



Cíntia Raquel Bim Quartiero

Ciências da Saúde

Saúde Coletiva e Fisioterapia

E-book





UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
UNICENTRO

Reitor: Aldo Nelson Bona
Vice-reitor: Osmar Ambrósio de Souza

**Universidade Aberta do Brasil
UAB/UNICENTRO**

Coordenação:
Maria Aparecida Crissi Knuppel

**Projeto TICS/UAB/Unicentro
Coordenação:**
Maria Terezinha Tembil; Ariane Carla Pereira

Revisão/Correção Linguística:
Célia Bassuma Fernandes e Daniela Leonhardt

Planejamento gráfico: Lucas Gomes Thimóteo

Diagramação: Lucas Gomes Thimóteo

Comissão Científica
Carlos Alberto Kuhl
Diocesar Souza
Edécio José Stroparo
Marcio Alexandre Facini
João Morozini
Klevi Reali
Margareth Maciel
Regiane Trincaus
Robinson Medeiros
Romeu Scharz Sobrinho
Ruth Rieth Leonhardt
Vanessa Lobato
Waldemar Feller



SUMÁRIO

I - Introdução	5
II – Capítulo 1 - Histórico da Saúde Pública no Brasil	7
1.1 Processo saúde-doença	11
III – Capítulo 2 - Sistema Único de Saúde – SUS	13
2.1 Constituição Federal	13
2.2 Leis Orgânicas	14
2.3 Princípios do SUS	15
2.4 Normas Operacionais Básicas	16
2.5 Níveis de Atenção à Saúde	17
2.5.1 Atenção Básica	18
2.5.2 Média Complexidade	19
2.5.3 Alta Complexidade	20
2.6 Direção e Articulação do SUS	20
2.7 Pacto pela Saúde	21
2.7.1 Pacto pela vida	22
2.7.2 Pacto em defesa do SUS	23
2.7.3 Pacto de gestão do SUS	23
2.8 Programa Saúde da Família – PSF	24
2.8.1 Características	25
2.8.2 Composição	26
2.8.3 Atribuições dos membros da equipe	26
2.8.4 Responsabilidades das esferas gestoras	27
2.8.5 Desafios Institucionais	27
2.8.6 Desempenho	27
2.9 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASF	28
IV - Capítulo 3 - Fisioterapia e Saúde Coletiva	29
3.1 O fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde	32
3.2 O fisioterapeuta no Programa Saúde da Família	35
3.3 Ações fisioterapêuticas voltadas para a promoção e prevenção em saúde	37
3.3.1 Educação em Saúde	38
3.3.2 Atividade domiciliar	40

3.3.3 Atividade de grupo	42
3.3.4 Atividades interdisciplinares	44
3.3.5 Atuações acadêmicas	45
3.3.6 Atenção aos cuidadores	46
V - Considerações Finais	49
VI - Referências	51



INTRODUÇÃO

A fisioterapia é uma profissão que foi criada para atuar principalmente no nível terciário de atenção à saúde – a reabilitação, e foi por esta prática que o fisioterapeuta ficou conhecido.

Contudo, com o passar dos anos, desde a sua criação em 13 de outubro de 1969, as transformações na Saúde Pública do

Brasil, como a implantação do Programa Saúde da Família na década de 90 e a mudança no perfil epidemiológico da população, trouxeram a necessidade da ampliação das atuações do fisioterapeuta para os níveis primário (prevenção e promoção da saúde), e secundário (tratamento).

Sendo assim, hoje a Fisioterapia tem uma vasta área de atuação. Contudo, este material traz a ação da Fisioterapia na Saúde Coletiva e Saúde Pública, resgatando alguns aspectos históricos e de legislação. A atuação fisioterapêutica na Atenção Básica vem ganhando importância, e é fundamental que o acadêmico de fisioterapia tenha em sua formação o embasamento teórico e a experiência prática nesta área.

O objetivo deste material é resgatar acontecimentos da história da Saúde Pública no Brasil, destacar pontos importantes da legislação brasileira acerca da saúde, e enfatizar a função da fisioterapia na saúde coletiva,

destacando as ações de promoção e prevenção em saúde.

No primeiro capítulo apresentamos o histórico da saúde no Brasil, discorrendo também sobre o processo saúde-doença. No segundo capítulo, expomos elementos da Constituição Brasileira, Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS e Programas do Ministério da Saúde e a relação destes com a atuação do fisioterapeuta. Já o terceiro capítulo traz o trabalho da Fisioterapia na Atenção Básica, enfatizando as ações de promoção, prevenção tratamento e reabilitação em saúde neste nível de Atenção.

Espero que este trabalho possa auxiliar o acadêmico e profissional de Fisioterapia que tem interesse pela atuação fisioterapêutica em Saúde Coletiva no Brasil.



e controle de doenças, a criação da Fundação Nacional de Saúde em 1991 foi um marco.

Houve época em que a população precisava de assistência à saúde, procurava pelo curandeiros, pessoas sem formação específica, muitas vezes ligadas à crenças religiosas, ou com formação em áreas como a física, para tratar de seus males. O médicos só eram aceitos em casos de epidemias, devido à precariedade dos serviços de saúde.

Em 1808, com a chegada da Corte Portuguesa no Brasil ocorreram mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. Na cidade do Rio de Janeiro, que era o centro das ações sanitárias, foi fundada as academia médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro em 1813, enquanto que na Bahia a fundação da mesma academia ocorreu dois anos depois. Estas duas academias se transformaram nas duas primeiras escolas de medicina do país (BERTOLLI FILHO, 2006). Em 1829, foi criada a Imperial Academia de



CAPÍTULO I

1. HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A história da Saúde Pública no Brasil é marcada por inúmeras mudanças administrativas, que começaram a ocorrer a partir de 1930, pois até então as ações em saúde não possuíam organização significativa. Entre criação e extinção de órgãos de prevenção

Medicina, órgão ligado às questões da saúde pública nacional, constantemente consultado pelo imperador Dom Pedro I.

A proclamação da República em 1889 tinha como principal objetivo a modernização do país. A atenção à saúde estava inclusa nesta modernização, pois devido às epidemias de doenças transmissíveis, os índices de mortalidade eram altos, e isto trazia danos e dificuldades na expansão do capitalismo.

Neste contexto surgiu a chamada medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente, saúde pública. Este novo jeito de fazer saúde era completado por pesquisa a respeito das enfermidades que atingiam a coletividade – a epidemiologia (BERTOLLI FILHO, 2006).

A nova estrutura organizacional da saúde, que queria mostrar à população a preocupação do Estado para com ela, foi posta em prática com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública em 1930, unin-

do educação e saúde na esfera governamental.

Nos primeiros anos da República, foi criado um movimento de educação em saúde, com intuito de mostrar à população a importância de adoção de hábitos mais higiênicos, com objetivo de diminuir a incidência de doenças infecto-contagiosas. Para isto, foram usados cartazes, panfletos e emissoras de rádio, para que as pessoas pudessem receber as informações. Outra ação iniciada neste período foi a formação de enfermeiras sanitárias, que tinham o compromisso de visitar os moradores em sua residência, passando os ensinamentos de higiene e realizando o encaminhamento dos doentes graves aos hospitais. Talvez esta prática tenha subsidiado o que hoje se conhece como Programa Saúde da Família.

Embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha iniciado em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia

25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir daí, o Ministério passou a ser responsável pelas atividades que eram de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Contudo, algumas ações relacionadas à saúde ainda ficaram à cargo de outros ministérios e autarquias, dificultando o controle financeiro e de pessoal (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Paralelamente às ações do poder público, o setor privado também se estruturou. Considerando que a Previdência se responsabilizou pela prestação de assistência médico-hospitalar aos trabalhadores, à custa do rebaixamento da qualidade dos serviços, a iniciativa privada da medicina começou a venda de serviços à população, aos institutos de aposentadoria e pensões e ao próprio governo (BERTOLLI FILHO, 2006).

Um problema bastante significativo

na época foi o aumento da mortalidade infantil nas grandes cidades, devido ao êxodo rural. Como medidas para minimizar e tentar solucionar este problema, multiplicaram-se os serviços de higiene infantil e os postos de puericultura. Estes serviços ofereciam vacinas e tratamento para as crianças doente e também atenção à saúde das mães. Porém, não se via ainda investimentos em saneamento básico, o que dificultava a erradicação dos problemas de saúde relacionados à falta de saneamento.

Um marco da história da saúde aconteceu em 1963, com a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS). A Conferência propunha transformações nos serviços de assistência médico-sanitária e reestruturação das atribuições e responsabilidades político-administrativos, dando chances aos municípios de também participarem do processo.

Com o golpe militar em 1964, hou-

ve cortes nos recursos destinados à saúde pública e intenção de incorporar ao Ministério da Saúde a assistência médica da Previdência Social, conforme as diretrizes da III CNS. A Conferência começa a ter relevância para levar à esfera de governo os anseios da população.

Continuando as tentativas de estruturar o sistema, foi criado em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários, e ficando subordinado ao Ministério do Trabalho. A saúde contava com duas vertentes: o INPS, que deveria tratar os doentes individualmente, e o Ministério da Saúde, que deveria elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias (BARROS, 2011).

Com o INPS, o Estado tornou-se único coordenador dos serviços de assistência médica, aposentadorias e pensões, descontando 8% do salário dos trabalhadores.

Sendo assim, sobreveio a extensão da cobertura médica e o envolvimento de quase todos os clínicos e unidades hospitalares na rede previdenciária.

Contudo, o INPS repassava aos serviços valores abaixo do mercado, além da morosidade nos repasses, o que determinou a fragilidade deste sistema. Com intuito de amenizar os problemas, em 1974, foram criados o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), dentre outros órgãos. Também em 1974 foi criado o INAMPS pelo regime militar, pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Hoje o órgão correspondente é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, com objetivo de tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país (PORTAL ENSP, 2012). A criação de todos estes órgãos eram para

superar as deficiências no setor, que pareciam intransponíveis.

Entre tantos obstáculos, houve um cenário positivo: a expansão da assistência médica individual e do número de leitos hospitalares repercutiu na queda do índice de mortalidade geral e, conseqüentemente, a expectativa de vida aumentou, nesta época, para 63 anos.

Em 1971 o governo criou a Central de Medicamentos (CEME), com o objetivo de produzir, contratar e distribuir remédios essenciais à população de baixa renda.

No final dos anos 70, os profissionais do setor se organizaram e surgiram a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). A partir dessas associações, desenvolveu-se o chamado Movimento Sanitarista que buscou encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional (BERTOLLI FILHO, 2006, p.63).

O resultado dessas discussões foi a inclusão das reivindicações na Constituição

de 1988 (PORTAL ENSP, 2012).

O INAMPS, na década de 80, passou por mudanças constantes, com universalização progressiva do atendimento, já numa transição para o SUS. A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar. Procurava-se neste momento atender às proposições redigidas pela Organização Mundial de Saúde na Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, que preconizava “Saúde para todos no Ano 2000”, especialmente através da Atenção Primária à Saúde. Em 1988 a Constituição Brasileira passou a vigorar e em 1989 os brasileiros elegeram o primeiro presidente da República.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco na história do SUS. Na ocasião, ocorreram alguns fatos que devem ser destacados: o evento reuniu cerca de 5 mil pessoas; foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade, ressaltando a importância da participação popular nas decisões; foi importante

na propagação do movimento da Reforma Sanitária; resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, subsidiou a elaboração da seção “Da Saúde” da Constituição Federal e Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90 (BARROS, 2011). Neste contexto a saúde foi definida como “direito de todos e dever do estado”.

Assim sendo, o Sistema Unificado de Saúde (SUS) passou a existir, sendo o órgão responsável por organizar as atividades do Ministério da Saúde, do INAMPS e dos serviços de saúde estaduais e municipais.

O movimento social reorganizou-se na última Constituinte, com intensa campanha travada pela afirmação dos direitos sociais. Em 1988, nova ordem jurídica, assentada na Constituição, define o Brasil um Estado Democrático de Direito, proclama a saúde direito de todos e dever de Estado, estabe-

lecendo canais e mecanismos de controle e participação social para efetivar os princípios constitucionais que garantem o direito individual e social (FUNASA, 2011).

A fundação do SUS foi resultante de diversos interesses de gestores públicos, de políticos, da iniciativa privada por meio de hospitais e clínicas particulares, planos de saúde, da indústria farmacêutica, das associações de moradores, das organizações de categorias profissionais, da mídia, do poder judiciário, entre outros (BARROS, 2011).

A implantação do SUS ocorreu de maneira gradativa. Primeiramente surgiu o SUDS; em seguida, houve, em 1990, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde; e, no final de 1990, foram criadas a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080 (19 de setembro de 1990), que fundou o SUS, e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que trouxe a participação da população na gestão do serviço.

Além do Sistema Único de Saúde,

outros sujeitos de direito que requerem proteção específica também foram reconhecidos, assim como os povos indígenas, crianças e adolescentes, deficientes físicos, etc. A proteção e a promoção da saúde são de responsabilidade pública, ou seja, de competência de todos os cidadãos do país, o que implica participação e controle social permanentes (FUNASA, 2011).

1.1 Processo saúde-doença

A história da produção dos conceitos de saúde e doença é marcada por inúmeras tentativas de encontrar padrões explicativos para os sofrimentos humanos que pudessem superar a visão mágico-religiosa, que perdurou por muitos anos. Com o advento da Medicina Moderna, ao final da época clássica, estas explicações começaram a ser substituídas pela busca das causas biológicas que estariam na origem dos processos patológicos.

Este entendimento da doença, no entanto, mostra-se insuficiente para abordar a saúde e, na década de 70, surgiram as primeiras tentativas sistemáticas de construir teoricamente um conceito de saúde. Esse esforço inicial, entretanto, ainda está ancorado no modelo biomédico e numa abordagem negativa da idéia de saúde. A idéia é de que existe uma estrutura dinâmica e biológica que permite um funcionamento normal do corpo; qualquer alteração nesses domínios causaria a doença (ARANTES *et al*, 2008).

O processo saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são consequência dos mesmos fatores. De acordo com esse conceito, a determinação do estado de saúde de uma pessoa é um processo complexo que envolve diversos elementos. Diferentemente da teoria da unicausalidade, muito aceita no

início do século XX, que considera como fator único de surgimento de doenças um agente etiológico - vírus, bactérias, protozoários -, o conceito de saúde-doença estuda os fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais e, com eles, pretende obter possíveis motivações para o surgimento de alguma enfermidade (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 1992).

O homem, desse ponto de vista, necessita de um equilíbrio entre aspectos biológicos e em relação ao meio ambiente, para que possa desfrutar de boa saúde. É nesse sentido que brotou a associação do processo saúde-doença a elementos relacionados com a qualidade e estilo de vida saudáveis.

As representações de saúde e doença sempre tiveram relação entre os corpos dos seres humanos, as coisas e os demais elementos que as rodeiam (DIAS *et al*, 2007).

A história natural da doença é a descrição da evolução de uma doença em um in-

divíduo desde o momento da exposição aos agentes causais até a recuperação ou a morte. O conhecimento da história natural da doença é relevante para a prevenção e controle das doenças, sendo este um dos principais elementos da epidemiologia descritiva (FLETCHER e FLETCHER, 1996).

Os estudos epidemiológicos descritivos ou observacionais, nesse caso, concentram-se em três classes de fatores gerais do processo saúde-doença: o agente, o hospedeiro e o ambiente, em seus aspectos quantitativos. O lado prático desta situação é que se pode atuar na prevenção da doença mesmo sem o conhecimento de sua patogênese. Em contrapartida, a análise patológica da história natural da doença se restringe ao organismo vivo.

Ao longo da história, muitas definições sobre o processo saúde-doença surgiram e foram discutidas. Para alguns autores, uma das dificuldades da definição do proces-

so saúde-doença baseia-se no modo como é descrito o corpo humano, cuja divisão é feita de maneira individualizada, considerando sistemas, aparelhos e órgãos, gerando uma dificuldade de se pensar no corpo como uma única estrutura, apesar de complexa.

Pode-se dizer que a saúde e a doença são formas pelas quais a vida se manifesta. Considerando todos os aspectos ligados ao processo complexo que envolve o estado de saúde das mesmas, é de consenso ser difícil encontrar uma única definição para este processo.



CAPÍTULO II

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)



Símbolo oficial do SUS

Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/345/entenda-o-sus.html>

2.1 Constituição Federal

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, é a assistência que todos os brasileiros recebem do governo, de maneira integral, universal e gratuita, sendo considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

O SUS é composto por centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros, serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa (PORTAL DA SAÚDE, 2011). Sendo assim, o fisioterapeuta que atua em Saúde Pública poderá trabalhar em todos esses locais.

A Seção da Saúde integra a Constituição Federal Brasileira, e é composta pelos artigos 196 a 200.

Os artigos 196 a 200, da Seção II – DA SAÚDE da Constituição Federal, podem ser consultados no link <http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoafederal.pdf>

O artigo 196 traz a famosa afirmação que “a Saúde é direito de todos e dever do Estado”, o compromisso da redução de agravos à saúde e riscos de doenças, reafirmando seus princípios de universalidade e equidade de acesso, bem como prevê ações de promoção prevenção e tratamento à saúde da população.

Já artigo 197 ressalta que o Poder Público regulamenta, fiscaliza e controla as ações de serviços de saúde, podendo a execução ser feita pelo sistema público ou terceirizado.

O artigo 198 aborda que o SUS é único, por ter uma rede de ações e serviços públicos regionalizada e hierarquizada e expõe as diretrizes dessa operacionalização.

No artigo 199 consta que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, podendo complementar a pública em entidades filantrópicas ou sem fins lucrativos, vedando a destinação de recursos públicos para entidade privadas.

Finalizando a Seção da Saúde, o Artigo 200 traz as competências, além de outras atribuições, do Sistema Único de Saúde, como controlar e fiscalizar procedimentos, executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico.

O fisioterapeuta deve ter conhecimento desta Seção da Constituição Federal, para atuação tanto no sistema público quanto privado, para estar ciente do que prevê a lei em relação à assistência à saúde da população brasileira.

2.2 Leis Orgânicas

O Sistema Único de Saúde teve seus

princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

As leis Orgânicas da saúde são um conjunto de duas leis editadas: a Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90, para dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde no 8.142/90 pode ser consultada no link <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>

A Lei Orgânica da Saúde no 8.080, de 1990 pode ser acessada na íntegra no link <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>

São leis nacionais que têm o caráter geral, contêm diretrizes e limites que devem

ser respeitados pela União, pelos Estados e Municípios ao elaborarem suas próprias normas. São destinadas a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado à saúde.

2.3 Princípios do SUS

Conforme citado anteriormente, o SUS foi estabelecido e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90. Dentre outros aspectos, a lei traz os princípios e diretrizes do Sistema.

São sete os princípios do SUS. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são considerados princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização são denominados de princípios organizacionais. O princípio da participação popular não possui classificação definida (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA,

2006).

A descrição dos sete princípios do SUS, conforme a Lei 8.080/90, é assim disposta:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - 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 do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração, em nível executivo,

- das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O conhecimento destes princípios norteia o planejamento das ações que o fisioterapeuta desenvolve na Saúde Pública, em especial na Atenção Básica. Assim, conforme a Portaria 3925/98 do Ministério da Saúde, pode-se observar algumas adaptações a esses princípios, com ênfase na Atenção Básica:

- **Saúde como direito** - a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e

coletiva.

- **Integralidade da assistência** - entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

- **Universalidade** - acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

- **Equidade** - igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população.

- **Resolutividade** - eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adstrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta:

- **Intersetorialidade** - desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

- **Humanização do atendimento** - responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade

e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

- **Participação** - democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, na gestão do sistema.

O Art. 7 da Lei 8.080/90 ressalta

ainda:

“direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (Associação Paulista de Medicina, 2006).

2.4 Normas operacionais básicas

O processo de descentralização

político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais, foi um dos principais avanços do SUS na década de 90 e se deu através das Normas Operacionais Básicas.

As Normas Operacionais do SUS representam um importante instrumento de regulamentação desse processo de descentralização, à medida que estabelecem, de forma negociada, mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos para estados e municípios (SOUZA, 2001).

Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro dessas normas – as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96, sendo que as duas últimas foram resultantes de processos de negociação progressivamente mais intensos entre os atores setoriais, particularmente no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde.

O conteúdo na íntegra da NOB 01/91 pode ser consultado no link http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf

O conteúdo na íntegra da NOB 01/92 pode ser consultado no link http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf

O conteúdo na íntegra da NOB 01/93 pode ser consultado no link http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf

Acesse o conteúdo na íntegra da NOB 01/96 no endereço eletrônico <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>

2.5 Níveis de atenção à saúde

Atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. No SUS, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, que são: a básica, a de média complexidade e a de alta complexidade. Esta organização permite uma melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O modelo de atenção à saúde existente hoje no Brasil é centrado no hospital. Contudo, estudos apontam que quando as unidades básicas de saúde (UBS) funcionam adequadamente, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 80% dos problemas de saúde da população. Assim, é necessário aprimorar os serviços públicos neste nível de atenção.

A atenção à saúde, que encerra todo

o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber: (1) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; (2) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e (3) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibi-

lidade e qualidade dos alimentos (NOB-SUS, 1996).

2.5.1 Atenção básica

Atenção básica é a definição usada para o primeiro nível de atenção à saúde oferecido pelo SUS. Conglomera um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Esse nível da atenção à saúde também é popularmente chamado de porta de entrada no SUS, por oferecer o primeiro atendimento ao cidadão que procura por assistência pública à saúde. Contudo, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Ou seja,

o usuário começa a ser atendido na atenção básica, e seu problema pode ter solução no nível de alta complexidade. O SUS tem as suas ações para que o usuário receba toda a atenção de que necessita para resolução de seu problema de saúde.

A atenção básica é composta pelas especialidades básicas da saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia (inclusive as emergências referentes a essas áreas) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Também é atribuição da atenção básica providenciar o encaminhamento dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

Os problemas mais comuns devem ser resolvidos na atenção básica, deixando que os ambulatórios de especialidades e os hospitais cumpram com competência seu verdadeiro papel, resultando numa maior satisfação dos usuários e na utilização mais racional dos recursos existentes. Para isto, são

necessários mais investimentos neste nível de atenção, pois só assim será possível acabar com as filas, com o consumo abusivo de medicamentos e com o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como prioritária para a organização da atenção básica é a estratégia Saúde da Família. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à saúde é da gestão municipal, já o financiamento é de responsabilidade das três esferas de governo (CONASS, vol. 8, 2007).

Com o objetivo de melhor definir as responsabilidades com a atenção básica e de permitir o acompanhamento da descentralização trazida pela NOB-SUS 01/96, foi publicado pelo Ministério da Saúde, em junho de 1999, o documento *Manual para Organização da Atenção Básica*, que traz as responsabilidades na gestão da atenção básica, as respon-

sabilidades na atenção às pessoas, e as ações dirigidas a grupos específicos da população.

O Manual para Organização da Atenção Básica encontra-se no endereço eletrônico http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf

O Ministério da Saúde, em parceria com Estados e Municípios, através do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, propicia a incorporação de mecanismos de monitoramento das ações e dos serviços de saúde, por todas as instâncias de gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). O Pacto de Indicadores, portanto, é um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica.

A principal função dos indicadores é a de estabelecer uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, em que o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde deixam de ser desenvolvidos como

rotinas administrativas e objetiva a construção de processo de reorganização da atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica pode ser visualizado na íntegra em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a13v03n2.pdf>

2.5.2 Média complexidade

É o segundo nível de atenção à saúde, composto por ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população. Neste nível de atenção, são disponibilizados profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (CONASS, vol.9, 2007).

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) define média e alta complexidade em saúde, em seu *site* na internet (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>), conforme se segue:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

No material de apoio conhecido como O SUS de A a Z, fornecido pelo Ministério da Saúde no *site* do Departamento de Atenção Básica (DAB) (<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>) e construída conjuntamente pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), há, em acréscimo a esta definição, uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA): (1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; (2) cirurgias ambulatoriais especializadas; (3) procedimentos traumatológico-ortopédico; (4) ações especializadas em

odontologia; (5) patologia clínica; (6) anatomopatologia e citopatologia; (7) radiodiagnóstico; (8) exames ultra-sonográficos; (9) diagnose; (10) fisioterapia; (11) terapias especializadas; (12) próteses e órteses; (13) anestesia (CONASS, 2007 – vol.9).

2.5.3 Alta complexidade

A alta complexidade, nível mais elevado da atenção à saúde, é definida pelo Ministério da Saúde (2004) como conjunto de procedimentos que envolve alta tecnologia e alto custo, proporcionando à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos níveis de atenção básica e de média complexidade.

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular;

cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica. (CONASS, vol. 9, 2007).

Os procedimentos da alta complexidade são executados em sua maioria no âmbito hospitalar, sendo realizado em menor

número no nível ambulatorial, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.

2.6 Direção e articulação do SUS

A direção e articulação do SUS está prevista na Norma Operacional Básica de 1996. A direção do SUS, em cada esfera de governo – municipal, estadual e federal, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis N° 8.080/90 e N° 8.142/1990 (NOB-SUS, 1996).

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, acontece em dois grupos de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Estas duas comissões discutem sobre a organização, direção e gestão da saúde.

A CIT é um espaço para elaboração

de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, e a CIB é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A CIB também é formada de maneira paritária e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Um dos representantes dos municípios é, necessariamente, o Secretário de Saúde da Capital.

A definição sobre o número de membros de cada CIB considera as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde são submetidas à apreciação do Conselho respectivo (CONASS, 2003).

2.7 Pacto pela saúde

O Pacto pela saúde 2006 surgiu a partir das discussões realizadas pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, com objetivo de revisar o processo normativo do SUS. O Pacto foi aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, e foi operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

Com o Pacto pela Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e

Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Ao longo da história do SUS, houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar pelos gestores públicos. Assim, os gestores do SUS têm empenhado esforços nestas mudanças, visando buscar melhorias para o Sistema. Contudo, alguns problemas parecem não ter solução, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual, e pela regulamentação instituída com conteúdos normativos de caráter muito técnico, em geral com detalhamento excessivo e enorme complexidade, o que dificulta a operacionalização.

Com o intuito de superar esses problemas, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto

pela Saúde 2006. No momento de sua aprovação, foi acordado que o documento será revisado anualmente, considerando os princípios constitucionais do SUS. Os critérios para a revisão do documento serão pautados nas necessidades de saúde da população e no estabelecimento de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS.

2.7.1 Pacto pela vida

O Pacto pela vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades na-

cionais, a partir de pactuações locais (PACTO PELA SAÚDE, 2006). As ações serão planejadas com foco em resultados, sendo respeitados os recursos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto pela vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008):

- I- atenção à saúde do idoso;
- II- controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III- redução da mortalidade infantil e materna;
- IV- fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, aids;
- V- promoção da saúde;
- VI- fortalecimento da atenção básica;
- VII- saúde do trabalhador;
- VIII- saúde mental;
- IX- fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X- atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;
- XI- saúde do homem.

As prioridades do Pacto pela vida e seus objetivos são, segundo o Pacto pela Saú-

de (2006):

- **Saúde do idoso:** implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.
- **Câncer de colo de útero e de mama:** contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.
- **Mortalidade infantil e materna:** reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.
- **Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e Influenza:** fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.
- **Promoção da saúde:** elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.
- **Atenção básica à saúde:** consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

2.7.2 Pacto em defesa do SUS

O Pacto em Defesa do SUS tem o objetivo de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos, e de defender os princípios norteadores dessa política pública.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais (PORTARIA 2048 MS, de 3 de setembro de 2009).

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são implementar um projeto permanente de mobilização social e elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS, e foram definidos pela Portaria 2048

MS, de 3 de setembro de 2009.

2.7.3 Pacto de gestão do SUS

O Pacto de Gestão do SUS também é descrito na Portaria 2048 MS, de 3 de setembro de 2009. Este Pacto estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte da verificação irrefutável de que o Brasil é um país com muitas diferenças regionais, e surgiu no sentido de aprimorar o avanço na regionalização e na descentralização do SUS.

O Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados, e para os Municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos nor-

mativos. Também constam do Pacto o reforço da territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, a importância da participação e do controle social, e explicitação das diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite.

As prioridades do Pacto de Gestão são definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e estabelecer as diretrizes para a Gestão do SUS.

As Diretrizes Operacionais para os Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão do Ministério da Saúde (2006) podem ser visualizadas no link: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/06_0257_M.pdf

2.8 Programa Saúde da Família - PSF



Símbolo oficial do Programa Saúde da Família
Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

O Programa Saúde da Família – PSF, é uma estratégia da atenção básica.

Na década de 1990 iniciou-se a implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF propõe a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

O Programa de Agente Comunitários de Saúde – PACS, criado em 1991, antecedeu o Programa Saúde da Família, e foi par-

te do processo de reforma do setor da saúde, com intenção de aumentar a acessibilidade ao SUS e aprimorar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família como política nacional de Atenção Básica.

Hoje, quase vinte anos depois de sua criação, o PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência. Porém, traz muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar os propósitos do Programa (GIL, 2005).

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudanças no SUS, que visam um novo modelo de assistência à saúde que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

O PSF foi pensado para corrigir algumas deifciência na atenção à saúde dos brasileiros, buscando minimizar problemas como supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar.

A Saúde da Família é uma estratégia de ação, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (SAÚDE DA FAMÍLIA, 2012).

A estratégia de Saúde da Família é

um projeto dinamizador do SUS, condicionada pelo progresso histórico e organização do sistema de saúde no Brasil, buscando melhor utilização dos demais níveis de atenção. A adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios foi extremamente satisfatória, e contribuiu para uma expansão rápida do Programa. Entretanto, a consolidação dessa estratégia, que vem trazendo resultados positivos nos indicadores, precisa ser amparada por um processo que permita a substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios e pela visualização de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, e esta estratégia, qualificada e resolutiva, não prevê um tempo para finalizar. Um dos pontos positivos do

programa vem sendo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

2.8.1 Características

O PSF é regulamentado pela Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, que estabelece que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (SAÚDE DA FAMÍLIA, 2012).

Portaria N° 648, de 28 de março de 2006, que regulamenta o PSF, está disponível em
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>

De acordo com a Portaria, além das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica ficaram definidas as características do processo de trabalho da Saúde da Família (Portaria N° 648, 2006):

- manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando par-

cerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

- valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

- promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

- acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

2.8.2 Composição

Para a implantação das Equipes de Saúde da Família é estabelecido, entre outros critérios, uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000.

A equipe básica composta por minimamente médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde, tem uma

jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes (BRASIL, 1997).

Inúmeras cidades brasileiras tratam outros profissionais como farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. Nos municípios que ainda não implantaram o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, esta é a maneira do fisioterapeuta atuar pelos municípios na atenção básica à saúde.

2.8.3 Atribuições dos membros da equipe

As atribuições dos profissionais pertencentes à equipe ficaram estabelecidos também pela Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006, podendo ser complementadas pela gestão local.

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes, destacam-se a realização do cuidado no do-

micílio, busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória, realização de escuta qualificada das necessidades dos usuários, participação nas atividades de planejamento das ações da equipe.

O fisioterapeuta que pretende atuar no Programa precisa ter domínio dessas ações, para que possa desenvolver um papel efetivo dentro da equipe. A realização do atendimento domiciliar, por exemplo, é uma necessidade bastante frequente nesse nível de atenção. É uma das atividades mais enriquecedoras para o fisioterapeuta, pois ao mesmo tempo em que ele precisa, muitas vezes, improvisar e desenvolver a criatividade para realizar o atendimento no domicílio, o contato com o ambiente em que o paciente vive, seu cuidador e familiares pode trazer conhecimentos não descritos na literatura.

2.8.4 Responsabilidades das esferas gestoras em atenção básica

As responsabilidades das esferas gestoras da atenção básica foram assim definidas (PORTAL DA SAÚDE, 2011):

(1) Federal: elaborar as diretrizes da política nacional de atenção básica; co-financiar o sistema de atenção básica; ordenar a formação de recursos humanos; propor mecanismos para a programação, controle, regulação e avaliação da atenção básica; manter as bases de dados nacionais; (2) Estadual: acompanhar a implantação e execução das ações de atenção básica em seu território; regular as relações inter-municipais; coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território; co-financiar as ações de atenção básica; auxiliar na execução das estratégias de avaliação da atenção básica em seu território; (3) Municipal: definir e implantar o modelo de atenção básica em seu território; contratualizar o trabalho em atenção básica; manter a rede de unidades básicas de saúde em funcionamento (gestão e gerência); co-financiar as ações de atenção básica; alimentar os sistemas de informação; avaliar o desempenho das equipes de atenção básica sob sua supervisão.

2.8.5 Desafios institucionais

Mesmo com todas as mudanças já ocorridas no âmbito do PSF, ainda existem alguns desafios institucionais para expandir e qualificar a atenção básica no contexto brasileiro. A elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais frequentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais, é um dos desafios.

Outro desafio é a revisão dos processos de formação e educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores.

Mais uma vez destaca-se a relevância do conhecimento destes desafios por parte do fisioterapeuta para que, dentro da equipe, ele possa atuar efetivamente no atri-

moramento das ações conduzidas pela equipe Saúde da Família.

2.8.6 Desempenho

Mesmo com desafios a serem superados, alguns fatores podem ser considerados para demonstrar o desempenho do Programa Saúde da Família. Como destaques desse bom desempenho, salienta-se que o modelo de Atenção à Saúde do Brasil é referência internacional, a Atenção Básica em Saúde é a pauta política dos gestores públicos, a estratégia Saúde da Família está consolidada nos municípios brasileiros. Pesquisas demonstram que a cada 10% de aumento de cobertura, o índice de mortalidade infantil cai em 4,6%.

O aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido, resultado das mudanças das práticas das equipes de saúde é o fator que pode ser considerado o mais relevante para os objetivos propostos

por este modelo de Atenção.

2.9 Núcleos de Apoio da Saúde da Família - NASF

Considerando, dentre outras questões, o Inciso II do Art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) – através da Portaria Nº154, de 24 de janeiro de 2008.

A Portaria de criação do Núcleo de Apoio da Saúde da Família – NASF pode ser consultada em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

Segundo o Art. 1º da Portaria, os NASF têm por objetivo: “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção bá-

sica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica”.

Para isso, a Portaria classifica os NASF em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. Para cada uma das modalidades, estipula um mínimo de profissionais de nível superior, como o Profissional de Educação Física, o Assistente Social, o Fisioterapeuta, o Fonoaudiólogo, dentre outros, conforme descrito no Art. 3º:

Art. 3º - Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º - O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º - Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações

- CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; **Fisioterapeuta**; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º - O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º - Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

A criação do NASF foi extremamente importante para o reconhecimento da atuação fisioterapêutica na atenção básica. A contratação de fisioterapeutas, que era prática de apenas alguns gestores municipais, passou a ser regulamentada com o NASF, fortalecendo também a oferta de tratamento multiprofissional à população.



CAPÍTULO III

3. FISIOTERAPIA E SAÚDE COLETIVA

A fisioterapia é uma ciência antiga e as primeiras expressões foram atos de esfregar o local dolorido para tentar diminuir a dor. Ao longo dos tempos ela evoluiu e surgiu como profissão em meados do século XX, após as guerras mundiais, devido ao grande

número de pessoas que ficaram feridas, e precisavam de uma abordagem de reabilitação.

A fisioterapia surgiu no Brasil na década de 60, com o propósito de reabilitar e pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças.

Pode-se definir Fisioterapia como ciência da saúde, que estuda, previne e trata distúrbios cinéticos funcionais em órgão e sistemas do corpo humano. Suas ações são fundamentadas nos mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados por estudos de diversas áreas, como biomecânica, cinesia, fisiologia e patologia.

A Fisioterapia é uma atividade de saúde, e está regulamentada pela seguinte legislação: Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94, e pelas Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Coffito.

Foi regulamentada como profissão de nível superior no país em outubro de

1969, pelo Decreto-Lei n°. 938, que, em seu art. 3º, estabeleceu que “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (BRASIL, 1969). Esta definição, bem como sua prática, tornou a fisioterapia uma profissão reconhecida por seu caráter reabilitador.

Apenas em 1975, com a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITTO), pela Lei n° 6.316, se iniciou o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia. Este Conselho emitiu, em fevereiro de 1978, a Resolução COFFITTO n° 08, aprovando as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta que, refletindo o movimento da saúde então vigente, definiu como atos desse profissional, “planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicos que visem à saúde

nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária” (BRASIL, 1978). Apesar dessa nova definição das práticas profissionais, a atuação fisioterapêutica continuou tendo sua maior atuação no nível terciário de atenção à saúde, ou seja, na reabilitação.

A origem histórica da profissão, e o contido no Decreto-Lei n° 938/69, marcaram a fisioterapia como profissão reabilitadora, não havendo espaço, à época, para atuação profissional na atenção básica, tampouco existiam ações de promoção e prevenção em saúde.

Na década de 80, o Movimento da Reforma Sanitária despontou como um dos protagonistas políticos na luta pela redemocratização do país. Em virtude das novas concepções do processo saúde-doença, surgidas no cenário mundial, iniciou-se no país a discussão sobre a reestruturação da política de saúde brasileira, a partir da incorporação de seus determinantes sociais, da ênfase

às condições de vida e da garantia do direito do exercício da cidadania (REZENDE *et al*, 2009). A partir desse momento histórico, o sistema público de saúde começava a ser organizado, e foi um período de extrema importância para a saúde brasileira.

Em decorrência do movimento sanitário, em março de 1986 ocorreu a Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), que tinha por objetivo a reforma do sistema de saúde brasileiro. O resultado final desta Conferência foi a definição de saúde de uma maneira mais abrangente do que a que existia até então, acompanhada da proposta de criação de um sistema unificado de saúde, no qual as ações de prevenção e cura seriam integradas.

A Fisioterapia não poderia ficar de fora nesse período de transformações. Após a 8ª CNS e antes da criação do Sistema Único de Saúde, a Resolução COFFITTO n° 80, de maio de 1987, por meio de atos complementares, buscou ampliar as atribuições do fisio-

rapeuta visando adequar a profissão ao novo momento da saúde brasileira. A principal novidade da Resolução nº 80 era em relação ao objeto de estudo e trabalho do fisioterapeuta:

A fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função (BRASIL, 1987).

Anos mais tarde, uma outra resolução - Resolução COFITTO nº 80/87, acrescentou que o fisioterapeuta poderia atuar juntamente com outros profissionais nos diversos níveis da assistência à saúde, na administração de serviços, na área educacional e no desenvolvimento de pesquisas. Esta regulamentação deu suporte para o fisioterapeuta atuar na atenção básica, área em que a profissão tem ganhado cada vez mais espaço de atuação. Esta mudança no modo de atuar do

fisioterapeuta, apesar de ter sido regulamentada apenas no final da década de 80, atende ao preconizado pela Declaração de Alma-Ata quase dez anos antes, de que os cuidados primários têm que proporcionar tanto os serviços de promoção e prevenção, quanto os de cura e reabilitação, de acordo com as necessidades da comunidade.

Sendo assim, após a criação do SUS na década de 80 e as mudanças na regulamentação, acrescidas das mudanças no perfil epidemiológico e as transformações práticas no sistema de saúde brasileiro, a fisioterapia se viu diante de novos desafios e encargos profissionais. De uma atuação extremamente reabilitadora, atuando apenas em clínicas e hospitais, em casos que tinham como prognóstico cura, seqüela ou reabilitação, a fisioterapia começou a pensar em ações para a saúde coletiva, tendendo principalmente às ações de promoção e prevenção em saúde.

Todavia, por ter em sua gênese o ca-

ráter reabilitador, o desafio de uma nova área de atuação não é tão simples de ser alcançado. Embora, nos últimos anos, a fisioterapia tenha ampliado sua atuação em áreas como fisioterapia dermatofuncional, fisioterapia cardiopulmonar, fisioterapia desportiva, terapia manual, essa ampliação se concentrou mais no nível terciário do que no primário.

Mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde, fazem a fisioterapia continuar repensando seu objeto de intervenção, devendo avançar não só na reabilitação, mas agora, mais do que nunca, na promoção da saúde, considerando a nova lógica de organização dos modelos assistenciais.

A Fisioterapia Coletiva engloba e amplia a fisioterapia reabilitadora, possibilitando o desenvolvimento da prática fisioterapêutica. A Fisioterapia Coletiva, possibilita e incentiva a atuação também no controle de risco, ou seja, no controle de situações que

podem potencializar o surgimento da doença (BISPO JÚNIOR, 2010). Se antes o fisioterapeuta só atuava com o paciente doente, agora ele também pode intervir junto ao indivíduo saudável, realizando intervenções para que o mesmo permaneça saudável.

A atuação fisioterapêutica proposta ao conjunto de pessoas, potencializa os resultados das ações de saúde, buscando transformar as condições de vida dos grupos populacionais, através da prevenção de doenças. Nesse sentido, a epidemiologia contribui de maneira significativa para estas práticas, pois oferece subsídios quanto à distribuição das doenças nas coletividades e seus fatores de risco, e das ciências sociais, que apontam aspectos históricos e culturais que influenciam no processo saúde-doença.

É importante ressaltar que a fisioterapia na atenção básica não extingue a ação nos níveis secundário e terciário, apenas amplia a prática profissional, pois o objeto da

atuação da fisioterapia continua sendo o movimento humano. O desenvolvimento da profissão deve ocorrer nos três níveis, contudo existe a necessidade de aprimoramento no nível primário. Neste, as práticas são direcionadas às coletividades humanas, realizando ações que visem a promoção da saúde e prevenção de distúrbios do sistema locomotor.

A aproximação entre fisioterapia e saúde coletiva possibilita novas reflexões sobre o papel da fisioterapia no atual quadro epidemiológico e na nova lógica de organização dos serviços de saúde, o que pode contribuir para o crescimento e desenvolvimento da profissão, propiciando ações relacionadas à saúde integral das pessoas.

3.1 O fisioterapeuta na atenção básica à saúde

Diante das mudanças regulamentares da profissão e das reformulações na política de saúde, instituições representativas e

formadoras ligadas à fisioterapia começaram a estimular a participação do fisioterapeuta na atenção básica. Nos últimos anos, a atuação do fisioterapeuta na atenção básica parece ter sido impulsionada pelas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em fisioterapia a partir de 2002 (PORTES *et al*, 2011).

As dificuldades de adaptação da fisioterapia à nova realidade, qual seja, a inversão do modelo assistencial que passou a priorizar as ações no nível primário de atenção à saúde, parece ter gerado um novo cenário ainda mais desafiador para essa profissão. O papel da fisioterapia na sociedade brasileira é norteado pelo perfil epidemiológico da população, ou seja, serão consideradas as principais causas de morbidade e mortalidade da população.

A transição demográfica brasileira traz uma série de situações novas não só para a fisioterapia, mas também para as demais profissões da saúde, como: o elevado cres-

cimento populacional, o aumento da taxa de urbanização e a crescente expectativa de vida, aumento da prevalência de obesidade, inclusive a infantil, mudança nas causas de mortalidade da população brasileira, com diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, doenças neoplásicas e por causas externas. Estas situações, em sua maioria, poderiam ser modificadas com ações eficientes de saúde em promoção da saúde e prevenção de doenças.

Alguns problemas que a Fisioterapia enfrenta em relação à sua inserção na atenção básica, também foram encontradas por outras áreas da saúde. Contudo, a fisioterapia apresenta uma característica histórica que possibilitou a outras profissões da saúde como a medicina, estar em espaços assistenciais mais próximos da comunidade, que hoje são os locais onde a atenção básica à saúde está situada, como: postos de saúde, esco-

las, centros sociais urbanos e outros. Tal fato produz peculiaridades distintas em relação à trajetória das profissões que já possuíam experiências no que era considerada Saúde Pública no Brasil, comparada às profissões que não passaram por essa experiência e tiveram suas ações voltadas para os hospitais, clínicas e consultórios.

Dentre as proposições dos modelos assistências, o modelo de vigilância à saúde destaca a regionalização e a hierarquização como princípios estratégicos e define a atenção básica como eixo de reestruturação do sistema. A atenção básica, constitui o eixo estruturante do sistema, e os demais níveis de atenção são planejados a partir das demandas emanadas desse primeiro nível (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, houve a determinação e abrangência da atenção primária à saúde

como doutrina universal. Segundo a Declaração de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde

representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, através do qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (WHO, 1978).

A atenção básica à saúde ou primeiro nível de atenção à saúde, é definida como a porta de entrada do SUS, o contato primário e preferencial da população com os profissionais da saúde. Este nível de atenção é orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade —, ressalta o trabalho em equipe e engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo.

A atenção básica passa, então, a ser defendida como o primeiro nível do cuidado, representada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que

abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Portaria nº 648, Brasil, 2006).

A proposta da atenção básica é viabilizar, a partir do primeiro nível do cuidado, a integração dos diversos pontos de atenção à saúde, possibilitando uma assistência contínua, de qualidade, com menor custo e em lugar e tempo certos. Devido ao fato de poder resolver até oitenta por cento dos problemas de saúde, se faz necessário o aperfeiçoamento deste nível de atenção por parte dos profissionais que nele atuam.

A atuação do fisioterapeuta na atenção básica está regulamentada por algumas legislações: COFFITO-10, que aprova o Código de Ética Profissional em 1978 (Coffito 1978); COFFITO-80 em 1987, que complementa a COFFITO-8 e a COFFITO-37 (Coffito 1987); Resolução CNE/CES 4, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do

curso de graduação em fisioterapia em 2002 (BRASIL, 2002).

As Resoluções COFFITO-10 (COFFITO 1978) e COFFITO-80 (COFFITO, 1987) determinam a participação do fisioterapeuta na promoção, tratamento e recuperação da saúde das pessoas, e preveem a participação do profissional como membro de uma equipe de saúde e em programas de assistência à comunidade, com a responsabilidade e com objetivos de preservar, promover, aperfeiçoar ou adaptar, através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida. As Diretrizes Curriculares retomam essa capacidade de atuar em todos os níveis de atenção à saúde e reafirmam os objetivos defendidos pela COFFITO-80, além de definir que as ações são tanto em nível individual quanto coletivo.

Na atenção básica, o trabalho do fisioterapeuta tem algumas particularidades diferentes das atividades realizadas nos demais

níveis de atenção à saúde, e assim, a profissão teve que agregar novos valores à sua prática. Freitas (2006) destacou algumas características dessa atuação:

as intervenções são em domicílios, escolas, salões das Unidades Básicas de Saúde - UBS, igrejas, praças; o atendimento não é exclusivamente individualizado, incorporando-se a este o atendimento em grupo; as ações são voltadas para a prevenção e promoção da saúde e a prática profissional é baseada em decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar.

Apesar da atuação do fisioterapeuta ainda ser modesta na atenção básica, comparada aos demais níveis de atenção à saúde, já é possível encontrar diversos trabalhos na literatura sobre experiências da fisioterapia neste primeiro nível. Muitos desses trabalhos estão relacionados à pesquisas feitas por instituições de ensino superior, ligadas à formação de novos profissionais, fato este que demonstra a preocupação dos docentes em formar profissionais preparados para a realidade atual da

Saúde Pública no Brasil.

As atividades fisioterapêuticas na atenção básica podem ser individualizadas ou coletivas, isoladas ou interdisciplinares. De acordo com Ragasson *et al* (2006), o fisioterapeuta deve atuar de maneira integrada à equipe, e suas responsabilidades são planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública. O trabalho do fisioterapeuta pode ser executado para todas as faixas etárias – crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Neste nível de atenção, a participação de acadêmicos de fisioterapia junto à equipe de saúde em uma Unidade Básica de Saúde também será estimulada, através de estágios ou projetos de pesquisa ou extensão. Nesse ambiente, o acadêmico poderá vivenciar a prática da atuação do fisioterapeuta, conhecendo suas ações. Alguns autores, como Trelha *et al* (2007) e Ribeiro (2001), no entanto, têm observado que a prática do fisioterapeu-

ta é mais em virtude do atendimento domiciliar individual, devido à elevada demanda, do que em ações preventivas e educativas. Nesse sentido, é papel das instituições formadoras mostrar aos acadêmicos os caminhos para que a atuação do fisioterapeuta não fique só no atendimento domiciliar, mas englobe todas as possibilidades de ações nesta área.

O atendimento domiciliar, dentre todas as atividades do fisioterapeuta na atenção básica, talvez seja o mais praticado em razão da importância dessa atividade. Por esse tipo de atendimento, o fisioterapeuta consegue colocar em prática o conceito de atenção integral ao indivíduo. O contato direto com o usuário em sua casa estreita a relação entre o profissional e o usuário e a família, pois possibilita conhecer a rotina e o cotidiano familiar, tornando a intervenção mais eficiente.

Vários autores afirmam a importância do trabalho do fisioterapeuta na atenção básica. Dentre estas, destacam-se: o tra-

balho da fisioterapia pode funcionar como uma ponte entre a comunidade e a equipe de saúde, favorecendo a troca de informações (Freitas, 2006); o fisioterapeuta na ABS atua nos níveis de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, além de promover educação continuada e a participação popular (HASS, 2003; RAGASSON *et al*, 2006); o fisioterapeuta pode ser considerado um agente multiplicador de saúde na atenção básica, pois além de contribuir para uma assistência integral e equânime e atuar em todos os níveis de atenção, conseqüentemente, promove a melhoria da qualidade de vida da população (FERREIRA *et al*, 2005).

3.2 O Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi adotado pelo governo federal como eixo estruturante da Atenção Básica no SUS em meados da década de 90.

A necessidade de implementação de estratégias que viabilizassem um serviço de saúde universal, integral, eficaz, eficiente, com equidade e participação popular, fez surgir a Estratégia Saúde da Família. A proposta de humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de corresponsabilidade, estabelecido entre os serviços de saúde e a população, fazem do Programa de Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do modelo assistencial da saúde brasileira (BRASIL *et al*, 2005).

O trabalho de equipes multiprofissionais no PSF é a principal característica dessa estratégia de ação na atenção básica. A equipe compõe-se, no mínimo, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde e, quando ampliada, inclui um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, como já citado anteriormente.

Nos documentos oficiais, como o

do Ministério da Saúde (2003), não são encontradas atribuições específicas do fisioterapeuta na ESF. Porém, Ragasson *et al* (2006, pág. 4-5), a partir da vivência prática de fisioterapeutas em Residência em Saúde da Família, elaboraram um perfil com as atribuições desse profissional na equipe, o qual também foi abordado por Silva *et al* (2005, pág. 17-18). Segundo esses autores, as atribuições do fisioterapeuta na ESF são:

- executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida, intervindo na prevenção, por meio da atenção primária e também em nível secundário e terciário de saúde;
- realizar atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas, pacientes acamados ou impossibilitados. Encaminhando aos serviços de maior complexidade, quando necessário;
- prestar atendimento pediátrico a pacientes portadores de doenças neurológicas com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, má formação congênita, distúrbios nutricionais, afecções respiratórias, deformidades posturais;
- orientar os pais ou responsáveis, contando com a dedicação e cola-

boração da família, para que o procedimento seja completo e eficaz;

- realizar técnicas de relaxamento, prevenção e analgesia para diminuição e/ou alívio da dor nas diversas patologias ginecológicas;

- atuar no pré-natal e puerpério realizando condicionamento físico, exercícios de relaxamento e orientações;

- desenvolver atividades físicas e culturais para a terceira idade, preservando a independência funcional do idoso, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo complicações decorrentes da idade;

- desenvolver programas de atividades físicas, condicionamento cardiorrespiratório, e orientações nutricionais para o obeso;

- prescrever atividades físicas, principalmente exercícios aeróbicos, em patologias específicas como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tuberculose e hanseníase, a fim de prevenir e evitar complicações;

- atender de forma integral às famílias por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais, visando assistência e inclusão social de portadores de deficiências.

Como exemplos práticos dessas atribuições, cita-se o trabalho que a fisioterapia faz com grupos de gestantes, grupos de prevenção e correção postural; grupos de mães de crianças com os mais diversos acometi-

mentos; grupos de idosos; atuação na saúde da criança; atendimento individual na UBS ou no domicílio; estimulação em crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; atuação nas creches; resgate dos cuidadores dentro do ambiente familiar; orientações de saúde em geral, não só relacionada a fisioterapia; educação em saúde em escolas e empresas, dentre tantas outras.

A corresponsabilidade dos governos municipais e federal pelo financiamento das equipes de Saúde da Família, somada à diretriz apresentada pelo Ministério da Saúde para sua composição mínima, cria a necessidade de ampliar a discussão sobre a integração, nas equipes, de outras categorias profissionais não contempladas diretamente na proposta do governo federal, assim como sobre as possíveis formas de se fazer essa integração (REZENDE *et al*, 2009).

O fisioterapeuta não é um profissional que integra a equipe mínima proposta para

o PSF, mas vem conquistando seu espaço nos últimos anos. De acordo com as necessidades locais dos municípios, ele pode integrar uma equipe multiprofissional de apoio às equipes de Saúde da Família.

Com a ocorrência das transformações demográficas e epidemiológicas, acrescidas da implantação do PSF, percebeu-se a importância da inserção do fisioterapeuta na equipe do Programa.

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, tendo em vista que sua regulamentação só ocorreu em 2008, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Com o NASF, surgiu a necessidade de organizar as práticas profissionais da Fisioterapia, em todas as ações de sua responsabilidade, na Estratégia de Saúde da Família. Sendo assim, cabe aos profissionais da área, em especial os que atuam no Ensino Superior de Fisioterapia, estimular esta práti-

ca profissional, principalmente na formação dos novos fisioterapeutas.

3.3 Ações fisioterapêuticas voltadas para a promoção e prevenção em saúde

A definição mais recente de promoção da saúde está presente na Carta de Ottawa (1986), que afirma ser o nome dado ao “[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002(b)).

Como já discutido anteriormente nesse material, o fisioterapeuta, que tinha suas ações voltadas, quase que exclusivamente, à cura de doentes e à reabilitação de sequelados, vem reestruturando suas práticas profissionais e redefinindo seu campo de atuação.

Portes *et al* (2011, pág. 3-7), através de um revisão da literatura sobre a atuação fisioterapêutica na Atenção Básica, encon-

traram as seguintes categorias de atuação profissional: educação em saúde, atividade domiciliar, atividade de grupo, investigação epidemiológica e planejamento das ações, atividades interdisciplinares, atuações acadêmicas, atendimentos individuais na UBS, atenção aos cuidadores, atuações intersetoriais e acolhimento. Já Bispo Júnior (2010, pág.6-8), em seu trabalho sobre os desafios e as novas responsabilidades profissionais da fisioterapia em saúde coletiva, traz como possibilidades da fisioterapia na Atenção Básica: vigilância dos distúrbios cinesiofuncionais, orientações posturais, desenvolvimento da participação comunitária e desenvolvimento de ambientes saudáveis e incentivos a estilos de vida saudáveis. Barros *et al* (2005) também destacaram as atividades fisioterapêuticas desenvolvidas na unidade básica de saúde, que foram descritas anteriormente.

Portanto, observa-se a existência de muitas ações do fisioterapeuta na atenção

básica, que visam promoção e prevenção em saúde. Contudo, é preciso que seja dada a mesma tratativa para essas ações na formação de novos profissionais, em relação às atividades reabilitadoras.

Portes *et al* (2011, pág. 7-8) propõem algumas diretrizes para o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária à saúde, com a intenção de que estas sejam ampliadas, discutidas e reformuladas:

- 1) as atividades domiciliares devem apresentar um perfil mais interdisciplinar;
- 2) nas atividades de grupo, devem ser priorizadas as ações de promoção de saúde, não focalizando as patologias como forma de identificação dos grupos;
- 3) na formação profissional do fisioterapeuta, é importante que haja uma maior capacitação nas ações de educação em saúde;
- 4) a investigação epidemiológica para o planejamento das ações deve estar contida em todo o processo de trabalho;
- 5) as ações interdisciplinares devem ser priorizadas em todas as atividades;
- 6) uma articulação permanente deve ser estabelecida com a formação profissional através de atividades

acadêmicas;

7) o acolhimento integrado e qualificado deve ser uma prática que corresponda às ações em saúde de todos os profissionais da saúde;

8) os atendimentos individuais na unidade básica de saúde devem levar em consideração a singularidade de cada usuário e podem ser trabalhados para o encaminhamento ao setor secundário, para as orientações de autocuidado, para o acolhimento integrado ou no sentido de preparar o indivíduo para as atividades em grupo;

9) as ações de promoção da saúde devem atender às necessidades que o usuário apresenta como sujeito único e portador do direito à saúde; e

10) a intersetorialidade e o sistema de referência e contrarreferência devem ser adotados nas práticas da atenção primária à saúde.

Algumas categorias de atuação profissional propostas por Portes *et al* (2011) serão consideradas a seguir para exposição das ações fisioterapêuticas voltadas para à promoção e prevenção em saúde.

3.3.1 Educação em saúde

Educação em saúde é o trabalho que profissionais da saúde fazem de levar o co-

nhcimento para as pessoas da comunidade, para que estas possam desenvolver seu senso crítico no que diz respeito à sua saúde. Através da aquisição de conhecimento, as pessoas podem tomar decisões sobre suas vidas e o ambiente em que vivem, para que tenham uma boa qualidade de vida e afastem os riscos de desenvolverem doenças.

Assim como o indivíduo tem direito à informação, o cidadão tem o dever de se informar. Porém, acredita-se ser papel dos profissionais da saúde levar seus conhecimentos às comunidades, para promover saúde e prevenir doenças. Durante a formação acadêmica o futuro profissional aprende a educar para a saúde, para que seja fortalecida a tendência de estimular a atuação do fisioterapeuta na atenção básica.

Na educação em saúde, o fisioterapeuta trabalhará com temas não só ligados à fisioterapia, mas referentes à saúde das pessoas de maneira integral. O fisioterapeuta tam-

bém pode interagir com a equipe multiprofissional, articulando seu trabalho aos demais membros, em especial aos agentes comunitários. Para informar a população, o fisioterapeuta dispõe de diversas estratégias.

Uma delas é a realização de palestras em escolas, em empresas, na unidade básica de saúde, em grupos de apoio. Outra forma de divulgar informações é pela elaboração de panfletos informativos. Também se pode fazer dias de ação nos mais variados locais, unindo as diversas estratégias. Por exemplo, fazer um dia de ação sobre hipertensão arterial, realizando palestra, aferindo a pressão das pessoas e informando, com panfletos, sobre os riscos à saúde que o mau controle da pressão pode causar.

A educação em saúde por parte de fisioterapeutas deve ser incentivada durante a formação e em serviços de fisioterapia. Durante uma sessão de atendimento, o fisioterapeuta já começa a exercer o papel de edu-

cador. Na anamnese, ao coletar informações como estado geral de saúde, hábitos de vida e antecedentes pessoais, o fisioterapeuta passa informações pertinentes a cada caso, no intuito de promover saúde e estimular o indivíduo a prevenir situações a que ele esteja sujeito, que prejudiquem sua saúde e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Em serviços que possuem equipe multidisciplinar, a educação em saúde também é estimulada. Ela pode ocorrer tanto entre os profissionais, e cada um oferecerá contribuições relacionadas à sua especialidade, quanto entre a equipe e o público que por ela é atendido.

O atendimento domiciliar também oferece oportunidade para educação em saúde. No domicílio, além de se dedicar à recuperação, reabilitação e readaptação do paciente, procura-se identificar, através do diálogo, as atividades desenvolvidas naturalmente pelos familiares e cuidadores, e observa-se a ne-

cessidade de incentivar e orientar as possíveis ações, promovendo uma saúde integral. Estimula-se, assim, as atividades favoráveis dentro da realidade de cada família, cuidador e domicílio, valorizando e reconhecendo a sua participação como membro da equipe de saúde (TORRES, ESTRELA e RIBEIRO, 2009).

3.3.2 Atividade domiciliar

O atendimento domiciliar realizado por fisioterapeutas teve início nos anos 70, nos Estados Unidos, França e Inglaterra. No Brasil começa na década de 80, e foi regulamentado apenas em 2002. No dia quinze de abril de 2002, a Lei 10.424 foi sancionada acrescentando novo capítulo e artigo à Lei 8.080, que criou o Sistema Único de Saúde. A nova Lei inclui os procedimentos fisioterapêuticos entre os cobertos para atendimento e internação domiciliar. Essa atenção, que antes ocorria de forma espontânea, em poucos municípios, agora deverá ser realizada por

equipes multiprofissionais, que atuarão nos níveis de incidência preventiva, terapêutica e reabilitadora.

A Lei 10.424 pode ser consultada no endereço eletrônico

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm

Hoje, o atendimento domiciliar é uma atividade bastante comum de ser realizada por fisioterapeutas que atuam na atenção básica em saúde. Ragasson *et al* (2007) o descreveram como imprescindível ao fisioterapeuta, pois permite conhecer realidade das pessoas, observar como são executadas as atividades de vida diária, e para tudo que precisa de intervenção são feitos os encaminhamentos e orientações necessárias.

O acesso do fisioterapeuta ao domicílio permite uma vivência muito significativa. Ao chegar ao domicílio, o profissional tem que aprimorar suas possibilidades de intervenção, avaliar a atmosfera em que o paciente

vive, recebe informações que podem contribuir para melhorias no tratamento (HAAS, 2003). Todos esses subsídios permitem um melhor direcionamento das ações, o que propiciará uma melhor efetividade do tratamento e, conseqüentemente, melhor resolutividade dos problemas apresentados pelo paciente.

Assim como na educação popular, os projetos de extensão universitários são excelentes oportunidades de estimular a atividade domiciliar durante a graduação.

Com o projeto de extensão *Fisioterapia na comunidade*, desenvolvido nos anos de 2002 a 2004 e do projeto de extensão *Fisioterapia Domiciliar* realizado em 2007 e 2008, em localidades diferentes, no município de Guaruva-Pr, como docente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Centro-Oeste -UNICENTRO, pode-se desenvolver, junto com os acadêmicos de graduação em fisioterapia, atendimentos domiciliares. Para a execução dos projetos, foi realizado levanta-

tamento de pacientes domiciliares, nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros, e em seguida estes eram visitados e convidados a participar do projeto. Realizava-se avaliação fisioterapêutica por meio de fichas específicas e, em seguida, iniciavam os atendimentos domiciliares, que ocorriam duas vezes por semana, com duração de uma hora cada. A evolução dos pacientes era registrada após cada atendimento.

Os pacientes apresentavam quadros clínicos variados, mas melhoras como ganho de mobilidade, prevenção de complicações, motivação e envolvimento da família foram observados em todos os casos. Além dos benefícios aos pacientes, os projetos foram fundamentais para a evolução formativa dos acadêmicos. Por meio desses projetos, ficou evidente que envolver acadêmicos de fisioterapia em atendimentos domiciliares é fundamental para a formação de profissionais conhecedores da realidade da Saúde Pública no

Brasil.



Foto 1 - Projeto Fisioterapia na comunidade (2003)

Fonte: Arquivo pessoal



Foto 2 - Projeto Fisioterapia na comunidade (2004)

Fonte: Arquivo pessoal



Foto 3 - Projeto Fisioterapia na comunidade (2003)

Fonte: Arquivo pessoal



Foto 4 - Projeto Fisioterapia domiciliar (2007)

Fonte: Arquivo pessoal

As atividades domiciliares, em geral, estão relacionadas aos pacientes que apresentam impossibilidade de se deslocar até as unidades de saúde. A realização de visitas domiciliares multiprofissionais é escassa, em virtude do tempo demandado para o deslocamento da equipe e todo o processo de intervenção.

A relevância da assistência fisioterapêutica domiciliar na comunidade se justifica pelo fato de que muitas pessoas enfrentam obstáculos de acesso aos serviços de saúde

por diversos fatores, como a distância entre o local de moradia e os serviços que prestam atendimento fisioterapêutico, a limitação física que impede o deslocamento em transportes coletivos, os custos financeiros com deslocamentos e até mesmo a insuficiência de vagas nos serviços. Segundo Torres, Estrela e Ribeiro (2009), estes obstáculos podem fazer com que muitas pessoas tenham seus problemas de saúde agravados, e dificultado ou impossibilitado o processo de reabilitação, como também gerado uma assistência inadequada à saúde.

A assistência fisioterapêutica domiciliar, à luz da educação em saúde, ao mesmo tempo que promove uma assistência à população desassistida, amplia a visão de saúde como processo educativo. A realização de projetos de extensão universitários, com o atendimento no domicílio em comunidades desassistidas pela fisioterapia, não soluciona o problema, mas com certeza contribui para

que uma pequena parcela dos que estão excluídos do acesso ao serviço de fisioterapia possam ter um atendimento. Além disso, é um mecanismo excelente para proporcionar aos acadêmicos um contato com a saúde coletiva.

O desafio para ser enfrentado em relação ao atendimento domiciliar é encontrar soluções em relação ao tempo dedicado à atividade domiciliar e à metodologia de eleição dos usuários que necessitam de atendimentos. Essa estratégia de seleção é definida por cada equipe de saúde, de acordo com a realidade e as necessidades de cada localidade, levando-se em conta o custo benefício desta ação. É fato que o atendimento domiciliar demanda de mais tempo em virtude do deslocamento dos profissionais, mas o benefício levado ao paciente e sua família são imensuráveis.

Para a seleção dos domicílios que precisam ser visitados, o fisioterapeuta conta com o trabalho dos agentes comunitários

de saúde - ACS. Loures e Silva (2010) encontraram diversos autores que concordam com esta afirmação. Em diversos estudos os ACS elaboravam listas de pacientes, identificados por meio de busca ativa em suas respectivas microáreas. Em alguns casos, os ACS fazem a triagem prévia, discutem os casos com os acadêmicos e realizam o acompanhamento dos pacientes e de seus familiares. O atendimento fisioterapêutico domiciliar pode ainda ser complementado pelo monitoramento dos agentes, que observam as orientações dadas e acompanham o paciente no intervalo entre as visitas do fisioterapeuta.

Talvez o acompanhamento dos ACS aos pacientes seja um grande aliado no processo de transpor as dificuldades na implementação mais efetiva do atendimento domiciliar.

3.3.3 Atividade de grupo

Atividades em grupo, em Saú-

de Coletiva, podem ter dois aspectos: interagir com pessoas em condições de saúde semelhantes, promover atendimento coletivo para suprir a demanda. Em ambos os casos, as ações podem ser de promoção e prevenção em saúde, bem como de tratamento conjunto, quando o grupo apresentar a mesma patologia ou disfunção. É importante ressaltar que, para as atividades de tratamento coletivo terem resultados positivos, o grupo deve ser homogêneo.

Na maioria das vezes, as pessoas gostam das atividades em grupo, por elas serem mais prazerosas, e por estarem junto à pessoas com as mesmas condições ou dificuldades. As atividades podem ser realizadas com pessoas de todas as faixas etárias. Contudo, o mais frequente é encontrar na literatura atividades em grupo apenas para a terceira idade. Abaixo, imagens de atividades do projeto de extensão *Fisioação*, desenvolvido em 2006 por acadêmicos de fisioterapia da UNI-

CENTRO em um asilo.



Foto 5 - Projeto Fisioação (2004)

Fonte: Arquivo pessoal



Foto 6 - Projeto Fisioação (2004)

Fonte: Arquivo pessoal

Os grupos foram formados considerando quem deambulava e quem era cadeirante, buscando a harmonia entre eles. Assim, eram realizadas atividades específicas para cada grupo. Para o grupo de cadeiran-

tes as atividades eram mais restritas, devido à limitação física, porém eram planejadas de maneira que todos pudessem participar.

O planejamento das atividades para o grupo deve ser criterioso, para que se evitem situações desconfortáveis. Ao passo que traz interação, divertimento e troca de experiências, pode trazer frustrações caso um dos membros não desempenhe as atividades propostas como os demais.

As atividades em grupo podem ser direcionadas para todas as faixas etárias. Ações de promoção e prevenção em saúde são direcionadas ao usuário em sua idade produtiva, para estimular a saúde do trabalhador. Para adultos jovens, também são propostas atividades em grupo para indivíduos com doenças que envolvem o sistema cardiorrespiratório ou músculo-esquelético como, por exemplo, grupo de caminhada para hipertensos e o programa de atenção aos diabéticos (SAMPAIO, 2002).

Para a saúde do idoso, existem atividades para grupos posturais e de exercícios, não enfocando nenhuma disfunção específica do processo de envelhecimento. Neste sentido, parece que esta atividade está embasada no conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial de Saúde, podendo também serem feitos grupos com determinadas condições, como grupos de diabéticos, com seqüela de acidente vascular encefálico ou artrose. Nesse grupo, podem ser propostas atividades de tratamento coletivo, com grupos homogêneos, como apontado anteriormente.

As atividades relacionadas à saúde da mulher abrangem grupos de mastectomizadas, gestantes, mulheres no pós-parto, com incontinência urinária e no climatério. Também pode-se pensar em grupos para promoção da saúde, visando melhora da postura e flexibilidade.

Na saúde da criança e de adolescen-

tes os grupos podem ser formados para se trabalhar a estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor normal e anormal, estimulação de crianças com quadros neurológicos, tratamentos respiratórios, atividades para correção postural realização de grupos com mães de crianças com estes acometimentos, psicomotricidade, dentre outras.

Na prática, e na literatura, encontram-se atividades em grupo mais voltadas para situações específicas do que para promoção e prevenção em saúde, cabendo, mais uma vez, ao fisioterapeuta e às instituições de ensino superior, praticar e incentivar esta prática.

3.3.4 Atividades interdisciplinares

A atuação interdisciplinar da saúde se configura como uma das diretrizes do Programa Saúde da Família, porém a ação conjunta dos profissionais da saúde nas ações na atenção básica ainda não é uma prática co-

mum (PORTES *et al*, 2011). Neste contexto, coloca-se em prática a Saúde Pública, por meio de ações voltadas para grupos sociais ou populações.

Sabe-se que, para alguns profissionais, atuar de maneira interdisciplinar não é uma tarefa fácil. Contudo, em saúde, esta prática deve ser estimulada, pois potencializa as ações de cada profissional e melhora os resultados obtidos pelo paciente. Por exemplo, um paciente que sofreu um acidente vascular encefálico e apresenta disfagia, hemiparesia e depressão, precisará de cuidados de fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia e psicologia. Se esses profissionais atuarem de maneira interdisciplinar, o prognóstico do paciente será mais satisfatório. O fisioterapeuta pode orientar a nutricionista sobre uma maneira adequada de o paciente posicionar-se para se alimentar, o psicólogo pode orientar o fisioterapeuta maneiras de estimular o paciente durante as sessões de fisioterapia, e assim

por diante. Discutir os casos clínicos entre a equipe traz contribuições significativas para a reabilitação de pacientes.

A interdisciplinaridade também ocorre em ações preventivas e de promoção de saúde. Para estimular a prevenção da diabetes, por exemplo, podem ser executadas ações com médico, nutricionista, educador físico, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, pois todos esses profissionais atendem essa enfermidade depois que ela está instalada.

Assim como a educação em saúde e as atividades em grupo, as atividades interdisciplinares, e aqui colocam-se todas as áreas da saúde, não só a fisioterapia, são práticas a serem estimuladas na graduação, ou seja, na formação desses profissionais.

Como exemplo, mostrado na Foto 7, há um dia de ações interdisciplinares e acadêmicas na Paróquia Santana, no município de Guarapuava-Pr. Nesse dia, o padre conseguiu

reunir universidade, faculdades, membros da igreja e da comunidade que ofereceram serviços à população, como avaliação postural por acadêmicos de Fisioterapia, avaliação de feridas com alunos da Enfermagem, recreação por acadêmicos de Educação Física, avaliação nutricional, serviços de cartório, corte de cabelo, assessoria jurídica, entre outros.



Foto 7 – Dia de ação na Paróquia Santana, Guarapuava-Pr (2012)

Fonte: Arquivo pessoal

3.3.5 Atuações acadêmicas

O envolvimento de acadêmicos da graduação em Fisioterapia no âmbito das ações na atenção básica ocorre por meio de estágios curriculares, projetos de pesquisa e projetos de extensão. Algumas disciplinas, como Saúde Coletiva e Fisioterapia e Fisioterapia Preventiva, também podem oferecer oportunidades de atuações acadêmicas junto à comunidade.

Geralmente, o envolvimento acadêmico dos cursos de Fisioterapia, em unidades escolares, nos centros de saúde, associações, se dá exclusivamente sob a supervisão de docentes. É através das atuações acadêmicas que o aluno coloca em prática a teoria e a prática, realizando suas primeiras sessões de atendimento. O aprendizado adquirido com essa atividade é fundamental para a formação profissional, pois permite experiência que a sala de aula não é capaz de proporcionar,

como a relação terapeuta-paciente, os estudos de casos reais, muitas vezes fora dos padrões encontrados na literatura, exercício da criatividade quando o paciente não consegue realizar aquilo que foi proposto a ele, contato com casos raros, entre outras.



Foto 8 - Estágio Clínica Escola de Fisioterapia da Unicentro (2007)

Fonte: Arquivo pessoal



Foto 9 - Estágio Clínica Escola de Fisioterapia da Unicentro (2007)

Fonte: Arquivo pessoal

Durante a graduação, o acadêmico tem a oportunidade de participar de projetos de pesquisa e extensão, que lhe proporcionam contato com pacientes e comunidade. Nos últimos anos do curso, são os estágios supervisionados que proporcionam o aprendizado mais específico. Os alunos passam por diversos campos de estágio como clínicas, hospitais e associações, atuando em variadas áreas como ortopedia, pediatria, neurologia, cardiopulmonar, preventiva, dermatofuncional, entre outras.

Nas disciplinas com atividades práticas, ações junto à comunidade podem ser estimuladas. Por exemplo, na disciplina de Fisioterapia Geriátrica, as práticas podem ser realizadas junto a grupos de idosos, com atividades de educação em saúde, como palestras, atividades em grupo, enfatizando as habilidades motoras, atividades interdisciplinares, como avaliações de fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas.

As atividades acadêmicas que são realizadas fora da sala de aula, junto à comunidade, seja por meio de práticas, projetos de extensão ou estágios, têm um papel fundamental na formação do fisioterapeuta, pois ele pode colocar em prática os aprendizados técnicos, ao mesmo tempo em que conhece a realidade das pessoas com que, após graduado, passará a conviver.

3.3.6 Atenção aos cuidadores

Além de cuidadores de idosos, o fisioterapeuta convive com cuidadores de pacientes neurológicos, de crianças síndrômicas, de sequelados de traumas ortopédicos, dentre outros.

No Brasil, cada vez mais pessoas encontram-se na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária, ou seja depende de cuidadores. Na maioria dos casos o cuidador é um familiar, que

mais frequentemente é a mulher. Esta pode ser cuidadora de marido, pais ou mesmo filhos, geralmente reside no mesmo domicílio, deixa suas atividades para atender aquele ente que precisa. Nesse sentido, o fisioterapeuta pode ter o cuidador como um auxiliar, mas é importante também dar atenção a quem está cuidando, proporcionando orientações que facilitem o trabalho, que o cuidador procure ajuda quando necessitar, que tenha um tempo só para ele, para que não venha a adoecer.

Quando o cuidador é um membro da família, o ambiente familiar se torna um facilitador do tratamento diferenciado ao paciente, pois só o ambiente já é um estimulador do tratamento, além dos cuidados, carinho e afeto oferecidos pela família. O fisioterapeuta deve conhecer a relação cuidador-paciente, para promover as orientações necessárias para os cuidados diários com o paciente.

Por meio do Projeto de extensão *Fisiocuida*, desenvolvido em 2006 por docente e

acadêmicos do curso de Fisioterapia da UNICENTRO, foram realizadas visitas domiciliares e orientações aos cuidadores de pacientes neurológicos atendidos pela Clínica Escola de Fisioterapia da UNICENTRO. Além dos ensinamentos propostos pelo projeto, houve aprendizado com os cuidadores, ressaltando a importância da troca de experiências entre o técnico e a vivência pessoal de cada um deles.

Nas imagens abaixo, algumas adaptações encontradas nos domicílios visitados.



Foto 10 – Projeto Fisiocuida (2006)
Fonte: Arquivo pessoal



Foto 11 – Projeto Fisiocuida (2006)
Fonte: Arquivo pessoal

O fisioterapeuta deve ter claro, em suas atividades, promover orientações aos cuidadores de seus pacientes, para que possam ser coadjuvantes na melhora dos casos e da qualidade de vida dos pacientes. E, muitas vezes, o fisioterapeuta pode se surpreender com orientações de cuidados que ele receberá de cuidadores, pois a convivência diária e a realização de cuidados podem ensinar uma prática que o fisioterapeuta não terá em sua formação.



Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, pode-se compreender melhor as transformações pelas quais a Fisioterapia passou desde a sua criação.

Inicialmente uma profissão voltada para a reabilitação, hoje a Fisioterapia se mostra bastante presente na Atenção Básica, por meio da prevenção e promoção da saúde. Entretanto, esta atuação ainda está se solidificando, mas o que satisfaz é que este assunto é amplamente estudado e discutido no âmbito acadêmico, o que poderá consolidar esta área de atuação do fisioterapeuta, a prevenção e promoção da saúde, assim como ocorreu com a reabilitação.

Os projetos executados e apresentados no último capítulo são exemplos de que a atuação do fisioterapeuta na saúde coletiva pode se dar em diversos locais, e ser direcionada para os mais diferentes públicos. Os resultados obtidos com experiências de extensão devem ser incorporadas ao ensino, com o



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão dos aspectos históricos da Saúde no Brasil permite entender como ocorreu e ocorre o processo saúde-doença em uma população. Conhecer e discutir a legislação brasileira e documentos do Ministério da Saúde que tratam da saúde pública brasileira dá embasamento a profissionais da saúde e porque não, a cidadãos que usam o

intuito de aproximar a prática profissional da
atenção básica.



ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema único de Saúde*. São Paulo: Atheneu, 2006.

BARROS, F.B.M. *História e legislação do SUS e Saúde da Família – problematizando a realidade da saúde pública*. Rio de Janeiro: Agbook, 2011.

BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 2006.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, vol.15, suppl.1, p. 1627-1636, 2010.

BRASIL, A.C.O; BRANDÃO, J.A.M; SILVA, M.O.N; FILHO, V.C.G. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral-Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza-CE;, vol. 18, n.1, 2005.

BRASIL. Decreto-Lei 938. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 14 out. 1969.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à epidemiologia moderna*. Salvador, Rio de Janeiro: Apce Produtos do Conhecimento e ABRASCO , 1992.

ARANTES, R. C.; MARTINS, J. L. A.; LIMA, M. F.; ROCHA, R. M.; SILVA, R. C.; VILLELA, W. V. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. *Revista de APS (Atenção Primária a Saúde)*, Juiz de Fora –MG, v.11, n.2, abr.-jun. 2008.

BRASIL. Resolução COFFITO nº 08. Aprova as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 nov. 1978.

BRASIL. Resolução COFFITO nº 80. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 21 mai. 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, Brasília, 1997.

BRASIL. Resolução CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne>. Acesso em 07 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saú-

de. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (b).

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Aprovação do Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO-10 de 3 de julho de 1978. Disponível em: <http://www.coffito.org.br>

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Complementação da COFFITO-8 e COFFITO-37 e outras providências. Resolução COFFITO-80 de 9 de maio de 1987. Disponível em: <http://www.coffito.org.br>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Leis Orgânicas. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/>. Acesso em 28 de novembro de 2011.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília, 2003.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Coleção Progestores – para entender o SUS. Volume 8 – Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, 2007.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Coleção Progestores – para entender o SUS. Volume 9 – Assistência de Média e Alta Complexidade. Brasília, 2007.

DIAS, G. *et al.* A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. *Historia, Ciências, Saúde -Manguinhos* [online], Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3, p. 779-800, 2007.

FERREIRA, F.N; LEÃO, I; SAQUETO, M.B; FERNANDES, M.H. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. *Revista Saúde Comunitária*. 2005; 1(1):35-43.

FLETCHER, R. H; FLETCHER, S. W; WAGNER, E. H. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FREITAS, M.S. *A atenção básica como campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Estado Rio de Janeiro, 2006. 138f.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. São Paulo, vol.21, n.2, p. 490-498, 2005.

HAAS D. A evolução da assistência a saúde pública no Brasil e a interação da fisioterapia no contexto atual [trabalho de conclusão de curso]. Cascavel (PR): Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2003.

LOURES, L. F; SILVA, M. C. S. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* [online], Rio de Janeiro, vol.15, n.4, p. 2155-2164, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. *Rev. Bras. Saúde de Matern. Infant.*, Recife, 3 (2): 221-224, abr. / jun., 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pr-tGM399_20060222.pdf. Acesso em 02 de novembro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assessoria de Comunicação. Cartilha entendendo o SUS. Brasília-DF, 2007. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=136. Acesso em 17 de março de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: *Cadernos*

de Atenção Básica, n.19, 2006.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS 1996 – NOB-SUS/96. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em 26 de março de 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: Organização Mundial da Saúde; Nov 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.

PORTAL DA SAÚDE - SUS. Do sanitário à municipalização. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126. Acesso em 12 de março de 2012.

PORTAL DA SAÚDE - SUS. Programa Saúde da Família – Responsabilidades das esferas gestoras em atenção básica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/faq/faqcategoria.cfm?idcat=941&idquest=2342>. Acesso em 12 de novembro de 2011.

PORTAL ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública. Histórico da Saúde Pública. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/historico-da-saude>. Acesso em 30 de março de 2012.

PORTARIA Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em 15 de novembro de 2011.

PORTARIA GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2011.

PORTARIA 2048 MS, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em 27 de março de 2012.

PORTES, L. H; CALDAS, M. A. J; DE PAULA, L. T; FREITAS, M. S. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Revista de APS (Atenção Primária a Saúde)*, Juiz de Fora – MG, v.14, n.1, jan.-mar. 2011.

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*, Londrina-PR, vol.13, n.2, p.1-8, 2006.

REZENDE, M; MOREIRA, M.R; AMÂNCIO FILHO, A; TAVARES, M.F.L. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 14, supl.1, p.1403-10. 2009.

RIBEIRO, K.S.Q.S. *Fisioterapia na comunidade: buscando caminhos na atenção primária à saúde a partir de um projeto de extensão universitária* [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba, 2001.

SAMPAIO, R.F. Promoção de saúde, preven-

ção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma unidade básica de saúde. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba-PR, vol.15, n.1, p. 19-23, abr.- set, 2002.

SAÚDE DA FAMÍLIA. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 15 de abril de 2012.

SILVA, D. W; TRELHA, C. S; ALMEIDA; M. J. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família. *Revista Olho Mágico*, Londrina-PR, v. 12, n. 1, p.15-19, 2005.

SOUZA; R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.6, n.2, p.451-455, 2001.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S; VILASBÔAS; A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, vol.7, n.2, p.7-28, 1998.

TORRES; C. K. D., ESTRELA; J. F. M; RIBEIRO; K. S. Q. S. Contribuição da educação popular no atendimento fisioterapêutico domiciliar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,

ro, vol.14, n.5, p.1877-1879, 2009.

TRELHA, C.S; SILVA, D.W; LIDA, L.M;
FORTES, M.H; MENDES, T.S. O fisio-
peuta no programa de saúde da família em
Londrina (PR). *Revista Espaço para Saúde*. jun;
vol.8, n.2, p. 20-5, jun 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Declaration of Alma-Ata. International Con-
ference on Primary Health Care. Alma-Ata:
World Health Organization, 1978.