

A Fisioterapia na Atenção Primária

Franciani Rodrigues¹

Priscila Soares de Souza²

Lisiane Tuon Generoso Bitencourt³

Resumo

Historicamente, o profissional Fisioterapeuta é visto como um assistente no nível de atenção terciário, centralizado nas áreas curativas e reabilitadoras. Todavia, sabe-se que quando inserido na atenção primária pode ser um profissional de grande valia nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. Uma das competências gerais da Fisioterapia, assim como das demais profissões da saúde, é a atenção básica em saúde, a partir da qual ultrapassa o modelo individualista consoante ao novo paradigma de saúde, definido nas políticas públicas de saúde do país constituindo assim a integralidade. A relação harmoniosa entre o fisioterapeuta e a atuação na saúde coletiva irá gerar novas reflexões sobre a atuação da Fisioterapia, tendo em vista uma nova lógica de organização dos serviços de saúde. O Fisioterapeuta está conquistando seu espaço na saúde coletiva e adquirindo importância nos serviços de atenção primária como no caso na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Palavras-chave: Fisioterapia. Saúde Coletiva. Atenção Primária.

¹Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: franciani@gmail.com.

²Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: prisoaress@yahoo.com.br.

³Fisioterapeuta. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma. SC, Brasil. E-mail: ltb@unesc.net.

Reflexões sobre a Fisioterapia na Atenção Primária em Saúde

A partir de diversos debates coletivos sobre alguns temas históricos da saúde, como descentralização, universalidade do atendimento, ações integradas na saúde, modelos assistenciais, entre outros, e do início do movimento da reforma sanitária brasileira, através da sua participação na formulação das diretrizes curriculares, foi quando iniciou a apresentação da Fisioterapia às políticas públicas de saúde brasileira (FREITAS, 2006).

A Fisioterapia foi reconhecida como curso superior em 1969 e, para legislar e estabelecer o código de ética regularizando a atuação do fisioterapeuta criou-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e, com a função de legalizar e fiscalizar o serviço do fisioterapeuta criou-se os Conselhos Regionais (CREFITO) conforme a Lei nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975 (NAVES; BRICK, 2011).

Até a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava restrita à recuperação e à reabilitação. Foi a partir desta década que a Fisioterapia passa a incorporar a promoção e a prevenção da saúde da população como área de atuação. Desde então, os cursos de Fisioterapia têm incorporado a prevenção e a promoção nas suas estruturas curriculares (NEVES; ACIOLE, 2011).

Em relação à atuação profissional, as diretrizes do Conselho Federal de Fisioterapia (COFFITO), 2009, definem que a atenção fisioterapêutica deve abranger o desenvolvimento de ações preventivas primárias (promoção de saúde e proteção específica), secundárias (diagnóstico precoce) e terciárias (reabilitação) (NEVES; ACIOLE, 2011).

As diretrizes curriculares dos Cursos de Graduação em saúde, aprovadas entre 2001 e 2002 afirmam que a formação do profissional de saúde deve contemplar o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Apesar da existência de algumas disciplinas presentes nos projetos político pedagógicos dos cursos de Fisioterapia do país como: Fisioterapia Preventiva, Social, Saúde Coletiva que possuem objetivos comuns não são suficientes para desencadear um processo de mudança do fazer Fisioterapia em direção à integralidade (BAENA; SOARES, 2011).

Assim, a atuação Fisioterapêutica não se restringe apenas ao campo curativo e da reabilitação, mas também nas ações de prevenção, educação pela

saúde, além da intervenção domiciliar que propicia uma melhora da qualidade de vida do paciente (MACIEL et al., 2005; BISPO JUNIOR, 2010; AVEIRO et al., 2011).

A Resolução COFFITO-10 define que é a responsabilidade do fisioterapeuta prestar assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde, e participar de programas de assistência à comunidade através da sua participação como membro de uma equipe de saúde. E a resolução do COFFITO-80 também defende a inserção em uma equipe de saúde e a atuação desse profissional nos diversos níveis de assistência à saúde com responsabilidade, tendo como objetivos: preservar, promover, aperfeiçoar ou adaptar, através de uma relação terapêutica, o indivíduo, com ênfase na melhor qualidade de vida (LOURES; SILVA, 2010).

Os profissionais da saúde devem atuar na prevenção de doenças e maus hábitos que possam prejudicar a saúde dos indivíduos, na medida em que há um vasto campo de atuação em Saúde Pública para a promoção de saúde e melhora na qualidade de vida da comunidade, inibindo o surgimento e desenvolvimento de doenças que podem ser evitáveis. Sendo que, a população pode estar em risco devido a diversos fatores como os de natureza comportamental, educacional, social, econômica, biológica, físico-química, dentre outros. Para a identificação desses riscos, o fisioterapeuta deve atuar em equipe multidisciplinar e utilizar os conhecimentos de outras áreas, como a epidemiologia, a geografia e as ciências sociais (CRUZ et al., 2010; BISPO JUNIOR, 2010).

Uma das competências gerais da Fisioterapia, assim como das demais profissões da saúde, é a atenção básica em saúde, a partir da qual ultrapassa o modelo individualista consoante ao novo paradigma de saúde, definido nas políticas públicas de saúde do país constituindo assim a integralidade (BAENA; SOARES, 2011).

Com a crescente demanda de fisioterapeutas na atenção básica, torna-se necessário esclarecer as amplas possibilidades de atuação, que ainda não são totalmente exploradas, quando atuando na Estratégia Saúde da Família (ESF). As ações são restritas em alguns municípios, principalmente no que concerne à prevenção de agravos e prevenção de saúde (AVEIRO et al., 2011).

O Fisioterapeuta, atualmente, não integra a equipe mínima proposta pelo ESF, mas está adquirindo o seu espaço, atuando nas equipes de saúde da família conforme as necessidades de cada município. Devido à implantação do ESF, e a

atuação das agentes comunitárias de Saúde (ACS), foi possível perceber a importância da inserção do Fisioterapeuta na equipe, visando a promoção, prevenção e manutenção da saúde (LOURES; SILVA, 2010).

Devido às grandes transformações demográficas, epidemiológicas e a implantação do ESF, verificou-se a necessidade de Fisioterapeutas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a possibilidade de atuação em diversos programas desenvolvidos nas UBS (Hipertensão, saúde da mulher, saúde do idoso, gestantes, saúde da criança, entre outros). Tendo como ênfase a prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida da comunidade (CRUZ et al., 2010; LOURES; SILVA, 2010; NEVES; ACIOLI, 2011).

Historicamente, o profissional Fisioterapeuta é visto como um assistente no nível de atenção terciária tendo um modelo tradicional de atuação centralizado nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para o modelo assistencial. Este paradigma foi instituído, devido os aspectos de ordem político-econômicos e organizacionais. Todavia, sabe-se que quando inserido na atenção primária pode ser um profissional de grande valia nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (PEIXOTO; MATOS; BARBOSA, 2007; SILVA; ROS, 2007).

O Fisioterapeuta está conquistando seu espaço na saúde coletiva e adquirindo importância nos serviços de atenção primária como no caso da ESF. Esta inserção é um processo em construção, que maximiza o seu trabalho, alcançando grupos de pessoas e influenciando positivamente na melhoria da qualidade de vida da sociedade (MACIEL et al., 2005; RAGASSON et al., 2006).

O fisioterapeuta, atuando de forma integrada à equipe, é capaz de planejar, implementar, controlar e executar políticas em saúde pública, tendo uma ação integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, dando assistência integral às famílias, desde a criança até o idoso (RAGASSON et al., 2006).

A Fisioterapia reabilitadora realiza intervenção, quase que exclusivamente, como a cura, a reabilitação, desenvolvendo a capacidade residual funcional de indivíduos, agindo no controle de danos. Já a Fisioterapia coletiva possibilita e incentiva a atuação também no controle de risco, ou seja, a atuação é direcionada aos grupos populacionais doentes e não doentes, mas com risco potencial de adoecer (BISPO JUNIOR, 2010).

O atendimento fisioterapêutico não deve ser exclusivamente individualizado, deve-se enfatizar, também, o atendimento em grupo, com ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Sendo uma prática profissional baseada em decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar. Assim, a profissão teve que agregar novos valores à sua prática, atuando em intervenções domiciliares, em escolas, salões das UBS, igrejas, praças, entre outros (FREITAS, 2006).

A presença do Fisioterapeuta na comunidade se torna relevante obedecendo aos princípios do atual modelo de saúde e conseqüentemente promovendo a melhoria da qualidade de vida da população. O modelo de saúde coletiva visa acrescentar novas possibilidades e necessidades da atuação do Fisioterapeuta diante da nova lógica de organização do SUS, porém sem extinguir as ações de cura e reabilitação (BISPO JUNIOR, 2010; CRUZ et al., 2010).

Os Fisioterapeutas inseridos na ESF, instituídos na Unidade Básica de Saúde (UBS) podem realizar diversas atividades individual ou em grupos como: grupos de gestantes, grupos de postura, grupos de mãe de crianças com infecção respiratória aguda, grupo de prevenção de inaptidão em hanseníase, grupo de mães com filhos com problemas neurológicos, grupo de idosos, proceder na saúde da criança, atendimento individual, estimulação necessária em crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, trabalho nas creches, reeducação postural global, restabelecer cuidadores dentro do ambiente familiar de orientação à saúde, trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho e de doenças do trabalho (lesões por esforços repetitivos - LER/doença osteomuscular relacionada ao trabalho - DORT), crianças em idade escolar sob riscos ergonômicos das escolas, diabéticos e hipertensos, pacientes acamados e usuários de prótese e órtese (MACIEL et al., 2005).

Uma grande possibilidade de atuação da Fisioterapia na Atenção básica de Saúde (ABS) são os trabalhos com grupos, tendo como estratégia atender uma grande demanda e a motivar à adesão e continuidade do tratamento; o atendimento domiciliar que é imprescindível, pois é nesse nível de atenção que visualizamos a realidade das pessoas, podendo ser realizadas abordagens educativas ao paciente e seus familiares; e a orientação postural, como um meio de prevenção visando à manutenção da saúde (LOURES; SILVA, 2010).

O processo de educação e orientação postural deve ser construído coletivamente, devendo levar em consideração os hábitos, costumes e crenças os

quais podem influenciar na postura daquela comunidade específica. Assim, o fisioterapeuta pode atuar em grupos de escolares, gestantes, idosos, trabalhadores, entre outros (BISPO JUNIOR, 2010).

O desenvolvimento de hábitos posturais saudáveis deve começar ainda na fase da infância, pois é nesta fase que se inicia a percepção e a conscientização corporal, sendo refletida no futuro. Diante do enfoque preventivo o Fisioterapeuta é capaz de envolver a família e o setor educacional para que exista uma correta orientação para a prevenção, manutenção e reabilitação dos males que afetam a postura. Assim, o fisioterapeuta deve atuar na orientação postural para instituir uma cultura de valorização e cuidado com a postura, tanto para as crianças como para os pais e professores (FERRIANI et al., 1996; BISPO JUNIOR, 2010).

Na saúde da mulher, o Fisioterapeuta pode se envolver no período de gestacional devido às mudanças posturais, na marcha e no retorno venoso, além de desencadear dores lombares e desconforto respiratório. Assim, o fisioterapeuta deve atuar com orientações quanto às posturas corporais, exercícios de alongamento, relaxamento e auxílio ao retorno venoso, orientações sobre exercícios respiratórios, prevenindo lombalgias e promovendo o fortalecimento perineal, além de incentivo ao aleitamento materno e orientações dos cuidados com o bebê, realizando trabalhos de grupos com gestantes. Sendo que, as atividades em grupo possibilitam um espaço de partilha de medos, inseguranças, expectativas e experiências (BISPO JUNIOR, 2010; CRUZ et al., 2010; LOURES; SILVA, 2010; DELAI; WISNIEWSKI, 2011).

Na população idosa, a atuação do fisioterapeuta na atenção básica pode se envolver na busca dos grupos vulneráveis para doenças crônicas; em campanhas de estímulo a modos de viver saudáveis; na oferta de suporte e orientações a familiares e cuidadores na prevenção de quedas, incapacidades e deformidades; na articulação com gestores para mobilização de recursos e fortalecimento de ações para um estilo de vida saudável, construção de espaços para práticas de atividade física e na mobilização da comunidade para transformação do ambiente para condições favoráveis à saúde e acessibilidade a edificações mobiliárias e espaços urbanos, entre outros (CRUZ et al., 2010; AVEIRO, 2011; BISPO JUNIOR, 2010).

Além disso, o fisioterapeuta deve atuar no âmbito comunitário, incentivando e estimulando a participação da comunidade nas questões relacionadas à saúde. E no que tange ao desenvolvimento de habilidades pessoais,

deverá atuar no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis tais como incentivo à prática da atividade física regular; adoção de hábitos alimentares saudáveis; combate ao tabaco, ao álcool e às drogas ilícitas; educação sexual para jovens e adultos; e incentivo à valorização e da própria saúde e saúde da comunidade. Assim, o fisioterapeuta contribuirá ao desenvolvimento da promoção da saúde (BISPO, 2010).

A Fisioterapia pode proceder junto à equipe, realizando atendimentos domiciliares em pacientes acamados ou impossibilitados, realizando atividades para que consigam desenvolver suas atividades de vida diária (AVD), melhorando a qualidade de vida e evitando possíveis complicações (NAVES; BRICK, 2011). Assim, há a oportunidade de avaliar o ambiente onde o paciente reside e obter várias informações que auxiliam nas intervenções terapêuticas adicionais, podendo realizar modificações ambientais e realizar adaptativo para a melhor qualidade de vida, e isso torna a intervenção mais eficaz e específica (MUNIZ et al., 2007; LOURES; SILVA, 2010).

Em relação a outros programas, o Fisioterapeuta poderia estar atuando na atenção à saúde do diabético, realizando a prevenção de deformidades e lesões juntamente a atividade física e manutenção dos níveis glicêmicos. O Fisioterapeuta junto aos hipertensos poderia realizar orientações para o monitoramento da pressão arterial e melhoria da qualidade de vida (CRUZ et al., 2010).

A participação da Fisioterapia na saúde coletiva compõe-se em uma contribuição imperativa que pode viabilizar maior decisão junto a outros profissionais. Sua integração às equipes compreende a idéia de criar pontos de interseção, facilitando e incentivando a adoção de medidas que conformem um olhar e uma prática integral da saúde (REZENDE et al., 2009; NAVES; BRICK, 2011).

A atuação deve ocorrer, preferencialmente, no âmbito coletivo, com o envolvimento e a participação da população. E as ações devem ser articuladas com diversos setores da sociedade e dos governos, com ênfase na reversão dos determinantes e condicionantes sociais da saúde (BISPO JUNIOR, 2010).

Para a identificação e acompanhamento de problemas que necessitam de atenção contínua, ação sobre um território específico para serem colocadas em prática as ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, a Fisioterapia deve obter interação com outros campos da área de saúde, como a vigilância

sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância nutricional, vigilância à saúde do trabalhador e vigilância ambiental (BISPO JUNIOR, 2010).

Referências

AVEIRO, M.C et al., Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1467-1478, 2011.

BAENA, Cristina Pellegrino; SOARES, Maria Cristina Flores. Fisioterapia e integralidade: novos conceitos, novas práticas: estamos prontos? **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.133-138, abr. 2011.

BISPO JÚNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol 15, 2010.

CRUZ, T.S.; RODRIGUES, F.; BELETTINI, N.P.; CERETTA, L.B.; COELHO, B.L.P.; TUON, L. Diagnóstico de Saúde e Atuação do Fisioterapeuta nas Unidades Básicas de Saúde. **Fisioterapia Brasil**, vol. 11, p. 439-444, 2010.

DELAI, K.D.; WISNIEWSKI, M.S.W. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, p.1515-1523, 2011(Suplemento 1).

FERRIANI, M.G.C. et al. Orientação Postural aos escolares em escolas de rede pública de ensino de 1 e 2 graus no município de Ribeirão Preto/SP. **Revista Brasileira de Saúde**. V.4, n.1, p.51-54, 1996.

FREITAS, M.S. **A Atenção Básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional** [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

GALLO, D.L.L. **A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2005. 180p.

LOURES, Lilianny Fontes; SILVA, Maria Cecília de Souza. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Jul. 2010.

MACIEL, R.V.; SILVA, P.T.G.; SAMPAIO, R.F.; DRUMMOND, A.F. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de Fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v.18, n.1, p.11-17, 2005.

MUNIZ, C.F. et al. Projeto de assistência interdisciplinar ao idoso em nível primário: enfoque dos alunos de Fisioterapia. **Revista de APS**. v. 10, n.1, 2007.

NAVES, Cristiane Roberta; BRICK, Vanessa de Souza. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de Fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, p. 1525-1534, 2011.

NEVES, Laura Maria Tomazi; ACIOLE, Giovanni Gurgel. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v.15, n. 37, Jun. 2011.

PEIXOTO, F.F.; MATTOS, M.F.O.; BARBOSA, E.G.; **Atuação da Fisioterapia na atenção básica: revisão bibliográfica**. Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Fisioterapia da Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2007.

RAGASSON, C.A.P.; ALMEIDA, D.C.S.; COMPARIN, K.; MISCHIATI, M.F.; GOMES, J.T. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. **Revista Olho Mágico**, v.13, n.2, p. 1-8, 2006.

REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, Suplemento 1, p. 1403-1410, 2009.

SILVA, Daysi Jung da; ROS, Marco Aurélio da. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dec. 2007.