

GABRIELA PEREIRA AVOLIO

FISIOTERAPIA NO PSF: UMA PROPOSTA DE AÇÃO PARA O MUNICÍPIO DE CABO  
FRIO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de  
Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de  
mestre em Saúde da Família.  
Orientador Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra.

Rio de Janeiro  
2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

GABRIELA PEREIRA AVOLIO

FISIOTERAPIA NO PSF: UMA PROPOSTA DE AÇÃO PARA O MUNICÍPIO DE CABO  
FRIO, ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Dissertação apresentada à  
Universidade Estácio de Sá como  
requisito parcial para a obtenção do  
grau de mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra

---

Prof.Dr. Luis Guilherme Barbosa

---

Prof. Dra.Luciana Borges

Aos meus pais,  
Carlos e Carolina, e  
para meu marido Kiito.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força.

Ao meu orientador Carlos Serra pela sabedoria e incentivo à pesquisa.

Ao professor Luis Guilherme Barbosa pela dedicação e paciência às minhas incessantes solicitações; e pelos longos momentos de discussão que, para mim, sempre foram muito proveitosos.

À Luciana Borges, pelas sugestões nos momentos difíceis.

À coordenação do PSF de Cabo Frio, pela acolhida carinhosa que, além de estarem sempre prontos a me orientar na área do Programa Saúde da Família com suas importantes contribuições, me permitiram participar do convívio com suas equipes, que muito enriqueceram a minha experiência pessoal e profissional.

À minha tia Carmen Lucia, pela correção ortográfica.

Aos meus amigos e colegas do mestrado, pelas brincadeiras, amizade e palavras de conforto, em especial Maura e Vinícius, pela terapia nos almoços durante o mestrado.

À minha família, pelo carinho e compreensão com a minha constante ansiedade e impaciência, sabendo entender a minha ausência em alguns momentos, para me dedicar à elaboração desta dissertação.

“Quem não sabe o que procura, não entende o que encontra”  
(Claude Bernard).

## RESUMO EM LÍNGUA VERNÁCULA

Este estudo pretende trazer elementos para o debate sobre a pertinência do fisioterapeuta junto à equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e contribuir para sua possível participação efetiva no PSF de Cabo Frio. O levantamento do perfil epidemiológico da população cadastrada no PSF do Município possibilitou identificar processos fisiopatológicos e incapacidades funcionais instaladas, onde a intervenção do fisioterapeuta tanto nas Unidades PSF quanto no domicílio pode ser benéfica. Os resultados obtidos permitiram apresentar uma proposta de ação da fisioterapia para o PSF de Cabo Frio, que deverá ser acompanhada e avaliada durante um período de cinco anos, afim de possibilitar, de forma gradativa, a implantação do serviço de Fisioterapia no Programa Saúde da Família do Município. A pesquisa de caráter qualitativa teve como meio um estudo de caso com finalidade propositiva. Foram entrevistados os profissionais das 22 ESF, através de 3 grupos focais: médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde. Entre os resultados da pesquisa, pode-se destacar que: 1) 100% dos enfermeiros, 100% dos agentes comunitários de saúde (ACS) e 92,3% dos médicos consideram importante a participação do fisioterapeuta e seus recursos no PSF como mais um elemento de ação para a qualidade de vida da comunidade; 2) 87,5% dos ACS não se consideram capacitados para orientar as famílias em questões relativas à fisioterapia e 84,61 % dos médicos e 100% dos enfermeiros não se consideram capacitados em questões específicas da fisioterapia e 3) 75% dos ACS, 92,3% dos médicos e 100% dos enfermeiros consideram existir demanda suficiente para a fisioterapia.

*Palavras chave: Fisioterapia, Programa saúde da Família (PSF)*

## ABSTRACT

This study intends to bring elements for the debate on the relevancy of the physiotherapist next to the Family Health Program's team (FHP) and to contribute for its possible effective participation in the FHP of Cabo Frio. The survey of the epidemiologist profile of the population registered in the FHP of the city made possible to identify physiopathological processes and installed functional incapacities, in which the intervention of the physiotherapist not only in the FHP Units PSF but also in the residences can be beneficial. The obtained results had allowed presenting a proposal of action of the physiotherapy for the FHP of Cabo Frio that should be followed and evaluated during a period of five years in order to make possible, in a gradual way, the implantation of the physiotherapy service in the Family Health Program of the City. The quali-quantitative research had as basis a study of case with deliberate purpose. Professionals of the 22 FHP teams had been interviewed, through 3 focal groups: doctor, nurse and communitarian agent of health. Among the results of the research, it can be detached that: 1) 100% of the nurses, 100% of the communitarian agents of health (CAH) and 92.3% of the doctors consider important the participation of the physiotherapist and its resources in the FHP as an extra element of action for the quality of the community's life; 2) 87.5% of the CAH do not consider themselves able to guide the families into questions concerning physiotherapy and 84.61% of the doctors and 100% of the nurses do not considered themselves able in specific questions regarding physiotherapy and 3) 75% of the CAH, 92.3% of the doctors and 100% of the nurses admit that exists enough demand for the physiotherapy.

*Key words: physiotherapy, Family Health Program's team (FHP)*



**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Conhecimento dos 16 ACS das 13 UBS sobre a Fisioterapia e seu funcionamento no Município de Cabo Frio, RJ, 2006.....	45
Tabela 2: O fisioterapeuta na ESF, segundo os ACS, Cabo Frio, 2006.....	46
Tabela 3 – Quanto ao espaço físico disponível nas UBS do Município de Cabo Frio, 2006. ....	47
Tabela 4 – Conhecimento dos médicos entrevistados em relação à Fisioterapia e seu funcionamento em Cabo Frio, RJ, 2006.....	49
Tabela 5 – Percepção dos 13 enfermeiros das 13 UBS entrevistados em relação à Fisioterapia e seu funcionamento em Cabo Frio, RJ, 2006.....	54

## LISTA DE QUADROS

Gráfico 1: Sugestão dos ACS em relação a melhoria do atendimento aos clientes que precisam de Fisioterapia. ....	47
Gráfico 2: Distribuição das patologias mais freqüentes nas UBS do Município de Cabo Frio, 2006. ....	50
Gráfico 3: Faixa etária de maior prevalência da população cadastradas nos PSF do Município de Cabo Frio, RJ, segundo a visão dos médicos de família. ....	51
Gráfico 4: Sugestão de aprimoramento da relação do fisioterapeuta da Referência com ESF, segundo os médicos do PSF do Município de Cabo Frio, 2006. ....	52
Gráfico 5: Quanto ao espaço físico disponível nas UBS do Município de Cabo Frio, 2006. ....	52
Gráfico 6: Encaminhamento para a Referência pelo enfermeiro .....	55
Gráfico 7: Sugestão de aprimoramento da relação do fisioterapeuta da Referência com ESF, segundo os enfermeiros do PSF do Município de Cabo Frio, 2006. ....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde.  
 ALC - Alcoolismo  
 AIS - Ações Integradas de Saúde.  
 APS - Atenção Primária à Saúde.  
 AVE – Acidente vascular encefálico  
 CEOS - Centro de Especialidades Odontológicas  
 CEMAN – Centro Municipal de Alimentação e Nutrição  
 CHA – Doença de Chagas  
 COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional  
 CMS – Conselho Municipal de Saúde  
 CNS – Comissão Nacional de Saúde  
 CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
 CONASS – Comissão Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
 CONASEMS - Comissão Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
 DAB – Departamento da Atenção Básica  
 DEF - Deficiência  
 DIA - Diabetes  
 DORT - Distúrbio osteomusculares relacionados ao trabalho  
 DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica  
 ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
 EPI - Epilepsia  
 ESB - Equipe de Saúde Bucal.  
 ESF - Equipe Saúde da Família.  
 FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz  
 FNS – Fundo Nacional de Saúde  
 GES - Gestação  
 HAN – Hanseníase  
 LER - Lesão por esforço repetitivo  
 HA - Hipertensão arterial  
 MS - Ministério da Saúde.  
 MAL - Malária  
 NOB - Norma Operacional Básica do SUS.  
 NOAS - Norma operacional básica da assistência à saúde  
 OMS - Organização Mundial da Saúde.  
 OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
 PAB – Piso de Atenção Básica  
 PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.  
 PIB - Produto Interno Bruto.  
 PMF - Programa Médico de Família.  
 PSF - Programa de Saúde da Família.  
 REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde  
 SES – Secretaria Estadual da Saúde  
 SGP – Secretaria Geral de Planejamento  
 SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica.  
 SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCE – Traumatismo crânio-encefálico

TB - tuberculose

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VD - Visita Domiciliar.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	8
LISTA DE QUADROS .....	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	10
1. Introdução .....	13
2. O Programa Saúde da Família .....	18
2.1 O Cirurgião-Dentista no PSF: o acesso esperado da população à saúde bucal. ....	26
3. A Fisioterapia.....	31
3.1 O surgimento da Fisioterapia no PSF em alguns Municípios e a busca da resolubilidade da Atenção Primária de Saúde. ....	34
3.1.1 O Município de Sobral .....	36
3.1.2 O Município de Macaé .....	38
4. O PSF em Cabo Frio: perfil das equipes e sua percepção sobre a presença do fisioterapeuta no controle dos processos fisiopatológicos e incapacidades funcionais.....	40
4.1 Metodologia.....	42
4.2 Resultados e discussão .....	44
5. Elaboração da proposta de ação para o fisioterapeuta no PSF de Cabo Frio. ....	56
Considerações finais .....	67
Referências bibliográficas .....	70
ANEXO A – Portaria nº1065/GM de 4 de Julho de 2005 .....	75
APÊNDICE A – Entrevista com agente comunitário .....	81
APÊNDICE B - Entrevista com o médico e enfermeiro.....	84
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	87
APÊNDICE D – Guia De Referência e Contra-Referência .....	88
APÊNDICE E – Fluxograma de encaminhamento fisioterápico ( sugestão inicial para discussão em treinamento).....	89

## 1. INTRODUÇÃO

Diante do contexto histórico da Fisioterapia, entendida como terapia reabilitadora, voltada apenas para a doença, onde o essencial era o tratamento curativo, buscando, dessa forma, minimizar sofrimentos e recuperar o indivíduo para as realizações de certas atividades, pareceu-me relevante estudar e analisar, em função dos avanços das políticas de saúde para o enfrentamento da nossa realidade sanitária, este profissional que passou a ter como prioridades a prevenção de doenças e a promoção da saúde, retomando e esclarecendo, assim, objetivos e as ações do profissional fisioterapeuta em suas áreas de atuação, seja em ambulatório ou até mesmo em programas de assistência à comunidade. Nesse sentido, algumas questões relacionadas a estas mudanças, como a distorção de alguns conceitos básicos do sistema de saúde e a necessidade de uma nova proposta de ação e organização da fisioterapia no Município de Cabo Frio, transformaram-se em motivação para este trabalho.

A Fisioterapia é ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas.

O fisioterapeuta, por sua vez, é um profissional da área da saúde, regulamentado, protegido por decreto- lei que outorga seus direitos, entre outros, o de atuar nos níveis de assistência à saúde, e, ainda, como dever, na promoção da saúde do ser humano.

Visando a prevenção da saúde, a Fisioterapia vem ampliando seu mercado de trabalho e ganhando espaço principalmente na área da saúde coletiva, assim, na medida em que se torna mais conhecida e que se ampliam suas áreas de intervenção, verifica-se um aumento na demanda por esses serviços, porém, contraditoriamente, a oferta não aumenta na mesma proporção.

Há dificuldades de acesso ao tratamento fisioterapêutico nos Centros de Reabilitação, por limitações de locomoção em função da fisiopatologia, pela falta de condição econômico-financeira para o deslocamento, ou mesmo pela lista de espera na referência, e isso vem ocasionando um demanda reprimida e, em consequência, uma população mais doente, dificultando assim o controle das fisiopatologias pela prevenção, conforme destaca Miguel:

“Essas dificuldades, muitas vezes impossibilitam o acesso ao tratamento, pois há ocasiões em que a pessoa, mesmo conseguindo uma vaga no serviço de fisioterapia, não tem condições financeiras e/ou físicas de se deslocar continuamente até o serviço, perdendo a oportunidade de recuperação e agravando o problema” ( Miguel, 2005 3 p.).

Com isso, cresce a necessidade pelo tratamento fisioterapêutico e, por isso, a Fisioterapia vem sendo impulsionada para atuar na Atenção Básica à saúde.

Apesar de alguns Municípios como Sobral, Camaragibe, Macaé, Volta Redonda e São Pedro D’Aldeia, contarem com o profissional fisioterapeuta inserido em sua equipe do Programa de Saúde da Família, não se tem conhecimento de demandas em todos os Municípios do Brasil, inclusive em Cabo Frio, RJ, e se esta justifica a atuação do profissional fisioterapeuta no PSF do Município de Cabo Frio, RJ.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, visou incluir a população marginalizada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e tornou-se a porta de entrada do sistema, ampliando o acesso e a cobertura, no nível primário articulados aos demais níveis de complexidade, mudando, para alcançar estes objetivos, a prática hegemônica de assistência a saúde.

Cada equipe é composta de 1 profissional médico, 1 profissional da enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e do profissional da saúde bucal, a partir de 2000, responsável pela população adscrita de um território, devendo trabalhar de forma integrada aos moradores e à comunidade, o que permite conhecer a fundo os problemas

locais de saúde, promover atividades educativas, preventivas e de promoção à saúde, baseado nos seus princípios: o Caráter substitutivo, Integralidade e hierarquização e Territorialização e vinculação.

Em conformidade com o princípio da Integralidade, o atendimento do PSF deveria em situações específicas, realizar o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade, constituindo assim uma continuidade previsível. A responsabilidade do acompanhamento dos indivíduos deveria ser mantida em todo o processo de referência e contra-referência (BRASIL, 1997).

Segundo Serra (2003), para que haja continuidade de atenção à saúde, os serviços de saúde devem ser acessíveis, facilitando o seu pleno aproveitamento, a referência deve ser um processo bidirecional, e os pacientes não devem permanecer numa instituição além do tempo necessário. Assim, o sistema de saúde deveria se constituir de uma rede de serviços com referência e contra-referência determinadas, assegurando a integralidade da assistência nos casos de maior complexidade, conformando um sistema integrado, resultante da ordenação das unidades em função do grau de complexidade das práticas e da tecnologia de cada uma, da capacitação de pessoal e da política de recursos humanos.

“O PSF deve ser entendido como um projeto estruturante do SUS e desta forma analisado. Isto porque o programa não se limita à atenção básica, na medida em que “invade” os níveis de atenção secundário e terciário e sua equipe, especialmente o médico e a enfermeira, pode se responsabilizar pelo usuário e sua família acompanhando-o na atenção especializada, inclusive hospitalar” (SERRA, 2003).

Leavell & Clark (1976) apud Rouquayrol (2003), sugere três níveis de atenção de ação preventiva:

O nível primário de prevenção é o período em que o indivíduo se encontra em um estado de saúde ótima, quando o organismo está em equilíbrio, estabelecendo ações que o mantenham nessa situação. Esse nível engloba dois grupos de ações que o caracterizam: 1) promoção da



saúde, que inclui educação sanitária, nutrição adequada, condições adequadas de trabalho, acesso a lazer e recreação, habitação adequada, educação sexual, exames periódicos, campanhas de orientação sobre temas específicos, etc. 2) proteção específica, é exemplificada pela aplicação de flúor dentário, pelo uso específico de equipamentos de proteção individual na indústria, pela aplicação de vacinas, dentre outros (ROUQUAYROL, 2003).

O nível secundário de prevenção pode ser caracterizado quando o organismo já se encontra com alterações na forma e na função, ou seja, em enfermidade real, onde aparecem sinais e sintomas. Neste momento, as ações têm o objetivo de diagnosticar precocemente o problema e estabelecer as medidas terapêuticas adequadas. Espera-se, dentro das possibilidades de cada caso, o retomo do organismo ao estado de equilíbrio anterior ou, na pior das hipóteses, interromperão o declínio desse organismo para níveis mais inferiores da escala de saúde a de doença (Ibid.,p 30-31).

Já o nível terciário de prevenção consiste na prevenção da incapacidade através da reabilitação. É estabelecido quando o indivíduo portador da enfermidade passou pelos estágios anteriores, permanecendo com uma seqüela, residual e/ou uma incapacidade que necessitam ser minimizados, tentando evitar, nesse caso, a invalidez total, objetivando recolocar o indivíduo afetado em uma posição readaptada na sociedade, na expectativa da máxima utilização de suas capacidades funcionais (Ibid. , p 30-31).

O fisioterapeuta pode desenvolver suas atividades nos três níveis de atenção á saúde, principalmente na equipe interdisciplinar, pois segundo Barros (2002), experiências em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da Fisioterapia no PSF enriquece e desenvolve, ainda mais, os cuidados e saúde da população.

Percebem-se mudanças das práticas convencionais de atendimento pautadas na média e alta complexidade para a promoção da saúde, que compartilha o saber técnico com o saber

popular na construção de habilidades de enfrentamento dos problemas coletivos e individuais, tornando-se um desafio na transformação da assistência vigente para os moldes de atenção centrada na lógica da vigilância à saúde.

Portanto, tendo em vista estas colocações, este estudo tem por objetivo discutir a pertinência do fisioterapeuta junto à equipe do PSF e contribuir para a possível participação efetiva deste no PSF de Cabo Frio, e ainda levantar o perfil epidemiológico da população cadastrada no PSF de Cabo Frio, de modo a possibilitar a identificação dos processos fisiopatológicos e incapacidades funcionais instaladas, onde a intervenção do fisioterapeuta seja benéfica e por fim elaborar uma proposta de ação do fisioterapeuta no PSF de Cabo Frio, analisando, assim, a possibilidade de implantação do serviço de Fisioterapia no PSF de Cabo Frio.

Este é um estudo de natureza quali-quantitativa, um estudo de caso com a finalidade exploratória. Foram realizadas entrevistas com os profissionais das 22 equipes do PSF, através de 3 grupos focais; um compreendendo 1 profissional de nível superior, o médico, outro compreendendo outro profissional de nível superior, o enfermeiro, e o terceiro compreendendo 1 ou 2 profissionais do nível básico (agentes comunitários de saúde). O instrumento aplicado foi entrevista semi-estruturada (perguntas abertas e fechadas), contendo questões de acordo com as categorias profissionais de cada grupo selecionado.

A pesquisa foi realizada nas 13 unidades PSF do Município de Cabo Frio: Araça, Boca do Mato, Botafogo, Cajueiro, Gambôa, Jacaré, Maria Joaquina, Manoel Corrêa, Monte Alegre, Praia do Siqueira, Porto do Carro, São Jacinto e Tangará.

## **2. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A política de saúde antes da Reforma Sanitária baseava-se na assistência médica centrada no atendimento individual, hospitalar, onde a lógica do lucro imperava sobre o fator saúde (LUZ, 1991), priorizando ações curativas, de altos custos com baixo impacto na qualidade de vida (NASSIF, 1998).

Segundo Paim (1999), as críticas a este modelo de atenção foram explicitadas na década de 70, pelo chamado Movimento Sanitário, cujas propostas de mudanças foram consolidadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e entre as proposições destacavam-se: o conceito ampliado de Saúde; o reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; a criação de um SUS; a participação popular e a constituição e ampliação do orçamento social.

Estas propostas que se constituíram no projeto de Reforma Sanitária foram asseguradas na Constituição Federal de 1988 (PAIM, 1999), privilegiando o setor público, e universalizando o atendimento (RIBEIRO, 2001), satisfazendo um desejo e necessidade dos brasileiros: um sistema de saúde para todos, organizado de forma eficiente através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ALEXANDRIA, 2000), tendo como base os princípios doutrinários da universalidade, que garantem a atenção à saúde de todos os cidadãos brasileiros, da equidade, que assegura ações de serviço de saúde, sem distinção e de acordo com a necessidade e complexidade que cada caso requeira, e da integralidade, princípios que pressupõem uma visão total do ser humano (BRASIL, 1998).

Entretanto, se a Reforma Sanitária não for entendida como um processo social e político, onde diferentes grupos da sociedade se manifestam, apoiando, rejeitando ou se omitindo será impossível perceber seus avanços, paralisações e retrocessos de acordo com as conjunturas (PAIM, 1999).

Durante a década de 90, muitos obstáculos se interpuseram à implantação do SUS, mas, por outro lado, pode-se constatar inúmeros avanços em relação ao modelo de atenção, organização dos recursos e à gestão, principalmente. Dessa forma, obtiveram-se resultados como: a constituição e legislação formal do SUS, eliminação das barreiras de acesso ao serviço de saúde, criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do PSF, descentralização dos serviços de saúde, implantação tortuosa do SUS, Leis e Normas Operacionais (NOBs) e os Conselhos e Conferências de Saúde (PAIM,1999).

Diante das dificuldades de implementação do SUS, foram elaborados alguns modelos chamados alternativos, que buscavam principalmente a integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde (PAIM, 1999).

À medida que foram sendo observados avanços no processo das reformas no setor saúde, novas demandas foram geradas a partir do novo perfil epidemiológico, da ampliação da consciência social e da emergência de novos problemas. A questão do acesso e da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população passou a se constituir num grande desafio. Esse desafio tornou evidente a necessidade de transformação do modelo de atenção e, neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) lançou o PSF que passou a ser considerado como uma estratégia de redirecionamento da atenção à saúde, baseada nos princípios do SUS (SILVA, 2003).

Segundo Machado (2004), os antecedentes do Programa Saúde da Família podem ser identificados no fim da década de 80, quando se iniciou a experiência de agentes comunitários de saúde no MS, que, em 1991, criou oficialmente o PACS.

Viana e Dal poz (1998, p. 35), entre outros autores, mostraram a importância do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde para o surgimento do Programa de Saúde da Família no Brasil:

“A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde formula o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991[...]. A família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo [...] é introduzida a noção de área de cobertura por família [...] de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde[...] todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência da concepção de sua intervenção[...] pode-se afirmar, então, que o PACS é um antecessor do PSF”.

As diretrizes que orientam os princípios e bases conceituais e organizativas do PSF foram concebidas a partir da reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993. Uma demanda de secretários municipais de saúde para efetuar mudanças na atenção básica de saúde, incluindo a expansão do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde com a incorporação de outros profissionais da área de saúde, motivou a convocação do Ministro da Saúde, Dr. Henrique Santillo, para uma reunião com técnicos do MS, secretarias municipais e estaduais, secretários estaduais e municipais de saúde, representando a Comissão Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e a Comissão Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), consultores internacionais e especialistas em atenção primária.

Neste encontro foram apresentadas e discutidas as experiências do Grupo Hospitalares Conceição de Medicina Comunitária, além das de Niterói, com o Programa Médico de Família (PMS) e da experiência cearense, desenvolvida no Município de Quixadá, onde se realizou, em 1993, um trabalho pioneiro em Saúde da Família, com equipe multiprofissional. Ao final da reunião emergiu a proposta do Programa Saúde da Família e foi criada a Coordenação de Saúde da Comunidade (MS, 1999; ANDRADE, 1998; VIANA & DAL POZ, 1998; SOUZA, 2001).

Em 1994, o MS criou oficialmente o Programa Saúde da Família (MS, 1999) e, em 1996, editou a Norma Operacional Básica 1996 (NOB SUS 01/96), definindo um novo modelo de financiamento para a atenção à saúde. Nesse sentido, pode-se registrar que as discussões para uma mudança nos critérios de distribuição de recursos financeiros, de forma a romper com a

exclusividade do pagamento por procedimentos começaram a partir do PSF. Assim, ficou evidenciado que determinadas atividades não poderiam ser remuneradas por procedimentos, adaptando-se melhor a uma remuneração do tipo *per capita* (VIANA & DAL POZ, 1998).

Com esta constatação, o PSF tornou-se uma peça importante para as mudanças propostas pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/SUS 01/96): a criação do Piso da Atenção Básica (PAB fixo) com remuneração *per capita*, além de recursos adicionais para a implantação do PSF (PAB variável), que passou a ser adotado como modelo de reorganização das práticas da Atenção Básica (VIANA & DAL POZ, 1998).

Em 1997, para financiamento dos pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família, e proporcionar maior expansão do programa e redefinição do modelo assistencial do SUS, foi criado o Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) (MS, 1999).

O PSF transformou-se em estratégia estruturante da organização do SUS, em 1998, quando se colocou em prática a nova modalidade, fundo a fundo, para a transferência dos incentivos financeiros destinados ao PSF e ao PACS, isto é, do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipais de Saúde (MS, 1999).

A Estratégia Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios, pois desde o seu início vem apresentando um crescimento expressivo, principalmente, nos últimos anos.

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produzindo

resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família (MS, 1999).

Gil (2006), considera que o PSF avançou de *programa* para *estratégia* em parte devido ao acúmulo subjacente ao debate e experiências em torno de alguns referenciais, como a mudança dos paradigmas que regem o tradicional modelo de atenção à saúde.

Neste sentido, de acordo com Mendes (1996 apud GIL, 2006, p 1172), pode-se verificar que o PSF está apoiado basicamente no referencial da Vigilância à Saúde, isto é, na organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva de saúde, paradigma da produção social da saúde, que sustenta a Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária, negando as versões de que esta seria um arranjo contemporâneo da medicina simplificada, um programa, apenas medicina familiar e somente atenção materno-infantil.

Por outro lado, como observou Gil (2006), a estratégia Saúde da Família, embora tenha crescido sobremaneira no País, atravessa atualmente seu maior desafio para viabilizar-se como estratégia estruturante dos sistemas municipais, que é sua consolidação nos grandes centros urbanos. Vive, com isso, um paradoxo: ao mesmo tempo em que cresce, desvenda importantes fragilidades inerentes a processos de mudança. Em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe). O mesmo ocorre em relação à gestão do sistema (lógica quantitativa da produção, rigidez nos processos de trabalho, fixação das equipes, normatização excessiva, baixa capacidade de inovação gerencial, grande dependência dos serviços secundários, referência e contra-referência).

Segundo Starfield (2002), o direcionamento do modelo da atenção primária médica convencional, com vistas a alcançar a atenção primária à saúde, objetiva responder as necessidades da comunidade e dos indivíduos que buscam a atenção. No modelo convencional, o enfoque se dá na doença e na cura e a responsabilidade é exclusiva do setor saúde. Já o novo modelo focaliza a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a assistência, o trabalho em equipe, a participação da comunidade e a intersetorialidade.

O PSF representa um eixo de estruturação da atenção primária de saúde a partir da organização do modelo de assistência. O enfoque da atenção passa a ser a família e o meio em que ela vive. Esta estratégia incorpora o princípio da vigilância à saúde e o trabalho em equipe, o que significa atuar nos momentos iniciais da transmissão das doenças e identificar os riscos sanitários, ambientais e individuais que interferem no processo saúde-doença (PELLICANO, 1999).

Em relação à equipe de Saúde da Família, esta deve ser composta por, no mínimo, 1 médico de família e comunidade, 1 enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde, e deve ter como princípios o caráter substitutivo, integralidade e hierarquização e territorialização e vinculação.

O caráter substitutivo é a substituição das práticas convencionais de assistência por um processo de trabalho baseado no conceito de promoção da saúde. A integralidade e hierarquização visam que as unidades básicas de saúde estejam inseridas no primeiro nível do sistema municipal de saúde que é a atenção básica e devem estar vinculadas à rede de serviços de forma a garantir atenção integral, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis de maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados. A territorialização e a vinculação, sinalizam que o PSF deverá trabalhar com micro



áreas de abrangência definidas por meio de cadastramento e de acompanhamento de um número determinado de famílias para cada equipe (MS, 1999).

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) acompanha de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe. Cada agente comunitário de saúde acompanha até o máximo de 150 famílias ou 450 pessoas (MS, 1999).

Na realidade, a opção do MS, ao institucionalizar o PSF como política nacional de atenção primária à saúde, foi adotar uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde do País. Esse programa, de fato, contribui para a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (MS, 1999).

Para o MS, a estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua concretização só será possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando, desta maneira, a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1998).

O principal propósito do PSF, portanto, é reorganizar as práticas na atenção básica à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde e também nos domicílios, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que compõem a equipe mínima de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que

facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (KILSZTAJN, 1998).

O PSF, em Dezembro de 2005 estava implantado em 4.986 Municípios (89,6%), totalizando 24.564 equipes, cobrindo 78.617.526 brasileiros (44,4%). Em Novembro de 2006 os números crescem e representam a estratégia Saúde da Família implantada em 5.087 Municípios, com 26.491 equipes, com meta para 30.000 equipes, cobrindo 85.200.000 brasileiros (M.S,2006). Diante dos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes e a inclusão de outros profissionais na Estratégia Saúde da Família no Brasil, mas, para isso, é fundamental o envolvimento das comunidades, das Prefeituras, dos Conselhos Municipais de Saúde, pois só através dessa mobilização é que as portas dos Municípios se abrirão, facilitando o acesso universal da população à saúde.

A portaria nº 1065/GM de 04 de julho de 2005 (Anexo I), já explicita a possibilidade de participação de outros profissionais da área da saúde na Estratégia Saúde da Família, criando Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família. Os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família devem ser constituídos por quatro modalidades: alimentação/nutrição e atividade física; atividade física; saúde mental; reabilitação<sup>1</sup>, porém estes devem estar articulados com os serviços da referência existentes, como, por exemplo, Centros de Reabilitação.

---

<sup>1</sup>Art. 7º Definir que a composição das diversas modalidades deve respeitar as definições a seguir:  
IV - Reabilitação - fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados. (MS, 2005).

## 2.1 O CIRURGIÃO-DENTISTA NO PSF: O ACESSO ESPERADO DA POPULAÇÃO À SAÚDE BUCAL.

O século XX, particularmente em suas três últimas décadas, testemunhou o desenvolvimento de uma Odontologia cada vez mais eficiente e de melhor qualidade, capaz de oferecer opções técnicas de crescente sofisticação e praticidade para solucionar os problemas de saúde bucal de seus clientes. Em contradição, países em desenvolvimento, como o Brasil, chegam ao vigésimo primeiro milênio com uma deficiente política de saúde bucal e com significativas parcelas da população sem conseguir acesso a cuidados clínicos e preventivos essenciais de maneira regular (FACÓ, 2005).

Constatou-se que, em meados dos anos 90, o Brasil já concentrava cerca de 11% dos cirurgiões-dentistas em atividade em todo o mundo, mas o país continuava sendo conhecido como “o campeão mundial dos desdentados” e um dos lugares do planeta onde a cárie dental registra prevalência das mais altas, em todas as idades (NARVAI, 1994).

Durante toda a década de 90, vários movimentos no interior da categoria, diante das condições precárias da saúde bucal dos brasileiros, passaram a reivindicar e pressionar o governo federal, a atender essas demandas identificadas pelo movimento de Saúde Bucal Coletiva, mas isto somente ocorreu em dezembro de 2000. Este importante passo, no sentido da “inclusão” do dentista na Estratégia Saúde da Família, foi concretizado, quando o Ministério de Saúde editou a Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos Municípios por meio do PSF (BRASIL, 2000), através da contratação do cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do PSF (MATOS & TOMITA, 2004).

Esta iniciativa visava, então, a ampliar o acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e a conseqüente melhoria de seus indicadores epidemiológicos (BALDANI *et al*, 2005).

Em janeiro de 2001, ingressaram, através de processo seletivo, 17 cirurgiões-dentistas na Residência em Saúde da Família no Município de Sobral e, em novembro de 2003, foram selecionados mais 10 dentistas (BALDANI, *et al*, 2005).

A inserção oficial da Odontologia no PSF em Sobral alavancou o serviço de saúde bucal, aumentando o número de profissionais da área e melhorando a infra-estrutura dos consultórios, que triplicaram de número, passando de doze para trinta e seis, ampliando, assim, a oferta desses serviços (SOBRAL, 2003).

Até início do ano 2002, 303 dos 399 Municípios do Estado do Paraná haviam implantado o PSF, sendo que, desses, 136 incorporaram equipes de saúde bucal ao programa (BALDANI, *et al*, 2005). Até novembro de 2006 já existem 4.240 Municípios contando com um total, no Brasil, de 14.892 equipes de Saúde bucal (M.S, 2006).

Segundo Baldani (2005), após analisar o perfil de implantação da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, um ano depois da entrada em vigor da Portaria 1.444, pôde-se observar que os principais problemas e dificuldades vivenciados pelas equipes de saúde bucal não são exclusivos da odontologia enquanto campo da saúde, mas refletem uma realidade comum ao período de implementação do PSF como um todo. Verificou-se ainda que o número de contratos temporários de dentistas não é pequeno (37,7%) e os relatos indicam que há necessidade de formação de profissionais generalistas com perfil adequado para o PSF.

Segundo Facó (2005), o cirurgião-dentista, em virtude do delineamento dos currículos tradicionais de formação profissional que tendem a dar maior ênfase às práticas curativas, muitas vezes não é preparado adequadamente em sua formação para um trabalho preventivo satisfatório.

Após a inclusão da Equipe de Saúde Bucal no PSF, definiu-se um novo cenário na odontologia brasileira, visto que apareceram novas perspectivas e ações que contrastavam com os modelos de atenção vigentes até aquele momento, estabelecendo-se dessa forma, um novo paradigma, que vêm afetando profundamente a lógica do processo formativo. Assim, ficou claro que a atenção individual, base do sistema de ensino odontológico necessitava voltar-se também para a outra atenção, a coletiva. Com isso, ampliaram-se a visão e a dimensão da importância sobre os grupos, os coletivos e as comunidades, que usualmente não eram considerados na formação acadêmica (BALDANI *et al*, 2005).

O trabalho no PSF é relativamente novo para a saúde bucal e tem como pontos negativos os baixos salários, condições inadequadas de trabalho e falta de vínculo empregatício, fatores que geram grande insatisfação. Entre os pontos positivos destacam-se a promoção de ações multidisciplinares (trabalho em equipe), a intersetorialidade (conceito ampliado de saúde) e a delimitação da clientela (território), com conseqüente melhoria de seu acompanhamento (FACÓ, 2005). Esses aspectos, por sua vez, representam uma mudança significativa na prática diária do dentista, levando-o à maior inserção e reconhecimento da sociedade.

Diante dos indicadores de saúde bucal no Brasil e do fato de que mais de 30 milhões de brasileiros nunca tiveram uma consulta odontológica, o Ministério da Saúde sentiu a necessidade de inserir o cirurgião dentista no PSF, não só para a geração de mais empregos, como também proporcionar o acesso, o planejamento e a viabilidade de uma Odontologia de qualidade no SUS. Assim, esta importante iniciativa do ministro José Serra (Governo Fernando Henrique Cardoso 1999-2002) determinou a incorporação das ações de saúde bucal no PSF e, em conseqüência, a ampliação do número de equipes de saúde bucal (ESB).

O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de saúde da família (ESF) seja composta por um médico generalista, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, 4 a 6 agentes

comunitários de saúde (ACS) e uma equipe de saúde bucal, composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário (equipe tipo I), ou ainda, com a incorporação do técnico de higiene dental (equipe tipo II) (BRASIL, 2001) .

A atenção básica em saúde bucal pode ser definida como sendo um conjunto de ações orientadas à identificação, prevenção e solução dos principais problemas da população adscrita, elaborada com a participação consciente e organizada da comunidade na gestão dos serviços de saúde. Estas ações se concretizam por meio do uso de tecnologias apropriadas e recursos humanos postos no alcance de todos os indivíduos e famílias, a um custo que a comunidade e o país possam suportar (OPS 1983 apud FACÓ, 2005).

São atribuições específicas do cirurgião-dentista no PSF: realizar levantamento epidemiológico na área de saúde bucal da população adscrita; realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS-96) e na norma operacional básica da assistência à saúde (NOAS); realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adscrita; encaminhar e orientar os usuários que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento; realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados; emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência; executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com planejamento local; ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal; supervisionar o trabalho desenvolvido pelo técnico de higiene dental (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD) (POLO PSF – FAMEMA, 2006).

A saúde bucal conta com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEOS), uma referência especializada, que são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – (CNES), classificadas como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade. É uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica, onde os profissionais são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas casos mais complexos, e no caso dos Municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Os CEOS estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os serviços de Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, Periodontia especializada, Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, Endodontia, Atendimento a portadores de necessidades especiais.

A implantação de Centros de especialidades representa a continuidade dos cuidados odontológicos para a população adscrita, e funcionam por meio de parceria entre estados, Municípios e o governo federal, isto é, o Ministério da Saúde faz o repasse de uma parte dos recursos e Estados e Municípios contribuem cada um com outra parcela. Além da implantação de CEOs, há também a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD – que são unidades próprias do Município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis (M.S, 2007).

### 3. A FISIOTERAPIA

A Fisioterapia é uma profissão que nasce nos primórdios dos tempos com a ligação de recursos naturais como a água, a luz, o peixe-elétrico e o movimento. A partir da Segunda Guerra Mundial caracterizou-se como profissão da área de saúde vinculada à recuperação e reabilitação dos seqüelados de guerra. A Fisioterapia visou por muito tempo ao atendimento de pessoas já acometidas de alguma enfermidade, atuando de forma individual. Os programas para incapacitados físicos só emergiram a partir do movimento internacional de reabilitação nos anos 40 (REBELATTO & BOTOMÉ, 1999).

A independência, possibilitada pela reabilitação, e a conseqüente vantagem econômica para a sociedade, proporcionada pelo aumento do número de pessoas incapacitadas e posteriormente recuperadas pelo próprio avanço da ciência, que, neste particular, foi fortemente influenciada pelos veteranos de guerra incapacitados, transformaram a reabilitação no terceiro nível de atenção à saúde, praticada a partir da instalação de incapacidades por deficiência congênita, moléstias crônicas, acidentes de trabalho, de trânsito, doméstico ou pelas doenças ocupacionais (SOARES, 1991).

Segundo Scullin (1975, Salazar e Agüero, 1956 apud SOARES, 2001, p. 35), durante a Segunda Guerra, os serviços de reabilitação, a medicina física e a terapia ocupacional voltada para as disfunções físicas tiveram grande expansão nas entidades públicas, forças armadas, instituições filantrópicas e particulares, sustentadas pelas taxas das companhias de Seguro.

No Brasil, na segunda metade do século passado surgiram os primeiros serviços de reabilitação que se estabeleceram em alguns hospitais gerais e psiquiátricos, seguidos das entidades beneficentes para os deficientes e dos programas de reabilitação profissional efetivados em alguns institutos da Previdência Social. Estes programas foram adotados sem que houvesse



uma explicação baseada na demanda interna, mas sim pela dependência econômica - tecnológica aos países centrais (SOARES, 1991).

A reabilitação pode ser entendida como: 1. Conjunto de técnicas visando a recuperação de faculdades físicas ou psíquicas de pacientes incapacitados; 2. Conjunto de ações a serem desenvolvidas após a fase de socorro a um desastre, durante o período assistencial. Tem por finalidade a restauração inicial da região afetada, para permitir o retorno dos acidentados às suas residências (MINISTÉRIO DA AÇÃO SOCIAL, 1992).

Segundo o COFFITO – 80 (1987), a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo 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 órgãos, sistema ou função. Para isto, este profissional utiliza recursos físicos e naturais, de ação isolada ou conjunta em eletroterapia, crioterapia, termoterapia, hidroterapia, fototerapia, mecanoterapia e, principalmente, a cinesioterapia.

Ao fisioterapeuta, como profissional da área de saúde, compete executar métodos e técnicas fisioterápicas, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (BRASIL, 1969).

Segundo COFFITO (1978), a resolução n.10 do Código de Ética profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta ocupacional, em seu artigo 1.º explicita ser função do fisioterapeuta assistir ao homem, participando de atividades que objetivem a promoção, o tratamento e a recuperação de sua saúde. No inciso IV do artigo 7.º deste documento, observa-se que o fisioterapeuta deve utilizar conhecimentos técnicos e científicos e orientar suas atividades para alcançar o objetivo de “prevenir ou monitorar o sofrimento do homem e evitar seu extermínio”. O

artigo 21.º, permite ao fisioterapeuta a participação em programas de assistência à comunidade, em âmbito nacional e internacional<sup>2</sup>.

De acordo com Buss (2000) a Promoção de Saúde está diretamente ligada com os determinantes gerais sobre as condições de saúde e sustenta-se no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Leavell & Clark, 1976 apud CZERESNIA, 1999). A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o de controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos (CZERESNIA, 1999).

---

<sup>2</sup> Art1º - O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde.

Art 7º - São deveres do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, nas respectivas áreas: [...]

IV – Utilizar todos os seus conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance para prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar seu extermínio.

Art 21º - O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional participam de programas de assistência à comunidade, em âmbito nacional e internacional.

### 3.1 O SURGIMENTO DA FISIOTERAPIA NO PSF EM ALGUNS MUNICÍPIOS E A BUSCA DA RESOLUBILIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE.

A Fisioterapia ganhou espaço em empresas públicas e privadas, associações esportivas, clínicas particulares, hospitais, em domicílios, centros de reabilitação e centros de saúde, estes com maior vínculo na saúde pública. À medida que o fisioterapeuta avança para a Saúde Pública, sua perspectiva de atuação e abrangência toma proporções outras, de modo a inserir novas práticas de intervenção, assim de acordo com Rebelatto (1999), “é necessário lidar mais com as condições de saúde de populações inteiras do que atuar em relação a condições de saúde de organismos isolados”.

Em vários lugares do País a Fisioterapia já vem sendo articulada com o PSF. A incorporação do profissional da Fisioterapia junto às equipes do PSF foi pioneira no Município de Camaragibe – PE. No ano de 1994, especificamente no mês de Dezembro, foi criado e implantado o núcleo de reabilitação do PSF Camaragibe, cujo atendimento está voltado para a intervenção ambulatorial (LINS *et al*, 2001). Nos anos subseqüentes, cidades como Sobral -CE, Paracambi - RJ, Vitória-ES, Volta Redonda - RJ, a exemplo de outras, também incorporaram a ação das equipes de Fisioterapia em apoio ao serviço, dando início a um movimento que vem se proliferando ao longo do tempo.

Com o objetivo prioritário de prevenção, buscando reduzir ao mínimo indispensável o atendimento ambulatorial ou hospitalar, os fisioterapeutas vêm trabalhando de modo a conscientizar seus pacientes e respectivos familiares quanto às limitações das deficiências e o compromisso com o tratamento; para tanto, fazem uso de recursos fisioterapêuticos acessíveis à comunidade; previnem os acidentes no domicílio e na comunidade em geral; facilitam a acessibilidade e atuam na prevenção dos distúrbios da coluna vertebral através de grupos

educativos com a equipe da Saúde da Família; além de realizar palestras sobre assuntos pertinentes à Fisioterapia ou conhecimento das ações desenvolvidas pelo profissional (RAGASSON,2003).

O Atendimento Domiciliar é um serviço oferecido aos pacientes que apresentam dificuldades para realizar o seu tratamento fisioterápico fora da residência, seja por motivos de transporte, tempo, distância ou condições físicas, entre outros. Alguns exemplos de processos fisiopatológicos normalmente encontrados em domicílio: distúrbios neurológicos (acidente vascular encefálico - AVE, traumatismo crânio-encefálico - TCE, Paralisia Infantil, Parkinson, etc), ortopédicos (fraturas, entorses, contusões, etc.), respiratórios (asma, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, bronquite, etc.), como desenvolve ações para condicionamento físico e intervenções com terapias alternativas (SANTAMARÍA, 2005).

A Assistência Domiciliar Terapêutica tem como princípio de intervenção estimular a independência do paciente e de seus familiares, visando criar condições para que estes, paciente e família, desempenhem diversas atividades de complexidade pequena no ambiente doméstico (NOGUEIRA, 2000), significando uma possibilidade de aceleração no processo de tratamento e uma maneira de permitir que todos trabalhem em um mesmo conjunto de objetivos.

Conforme Shestack (1987) menciona, os objetivos da Fisioterapia se direcionam no sentido de restaurar ou aumentar a capacidade do corpo do paciente, devolvendo-lhe, na maioria das vezes, suas primitivas funções, tentando reintegrá-lo em seu meio ambiente e em suas atividades diárias. Naturalmente, os objetivos da Fisioterapia dependem da patologia a ser tratada.

“A capacitação da equipe de fisioterapeutas foi centrada no entendimento das transformações das políticas públicas de saúde, centradas na mudança de modelo assistencial tradicional (hospitalocêntrico, medicalizado, curativo...), em um modelo baseado em ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, no qual o indivíduo está inserido no seu contexto familiar e avaliado como um todo” (MIGUEL, 2004,p. 20).

Os fisioterapeutas estão inseridos na atenção básica de forma ainda incipiente, atuando em programas institucionais, nas atividades relacionadas à saúde da mulher, do trabalhador, vigilância sanitária, entre outras. Tem sido comum a algumas Universidades o desenvolvimento de articulações de parceria com o PSF do seu Município, de forma que o acadêmico de Fisioterapia seja inserido antecipadamente nas atividades do PSF através de um programa de estágio curricular, como é o caso da Universidade Federal da Paraíba, há 22 anos. Essas intervenções antecipadas têm apresentado resultados positivos, sejam com as intervenções na comunidade, como: o aumento do nível de conscientização do indivíduo, família e comunidade quanto ao autocuidado e limitações das deficiências, proporcionando maior autonomia e independência; prevenção de vícios e problemas posturais e doenças osteo-articulares relacionadas ao trabalho; promoção da qualidade de vida e resgate da cidadania através da inclusão social; introdução do conceito de co-responsabilidade social, bem como a possibilidade de resgatar a condição do indivíduo ser assistido integral e interdisciplinarmente, independente da condição social, sejam pelo estímulo ao futuro profissional (ALMEIDA, 2005).

### **3.1.1 O Município de Sobral**

Situada na Região Nordeste do Ceará, o Município de Sobral apresenta uma extensão territorial de 2129km. (SILVA, 2003). Está localizado na zona do sertão, região centro-oeste do Estado do Ceará, com área territorial de 1.729 km<sup>2</sup>, a 224 km da capital, Fortaleza. A população de Sobral é de 163.835 habitantes, com 140.898 na zona urbana e 22.937 na zona rural. O número de famílias atendidas pelo Programa de Saúde da Família é de 36.408 no total. O Município de Sobral conta com 40 equipes de PSF, sendo 27 na zona urbana e 13 na zona rural, tendo em média uma equipe para 910,2 famílias (ANDRADE *et al*, 2004).

O Sistema de Saúde de Sobral vem vivenciando grandes transformações a partir da implantação do Programa Saúde da Família em 1997, que teve como principal objetivo promover uma mudança de atenção em saúde, e com isto a melhoria da qualidade de vida de sua população (SILVA, 2003). Desde 1999, o fisioterapeuta está inserido no Programa (VÉRAS *et al*, 2005).

Essa experiência foi alvo do reconhecimento pelo Ministério da Saúde com o Prêmio Saúde Brasil – o Retrato da Saúde da Família. No concurso nacional de experiências em Saúde de Família, Sobral foi avaliado na categoria *Excelência Destaque*, juntamente com outros quatro Municípios: Camaragibe, Ibaíá, Mauá e Mandaguari, pela melhoria dos indicadores de saúde da população, pelas demonstrações concretas de reestruturação dos serviços de saúde, criatividade, transparência na aplicação dos recursos e participação comunitária (SILVA, 2003).

O Programa Saúde de Família vem mobilizando as equipes de saúde dos Municípios de todo o País, mudando conceitos e direcionando ações no âmbito dos governos municipal, estadual e federal (SILVA, 2003).

Segundo Vêras *et al* (2005) apesar do pouco tempo de atuação do fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família, o resultado tem se mostrado bastante promissor, pois revela uma mudança paradigmática na atuação deste profissional, que antes desempenhava suas ações principalmente no campo da reabilitação, e que agora passa a intervir significativamente na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

### 3.1.2 O Município de Macaé

Inicialmente, com apenas um profissional, a inserção do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família no Município de Macaé, localizado na região sudeste do RJ, teve início em 2001, em um módulo do PSF na região serrana do Município, com o objetivo de facilitar o acesso desta população ao serviço de Fisioterapia que até então era oferecido somente na região urbana da cidade. A preocupação da Secretaria de Saúde em expandir o acesso ao atendimento fisioterapêutico impulsionou, em junho de 2002, a contratação de mais cinco fisioterapeutas. Quatro destes profissionais foram lotados nos demais módulos do PSF na região serrana (MIGUEL, 2004).

O fisioterapeuta, dentro do Programa de Saúde da Família do Município de Macaé, desenvolve atividades de educação para a saúde junto à comunidade e atendimentos nas áreas da Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto e do Idoso, e, quando necessário, realiza os procedimentos nos domicílios dos pacientes acamados. “Os demais atendimentos são realizados na própria unidade ou em locais cedidos pela comunidade, individualmente ou em grupo, utilizando recursos artesanais como saquinhos de areia substituindo um halter, por exemplo. O domínio das metodologias e das técnicas cinesioterapêuticas e o talento e a criatividade de cada profissional são fundamentais para o desenvolvimento dessas ações” (MIGUEL, 2004).

Segundo Miguel (2004), em uma avaliação no sétimo mês após sua implantação inicial, as dificuldades ainda eram grandes, e aponta entre as mais sérias a ausência de códigos adequados de procedimentos do SUS; a dificuldade em estabelecer as atribuições de cada profissional na equipe, com freqüentes sobrecargas de funções; a insipiência na publicação, divulgação e intercâmbio dos profissionais que atuam na área; as disciplinas curriculares não condizentes e a

dificuldade de execução das atividades de implantação pela carência de recursos materiais (MIGUEL, 2004).



#### **4. O PSF EM CABO FRIO: PERFIL DAS EQUIPES E SUA PERCEPÇÃO SOBRE A PRESENÇA DO FISIOTERAPEUTA NO CONTROLE DOS PROCESSOS FISIOPATOLÓGICOS E INCAPACIDADES FUNCIONAIS**

Para embasar a proposta de ação do fisioterapeuta no PSF do Município de Cabo Frio foi feito uma análise das percepções das 13 equipes do PSF deste Município acerca das possíveis ações a serem desenvolvidas por uma equipe de fisioterapeutas na estrutura de trabalho organizacional articulando-o ao Programa de Saúde da Família.

O cenário desta pesquisa foi o Município de Cabo Frio, cidade que pertence à Região da Baixada Litorânea, no Estado do Rio de Janeiro, que também abrange os Municípios de Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cachoeiras de Macacu, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Maricá, Rio Bonito, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema e Silva Jardim (SGP, 2004).

O Município tem uma área total de 410,6 quilômetros quadrados, correspondentes a 7,6% da área da Região das Baixadas Litorâneas (SGP,2004).

De acordo com o censo de 2000, Cabo Frio tinha uma população de 126.828 habitantes, correspondentes a 19,9% do contingente da Região das Baixadas Litorâneas, com uma proporção de 98,8 homens para cada 100 mulheres. A densidade demográfica era de 338 habitantes por km, contra 111 habitantes por km de sua região. Sua população estimada em 2003 é de 142.984 pessoas. O Município apresentou uma taxa média geométrica de crescimento, no período de 1991 a 2000, de 5,81% ao ano, contra 4,13% na região e 1,30% no Estado, sendo uma das cinco maiores taxas do Estado. Sua taxa de urbanização corresponde a 83,8% da população, enquanto que, na Região das Baixadas Litorâneas, tal taxa corresponde a 85,5% (SGP,2004).

Cabo Frio tem um contingente de 91.318 eleitores, aproximadamente 64% da população. O Município tem um número total de 70.161 domicílios, com uma taxa de ocupação de 52%. Dos

33.301 domicílios não ocupados, 74% têm uso ocasional, demonstrando o forte perfil turístico local (SGP,2004).

As ações no campo da saúde, no Município de Cabo Frio se iniciaram ainda na década de 70, evidenciando um forte movimento interno com base em necessidades locais, no sentido da construção de um sistema local de saúde. Este movimento é isolado na medida em que, nesse período, a política nacional de saúde expunha expressivo traço centralizador, onde a participação dos Municípios na implementação e gestão das ações de saúde era pouco significativa. Logo, o sistema local nasce das iniciativas do gestor municipal, influenciado pelas mudanças no perfil d Município no que se refere aos aspectos econômicos, sociais e demográficos (FAUSTO, 2001).

Nos anos 70, a cidade experimentou um amplo processo de urbanização e crescimento populacional, fenômeno que já havia se iniciado no país desde os anos 40. Os investimentos realizados no país, principalmente no sistema de transporte, telecomunicações e produção de energia, reverteram-se para a Região dos Lagos em maior capacidade de interlocução entre os Municípios do estado do Rio de Janeiro, assim como os demais estados da Federação (FAUSTO, 2001).

Cabo Frio já possui o Programa Saúde Família desde 1999. Em 2005 havia 25.718 famílias cadastradas, 22 equipes de saúde e 13 unidades físicas<sup>2</sup>.

Segundo o SIAB, a proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família em 1999 era de 2,41% e em 2005, até Abril, 26, 25%.

A rede municipal de assistência á saúde nos níveis primário e secundário conta com as unidades PSF: Araça, Boca do Mato, Botafogo, Cajueiro, Gambôa, Jacaré, Maria Joaquina, Manoel Corrêa, Monte Alegre, Praia do Siqueira, Porto do Carro, São Jacinto e Tangará. As UBS no 1º Distrito são: Itajuru, Però, Porto do Carro e Paria do Siqueira; e no 2º Distrito: Angelim e Unamar. E ainda, como Centro de Referência no 1º Distrito têm o PAM São Cristóvão, Osvaldo

Cruz, Centro de Fisioterapia e CEMAN (Centro Municipal alimentação e nutrição); e no 2º Distrito o PAM Santo Antônio<sup>3</sup>.

#### 4.1 METODOLOGIA

Para contemplar os objetivos propostos por este trabalho, desenvolveu-se uma pesquisa quali-quantitativa, tendo como meio um estudo de caso com finalidade propositiva.

Foram realizadas entrevistas com os profissionais das 22 equipes PSF, através de 3 grupos focais; um compreendendo 1 profissional de nível superior, o médico, outro compreendendo outro profissional de nível superior, o enfermeiro, e o terceiro compreendendo 1 ou 2 profissionais do nível básico (agentes comunitários de saúde). O instrumento aplicado nas entrevistas foi semi-estruturado (perguntas abertas e fechadas), contendo questões específicas sobre o tema do trabalho, selecionadas de acordo com as atribuições e competências das categorias profissionais de cada grupo selecionado.

---

<sup>3</sup>Notícia fornecida por Dr<sup>a</sup> Luzia Helena Leite Andrade, coordenadora do PSF, do Município de Cabo Frio, em entrevista realizada em Outubro de 2005.

As entrevistas foram gravadas e realizadas no final do expediente de cada profissional, de acordo com a disponibilidade de cada um. Após a consolidação dos dados, os resultados brutos foram submetidos a um tratamento estatístico simples de cálculo percentual, que permitiram não só colocar de forma mais relevante as informações obtidas como interpretar e enfatizar as compreensões explicitadas para cada pergunta temática.

Os profissionais envolvidos tiveram livre direito de desistir de participar a qualquer momento e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Apêndice C, que garantiu tanto aos participantes, como também, a coletividade e quem mais interessar, livre acesso aos resultados da pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida nas 13 unidades PSF do Município de Cabo Frio: Araçá, Boca do Mato, Botafogo, Cajueiro, Gambôa, Jacaré, Maria Joaquina, Manoel Corrêa, Monte Alegre, Praia do Siqueira, Porto do Carro, São Jacinto e Tangará.

Este trabalho procurou identificar a capacitação das ESF especificamente sobre as seguintes questões relativas à atenção fisioterapêutica: referência, encaminhamentos, protocolos clínicos, principais fisiopatologias acometidas na população, contra-referência, percepção sobre a presença e atuação do fisioterapeuta.

Cabo Frio apresenta uma particularidade que é sua área geográfica. Algumas UBS está há 100 km de distância, como é o caso de Araçá e São Jacinto, o que dificulta o transporte em dias chuvosos, inclusive, a chegada dos profissionais da ESF, assim como a saída dos pacientes para tratamento na referência.

A ESF de São Jacinto conta com um carro da prefeitura que duas vezes por semana transporta os pacientes agendados até a referência.

As UBS, algumas com três equipes, em sua maioria, não apresentam espaço físico para comportar mais um profissional.

## 4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.2.1 Entrevista com o agente comunitário de saúde

A entrevista com o ACS, conforme apêndice A, foi realizada com 16 agentes das 13 UBS do Município de Cabo Frio. Nas UBS que contam com duas ESF, foram entrevistados 2 ACS.

#### 4.2.1.1 Perfil do ACS das ESF do Município de Cabo Frio

A tabela 1 mostra que, em relação ao conhecimento sobre a fisioterapia, 50% não sabe o que é, nem ao menos como este profissional trabalha e os outros 50%, tem esse conhecimento através da própria equipe de Saúde da Família ou através do Projeto Saúde Pública em Foco, numa parceria da área de Fisioterapia da Universidade Estácio de Sá de Cabo Frio com o PSF. Todos os entrevistados sabem que o Centro Municipal de Reabilitação existe e 20% têm conhecimento de pacientes que não realizaram Fisioterapia neste local por falta de vagas. Na verdade alguns não tiveram acesso a Fisioterapia, devido á fila de espera, já que a demanda é maior que a capacidade física instalada. Porém 75% dos ACS acham que a Referência é acessível à população. 90% dos ACS sabem quando um cliente inicia e termina o tratamento fisioterapêutico, e se já realizou ou está em tratamento fisioterapêutico, até mesmo em função das visitas domiciliares constantes. Somente tem conhecimento do fisioterapeuta no PSF 12,5% dos entrevistados, os quais recebem informações em relação aos problemas relativos à Fisioterapia, devido as UBS já terem participado do Projeto Saúde Pública em Foco e também onde a médica

da ESF tem a formação em Fisioterapia, além da medicina; assim, os mesmos 12,5% se consideram instruídos para orientar a família para a melhora técnica do paciente. 62,5% orientam o paciente em relação aos procedimentos de ordem termoterápica e/ou caminhadas. Essa discrepância de ACS que se consideram instruídos a orientar o cliente e os que de fato orientam é preocupante, pois observamos então indivíduos que orientam sem precisão.

Pelo menos, 100% acham necessário receber instruções e/ou orientações sobre os problemas fisiopatológicos e incapacidades funcionais, pois ser agente comunitário de saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, e tem que gostar, principalmente, de aprender e repassar as Informações (BRASIL, 1991).

70% consideram que existe demanda suficiente para a fisioterapia no PSF.

Tabela 1 – Conhecimento dos 16 ACS das 13 UBS sobre a Fisioterapia e seu funcionamento no Município de Cabo Frio, RJ, 2006

	SIM	%	NÃO	%
Entendimento sobre Fisioterapia	8	50	8	50
Conhecimento sobre o Centro de Reabilitação	16	100	0	0
Paciente rejeitado na Referência por falta de vaga	4	25	12	75
Acompanhamento do início e fim do tratamento fisioterapêutico na referência	14	87,5	2	12,5
Referência é acessível a população	12	75	4	25
Conhecimento do papel do fisioterapeuta no PSF	2	12,5	14	87,5
Recebeu informação em relação aos problemas relativos à Fisioterapia	2	12,5	14	87,5
Orienta o paciente sobre procedimentos da fisioterapia	10	62,5	6	37,5
Considera-se instruído para orientar a família	2	12,5	14	87,5
Existe demanda para Fisioterapia	12	75	4	25
Considera necessário receber instruções relativas à Fisioterapia	16	100	0	0

#### 4.2.1.2 Percepção sobre a Fisioterapia

A tabela abaixo, mostra a unanimidade da necessidade da fisioterapia no PSF, pois mesmo alguns ACS não conhecendo muito bem as características do perfil deste profissional, relatam que será mais um profissional para agregar valores ao Programa. E ainda, 100% dos ACS acham que os clientes não têm receio de realizar a fisioterapia. Segundo Ragasson (2003), é notória a importância da fisioterapia da sua inserção na atenção básica devido a grande demanda de pessoas que precisam do serviço, porém vencem todas as dificuldades e vão para o Centro Municipal de Reabilitação onde muitas vezes não se tem vaga ou ficam aguardando numa lista de espera.

Tabela 2: O fisioterapeuta na ESF, segundo os ACS, Cabo Frio, 2006.

	SIM	%	NÃO	%
Necessidade do fisioterapeuta na ESF	16	100	0	0
Opinião sobre o receio de realizar Fisioterapia	0	0	16	100

#### 4.2.1.3 Sugestões para melhorar o atendimento dos pacientes portadores de processos fisiopatológicos e incapacidades funcionais.

O gráfico 1 abaixo mostra que 37,5% dos ACS sugerem que a ESF tenha o profissional fisioterapeuta como parte integrante, 25% sugerem um meio de transporte para levar os clientes até o Centro de Referência, pois estes pertencem a ESF onde a UBS não comporta outro profissional e/ou estão distantes do grande Centro. Outros 25% preferiram não opinar e ainda os 12,5% restantes sugeriram que o fisioterapeuta realizasse palestras esporádicas na UBS.

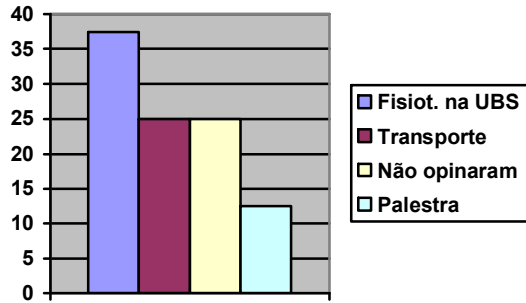


Gráfico 1: Sugestão dos ACS em relação a melhoria do atendimento aos clientes que precisam de Fisioterapia.

#### 4.2.1.4 Relação ao espaço físico local

Observamos na tabela 3 que, a maioria das UBS não tem espaço físico disponível para mais um profissional atuar, conforme 68,75% dos ACS responderam, porém ainda assim sugeriram a presença deste profissional na equipe, conforme item 4.2.1.3 acima descrito, porém este é um problema corriqueiro, enfrentado também pelos enfermeiros do PSF em Campina Grande, sendo necessário, por muitas vezes, a utilização de outras locações no mesmo bairro (BENIGNA *et al*, 2004).

Tabela 3 – Quanto ao espaço físico disponível nas UBS do Município de Cabo Frio, 2006.

	SIM	%	NÃO	%
Espaço físico disponível para mais um profissional.	5	31,25%	11	68,75%



#### **4.2.2 Entrevista com o médico**

Foram entrevistados, conforme apêndice B, os 13 médicos das 13 UBS do Município de Cabo Frio.

##### **4.2.2.1 Perfil dos médicos da ESF**

A tabela 4 demonstra a condição básica para o profissional fazer parte da ESF, a capacitação, onde 100% dos médicos passaram por algum tipo deste, porém ninguém recebeu informações pertinentes a Fisioterapia. Todos os médicos conhecem o Centro de Reabilitação, porém 84, 61% encaminham pacientes para lá. Destes, 69,23% encaminham todos os processos fisiopatológicos e incapacidades funcionais para a Referência, pois relatam que patologias respiratórias, neurológicas e reumatológicas, respectivamente, encaminham primeiro para o especialista. Apenas 7,69% fizeram treinamento para o uso de protocolos, mas estes não existem, além do Guia de Referência e Contra-referência do sistema de saúde.

A tabela mostra que 100% dos médicos não seguem protocolo clínico.

100% dos médicos não recebem a contra-referência dos fisioterapeutas e 92,30% acreditam que isto contribuiria para o controle clínico dos pacientes.

Em relação às visitas domiciliares (VD), 46,15% orientam os pacientes aos possíveis procedimentos técnicos a serem realizados pela Fisioterapia, como o uso de crioterapia, calor superficial e uso de bolinhas de espuma, e apenas 15,38% consideram-se capacitados para este tipo de orientação, mas 92,30% observam e orientam os aspectos do mobiliário, relativos a ergonomia, prevenindo assim quedas, escorregões e contusões no domicílio. Orientar o paciente e

seus familiares é um dos principais papéis do Fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família, conforme Andrade (2004).

Em relação ao conhecimento do fisioterapeuta no PSF, 69,23% dos entrevistados têm esse conhecimento e 30,76% nunca souberam do trabalho efetivo da Fisioterapia junto ao PSF, porém 92,30% dos médicos vêm demanda para a atuação do fisioterapeuta junto ao PSF e acham que há necessidade deste profissional junto a sua equipe.

Tabela 4 – Conhecimento dos médicos entrevistados em relação à Fisioterapia e seu funcionamento em Cabo Frio, RJ, 2006

	SIM	%	NÃO	%
Fez capacitação	13	100	0	0
Recebeu informação relacionada à Fisioterapia	0	100	13	100
Conhece o Centro de Reabilitação	13	100	0	0
Encaminha pacientes para o Centro de Referência	11	84,61	2	15,38
Encaminha todos os problemas fisiopatológicos para a Referência	4	30,76	9	69,23
Participação em treinamento para o uso de protocolos	1	7,69	12	92,30
Segue protocolo clínico	0	0	13	100
Existe protocolo de encaminhamento p/ Referência	0	0	13	100
Fisioterapeutas fazem contra-referência	0	0	13	100
Contra-referência contribuiria	12	92,30	1	7,69
Conhecimento do fisioterapeuta no PSF	9	69,23	4	30,76
Na VD orienta o procedimento de cunho fisioterapêutico	6	46,15	7	53,84
Na VD orientação em relação à ergonomia do ambiente	12	92,30	1	7,69
Considera capacitado em relação aos problemas específicos da Fisioterapia	2	15,38	11	84,61
Existe demanda	12	92,30	1	7,69
Necessidade do fisioterapeuta	12	92,30	1	7,69

#### 4.2.2.2 Distribuição das patologias de maior prevalência

O gráfico 2 apresenta os motivos do encaminhamento ou diagnóstico apresentado segundo os médicos entrevistados. Podemos assim observar que 33% são por problemas provenientes das seqüelas de AVC e de origem da coluna vertebral seguida de fisiopatologias provenientes de acidentes do trânsito com 23%, e 7% por traumas em geral. Isso só corrobora o estudo realizado por Vêras (2005), onde 57% dos usuários atendidos na ESF por fisioterapeutas tinham alterações na Coluna Vertebral. Estes dados também trazem uma reflexão quanto às ações realizadas para os hipertensos e nas atividades realizadas na área da saúde do trabalhador e suas necessidades com a participação do profissional fisioterapeuta.

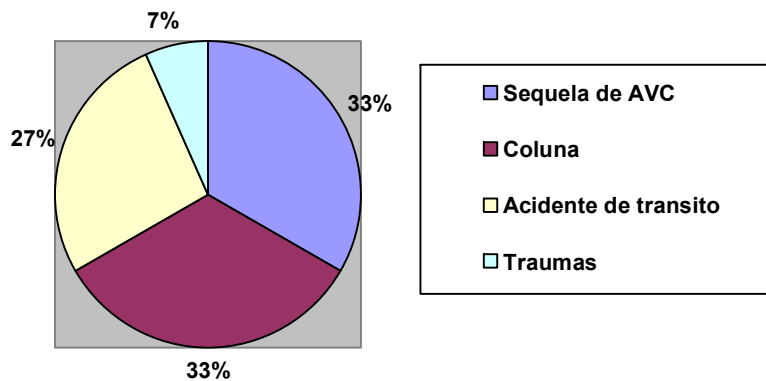


Gráfico 2: Distribuição das patologias mais frequentes nas UBS do Município de Cabo Frio, 2006.

#### 4.2.2.3 Perfil da população cadastrada por faixa etária

De acordo com o gráfico3, 47% dos pacientes com processos fisiopatológicos e incapacidades funcionais estão acima dos 60 anos de idade; 23% estão na faixa etária de 20 anos a 44 anos. Em seguida, com 15%, estão os pacientes com 45 até 59 anos e 11 a 19 anos, e entre 3 meses e 10 anos não obteve nenhuma resposta. Segundo Andrade (2004), após uma avaliação de

um serviço ambulatorial de média complexidade de Fisioterapia do SUS, em Sobral, a faixa etária prevalente é acima dos 60 anos, porém segundo SIAB (2007), em confronto com a Ficha A do município de Cabo Frio, de acordo com a população cadastrada a faixa etária de maior prevalência é entre 20 e 39 anos, no total de 16,195 clientes, sendo 52,02% do sexo feminino.

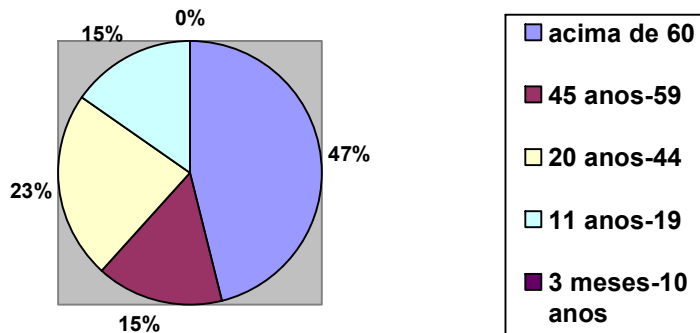


Gráfico 3: Faixa etária de maior prevalência da população cadastradas nos PSF do Município de Cabo Frio, RJ, segundo a visão dos médicos de família.

#### 4.2.2.4 Sugestão para aprimorar a relação do fisioterapeuta da Referência com a ESF

O Gráfico 4, abaixo, mostra a importância do sistema de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes complexidades, onde 39% dos entrevistados sugerem a contra-referência como melhoria para a relação do fisioterapeuta da Referência e o PSF.

Segundo Serra (2003), para assegurar a integralidade da assistência nos casos de maior complexidade o sistema de saúde deve se constituir de uma rede de serviços com referência e contra-referência determinadas, conformando um sistema integrado.

Alguns médicos (38%) não sugeriram melhorias, enquanto que 15% sugeriram uma equipe interdisciplinar e 8% alertam os fisioterapeutas para um olhar mais clínico.

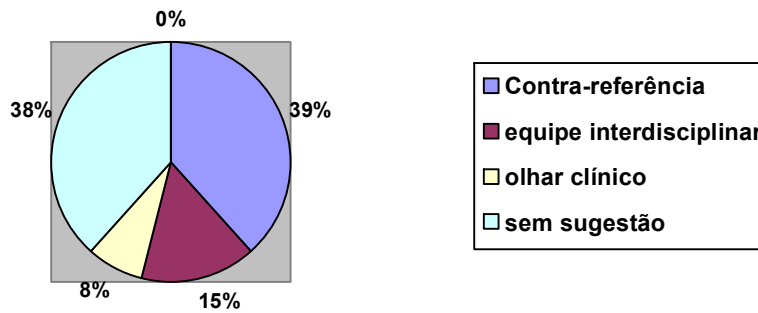


Gráfico 4: Sugestão de aprimoramento da relação do fisioterapeuta da Referência com ESF, segundo os médicos do PSF do Município de Cabo Frio, 2006.

#### 4.2.2.5 Relação ao espaço físico local

Observamos durante a pesquisa que a maioria das UBS não tem espaço físico disponível para a atuação de outro profissional da saúde, porém os médicos apóiam a idéia do fisioterapeuta atuar tanto na Referência quanto na UBS, como mostra o gráfico abaixo, onde esta fatia representa 54%. Dos entrevistados.

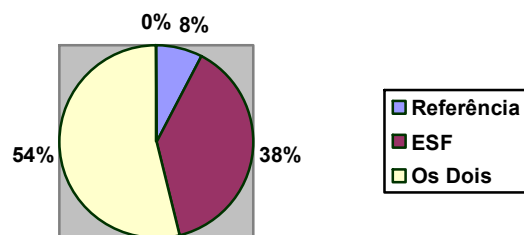


Gráfico 5: Quanto ao espaço físico disponível nas UBS do Município de Cabo Frio, 2006.

### **4.2.3 Entrevista com os enfermeiros**

A entrevista, conforme apêndice B, realizada com os 13 enfermeiros das 13 UBS do Município de Cabo Frio, apresenta as mesmas perguntas da entrevista realizada com os médicos, porém foram realizadas individualmente.

#### **4.2.3.1 Perfil do enfermeiro da ESF**

A tabela abaixo mostra que 61,53% fizeram algum tipo de capacitação e apenas 7,69% receberam informações relativas à fisioterapia como apenas o seu conceito de prevenção. Apenas 7,69% participaram de treinamento para o uso de protocolo e corroboram as respostas dos médicos afirmando a inexistência do uso de protocolos e a importância da contra-referência para o PSF.

Todos os entrevistados conhecem o Centro de Referência, mas apenas 46,15% conhecem o papel do fisioterapeuta no PSF; 84,61% orientam sobre como evitar quedas, escorregões e contusões dentro do domicílio, mas 53,84% não orientam sobre procedimentos fisioterapêuticos. Os 46,15% que orientam, relatam que informam indicações simples como o uso de crioterapia e calor superficial, especialmente por não se acharem capacitados, conforme afirmam 100% dos entrevistados.

Em relação à demanda, 100% dos enfermeiros entrevistados destacam a sua existência e, por isso, a importância do fisioterapeuta junto a sua ESF. Neste sentido, a pesquisa de Andrade (2004), mostra que 66,7% dos usuários percebem a existência do profissional Fisioterapeuta nas Equipes de Saúde da Família, enquanto que 33,3% desconhecem este fato. Quanto ao contato, ou

realização de tratamento com os Fisioterapeutas do PSF, 73,8% dos usuários pesquisados não realizaram; 26,2% já o fizeram e destes 63,6% classificaram como ótimo e 36,4% como bom o atendimento recebido.

Tabela 5 – Percepção dos 13 enfermeiros das 13 UBS entrevistados em relação à Fisioterapia e seu funcionamento em Cabo Frio, RJ, 2006

	SIM	%	NÃO	%
Fez capacitação	8	61,53	5	13,46
Recebeu informação relacionada à Fisioterapia	1	7,69	12	92,30
Conhece o Centro de Reabilitação	13	100	0	0
Participação em treinamento para o uso de protocolos	1	7,69	12	92,30
Existe protocolo de encaminhamento p/ Referência	0	0	13	100
Fisioterapeutas fazem contra-referência	0	0	13	100
Contra-referência contribuiria	13	100	0	0
Conhecimento do fisioterapeuta no PSF	6	46,15	7	53,84
Na VD orienta o procedimento de cunho fisioterapêutico	6	46,15	7	53,84
Na VD orientação em relação à ergonomia do ambiente	11	84,61	2	15,38
Considera capacitado em relação aos problemas específicos da Fisioterapia	0	0	13	100
Existe demanda	13	100	0	0
Necessidade do fisioterapeuta	13	100	0	0

#### 4.2.3.2 Encaminhamento para a Referência.

A partir do gráfico abaixo, constatamos que 100% dos enfermeiros entrevistados não fazem encaminhamentos para a Referência, sendo este um trabalho exclusivo do médico de família. Sendo assim, não nós ateremos as questões de número 8 e 9, por terem sido eliminadas a partir do momento em que o enfermeiro não faz este encaminhamento

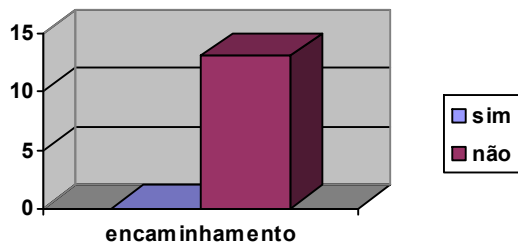


Gráfico 6: Encaminhamento para a Referência pelo enfermeiro

#### 4.2.3.3 Sugestões de aprimoramento da relação fisioterapeuta da Referência e PSF

Observamos no gráfico abaixo as sugestões dos enfermeiros para aprimorar a relação do fisioterapeuta da Referência e a ESF: 25% não responderam; 24% sugerem contratar um fisioterapeuta para atuar junto a ESF; 19% acreditam que a contra-referência ajudaria na relação, enquanto 13% dividem a idéia entre prevenção e trabalho como equipe multiprofissional. Os 6% restantes sugerem que os fisioterapeutas da Referência entendam melhor o conceito de PSF, para que assim possam trabalhar em equipe.

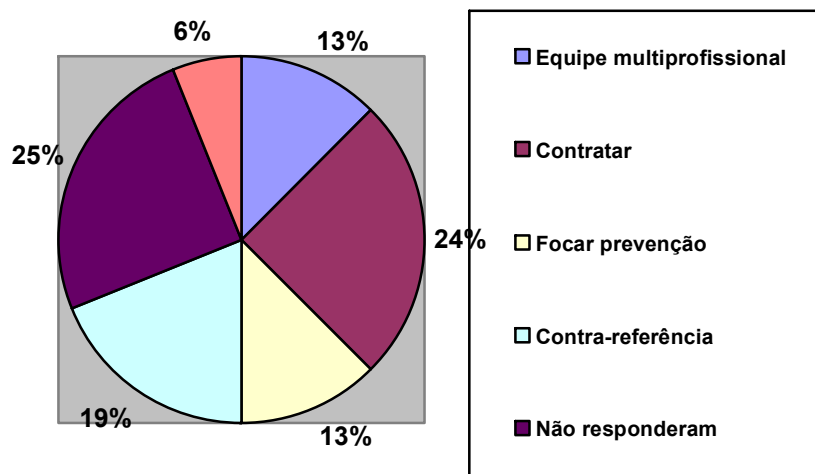


Gráfico 7: Sugestão de aprimoramento da relação do fisioterapeuta da Referência com ESF, segundo os enfermeiros do PSF do Município de Cabo Frio, 2006.



## **5. Elaboração da proposta de ação para o fisioterapeuta no PSF de Cabo Frio.**

Baseado nos dados e nos resultados da pesquisa descritas neste trabalho é que serão desmembradas propostas e ações da atuação do fisioterapeuta no PSF, agregando qualidade e resolubilidade ao programa.

### **5.1 Objetivos da proposta**

Favorecer o atendimento do portador de processos fisiopatológicos e incapacidades funcionais conforme identificadas no capítulo anterior.

### **5.2 Estratégia de implantação da proposta:**

Criação de uma equipe primária, de modo a permitir a capacitação dos demais integrantes das equipes atuantes no PSF e possibilitar a harmonização das intervenções; desenvolvimento do treinamento propriamente dito dos integrantes das equipes atuantes no PSF, de modo a analisar e desenvolver em conjunto os formulários a serem usados; delimitar o espaço físico para as devidas intervenções; início das atividades.

### **5.3 Delineamento da proposta de atuação da Fisioterapia no PSF.**

#### **5.3.1 Atuação da equipe de Fisioterapia**

A equipe de Fisioterapia terá sua atuação direcionada, inicialmente, para a Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo que após a consolidação das propostas terapêuticas implementadas tenham sinalizado a necessidade de acompanhamento domiciliar, e seja viável pelo quantitativo da equipe, será conveniente ampliar para o Atendimento Domiciliar.

A carga horária preconizada pelo Sindicato dos Fisioterapeutas Estado do Rio de Janeiro é de 30 horas semanais, sendo o dimensionamento da equipe função da demanda. Este dimensionamento deverá ser discutido com o gestor, considerando questões referentes a financiamentos, fomentos, etc.

Em pesquisa realizada por Magalhães (2002), quanto ao tempo do atendimento fisioterapêutico, foi observada a variação de 20 a 180 minutos, média de 80 minutos, sendo mais comum 31 a 60 minutos de atendimento. Assim sendo, uma das formas de dimensionamento da equipe está na determinação do número de atendimentos a serem realizados por dia/semana/mês, em função dos processos fisiopatológicos a serem encaminhados. A escolha desses processos fisiopatológicos deverá ser função da referência, em virtude da sensibilidade desenvolvida ao longo dos atendimentos.

Considerando uma média de atendimento 40 minutos, seja em grupo, seja em atendimento individual, é previsto um conjunto de cinco sessões de atendimento em quatro horas de trabalho. Naturalmente, sempre que o atendimento for realizado em grupos, cuja dimensão deverá ser de no máximo 10 pacientes, o rendimento será otimizado.

Algumas UBSs de Cabo Frio não comportam mais um profissional, entretanto, existe a demanda, conforme pesquisa de campo, logo deverá ser estabelecido previamente um processo de relacionamento entre unidades para formalizar esses procedimentos de encaminhamento. Não obstante, nessas UBSs poderão ser desenvolvidas atividades menos complexas e de atendimento domiciliar.

### **5.3.2 Criação de uma equipe de profissionais fisioterapeutas**

Formar uma equipe de profissionais fisioterapeutas atuando junto as ESF do Município de Cabo Frio, RJ.

### **5.3.3 Treinamento dos integrantes da equipe**

#### **5.3.3.1 Capacitação**

Desenvolvimento de treinamento específico, transmissão da idéia da importância coletiva dessas ferramentas para a saúde da comunidade.

Os treinamentos serão realizados separadamente com cada grupo de profissionais, conforme descrito abaixo, capacitando a ESF, harmonizando o relacionamento entre as equipes.

### 5.3.3.1.a Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Abordar orientações teóricas e práticas de forma que os ACS sejam esclarecidos sobre termos técnicos e nomenclaturas das patologias já conhecidas por eles e de freqüência na comunidade.

É importante que algumas das informações obtidas na ficha A tenham direcionamento adequado às novas necessidades na montagem do perfil epidemiológico da comunidade. Isso se dá em função de que a ficha A, é a ficha para cadastramento das famílias sendo preenchida nas primeiras visitas que o ACS faz às famílias de sua comunidade. O ACS recolhe informações de identificação da família, cadastra todos os seus membros, analisa a situação de moradia e outras informações adicionais que permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções. Ainda refere casos atuais de doenças como: alcoolismo (ALC), Chagas (CHA), deficiência (DEF), diabetes (DIA), epilepsia (EPI), hanseníase (HAN), hipertensão arterial (HA), malária (MAL), tuberculose (TB), gestação (GES) e outras (O). O ACS não deve solicitar comprovação do diagnóstico.

Os casos de gestação e deficiência podem ser identificados pelo ACS, quando da visita domiciliar, com ou sem referência da família, porém DEF, indica os deficientes, mentais e físicos, estes com doenças congênitas ou adquiridas que impossibilitem as atividades da vida diária (adaptado de WERNER, 1994, p15).

A terminologia científica DEF, neste caso esta sendo usada muito amplamente, sendo um dado importante e necessário para que o grupo de pessoas que apresente deficiências receba maior atenção, pois a superação de questões conceituais pode facilitar a promoção de outras ações, trazendo benefícios tanto a esse grupo de pessoas como à comunidade em geral, logo para o levantamento de processos fisiopatológicos e incapacidades funcionais, necessita-se de uma

outra ferramenta, conforme as propostas feitas a seguir, e da ajuda dos outros profissionais da equipe.

Discutir o uso do protocolo fisioterapêutico de encaminhamento.

Discutir a elaboração do relatório de acompanhamento das atividades, sua importância e seu conteúdo.

A realização de 8 horas de treinamento para os ACS, de acordo com a disponibilidade dada pela coordenação do PSF, será o tempo suficiente para alcançar os objetivos deste treinamento.

Os ACS serão as pessoas mais importantes deste sistema devido ao contato permanente com os clientes cadastrados, de forma que irão ser a ligação do paciente domiciliar e o fisioterapeuta.

### **5.3.3. 1.b Médicos**

Orientar as informações de ordem fisioterapêutica que os mesmos possam utilizar em suas visitas domiciliares e na consultas clínicas, evitando assim o uso excessivo de medicamentos e diminuindo a demanda para o Centro de Reabilitação, pois o médico usará o máximo do seu limite clínico, de forma a encaminhar o paciente para a Referência quando realmente necessário. Logo as orientações fisioterapêuticas não conflitarão em nada com o protocolo clínico de procedimento, caso o fisioterapeuta venha a atuar.

Discutir o uso do Guia de referência e contra-referência e do protocolo fisioterapêutico de encaminhamento, que serão preenchidos pelos enfermeiros e/ou ACS na visita domiciliar ou visita até a UBS.

A realização de 4 horas de treinamento para os médicos será o suficiente para as orientações teóricas e práticas.

#### **5.3.3.1.c Enfermeiros**

Orientar as informações de ordem fisioterapêutica que os mesmos possam dar em suas visitas domiciliares e nas consultas de enfermagem, evitando assim o uso excessivo de medicamentos. E ainda, orientações que depois de esclarecidas, diminuam a demanda ao médico.

Discutir o uso do protocolo fisioterapêutico de encaminhamento.

A realização de 4 horas de treinamento para os enfermeiros será o suficiente para as orientações teóricas e práticas.

#### **5.3.3.1.d Centro de Referência em Reabilitação**

Esclarecer o novo sistema.

Discutir o uso e a indicação da contra-referência.

Discutir a importância da aplicação dos resultados do relatório de acompanhamento das atividades.

A realização de 2 horas de treinamento para os profissionais do Centro de reabilitação do Município será o suficiente para as orientações teóricas e práticas.

### **5.3.4 Fluxo de interação.**

#### **5.3.4.1 Guia de Referência e Contra-Referência da Fisioterapia**

Propiciar a articulação entre os níveis de complexidade do sistema municipal de saúde de Cabo Frio, de acordo com a proposta constitucional do SUS.

Melhorar a comunicação entre os profissionais.

Garantir maior controle estatístico.

O Guia de Referência e Contra-Referência será de uso exclusivo da Fisioterapia. Esta proposta de guia, conforme Apêndice D, é de fácil uso. O médico ou o fisioterapeuta da UBS fará a referência e o fisioterapeuta do Centro de Reabilitação ou qualquer outro local de atendimento SUS, fará a contra-referência.

#### **5.3.4.2 Protocolo de Encaminhamento Clínico**

O protocolo de encaminhamento para a Fisioterapia é um Fluxograma para atendimento clínico, conforme Apêndice E, de forma que o enfermeiro, ou até mesmo o ACS, possa aplicá-lo ao cliente e a seguir preenchê-lo. O médico, ao receber o protocolo respondido saberá se deverá encaminhar o paciente para visita domiciliar, algum grupo previamente montado, ou ainda no caso de patologias crônicas, encaminhar para o Centro de Reabilitação.

### **5.3.4.3 Relatório de Acompanhamento**

O relatório servirá como uma ferramenta de acompanhamento da evolução dos resultados obtidos e será subsídio para estratificação de dados estatísticos, de dados para pesquisa nas áreas clínica, político-social e pedagógica.

### **5.3.5 Utilização dos Relatórios de Acompanhamento**

O Relatório de Acompanhamento será elaborado a cada final de mês pelo Centro de Referência, para as UBS, e pelo ACS para o fisioterapeuta responsável. Deve ser claro, conciso, moderado nas afirmações e fazer distinção entre fatos e opiniões.

O Relatório de Acompanhamento elaborado pelo ACS deverá conter dados sobre sua percepção pessoal acerca do resultado evolutivo da intervenção. Este determinará a continuação das orientações, conduta terapêutica e alta do tratamento, analisadas pelo fisioterapeuta responsável.

O Relatório de Acompanhamento elaborado pelo Centro de Referência deverá apresentar os dados do paciente, a evolução do tratamento e a UBS, a qual se refere o paciente.



### **5.3.6 Plano de Ações Fisioterapêuticas**

As atividades a serem realizadas pelo fisioterapeuta, podem ser desenvolvidas em:

**5.3.6.1** Grupos, inicialmente, para atender a grande demanda. Esses grupos serão organizados na UBS, e o desenvolvimento das atividades realizados na própria UBS ou em outros locais de acordo com o espaço físico, como praia, praça, escolas, instituições religiosas, etc. Estão descritos conforme a frequência relatada na pesquisa.

**5.3.6.1.a** Caminhada acompanhada nas ruas do bairro onde se encontra a UBS. A caminhada de hipertensos, ajuda a prevenir a segunda maior incidência de casos da população cadastrada, que é a seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e em conjunto com diabéticos.

**5.3.6.1.b** Grupo da coluna. Será priorizado inicialmente, por ser o de maior incidência da população cadastrada, conforme 4.2.2.2 apontada pela pesquisa. Serão selecionados de acordo com as fsiopatologias que acometem a coluna, tais como: cervicalgia, dorsalgias, lombalgias, cervicobraquialgias, lombociatalgias, previamente encaminhadas pelo médico e avaliadas pelo fisioterapeuta.

**5.3.6.1.c** Realização de alongamentos, com fins terapêuticos, para evitar possíveis lesões provenientes da atividade da vida diária, do trabalhador ou não. Esse grupo terá como objetivo principal a prevenção de patologias como Lesão por esforço repetitivo (LER) e/ou Distúrbio osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

**5.3.6.1.d** Grupo de gestante. A gestante geralmente está autorizada a prática de atividade física a partir dos 3 meses de gestação. Realizará um circuito de alongamentos e atividades físicas indicadas, prevenindo a lombalgia inerente a gravidez.

**5.3.6.1.e** Grupo de pacientes portadores de doenças respiratórias crônicas ou não, como: asma, bronquite, pneumonias de repetição, DPOC, enfisematosos, etc, além dos tabagistas que já apresentam uma pré-disposição a patologias respiratórias, atuando assim na prevenção.

**5.3.6.1.f** Hidroterapia. Algumas Unidades são beneficiadas por serem próximas a praia. Com o mar tranqüilo, esta riqueza natural, sem nenhum custo financeiro, pode ser explorada com fins terapêuticos para a população adscrita. Este recurso fisioterápico deverá ser utilizado e organizado de acordo com a demanda espontânea, porém deverá ser em grupo por patologia, devido a grande demanda esperada.

Se necessário utilizar materiais alternativos de baixo custo como, toalhas, gelo, saquinho de areia e até cabo de vassoura.

**5.3.6.2** Atendimento domiciliar, quando necessário, beneficiando aqueles que não tem condições de deslocamento, com patologias, em sua maioria de ordem neurológica tais como: seqüela de AVC (hemiplegia), paraplegias, tetraplegias, crianças com paralisia cerebral de difícil locomoção para o acompanhante, casos de seqüelas de acidentes automobilísticos, ou de trabalho, ainda em fase aguda, e também de ordem reumatológica como: artroses avançadas em locais que dificulte a locomoção do paciente. Estas visitas podem ser apenas de orientações e/ou atendimento propriamente de acordo com a avaliação do fisioterapeuta.

**5.3.6.3** Realização de palestras para a comunidade. Fazer a promoção da saúde, conscientizando o indivíduo, a família e a comunidade em geral, em relação ao auto-cuidado, as incapacidades funcionais e aos processos fisiopatológicos, proporcionando melhor qualidade de vida, independente da situação financeira.

### **5.3.7 Criação de indicadores de reavaliação**

Será necessário reavaliar os planos, ações fisioterapêuticas e seus resultados a cada 5 (cinco) anos.

## **Considerações finais**

O presente estudo revelou que os profissionais de saúde das ESF consideram importante a participação do fisioterapeuta e seus recursos como mais um elemento de ação para a qualidade de vida da comunidade.

Muitos dos ACS desconhecem a Fisioterapia, as nomenclaturas das patologias e não as identificam quando apontadas. Entretanto, o perfeito acompanhamento dos seus cadastrados é um benefício que não pode ser desconsiderado em nenhum momento.

Podemos observar que o acompanhamento da equipe de ACS é feito com profissionalismo pela equipe de enfermagem.

O estímulo e a capacitação dos ACS não significará a substituição de nenhum profissional, mas tende a facilitar o acesso à comunidade em função da similaridade natural entre as características populacionais.

Mesmo diante da evidência clara e objetiva acerca da impossibilidade física de inserção de mais um profissional na UBS, os ACS consideram importante a agregação dos conhecimentos advindos desse profissional na sua prática diária.

O maior esclarecimento dos profissionais médicos deverá resultar no aumento dos encaminhamentos diretos para a Fisioterapia, o que favorecerá os resultados oriundos dessa prática nas UBS e Centro de Reabilitação, seja na questão velocidade de intervenção, seja na questão de aceleração de resultados.

De acordo com os resultados da pesquisa é possível concluir que há falhas na referência e contra-referência dos pacientes, mas que, por outro lado, é uma ferramenta de grande valia para o sistema de saúde. Assim, quando feita com sucesso é muito eficaz.

A ESF relata que o Centro de Referência nunca fez contra-referência, e que seria uma ótima contribuição, pois facilitaria a prevenção e o controle das condições relacionadas à saúde e seus efeitos, controlando também as patologias, já que a o Centro de Referência não dispõe dos números de casos registrados. Esta constatação ratifica a necessidade da implantação de instrumentos formais de referência e contra-referência, e de um arquivo para prontuários dos pacientes referenciados para o Centro.

A atuação do fisioterapeuta na atenção primária, mais precisamente na ESF, é um desafio, pois ainda há uma grande carência de estudos sobre esse tema e as poucas experiências municipais existentes não possuem registros documentais dos processos de implantação. Desta maneira, a proposta aqui descrita poderá contribuir para a participação do fisioterapeuta no PSF não apenas no Município de Cabo Frio, mas também em outros municípios, considerando as semelhanças epidemiológicas.

Mostramos que a Fisioterapia apesar de ter sua origem baseada na reabilitação, poderá enriquecer a equipe multidisciplinar e, assim, poderemos atuar no processo preventivo, curativo e de reabilitação. A proposta de ação aqui exposta poderá trazer benefícios para as populações adscritas às Unidades do PSF, mantendo-as saudáveis através da prevenção e controlando a maior parte das patologias passíveis de acompanhamento pelos fisioterapeutas. Os resultados desta pesquisa irão fortalecer a idéia do trabalho do fisioterapeuta através da prevenção, e contribuirá, por certo, para um novo perfil de formação acadêmica profissional, isto é: o profissional generalista, crítico, ético, humanista e reflexivo, capacitado para atuar nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, tanto por meio da prevenção quanto da reabilitação. Esperamos que este profissional tenha uma visão contextualizada e interdisciplinar, seja capaz de perceber o ser humano de forma integral e tenha consciência de sua responsabilidade social.

Como todo processo, esta proposta de ação deverá ser reavaliada após 5 anos, e aperfeiçoada, para melhorar, cada vez mais, a qualidade de vida dessas populações.

## Referências bibliográficas

ALEXANDRIA, Fabiano Oliveira. O que é PSF? Fortaleza-CE, 2000.

ANDRADE, F.M. O Programa de Saúde da Família no Ceará. Expressão Gráfica. Editora Ltda. 1ª ed. Fortaleza, 1998.

ANDRADE, L.O.M. *et al.* Estratégia Saúde da Família em Sobral: Oito anos construindo um modelo de Atenção Integral à Saúde. Rev. de políticas públicas – SANARE. Sobral, n 1, p. 9, 14-19, 33, janeiro-março, ano V, 2004.

ANDRADE, F.W.P. Avaliação do serviço de média complexidade ambulatorial do SUS, no Município de Sobral, CE. Monografia apresentada ao Curso de Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/ Universidade Vale do Acaraú (UVA), para obtenção do título de Especialista e Residente em Saúde da família. Sobral, 2004.

ANDRADE, L.O M. *et al.* Manual do Cursos Básico em Saúde da Família. Pólo de Educação Permanente para os profissionais da saúde. Texto III. A Estratégia Saúde da Família. Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. 2005.

BALDANI, M. H. *et al.* A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul-ago, 2005.

BARROS, F.B.M. O Fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora, Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002.

BENIGNA, NASCIMENTO, MARTINS. Pré-Natal no Programa Saúde da Família (PSF): com a palavra os enfermeiros. Cogitare Enfermagem. Campina Grande, PB. 2004.

BRASIL. Decreto-lei n.938 de 13 de outubro de 1969. Seção 1. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 16 out.1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, de 29 de dezembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do programa saúde da família. Brasília; Ministério da Saúde; 2001. p 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. p 20.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva., Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 19 Jan 2007.

ALMEIDA, A. C., BARBOSA, J. C. A Fisioterapia na atenção básica: inserção e possibilidades. Instituto de Saúde Coletiva. UFBA. Camaragibe, 2005.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução COFFITO-80, de 9 de maio de 1987. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União n.º 093, Brasília, DF, 21 maio 1987. Seção I, p. 7 609.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução COFFITO-139, de 28 de novembro de 1992. Dispõe sobre as atribuições do exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistências da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União n.º 227, Brasília, DF, 26 nov. 1992. Seção I, p. 16 389-16 390.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. Resolução COFFITO-10, de 3 de julho de 1978, relativo ao Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Brasília, DF, 3 Jul. de 1978.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion, in Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (14):7010709, out-dez 1999.

FACÓ E.F. et al. O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. RBPS 2005; 18 (2) : 70-77

FAUSTO, M C R. Limites e impasses atuais da municipalização da saúde: a experiência de Cabo Frio. Physis: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v11 nº(2): 67-94. 2001.

FRANCO, T.; Merhy, E. PSF: contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna.htm>>. Acesso em 13/04/02.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.22 n. 6, p. 1171-1181, jun, 2006.

KILSZTAJN, S. Programa de Saúde da Família. Revista de Associação Médica Brasileira. v.47, n.4, out./dez..1998.

LAVOR, A. C. H., LAVOR, M.C., LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. Sanare - ano v, n.1, jan./fev./mar. 2004

LINS, A M C. MOURA, G J. CAMPELO, G O. OLIVEIRA, E D. Atuação da Fisioterapia no programa saúde da família (psf), fundamentada do projeto piloto reabilitação baseada na comunidade (rbc). Recife - PE.Março 2001.



LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática. *Revista de Saúde Coletiva*. v.1, n. 1, 1991.

MACHADO, K. Saúde da família se firma como estratégia permanente do SUS. *Radis comunicação em saúde*, Rio de Janeiro, nº 23, p 10-11, jul 2004.

MAGALHÃES, Milena Sampaio. Avaliação da assistência fisioterapêutica sob a óptica do usuário. Dissertação (Mestrado Faculdade de Medicina). Fortaleza: UFC, 2002.

MATOS P.E.S., TOMITA N.E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6):1538-1544, nov-dez, 2004.

Ministério da Ação Social. Material III, Brasília, 1992

MIGUEL, R. A Fisioterapia no Programa Saúde da Família: Reflexões a partir das experiências no Município de Macaé-RJ. Nov 2004.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília. 2ª ed. Janeiro, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.ª reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

M.S. CEOS. Centro de Especialidades Odontológicas. [2004]. Disponível em: <[www.saude.gov.br/saudebucal](http://www.saude.gov.br/saudebucal)> Acesso em: 10.Jan.07.

M.S. Resultados alcançados na Atenção Básica. [2004]. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#consolidado>> Acesso em 26. Dez.2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ato Portaria nº 1065/GM de 4 de julho de 2005. Disponível em:<[www.portalweb05.saude.gov.br](http://www.portalweb05.saude.gov.br)> Acesso em: 1 Outubro 2005

MIRANDA, L. *et al.* Marcadores sorológicos de hepatite B em indivíduos submetidos a exames de sangue em unidades de saúde. *Revista Saúde Pública*, 34 (3): 286-91, 2000.

NARVAI, H.G. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo, 1994.

NASSIF, L. A municipalização da saúde. Folha de São Paulo, São Paulo, 21, jan.,1998.

NOGUEIRA, J. A. Fisioterapia no Contexto da Assistência Domiciliar Terapêutica: Estudo de Pacientes com AIDS. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2000.

OBJETIVOS E PRINCÍPIOS. Disponível em: <[http://www.saude.rj.gov.br/acoes/objetivos\\_psf.shtml](http://www.saude.rj.gov.br/acoes/objetivos_psf.shtml)>. Acesso em: 01 Outubro 2005.

Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) APUD FACÓ. Atención primária em salud bucal. Documento elaborado por el Comité de expertos, 1983. (Costa Rica): Organizacion Panamericana de la Salud. do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem; 2003.

PAIM, J.S. A Formação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva: Contribuição da Residência em Medicina Preventiva e Social. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 9(2):88-94, maio - agosto, 1985.

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayral, M.Z. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p473-482.

PELLIANO, A.M. Programa de Saúde da Família. In: Seminário De Experiências Internacionais Em Saúde Da Família, 1999, Brasília, DF. Relatório Final. Brasília, DF, 1999.

PÓLO PSF – FAMEMA. Pólo de capacitação Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Programa Saúde da Família de Marília –SP. Acesso em: 02. Jul.2006. Disponível em: < <http://www.famema.br/sausedafamilia/index.htm>>

RAGASSON, C.A.P. *et al.* Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. Paraná: Unioeste, 2003.

REBELATTO, J.R; BOTOMÉ, S.P. Fisioterapia no Brasil. Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1999.

RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Fisioterapia na Comunidade: buscando caminhos na atenção primária a partir de um projeto de extensão universitária, Paraíba, 2001.

ROUQUAYROL. M. Z.; FILHO. N.A Epidemiologia e Saúde. 6ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SERRA, C.G. Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para a consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro. 2003.204f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

SANTAMARIA, L. E. A. Fisioterapia. Disponível em: < <http://planeta.terra.com.br/saude/oconsultorio1/fisio3.htm> > Acesso em 12 Novembro 2005

SIAB. Proporção da população cadastrada no PSF de Cabo Frio, até Abril de 2005. Disponível em: < [www.datasus.com.br](http://www.datasus.com.br)> Acesso em 15 Junho 2005.

SIAB. Consolidado da população cadastrada no PSF de Cabo Frio, RJ. Uso restrito na coordenação do PSF Cabo Frio. Acesso em : 15 Jan 2007.

SGP. SECRETARIA GERAL DE PLANEJAMENTO. Outubro 2004. Disponível em: <<http://www.tce.rj.gov.br/sitenovo/develop/estupesq/gc04/2004/cabofrio.pdf>> Acesso em: 30 Novembro 2005

SHESTACK, R. Fisioterapia prática; 3º ed, p.3-4, Rio de Janeiro: Manole, 1987.

SILVA, A.C. O impacto do Programa de Saúde da Família no Município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo. 2003.

SOARES, Lea B. Teixeira. Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho. São Paulo: Hucitec, 1991.

SOBRAL. Prefeitura Municipal, Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde. Proposta de Sistematização das Ações de Saúde Bucal na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde do Município de Sobral-Ceará, 2003.

SOUZA, S.P.S. A inserção dos médicos no serviço público de saúde. Um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, UERJ, 2001.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L.B.; Bastos, A C. O Impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF); uma proposta de avaliação. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2): 429-435, abril-junho, 1998.

VERÁS, M.M.S *et al.* A Fisioterapia no Programa Saúde da Família de Sobral CE. Revista Fisioterapia Brasil, atlântica, v.6, nº 5, p 345-348, set-out.2005

VIANA, A L.; Dal Poz, M.R. Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social-UERJ. Estudos em Saúde Coletiva n.166, outubro 1998. 35p.

## ANEXOS

### **ANEXO A – Portaria nº1065/GM de 4 de Julho de 2005**

PORTARIA Nº 1065/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.

Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o inciso II do art.198 da Constituição Federal de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único da Saúde - SUS;

Considerando o parágrafo único do art 3º da Lei nº 8080/90, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

Considerando a Saúde da Família como a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a organização do SUS, a partir da Atenção Básica em Saúde;

Considerando que as ações de Atenção Básica em Saúde devem ser desenvolvidas por todos os Municípios como um componente essencial para a garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade;

Considerando a necessidade das Integralidade e da resolubilidade da atenção em saúde, nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

Considerando as ações intersetoriais como fundamentais à garantia da atenção integral em saúde, com vistas à produção do autocuidado;

Considerando como áreas imprescindíveis para a efetivação do cuidado integral em saúde: Alimentação e Nutrição, Atividade Física e Práticas Corporais, Saúde Mental, Serviço Social e Reabilitação;

Considerando a importância do estímulo a modos de viver não-sedentários, tendo em vista que o risco de doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência de hipertensão arterial e diabetes mellitus estão relacionados, dentre outros fatores, com o não envolvimento em quaisquer práticas corporais;

Considerando a necessidade do desenvolvimento de ações que reduzam o consumo excessivo de medicamentos, estimular a grupalidade e a formação de redes de suporte social, possibilitando a participação ativa dos usuários na construção de projetos terapêuticos individuais e na identificação das práticas a serem desenvolvidas em determinada área;

Considerando que as equipes de Saúde da Família são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas, às diversas formas de sofrimento mental, situações de violência e de discriminação social;

Considerando a importância de desenvolver ações que favoreçam o rompimento com uma percepção preconceituosa e discriminatória das pessoas com deficiência, de maneira que ocorra sua inclusão social;

Considerando a reabilitação como um processo de desenvolvimento de capacidades, habilidades, recursos pessoais e comunitários que facilitem a independência e a participação social das pessoas com deficiência frente à diversidade de condições e às necessidades presentes no cotidiano;

Considerando que o processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a inclusão social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber popular e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território;

Considerando a importância da implementação de ações de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas à promoção da saúde e a qualidade de vida da população;

Considerando a homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em reunião realizada no dia 17 de fevereiro de 2005; e

Considerando a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, em reunião realizada no dia 8 de junho de 2005,

#### R E S O L V E:

Art. 1º Criar os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde.

Art. 2º Determinar que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família sejam constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compondo com os profissionais da Saúde da Família uma equipe que atue em um território definido, compartilhando a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados.

Parágrafo único. Esse compartilhamento produz-se na forma de co-responsabilização e ampliação da resolubilidade da atenção, efetivada por meio de ações conjuntas como: troca de experiência e saberes, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros.

Art. 3º Definir que os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família sejam constituídos por quatro modalidades de ação em saúde:

I - alimentação/nutrição e atividade física;

II - atividade física;

III - Saúde Mental; e

IV - Reabilitação.

Art. 4º Estabelecer que o Município pode implantar o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família com todas as quatro modalidades ou optar pela implantação de cada modalidade separadamente, a partir das necessidades locais de saúde e da disponibilidade de recursos.

Art. 5º Determinar que para a implantação do Núcleo com todas as modalidades o Município deva assegurar, para fins de financiamento, a presença de psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais.

Art. 6º Definir que a implantação de modalidades em separado deve assegurar, para fins de financiamento, a presença mínima de dois profissionais por modalidade, exceto na modalidade Alimentação/Nutrição e Atividade Física, que deve ter, no mínimo, três profissionais.

Art. 7º Definir que a composição das diversas modalidades deve respeitar as definições a seguir:

I. Alimentação/Nutrição e Atividade Física - nutricionista, profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;

II - Atividade Física - profissional de educação física e instrutor de práticas corporais;

III - Saúde Mental - psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do psicólogo ou de psiquiatra e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados;

IV - Reabilitação - fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, sendo obrigatória a presença do fisioterapeuta e de pelo menos mais um profissional entre os mencionados.

Parágrafo único. Os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família devem estar articulados com os serviços de referência existentes, como, por exemplo, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esportes e com profissionais dos serviços especializados.

Art. 8º Determinar que o Ministério da Saúde financie a implantação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família nos Municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes.

Parágrafo único. Nos Municípios situados nos estados da Amazônia Legal, o financiamento de que trata este artigo, será destinado àqueles com população igual ou superior a 30 mil habitantes.

Art. 9º Determinar que os Municípios de que trata o artigo 8º desta Portaria possam implantar, para fins de financiamento, um Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família para cada 9 a 11 equipes da Saúde da Família, optando por implantar uma, duas, três ou as quatro modalidades, de acordo com suas possibilidades e necessidades.

Parágrafo único. Para os Municípios da Amazônia Legal, a proporção é de um Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família para cada 7 a 9 equipes da Saúde da Família.

Art. 10º. Estabelecer que os Municípios que ainda não têm a Atenção Básica em Saúde organizada por meio da estratégia Saúde da Família ou que possuem menos que 9 equipes da Saúde da Família implantadas, poderão implantar as modalidades Alimentação/Nutrição e



Atividade Física e/ou Atividade Física garantindo-se a proporção de um Núcleo para cada 40 mil habitantes.

Parágrafo único. Para os Municípios da Amazônia Legal a proporção é de um Núcleo para cada 30 mil habitantes.

Art. 11º. Estabelecer que caiba aos Municípios elaborar a proposta de implantação, acompanhamento e avaliação dos Núcleos, garantindo recursos, como contrapartida financeira, para a adequação física e compra de material necessário à realização e ao desenvolvimento das atividades.

Art. 12º. Estabelecer que caiba ao Ministério da Saúde, e aos Estados, por meio de suas Secretarias de Saúde, assessorar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família nos Municípios e contribuir para a sua implementação.

Art. 13º. Definir que a operacionalização e o financiamento do Ministério da Saúde para os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, bem como as ações e atividades dos profissionais, serão tratados em portaria específica, a ser publicada no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da publicação desta Portaria.

Art. 14º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Entrevista com agente comunitário

UNIDADE:

Nome:

Idade:

Grau de escolaridade:

Reside na área da sua atividade:                      Área de responsabilidade:

Tempo de experiência em PSF:

Tempo de experiência nesse PSF:

1. Teve alguma experiência anterior junto à comunidade?  
(    ) sim (    ) não      Quais?
2. Você fez algum treinamento introdutório para trabalhar no PSF?
3. Como você foi escolhido para trabalhar no PSF?  
(    ) indicação da comunidade (    ) indicação particular (    ) prova (    ) outros
4. Você tem conhecimento da atividade do profissional em Fisioterapia?  
(    ) sim (    ) não      como?
5. Você tem conhecimento que existe o serviço do Centro de Reabilitação, a referência de Fisioterapia de Cabo Frio?  
(    ) sim (    ) não
6. Você tem conhecimento se algum paciente encaminhado à referência de Fisioterapia deixou de ser atendido por falta de vagas?  
(    ) sim (    ) não
7. Você tem conhecimento quando uma pessoa da sua área começa o tratamento e quando termina?  
(    ) sim (    ) não
8. Você tem conhecimento dos pacientes cadastrados da sua área que realizaram o tratamento fisioterapêutico na referência?  
(    ) sim (    ) não

9. Você acha que o serviço de Fisioterapia é acessível à população na referência?  
( ) sim ( ) não Por que?
10. Você conhece o papel do fisioterapeuta no PSF?  
( ) sim ( ) não
11. Se sim: como obteve esse conhecimento?  
( ) mídia ( ) projetos ( ) treinamento
12. Você acha que as pessoas têm receio de realizar a Fisioterapia?  
( ) sim ( ) não Por que?
13. Você recebeu algum tipo de capacitação e/ou informação em relação aos problemas relativos às fisiopatologias e incapacidades funcionais, no sentido de acompanhar o tratamento e dar orientações a esses pacientes?  
( ) sim ( ) não Quais?
14. Nas visitas domiciliares você costuma orientar o cliente em relação a possíveis procedimentos de ordem termoterápica ( uso do calor ou frio) ou de atividade física?  
( ) sim ( ) não Quais?
15. Você já recebeu instruções no sentido de observar e/ou orientar os aspectos do mobiliário (cabideiros, tapetes, degraus, arranjo), relativos ao ambiente, afim de prevenir possíveis escorregões, contusões e quedas?  
( ) sim ( ) não
16. Você se considera capacitado(a) ou instruído o suficiente para orientar o cliente e/ou a família para a melhora técnica?  
( ) sim ( ) não
17. Nas atividades de supervisão com a equipe, você costuma receber orientação/instruções sobre técnica para alívio de dor, postura adequada ou exercícios apropriados?  
( ) sim ( ) não
18. Você tem conhecimento dos pacientes portadores de doenças de ordem neurológica, respiratória, reumatológica e traumato-ortopédicas da comunidade para acompanhamento do tratamento?  
( ) sim ( ) não

19. Você considera que existem muitos casos que deve ser encaminhados/acompanhados pela Fisioterapia?
- sim  não
20. Quais as patologias mais comuns que você identifica na sua comunidade que necessitam de tratamento fisioterapêutico?
- dores na coluna  seqüelas de AVC  traumas em geral
21. Em relação ao espaço físico, você acha que comporta outro profissional na equipe?
- sim  não
22. Você considera necessário que o ACS recebam instruções/orientações sobre os problemas de Fisioterapia para melhorar o acompanhamento desses pacientes na comunidade?
- sim  não
23. Na sua percepção, há necessidade do fisioterapeuta junto a sua equipe do PSF?
- sim  não Justifique.
24. Você tem alguma sugestão para melhorar o atendimento dos pacientes que necessitam de Fisioterapia no PSF?
- sim  não Qual?

## APÊNDICE B - Entrevista com o médico e enfermeiro

UNIDADE:

Data da entrevista:

Nº de profissionais nesta equipe:

Nome:

Cargo/ Função:

Idade:

Profissão:

Tempo de graduação:

Titulação:

Área:

Tempo de experiência em PSF:

Tempo de experiência nesse PSF:

É funcionário de carreira no Município? Sim ( ) Não ( )

Teve alguma experiência no SUS?

Especialidade original:

1. Você fez algum tipo de capacitação para trabalhar no PSF?

( ) sim ( ) não

2. Se sim, recebeu alguma informação relacionada à Fisioterapia?

Sim ( ) Não ( )

3. Se sim, pode citar duas informações que considera importante?

4. O que fez você querer trabalhar no PSF?

( ) prevenção ( ) oportunidade ( ) comodidade

5. Conhece o serviço do Centro de Reabilitação, a referência de Fisioterapia de Cabo Frio?

( ) sim ( ) não

6. Você costuma encaminhar pacientes para a referência de Fisioterapia de Cabo Frio?

( ) sim ( ) não

7. Os encaminhamentos seguem algum protocolo clínico?

Sim ( ) Não ( )

8. Você encaminha para o Centro de referência todos os problemas fisiopatológicos e incapacidades funcionais?

Sim ( ) Não ( )

9. Você também encaminha para o Centro de referência de Fisioterapia os pacientes portadores de patologias respiratórias, neurológicas, reumatológicas e traumato-ortopédicas?

Sim ( ) Não ( )

10. Quais as patologias de maior freqüência para encaminhamento? Cite as principais pela ordem de freqüência.

( ) algias na coluna ( ) seqüela de AVC

11. Qual a faixa etária mais prevalente?

( ) 3 meses-10anos ( ) 11-18 ( ) 19-44 ( ) 45-59 ( ) acima de 60

12. Existem protocolos de encaminhamento para a referência de Fisioterapia?

Sim ( ) Não ( )

13. Você já participou de algum treinamento para o uso de protocolos?

Sim ( ) Não ( )

14. Os fisioterapeutas responsáveis pela referência fazem contra-referência?

Sim ( ) Não ( )

15. O conteúdo das contra-referências contribui para o controle clínico desses pacientes?

Sim ( ) Não ( )

16. Você tem alguma sugestão para melhorar/aprimorar a relação do fisioterapeuta da referência com a Equipe Saúde da Família ?

( ) sim ( ) não Qual?

17. Em relação ao espaço físico, você considera que o fisioterapeuta deve permanecer como referência ou ocupar um espaço na unidade PSF, fazendo parte da equipe?

( ) Somente como referência ( ) na unidade PSF ( ) os dois

18. Você tem conhecimento da presença do fisioterapeuta no PSF, de um modo geral?

Sim ( ) Não ( )

19. Nas visitas domiciliares você costuma orientar o cliente em relação a possíveis procedimentos técnicos a serem realizados por um fisioterapeuta?

( ) sim ( ) não

20. Se sim, quais?

21. Nestas visitas você costuma observar e/ou orientar os aspectos do mobiliário (cabideiros, tapetes, degraus, arranjo), relativos a ergonomia do ambiente a fim de prevenir possíveis escorregões, contusões e quedas?

sim  não

22. Você se considera capacitado(a) para orientar o cliente e/ou a família nos problemas específicos da Fisioterapia?

sim  não

23. Pela sua experiência, você considera que existe demanda suficiente para a Fisioterapia?

sim  não

24. Na sua percepção, há necessidade do fisioterapeuta junto a sua equipe do PSF?

sim  não Justifique.

**APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento de que participei do projeto de mestrado profissional em Saúde da Família, cujo tema é Fisioterapia no PSF: uma proposta de ação, que tem por objetivo geral discutir a pertinência do fisioterapeuta junto a equipe do PSF e contribuir para a possível implantação deste no PSF de Cabo Frio e que receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa e informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando e, ainda, que tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Cabo Frio, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador(a)



**APÊNDICE D – Guia De Referência e Contra-Referência**

Nº PRONTUÁRIO

## GUIA DE REFERÊNCIA - FISIOTERAPIA

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: F( ) M( )  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Unidade: \_\_\_\_\_  
 D.N: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

Anamnese

QP: \_\_\_\_\_

História da doença atual: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_Conduta medicamentosa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_Exames complementares: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Encaminhamento para a fisioterapia: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo

## GUIA DE REFERÊNCIA – FISIOTERAPIA

Nº PRONTUÁRIO

Relato do setor de destino

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: F( ) M( )  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Unidade: \_\_\_\_\_  
 D.N: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico fisioterápico: \_\_\_\_\_

Conduta terapêutica adotada: \_\_\_\_\_

Número de sessões: \_\_\_\_\_

Parecer da situação: \_\_\_\_\_

DATA DA CONTRA-REFERÊNCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo

**APÊNDICE E – Fluxograma de encaminhamento fisioterápico ( sugestão inicial para discussão em treinamento)**

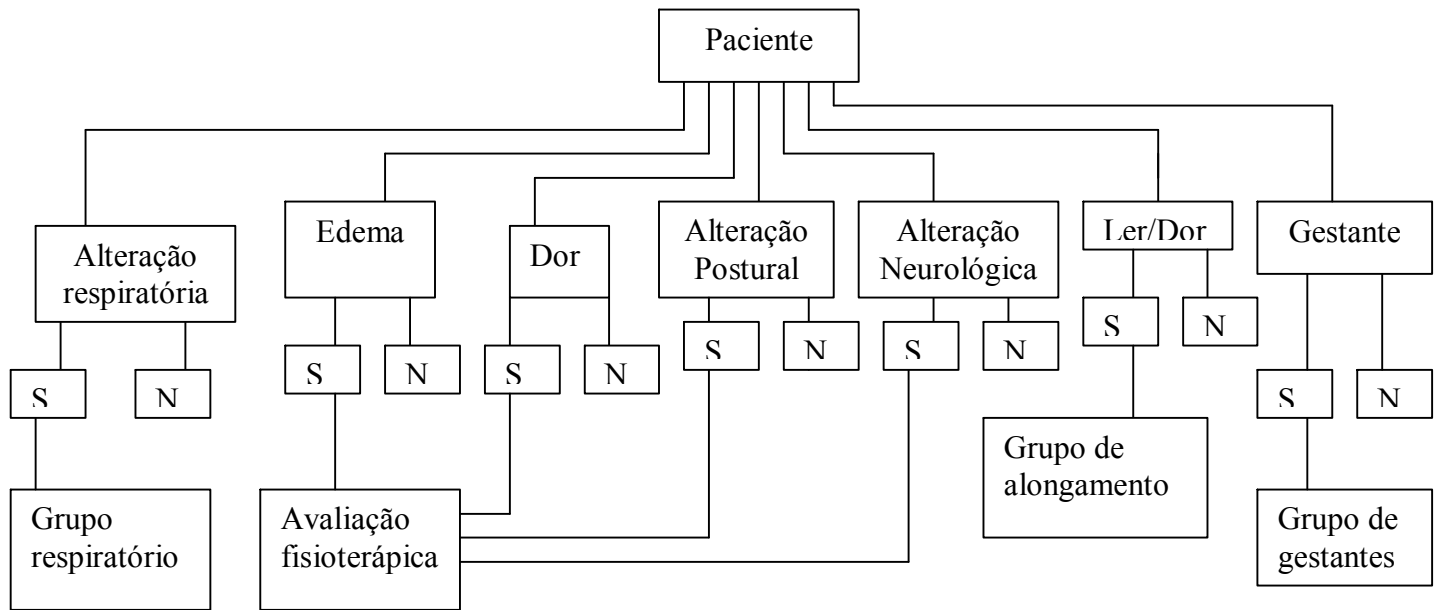
Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( F ) ( M )

Área: \_\_\_\_\_ Microárea: \_\_\_\_\_

ACS: \_\_\_\_\_

Encaminhado por: \_\_\_\_\_



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)