientação das mulheres seguindo os objetivos abaixo:

- Orientar sobre a prevenção do câncer de colo de útero e de mama, sobre o planejamento familiar, os métodos anticoncepcionais adequados e DST/AIDS;
- Prevenir e identificar problemas ginecológicos relacionados à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, reeducando e fortalecendo esses músculos;
- Fazer acompanhamento de pré natal, ensinando posições que podem ser usadas para o trabalho de parto e orientar sobre os perigos que acometem o feto quando é feito o uso de álcool, fumo, medicamentos e drogas;
- Orientar sobre a conduta no pós parto, instruindo quanto aos cuidados com o períneo, estimulando o aleitamento materno;
- Orientação sobre os cuidados com o recém-nascido: coto umbilical, higiene corporal, alimentação e aconselhar sobre as posturas com atividades relacionadas ao recém-nascido; realizar programas de atividades físicas e psicossociais no climatério.

Conforme Ratliffe (2000), Verás (2002), Dominguez (1998), o fisioterapeuta possui habilidades necessárias para atuar junto às crianças e aos adolescentes, respeitando as características deste grupo, principalmente na definição dos objetivos e condutas a serem aplicadas. Este profissional possui as seguintes competências específicas que o torna apto à atuar junto a esta população:

- Acompanhar, avaliar e assistir o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, orientação sobre o desenvolvimento psicomotor e intelectual e sobre alimentação e higiene;
- Orientar sobre o uso de drogas, cigarros e álcool, abordando temas como a sexualidade e DST/AIDS;
- Atuar na saúde do escolar, trabalhando habilidades motoras; a socialização e participação em atividades escolares de crianças com deficiência; detectar alterações e deformidades posturais, intervindo através da educação em saúde, prevenindo e tratando doenças pulmonares, enfatizando a asma em idade escolar;

- Observar, detectar e triar precocemente as crianças com distúrbios e retardos neuropsicomotores, prestando atendimento aos portadores de doenças neurológicas, má formações congênitas, distúrbios nutricionais, afecções respiratórias.

A fisioterapia centrava seus recursos e sua forma de atuação no indivíduo doente, para recuperar funcionalmente as condições que o organismo perderá; por outro lado, segundo Vêras (2002) e Dominguez (1998), este profissional passou a atuar na prevenção, tendo participação fundamental no trato com a saúde do trabalhador, facilitando o desempenho das atividades, assim como melhorando o ambiente de trabalho e a qualidade de vida dos colaboradores. Através da organização, mobilização e transformação de hábitos e atitudes, esse profissional atua de forma a:

- Desencadear ações de vigilância nos ambientes de trabalho, elaborando mapas de risco e estabelecendo o diagnóstico da saúde no local de trabalho;
- Desenvolver programas de conscientização que contribuam para a diminuição dos riscos de acidentes de trabalho; prestar assistência às vítimas de acidentes e de doenças relacionadas ao trabalho;
- Orientar o trabalhador nas questões ergonômicas, prevenindo doenças profissionais de postura, identificando as queixas que podem estar relacionadas com os riscos existentes nos locais de trabalho;
- Promover ações terapêuticas preventivas em relação aos fatores que levam a incapacidade do trabalhador.

De acordo com Ragasson et al. (20085) e Dominguez (1998), o fisioterapeuta executa ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida, entre elas a saúde do adulto e do idoso. Nessas populações o profissional de fisioterapia desempenha as seguintes ações;

- Conscientizar sobre a importância do exame de próstata;
- Orientar adultos e idosos sobre agentes externos causadores de doenças: alcoolismo, tabagismo e DST/AIDS;

- Prescrever exercícios físicos individuais e em grupo para controle de pressão arterial, diabetes, obesidade e sedentarismo;
- Desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade e orientar sobre a prática de esporte e atividades da vida diária para os idosos;
- Orientar a família em relação aos cuidados com os idosos e os acamados.

2.1.4.3.3 A Atuação da Fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família

A fisioterapia vem sendo incorporada na Estratégia de Saúde da Família em diversos municípios brasileiros como Recife – Pernambuco (PE); Macaé e Campos – Rio de Janeiro, Sobral – Ceará (CE); Balneário Camboriú – Santa Catarina; Vitória – Espírito Santo, entre outros, levando serviços especializados, prestando assistência, e devolvendo ao convívio social pessoas debilitadas.

De acordo com O Coffito (2001), no Rio de Janeiro, a fisioterapia presta Assistência Domiciliar Interdisciplinar (PADI), junto à comunidade. Este trabalho é desenvolvido pelo Instituto Fernandes Figueira, que torna público o atendimento às crianças portadoras de pneumopatia crônica.

Lins et al. (2003) expõem um estudo que tem como propósito dar enfoque à assistência fisioterapêutica na atenção básica de saúde, descrevendo a importância da inserção da fisioterapia no PSF,. A ESF do Município de Recife – PE, apresenta como proposta a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), que tem como meta, prestar assistência fisioterapêutica às pessoas que necessitam desse serviço, junto a seus familiares, e que por fatores como o baixo poder aquisitivo, não realizam a Fisioterapia.

Neste contexto, também são objetivos da RBC, o aumento da cobertura e a geração de uma demanda referenciada para os centros de reabilitação. Além de atendimento

fisioterapêutico, a RBC, por ser um modelo de atenção básica, atuando em sintonia com a média e alta complexidade, proporciona à comunidade, ações preventivas atenuando a ocorrência de estados patológicos em indivíduos sadios, como também evitando o surgimento de novas seqüelas. Nesse programa, os fisioterapeutas realizam visitas domiciliares, dando orientação à família, ao cuidador e ao paciente, quanto à sua patologia, desenvolvendo adaptações domiciliares necessárias.

Este profissional desenvolve também, atividades voltadas para grupos da comunidade; com a realização de palestras e campanhas educativas, onde são abordados temas de interesse da população, como hipertensão, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral e gravidez, com o objetivo de promover melhora na qualidade de vida.

Em 2000, o Município de Sobral – CE, passou a contar com a presença do fisioterapeuta na equipe do PSF, com a criação da Escola de Posturas, que tem como finalidade a prevenção e o tratamento das algias da coluna, seja em crianças, adolescentes, adultos ou idosos. O tratamento é realizado através de aulas educativas, com aplicação de procedimentos fisioterapêuticos apropriados. Vários outros grupos integram a estratégia do PSF, destacando-se os grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e hanseníase.

No grupo de gestantes, o fisioterapeuta atua na preparação para o parto, realizando alongamentos e relaxamento corporal, exercícios respiratórios, além de orientações posturais para as gestantes; nos grupos de hipertensos e diabéticos, a fisioterapia agregou um trabalho global, envolvendo atividades de relaxamento e alongamento, em grupo. Esta atividade, tem caráter preventivo, visando a promoção de saúde, através da melhoria da flexibilidade, com movimentos ativos livres e atividades respiratórias para combater o estresse.

Junto aos diabéticos são desenvolvidas oficinas de cuidados com pé diabético, com a finalidade de prevenir as alterações e complicações clinico-posturais. Outras atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta incluem atenção à saúde dos pacientes, portadores de necessidades especiais, envolvendo visitas domiciliares. Em relação à atenção à saúde da criança, o fisioterapeuta tem se voltado à assistência da criança portadora de distúrbios neurológicos, além das visitas domiciliares, é efetuado o

atendimento coletivo, que envolve os pais, para capacitá-los quanto aos cuidados na residência (O COFFITO, 2003b).

O Balneário Camboriú foi o primeiro, e até o momento, o único município catarinense a oferecer o atendimento fisioterápico, através de uma estrutura inteiramente centrada na rede pública. Os fisioterapeutas desta equipe, além do atendimento domiciliar, vêm realizando atividades voltadas à prevenção em saúde, através de palestras, e orientação sobre atividade física e caminhada (O COFFITO, 2004).

Presentes nas áreas mais carentes do município do Rio de Janeiro, o Programa de Reabilitação Social, baseada na comunidade (PRC), atua em moldes semelhantes ao PSF. É desenvolvido por profissionais como: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos, em 218 comunidades, mapeando as deficiências e verificando as questões de acessibilidade e de documentação das famílias, encaminhando as pessoas para tratamentos adequados em locais mais próximos da residência definindo ações básicas que a própria família pode executar, demonstrando as possibilidades efetivas na vida das pessoas com deficiência, mesmo sem ambientes especiais e equipamentos sofisticados.

Esta equipe, realiza cadastramento, avaliação, orientação e atendimento interdisciplinar através de visitas domiciliares e encaminhamento à rede de serviços locais, acompanhamento das famílias; capacitação de profissionais e educadores para a inserção em creches e escolas; organizam eventos sócio-culturais, desportivos e recreativos, promovendo a inclusão dos participantes na comunidade (O COFFITO, 2003c).

3 CONCLUSÃO

A fisioterapia na ESF através de suas ações, tem disponibilizado para a sociedade, uma gama de serviços de utilidade pública, visando a melhoria da qualidade de vida. Porém, ainda há muito o que fazer pela população, principalmente na área de pesquisa científica, cujos resultados são de extrema importância, pois apresentam-se como diretrizes para diversas atuações em favor da comunidade.

A necessidade do fisioterapeuta e de outros profissionais estarem sendo inseridos nas ações da ESF está crescendo e considera-se que a população só tem a ganhar com esta inclusão. Não se pode exigir a inclusão do fisioterapeuta dentro das equipes “mínimas”, entretanto, este profissional muito tem a oferecer à população, à medida que conquistar o direito de exercer o seu dever como profissional de saúde, e isso só será viável, por meio de muito trabalho, com muita vontade, serenidade, competência e compromisso.

Portanto, para assistir a população, é preciso estruturar as equipes de saúde, com perfis profissionais necessários para enfrentar o dinamismo dos problemas da realidade de saúde. conclui-se que o Programa de Saúde da Família, revela-se como uma estratégia com possibilidades de mudanças significativas, sendo de grande relevância a inserção deste profissional na Equipe de Saúde da Família.

4 REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, L.O.M. et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: Oito Anos Construindo um Modelo de Atenção Integral à Saúde. **Revista de Políticas Públicas**. Sobral, p. 9,14-19, 33, Sanare, ano V, n. 1, jan/mar. 2004.
2. BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
3. _____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.
4. _____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2000.
5. _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 267, de 06 de março de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 mar. 2001. Seção 1, p. 67.
6. _____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. **Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
7. _____. Ministério da Saúde. **Dez Anos de Saúde da Família no Brasil**. Brasília, ano V, mar/abr. de 2004. (Série A. Informe da Atenção Básica 21). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo21>>. Acesso em: 15 de julho de 2005.
8. COHN, A. ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
9. CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS. **Construção do Sistema Único de Saúde em Santos**. Secretaria Municipal de Santos, n. 1, 1990.

10. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior 4/2002. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p. 11, 4 de março de 2002.
11. CREFITO-2. **Legislação de Fisioterapia e da Terapia Ocupacional**. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região – Rio de Janeiro/Espírito Santo. Rio de Janeiro, 1997.
12. DOMINGUEZ, B.N.R. **Programa de Saúde da Família: Como Fazer**. Rev. e Atual. Minas Gerais, 1998.
13. FERRARI, Alfonso Trujillo. **Metodologia da Pesquisa Científica**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1982.
14. GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
15. LATORRE, G.F.S. Fisioterapia na Prevenção de Problemas Ginecológicos. In: BARROS, F.B.M. (Org.). **O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação Transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
16. LINS, A.M.C. et al. **Atuação da Fisioterapia no Programa Saúde da Família (PSF), Fundamentos do Projeto Piloto Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)**. Recife, 2003. Disponível em: <<http://docente.fir.br/copeseq/monografia/fi/2003>>. Acesso em: 29 de julho de 2005.
17. O COFFITO. **Assistência Domiciliar: Uma Questão de Respeito Social**. São Paulo: Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. n. 12, set. 2001. p. 4-9.
18. _____. **Programa de Saúde da Família em Macaé**. São Paulo: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. n. 18, mar. 2003a.
19. _____. **Saúde Pública em Ação Integrada**. São Paulo: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. n. 21, dez. 2003-fev. 2004.

20. _____. **Sobral – Escola de Posturas: Resolutividade do Ato Fisioterapêutico.** São Paulo: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. n. 18, mar. 2003b. p. 14-17.
21. _____. **Viés na Promoção e Proteção Social.** São Paulo: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. n. 20, set. 2003c. p. 37-39.
22. RAGASSON, C.A.P et al. **Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a Partir da Prática Profissional. Experiência Baseada na Residência em Saúde da Família (RSF).** Cascavel: Unioeste, 2005. Disponível em: <<http://unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes.psf>>. Acesso em: 18 de maio de 2005.
23. RATLIFFE, K. **Fisioterapia na Clínica Pediátrica: Guia para a Equipe de Fisioterapia.** São Paulo: Santos, 2000.
24. SANTOS, B.R.L. et al. Formando o Enfermeiro para o Cuidado à Saúde da Família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, dez. 2000. p. 49-59.
25. SANTOS, D.M. Fisioterapia – Atuação em um Centro-Dia para a Terceira Idade numa Comunidade Carente. In: BARROS, F.B.M. (Org.). **O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação Transformadora.** Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
26. SILVA, G.O.B. Fisioterapia na Comunidade. In: BARROS, F.B.M. (Org.). **O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação Transformadora.** Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
27. SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O Trabalho em Equipe no PSF: Investigando a Articulação Técnica e a Interação entre os Profissionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação.** v. 9, n. 16, p. 25-38, 2005.
28. SOUSA, M.F. A Enfermagem Reconstruindo sua Prática: Mais que uma Conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 53, dez. 2000. Número Especial.

29. VÉRAS, M.M.S. O Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. In: BARROS, F.B.M. (Org.). **O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação Transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
30. VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**. v. 8, p. 11-48, 1998.