

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE
INSERÇÃO DAS AÇÕES DE FISIOTERAPIA**

FABIANA MORAIS TONELINI

Santos
2009

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE
INSERÇÃO DAS AÇÕES DE FISIOTERAPIA**

FABIANA MORAIS TONELINI

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde

Orientador: Paulo Eduardo Mangeon Elias

Santos
2009

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos - UNISANTOS
SibiU

T664a Tonelini, Fabiana Morais
Atenção primária: uma proposta de inserção das ações de fisioterapia/ Fabiana
Morais Tonelini - Santos:
[s.n.] 2009.
110 f. ; 30 cm. (Dissertação de Mestrado - Universidade Católica de
Santos, Programa em Saúde Coletiva)

I. Tonelini, Fabiana Morais. II. Atenção primária: uma proposta de inserção das
ações de fisioterapia.

CDU 614(043.3)

Aos meus pais, por todo apoio, confiança,
carinho e exemplo de força e determinação

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as bênçãos derramadas em minha vida.

Ao meu orientador, Prof^o Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias, por todo apoio, confiança, paciência e pelos ensinamentos transmitidos durante a realização deste estudo.

Aos meus queridos pais e irmãos por todo incentivo, carinho e paciência.

Ao Leandro, pela compreensão, companheirismo e carinho.

À Prof^a. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto por sua amizade e pelas valiosas contribuições em minha formação.

Aos colegas do mestrado e amigos do NEPEC, que me proporcionaram momentos agradáveis e me incentivaram durante toda a caminhada.

Aos professores do mestrado, pelos ensinamentos.

A todos os amigos pessoais, pelo apoio e compreensão de algumas ausências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

“A verdadeira dificuldade não está em aceitar
idéias novas, mas em escapar às idéias antigas”.

John Maynard Keynes

RESUMO

TONELINI, F.M. Atenção primária: uma proposta de inserção das ações de fisioterapia [dissertação], Santos: Universidade Católica de Santos; 2009.

Este estudo tem como objetivo elaborar o rol de ações de fisioterapia da atenção primária à saúde para a inserção no SUS. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica em bases de dados e produções disponíveis em sites, e entrevistas guiadas por um questionário aberto com atores-chave vinculados às ações de fisioterapia e com atribuições em gestão do sistema de saúde, a fim de identificar essas ações na atenção primária. Estas foram classificadas como ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, e ações de reabilitação, e subdivididas, exceto as de promoção de saúde, de acordo com o tipo de patologia e com os grupos pertinentes: patologias neurológicas, ortopédicas, respiratórias, crônicas e/ou degenerativas, infecto-contagiosas, e em grupos específicos: saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador. O rol das ações convergentes foi considerado o núcleo de ações da fisioterapia na atenção primária à saúde. As ações divergentes foram consideradas como ações possíveis de serem exercidas na atenção primária. Ao formar o núcleo de ação, percebeu-se uma grande indefinição na literatura e também nas entrevistas na definição da especificidade das ações de fisioterapia no nível primário da atenção, pois grande parte delas também é desenvolvida no nível secundário e até mesmo no terciário. Contudo a fisioterapia pode contribuir com suas práticas na promoção, prevenção, e reabilitação nas variadas intercorrências físico-funcionais abordadas na atenção primária de modo a auxiliar na concretização da integralidade da assistência à saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, fisioterapia, ações de fisioterapia na atenção primária.

ABSTRACT

TONELINI, F.M. Primary health care: a proposal of insertion of the actions of physiotherapy [dissertation], Santos: Universidade Católica de Santos; 2009.

The purpose of this study is draw up the list of actions physiotherapy primary health care for the insertion in the SUS. So, was developed a literature search in databases and production in sites and interviews guided by an questionnaire with open key protagonist linked to the actions of physiotherapy and with assiments in health system to identify these actions in primary health care. These were classified as actions of health promotion, prevention of diseases and disorders, and rehabilitation, and subdivided actions, except the promotion of health, according to the type of pathology and the relevant groups: neurological disorders, orthopedic, respiratory, chronic and/or degenerative, infectious and contagious, and specific groups: women's health, elderly's health, worker's health. The list of convergent actions were considered the nucleus actions of physiotherapy in primary health care. The divergent actions were considered as possible actions to be performed in primary health care. When formed the actions nucleus, noticed a large uncertainty in the literature and the interviews in definition of specificity of physiotherapy actions in primary health care, because most of them are also developed at the secondary level and even in the tertiary level. However, the Physiotherapy can help with their practices in promotion, prevention and rehabilitation in most various occurrences physical and functional complications addressed in primary health care in order to assist in the integrality of assistance to the health.

Key-Words: primary health care, physical therapy, physical therapy activities in primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AFB	Associação de Fisioterapeutas do Brasil
APTA	American Physical Therapy Association
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO 3	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPS	Departamento de Atenção Primária à Saúde
ENAD	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ESF	Equipe de Saúde da Família
LDB	Leis de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health System
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	14
1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
1.3 A FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23
2. OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3. METODOLOGIA	31
3.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	31
3.2 ENTREVISTAS	33
3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	37
4.1 ENTREVISTA	37
4.2 LITERATURA PESQUISADA	48
4.3 AÇÕES CONVERGENTES E DIVERGENTES DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	59
4.3.1 Ações convergentes	60
4.3.2 Ações divergentes	80
4.4 FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

ANEXO I – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	103
ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104
ANEXO III – AÇÕES DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	106

1. INTRODUÇÃO

A garantia de saúde para todos, preconizada na Constituição Federal de 1988, está diretamente relacionada à implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes.

A integralidade é um dos princípios doutrinários da política de saúde brasileira – o SUS – o qual possui conceito polissêmico. De acordo com Giovanella *et al* (2002), esse conceito é composto por quatro dimensões, correspondendo a campos distintos de intervenção: (1) primazia das ações de promoção e prevenção (campo da política de prioridades); (2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica (campo da organização da atenção); (3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (campo da gestão); (4) abordagem integral do indivíduo (campo do cuidado individual).

Neste estudo, a integralidade é entendida conforme a definição de Starfield (2002), em que este princípio requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência. Esta será estimulada pelo desenvolvimento de sistemas integrados, nos quais as necessidades das populações são documentadas e os serviços planejados, de forma que o nível mais adequado de atenção tenha a responsabilidade de fornecer os serviços apropriados (STARFIELD, 2002).

A atenção básica tem como fundamento, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tornar efetiva a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de

agravos, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e a coordenação do cuidado na rede de serviços. (BRASIL, 2007)

A saúde de um indivíduo ou de uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificada pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida (STARFIELD, 2002), reafirmando a necessidade do cumprimento do princípio de integralidade, para uma atenção à saúde mais adequada e efetiva.

A integralidade da assistência é um dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades específicas do fisioterapeuta, proposta pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia, no artigo que trata dos objetivos da formação do fisioterapeuta:

Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a **garantir a integralidade da assistência**, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (Art. 5º, inciso IV, grifo nosso)

Do mesmo modo, a valorização da atenção integral é reafirmada pelo documento das Diretrizes em outro trecho do texto quando, ainda referindo-se à formação do fisioterapeuta, destaca:

A formação do fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, **a atenção integral da saúde** no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe. (Art.5º, parágrafo único, grifo nosso)

A fisioterapia possibilita contribuir, de forma significativa, com suas práticas para a prevenção, a promoção e as intervenções terapêuticas nos diversos eventos físico-funcionais que

atingem um número cada vez maior de pessoas. Ela possibilita a implementação de ações, no nível básico de saúde, ligadas tanto à prevenção, como ao controle e a diminuição desses eventos (FREITAS, 2006).

No sistema de pagamento do SUS, a fisioterapia insere-se em serviços de atenção secundária ou terciária, sendo enquadrada na Fração de Atenção Especializada (AGUIAR, 2005). Os procedimentos fisioterapêuticos pagos pelo SUS são apenas os de média e alta complexidade, que compreendem um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares.

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo tímido e não está contemplado adequadamente pelo SUS. O Decreto lei nº 938/69, que trata das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, rotula o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas sequelas. Essa conceitualização concorre para a exclusão do fisioterapeuta da rede básica de serviços, resultando em prejuízos à população no acesso às ações de fisioterapia na atenção primária à saúde (RIBEIRO, 2002).

Segundo Siqueira *et al* (2007) em seu estudo sobre a participação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde, em sete estados brasileiros, este corresponde a 0,17% dos profissionais da atenção básica. O reduzido número de profissionais que atuam em unidades básicas de saúde (UBS) somado à pequena prática das ações de fisioterapia na atenção primária tem contribuído para o desconhecimento das inúmeras possibilidades de atuação do fisioterapeuta por outros profissionais de saúde, gestores e pela própria população.

Para se ter uma atenção primária à saúde que contemple o princípio da integralidade, considerando a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, e a reabilitação, há necessidade do concurso de diversos profissionais, dentre eles o fisioterapeuta. Portanto este

estudo busca contribuir para a definição das ações de fisioterapia pertinentes na Atenção Primária à Saúde, passo importante para a inserção deste profissional nesta rede assistencial.

Para uma familiarização com o tema em estudo, será feito uma abordagem sobre o Sistema Único de Saúde, apresentando suas concepções básicas; a atenção primária e a fisioterapia na atenção primária.

1.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em nível internacional, o “direito à saúde” foi claramente reconhecido em 1948, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem (HASS, 2003). A constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a posse do melhor estado de saúde capaz de ser atingido constitui um dos direitos fundamentais de todo ser humano, seja qual for a sua raça, religião, opiniões políticas e condição econômica ou social (SALZANO, 2002).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, institui saúde como direito de todo cidadão brasileiro, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Em seu artigo 198 determina que:

...as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde no Brasil (BRASIL,1990b). Sua regulamentação só foi estabelecida no final de 1990, pelas leis 8.080 e 8.142, pautadas em princípios organizativos e doutrinários.

Dentre os princípios que norteiam a construção do SUS estão os seguintes princípios doutrinários:

Universalidade: garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. O indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público (BRASIL, 1990b).

A organização do SUS contempla:

Regionalização e hierarquização: os serviços são organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida (BRASIL, 1990b).

Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal): é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal (BRASIL, 1990b).

Participação dos cidadãos: a população, através de movimentos, associações de portadores de patologias, entidades empresariais e de representação profissional, entre outros, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da execução em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação ocorre nos Conselhos de Saúde, com representação paritária dos usuários, profissionais da saúde, gestores e prestadores de serviço; e

nas conferências de saúde, realizadas periodicamente, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde (BRASIL, 1990b).

Regulamentados pela Lei 8.080 de 1990, além dos princípios já citados anteriormente, o SUS compreende alguns fundamentos importantes, como a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

A hierarquização em níveis de complexidade crescente das ações e serviços de saúde tem importante parâmetro na forma adotada inicialmente pelo National Health System (NHS) inglês, o qual adota três níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) e distribui o serviço entre eles, como mostra a Figura 1 (ELIAS, 2007). São, pelo menos, três os elementos implicados na definição dos níveis de atenção: tecnologia material incorporada (máquinas e equipamentos de diagnóstico e terapêutico), capacitação de pessoal (custo social necessário para formação) e perfil de morbidade da população alvo (ELIAS, 2009).

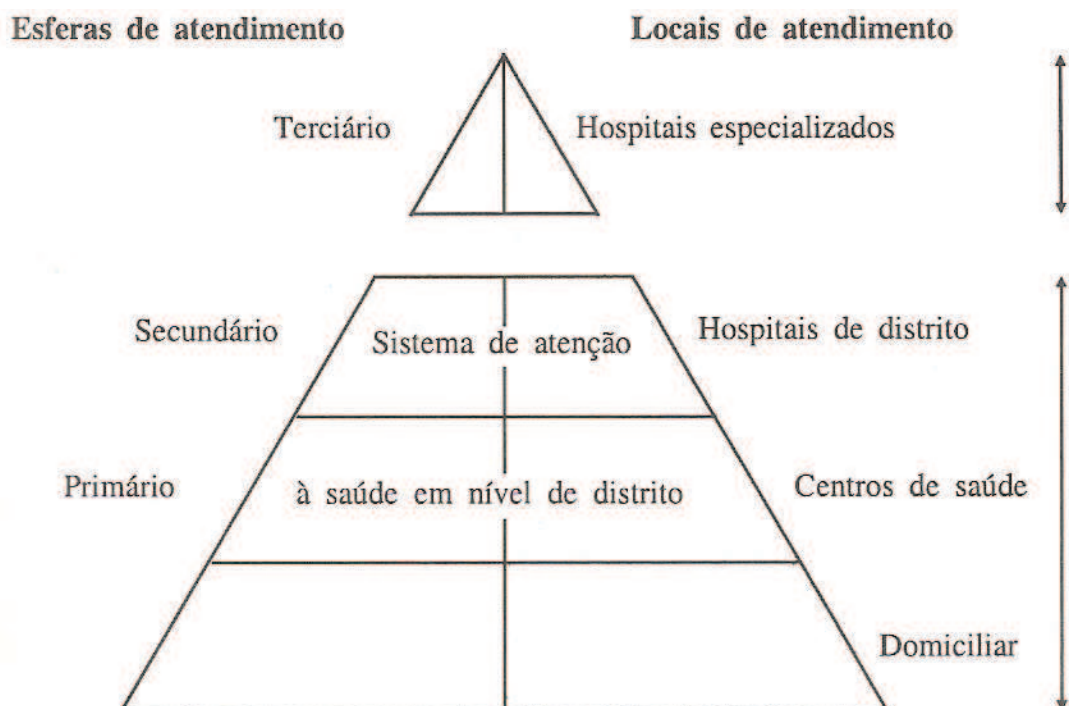


Figura 1: Pirâmide do Sistema de Saúde
Fonte: COHN; ELIAS, 2003, p.67

A atenção primária ou atenção básica aloca equipamentos com menor grau de incorporação tecnológica (tais como eletrocardiógrafo, aparelhos básicos de raios X, sonar e eventualmente ultrassom). A capacitação de pessoal para este nível apresenta necessidades de uma formação geral e abrangente por envolver treinamento em aspectos relacionados à sociabilidade no local de moradia, com ênfase na abordagem familiar. Os serviços de atenção primária deverão estar aparelhados com equipamentos e pessoal para atender os eventos mais prevalentes na população alvo, respeitadas as possibilidades de intervenção neste nível de complexidade assistencial (ELIAS, 2007). Estima-se que entre 85% a 90% dos casos demandados à atenção primária são passíveis de serem retidos neste nível da atenção (ELIAS, 2009).

À atenção secundária cabem os equipamentos com grau intermediário de incorporação tecnológica (tais como Rx com alguma sofisticação, ecocardiógrafo, ultrassom, aparelhos para

endoscopia), e a capacitação de pessoal, e em particular, dos médicos, geralmente situa-se em áreas especializadas. Os serviços de atenção secundária devem estar aparelhados com pessoal e equipamentos para atender as situações que o nível primário não absorveu, geralmente casos atípicos ou complicações dos eventos mais frequentes e outros mais raros que demandam assistência compatível a este nível (ELIAS, 2007).

Já na atenção terciária concentram-se os equipamentos com alta incorporação tecnológica e, portanto, mais caros (tais como, Ressonância Magnética, PET Scan) e o pessoal incorporado necessita de formação especializada mais intensiva, no caso dos médicos até em áreas superespecializadas (neurocirurgia, cirurgia de mão, nefrologia pediátrica, cancerologia, dentre outras). O nível terciário deve estar aparelhado para atender situações que o nível secundário não conseguiu resolver, e eventos mais raros ou aqueles que demandem assistência deste nível do sistema (ELIAS, 2007).

A implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e seu sucedâneo, o Pacto pela Saúde, deixam claro os imensos vazios na oferta de serviços no território nacional. Segundo Noronha e Soares (2001) os atuais mecanismos e valores de custeio da assistência médico-sanitária têm levado a um crescente sucateamento da precária rede assistencial existente e à busca de inexistentes fontes alternativas de financiamento. A sub-remuneração dos profissionais de saúde e a salientada precariedade de suas relações trabalhistas têm fortemente diminuído a sua adesão ao SUS. Para estes autores, a associação destes fatores tem levado a uma dificuldade na efetivação dos preceitos constitucionais que estabeleceram a saúde como direito de todos e dever do Estado, baseado nos princípios da universalidade e igualdade.

Para assegurar o direito à saúde frente às dificuldades de implementação do SUS, tem-se como prioridade a atenção básica, com a perspectiva de redução dos custos e transformação dos processos de trabalho em saúde.

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção primária vem conquistando um lugar de destaque nas políticas de saúde mais recentes. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata no dia 6 a 12 de setembro de 1978, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a “Declaração de Alma ATA”, na qual consta a criação da meta de saúde para todos no ano 2000, tendo como estratégia os cuidados primários de saúde.

A Declaração de Alma-Ata define cuidados primários em saúde como:

(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, (...). Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978)

Para Starfield (2002) a atenção primária deve ser o nível de um sistema que oferece entrada para todas as necessidades e problemas. Este deve oferecer atenção à pessoa, e não à doença. É definida por um conjunto de funções combinadas próprias deste nível, incluindo atenção à prevenção, tratamento e reabilitação, e o trabalho em equipe.

Conforme destaca Medina, Aquino e Carvalho (2000), a atenção básica incorpora referências advindas das ciências sociais (antropologia, sociologia e história) e humanas

(economia, geografia, etc.) na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual.

A atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade em longo prazo (localizado principalmente na atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção, que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2002).

A atenção primária à saúde como o primeiro nível de atenção a saúde do SUS deve ser baseada nos seguintes fundamentos: Integralidade, Igualdade, Acesso, Descentralização, Hierarquização e Participação da comunidade. Assim, busca-se garantir a satisfação dos usuários através da melhoria dos serviços, e a implementação de propostas que modifiquem a organização da assistência centrada no hospital e apenas na doença (SOUZA E SAMPAIO, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção primária à saúde considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua possibilidade de viver de modo saudável (BRASIL, 2006c).

Existem dois modelos de prestação de serviço da atenção primária no Brasil:

- O modelo convencional, que trabalha com a presença de médicos (clínico geral, ginecologista-obstetra e pediatra) nas unidades básicas de saúde (UBS's). O cuidado é centrado no indivíduo e poucas ações de promoção da saúde são desenvolvidas (BRASIL, 2007).

- O modelo de Saúde da Família, que trabalha com equipe multiprofissional nas unidades de saúde. O cuidado é amplo e considera a inserção familiar e comunitária do indivíduo. Valoriza as ações de promoção da saúde e prevenção de enfermidades (BRASIL, 2007).

A atenção primária tem como fundamento, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007):

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada do sistema de saúde, com território delimitado.
- Tornar efetiva a integração em seus vários aspectos: integração das ações programadas e o atendimento à demanda espontânea; integração das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; e propiciar a coordenação do cuidado na rede de serviços.
- Desenvolver relações de vínculo e responsabilidade entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a extensão do cuidado.
- Valorizar os profissionais de saúde por meio de estímulos, da educação continuada e capacitação.
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação.
- Estimular a participação popular e controle social.

No entanto a mudança no perfil demográfico populacional acarretou alterações na epidemiologia dos agravos à saúde, conforme destacado por Patarra (1995):

Os especialistas em saúde pública denominaram transição epidemiológica a evolução gradual dos problemas de saúde, caracterizados pela alta prevalência e mortalidade por doenças infecciosas, para um estado em que passam a predominar doenças não-infecciosas (ou também crônico-degenerativas). Por tratar-se de enfermidade de longa duração, acumulam-se na população, ocorrendo uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade com aumento da morbidade.

Com isso pode-se verificar a necessidade de uma atuação ampla da rede de atenção básica, além do campo das doenças infecciosas, mas também das crônico-degenerativas e afecções traumáticas. Para tanto é importante uma redefinição nos aspectos de espaço físico e no perfil dos profissionais que irão atuar na equipe de saúde, no sentido de promoção, prevenção, educação, controle social e reabilitação desta nova demanda que se apresenta (KATO *et al*, 1994).

O trabalho em equipe interdisciplinar é importante para atender adequadamente as necessidades de saúde da população. Portanto as ações na atenção básica se desenvolvem por meio de equipes de saúde que, no caso do Programa de Saúde da Família (PSF), são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários.

A Portaria n.º 1.065/GM, de 4 de julho de 2005, criou os núcleos de atenção integral na saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde, incluindo o fisioterapeuta nas equipes de reabilitação. Embora esta portaria preconize somente um fisioterapeuta para cada dez equipes do Programa de Saúde da Família, o que pode ser considerado como uma relação inadequada para as atividades a serem realizadas, já demonstra uma resposta ao movimento de ampliação do campo de atuação do fisioterapeuta e uma necessidade social de outros serviços de assistência na rede primária de saúde.

A composição de cada um dos núcleos será definida pelos gestores municipais, seguindo critérios de prioridade estabelecidos a partir das diferentes ocupações (BOURGET, 2008).

1.3 A FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A fisioterapia é uma profissão nova, relativamente a outras profissões da área da saúde, algumas delas com tradição secular. Ainda hoje, o acesso à assistência fisioterapêutica, por parte da população, é limitado, e o conhecimento de qual seja sua atuação, até mesmo entre outros profissionais da área da saúde, parece ser bastante restrito (AGUIAR, 2005).

O surgimento da fisioterapia esteve vinculado às grandes guerras, devido à necessidade de tratar pessoas fisicamente lesadas, com membros amputados, atrofias, entre outras. A origem da profissão no Brasil ocorreu devido à necessidade de profissionais para atuar com sequelados de poliomielite, caracterizando-a, assim, como profissão reabilitadora, característica esta que acompanha o fisioterapeuta até os dias atuais.

A profissão do fisioterapeuta juntamente com o terapeuta ocupacional foram regulamentadas somente no ano de 1969 pelo Decreto lei nº 938/69, que em seu artigo terceiro rezava ser “atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente”. (BRASIL, 1969).

Segundo Przysiezny (1997), em relação à legislação, existem quatro documentos oficiais que podem ser considerados como “Certidão de Nascimento Oficial da Fisioterapia no Brasil”.

O primeiro documento oficial foi o parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação, no qual descrevia a atividade do fisioterapeuta como sendo auxiliar do médico, não lhe cabendo executar diagnóstico, mas apenas executar tarefas terapêuticas sob orientação e responsabilidade daquele. Em 13 de outubro de 1969, a profissão do fisioterapeuta foi regulamentada com o decreto lei nº 938/69, citado anteriormente. O terceiro documento foi a Lei nº 6.316 de 17 de

dezembro de 1975, que criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, dispondo sobre o exercício profissional, anuidades, infrações e penalidades (BRASIL, 1975). O quarto documento oficial, a Resolução nº 10 de 03 de julho de 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), estabeleceu o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, já com uma visão mais ampliada da prática profissional, no qual o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde, utilizando todos os conhecimentos técnicos e científicos que estiverem ao seu alcance para minimizar ou prevenir o sofrimento do ser humano; devem também participar de Programas de Assistência à Comunidade em âmbito nacional e internacional (COFFITO, 1978).

Segundo a American Physical Therapy Association (APTA), a fisioterapia é uma profissão da área da saúde, cujo principal propósito é a promoção da saúde e da função, por meio da aplicação de princípios científicos para evitar, identificar, avaliar, corrigir ou melhorar a disfunção aguda ou prolongada dos movimentos. Esta definição inclui a atuação na atenção primária (AUGUSTINE, 2000).

A atenção primária também está contemplada na definição proposta por Barros (2003). Este define o fisioterapeuta como um profissional da área da saúde que exerce suas atividades isoladamente ou em equipe em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde com indivíduos, famílias, grupos de pessoas ou comunidades. Ele trabalha com o movimento humano e sua funcionalidade (BARROS, 2003).

A Fisioterapia tem como objeto de trabalho, juntamente com os demais profissionais da saúde, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos. Utiliza-se de instrumentos e condutas representativos de seu saber específico. E como produto final obtém-se a própria prestação de serviço que é oferecida no mesmo momento em que é consumida (TRELHA, 2002).

Como visto na evolução da legislação quanto à fisioterapia e em consequência das habilidades e competências desenvolvidas na graduação e em cursos de pós-graduação, o campo de atuação do fisioterapeuta tem se ampliado consideravelmente nos últimos anos, podendo esse profissional estar inserido em setores e serviços diferenciados, tais como: clínicas, consultórios, hospitais, creches, empresas, escolas, universidades, centros de pesquisa, agremiações desportivas, unidades básicas de saúde, órgãos públicos, na saúde coletiva, entre outros (VIANA, 2005a).

Segundo Leal, em entrevista cedida à revista O COFFITO (p. 33-4):

“os debates ratificam cabalmente a importância da atuação do fisioterapeuta como profissional essencial na Saúde Pública, habilitados que são, na construção do diagnóstico de distúrbios cinético-funcionais, na prescrição de condutas fisioterapêuticas, na sua ordenação e indução na clientela até a alta do serviço e deverá estar presente também em programas preventivos e nas pesquisas científicas voltadas para a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade”

Barros (2002) na apresentação do livro “O Fisioterapeuta na Saúde da População” comenta sobre a responsabilidade social do fisioterapeuta, e da necessidade de, nos tempos atuais, se criar condições necessárias para o desenvolvimento da saúde, mais que recuperar e curar pessoas. Os profissionais de saúde precisariam saber mais que curar para transformar a realidade da saúde da população brasileira. Também se refere da seguinte maneira ao PSF:

O fisioterapeuta é uma peça importante para a conquista e desenvolvimento de uma assistência à saúde da população que se baseia na inclusão social, centrada na comunidade e na participação efetiva desta, na conquista da saúde como instrumento através do qual cidadãos possam realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades, adquirindo a capacidade de mudar seu entorno ou enfrentá-lo. (BARROS, 2002, p. 8)

De acordo com Rebelatto e Botomé (1999), a fisioterapia apresenta uma missão primordial de cooperação mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem, na promoção e na educação em saúde. Segundo este autor, o fisioterapeuta é um membro importante da equipe de saúde, mas, como os demais membros da equipe, apresentam também aptidões e competências inerentes a sua formação profissional como: executar ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida; realizar atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas, pacientes acamados ou impossibilitados de deambular; prestar atendimento a pacientes portadores de doenças neurológicas com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, más formações congênitas, distúrbios nutricionais, afecções respiratórias, deformidades posturais; realizar técnicas para prevenção e analgesia nas diversas patologias ginecológicas; no pré-natal e puerpério atuar realizando exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de relaxamento e orientações às gestantes; em patologias específicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose e Hanseníase, prescrever atividades físicas, prescrever exercícios respiratórios e prevenir deformidades que levam às incapacidades;

São vários os exemplos em que o fisioterapeuta insere-se na agenda da saúde pública. Seguem alguns relatos de experiências.

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia apurou que o fisioterapeuta deveria estar presente nos quadros da Secretaria, tanto no atendimento à família como na prevenção, além da fase curativa. A prevenção é realizada em grupos. O fisioterapeuta realiza orientações quanto à postura, preparo para o parto em gestantes, participando também de programas de hanseníase, prevenção de incapacidade, grupos de lombalgia e hipertensão (COFFITO, 1999).

A Audiência Pública em Goiânia no dia 31 de outubro de 2000 ratificou a importância da atuação do fisioterapeuta como profissional essencial na saúde pública, habilitados no diagnóstico de distúrbios cinético-funcionais, na prescrição das condutas fisioterapêuticas, na sua ordenação e indução na clientela até a alta do serviço, devendo também estar presente em programas preventivos e nas pesquisas científicas voltadas para a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade (COFFITO, 2001).

Em Paracambi (RJ) o fisioterapeuta foi inserido no PSF devido à insistência de uma fisioterapeuta que conseguiu demonstrar às autoridades e à população a importância da inclusão deste profissional no PSF, uma vez que era grande a prevalência de pessoas com sequelas neurológicas, na maior parte, restritos ao leito, sem acesso aos serviços de saúde (COFFITO, 2002).

A Faculdade Santa Marcelina, da cidade de São Paulo, desde o ano 2000 possui uma equipe de reabilitação composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos atuando junto às ESF.

Sobral (CE) possuía fisioterapeutas em hospitais e clínicas conveniadas com o SUS, e uma profissional que realizava atendimentos domiciliares quando solicitada pelas equipes de PSF até 2000, quando este profissional foi incluído no PSF. O fisioterapeuta realiza a Escola de Posturas (prevenção e tratamento das algias da coluna), atua em grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e de hanseníase, além de atendimentos a pacientes com necessidades especiais, como portadores de sequelas de acidente vascular cerebral, traumatismo crânio-encefálico, traumatismo raquimedular, dentre outros distúrbios neurológicos.

Em Quixadá (CE) foi desenvolvido um projeto intitulado “Fisioterapia na Comunidade”, que contou com a participação de fisioterapeutas que atuaram na comunidade entre os meses de agosto e dezembro de 2000.

Em dezembro de 2000, a presença do fisioterapeuta no PSF foi efetivada em Campos dos Goytacazes (RJ), realizando atendimentos principalmente a indivíduos portadores de distúrbios neurológicos, seguidos pelos traumato-ortopédicos funcionais. Contava-se, em 2003, com oito fisioterapeutas, os quais realizavam trabalhos preventivos e de reabilitação (COFFITO, 2003b).

A inserção do fisioterapeuta no PSF, em Macaé (RJ) teve início em 2001, local onde desenvolvem-se atividades de educação junto à comunidade e atendimentos nas áreas de Saúde da Criança, da Mulher, do Adulto e do Idoso, além de atendimento a pacientes acamados. Utiliza-se a própria unidade ou locais cedidos pela comunidade, e os atendimentos são realizados individualmente ou em grupos (COFFITO, 2003c).

Tonin (2004) realizou uma revisão de literatura sobre a Fisioterapia na Estratégia de Saúde da Família. A autora concluiu que o profissional fisioterapeuta está habilitado a atuar na atenção básica, e que várias conquistas neste âmbito já foram alcançadas. Também discutiu a possibilidade de uma negação da Integralidade na atenção básica com a ausência desta categoria profissional.

Portanto, além de recuperar e curar pessoas, é preciso criar condições necessárias para a saúde. O profissional que se dedica ao estudo e a investigação do movimento humano, das funções corporais, do desenvolvimento das potencialidades, atividades laborativas e da vida diária, entre outros, privilegiando a utilização de recursos da natureza e do próprio corpo humano (BRASIL et al, 2005), é um profissional habilitado a atuar na atenção primária. Seu envolvimento em programas seguramente contribui para atenção à saúde, isto é, nas atividades de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Considerando os problemas sociais vividos pela população brasileira, a universalização da saúde faz-se necessária, pois, segundo dado do Ministério da Saúde, no Brasil, somente 25% da população utiliza serviços privados de saúde. Assim, torna-se

urgente estudar a inserção da fisioterapia no nível primário de atenção no SUS (VIANA et al, 2003).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar o rol de ações de fisioterapia pertinentes à atenção primária à saúde para a inserção no SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar na literatura as ações de fisioterapia pertinentes à atenção primária à saúde.
- Identificar nas falas dos atores chave as ações de fisioterapia pertinentes à atenção primária à saúde.
- Comparar as ações de fisioterapia pertinentes à atenção primária à saúde encontradas na literatura e entrevistas.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, complementado por entrevistas com atores-chave vinculados às ações de fisioterapia e com atribuições em gestão do sistema de saúde.

3.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

O levantamento bibliográfico teve seu foco na busca de ações de fisioterapia na atenção primária no Brasil e em outros países, no período de 1988 a 2008, utilizando as seguintes bases de dados e produções disponíveis em sites:

- LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO
- Bibliotecas digitais da Universidade de São Paulo (USP);
- Bibliotecas digitais da Universidade de Campinas (UNICAMP);
- Bibliotecas digitais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);
- Site do Ministério da Saúde;
- Sites do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO) e do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo (CREFITO 3), nos quais foram acessadas as revistas: COFFITO, CREFITO-3, Revista Brasileira de Fisioterapia, Revista Fisioterapia & Pesquisa;

Para este levantamento foram utilizadas as seguintes palavras-chave:

- Atenção primária, Atenção básica, Ações básicas de saúde, Fisioterapia e sistemas de saúde, Fisioterapia e atenção primária, Fisioterapia e atenção básica, Fisioterapia e comunidade, Fisioterapia e população, Fisioterapia preventiva e Primary Health Care and physical therapy.

Durante o levantamento bibliográfico foram selecionados todos os artigos relacionados à fisioterapia na atenção primária, para posterior leitura de seus resumos, resultando no total de 109 textos, dentre eles, artigos científicos, livros, teses, dissertações, monografias e documentos ministeriais.

De posse do material bibliográfico selecionado, procedeu-se à leitura dos resumos, tendo como fator de inclusão destes no estudo, a presença de ações de fisioterapia na atenção primária à saúde. Ao término da leitura, separou-se o material de real interesse à pesquisa, totalizando 87 textos para a leitura, dos quais, 56 são artigos científicos, 1 artigo publicado em anais de congresso, 19 capítulos de livros, 2 teses, 5 dissertações, 3 monografias, 1 documento do Ministério de Saúde da Espanha.

Após a leitura foram excluídos 57 textos. Esses textos tratam de diversos aspectos da fisioterapia na atenção primária, tais como sua pertinência, mas não relatam ações da fisioterapia neste nível de atenção.

Os 30 textos restantes correspondem a: 13 artigos científicos e 1 artigo publicado em anais de congresso, 12 textos de livros indicados pelos atores-chave e citados naqueles encontrados nas bases de dados e produções disponíveis em sites, 1 tese, 2 dissertações, e 1 documento do Ministério da Saúde da Espanha.

3.2 ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas utilizando-se de instrumento apropriado (ANEXO I), com atores chave compreendendo:

- Gestores do SUS: secretário adjunto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Diretora do Departamento de Saúde Pública de Cubatão;
- Docentes de fisioterapia com atuação na atenção primária vinculados à Universidade Federal de Juiz de Fora e à Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina.
- Alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de São Carlos;
- Conselheiro do COFFITO, conselheiro do CREFITO do estado de São Paulo, e membro da Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB).
- Profissional de fisioterapia que atua na atenção primária da saúde: Fisioterapeuta do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) de Cubatão.

O critério de escolha da Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Federal de São Carlos foi por conveniência, considerando a avaliação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENAD) igual a 5. A Faculdade Santa Marcelina, da cidade de São Paulo, foi incluída no estudo por possuir Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com a presença de profissionais de fisioterapia.

A seleção do gestor municipal (diretora do Departamento de Saúde Pública de Cubatão) ocorreu pela presença do fisioterapeuta na atenção primária em seu município e por conveniência de proximidade para o acesso, visto que a pesquisa não conta com financiamento.

Inicialmente, todos foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para serem analisadas. Optou-se por reproduzir a fala dos entrevistados sem alterações nem correções gramaticais.

Para assegurar o anonimato, as entrevistas foram designadas por uma codificação, representada por uma letra e seguida de um número quando necessário, a letra “G” representa os gestores, a letra “U” os docentes da Universidade Federal de Juiz de Fora e Faculdade Santa Marcelina, e alunos da Universidade Federal de São Carlos, a letra “C” para os conselheiros do COFFITO e CREFITO, e o membro da Associação de Fisioterapeutas do Brasil, e a letra “F” para o profissional de fisioterapia.

Para realização das entrevistas foi elaborado um roteiro, instrumento (ANEXO I) relatado anteriormente, contendo questões gerais para todos os entrevistados, e questões específicas somente para o profissional de fisioterapia e docentes do curso de fisioterapia.

Foram realizadas nove entrevistas, com duração média de trinta minutos cada uma, variando entre 15 minutos e uma hora e quinze minutos. Após serem transcritas, elas constituíram um total de 55 laudas de 47 linhas cada, aproximadamente.

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os textos e as entrevistas foram objetos de leitura e posteriormente analisados, identificando e classificando as ações de fisioterapia na atenção primária. Primeiramente, estas foram divididas em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, e ações de reabilitação. Para tal utilizou-se os seguintes conceitos:

- Ações de promoção de saúde: ações voltadas ao controle de determinantes que prejudiquem a saúde e capacitação da comunidade. Trata-se de intervenções e atividades realizadas sobre o meio ambiente, organizações e pessoas visando às mudanças de atitude (COPQUE E TRAD, 2005).
- Ações de prevenção de doenças e agravos: são intervenções instruídas para evitar o surgimento e progresso de doenças específicas, reduzindo a sua incidência e a prevalência na população. Destina-se a controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir os riscos de doenças degenerativas ou outros males específicos (CZERESNIA, 1999).
- Ações de reabilitação: são medidas que visam a minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, com o objetivo de conseguir maior independência funcional e integração social. (OMS, 1981).

Após a classificação das ações de fisioterapia na atenção primária em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação, foi realizada uma comparação entre as ações resultantes do levantamento bibliográfico e das entrevistas, identificando o rol das ações convergentes e os das divergentes.

O rol das ações convergentes foi considerado o núcleo de ações pertinentes da fisioterapia na atenção primária à saúde. As ações divergentes foram consideradas como ações possíveis de serem exercidas na atenção primária à saúde.

Após a primeira classificação e definição das ações convergentes, as ações de prevenção de doenças e agravos e de reabilitação foram subdivididas de acordo com o tipo de patologia e agrupamentos por sistemas: patologias neurológicas, ortopédicas, respiratórias, crônicas e/ou degenerativas, infecto-contagiosas, e em grupos por sexo, fases da vida ou ocupação: saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

A inserção da Fisioterapia nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, uma vez que sua forma mais tradicional de atuação acontece em serviços de nível secundário e terciário (RIBEIRO, 2002). O problema de clareza sobre o objeto de trabalho induz a indefinições do campo de atuação do profissional (CECCATO *et al*, 1992), bem como das ações de fisioterapia que devem e podem ser desenvolvidas na atenção primária.

As ações de fisioterapia na atenção primária à saúde podem ser divididas em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, de reabilitação e curativas. Este estudo utilizou esta classificação e encontrou a ausência de menção às ações curativas na literatura pesquisada e nas entrevistas realizadas.

4.1 ENTREVISTAS

Para as entrevistas buscou atores-chave que são: o profissional de fisioterapia (F), docentes de cursos de fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora e da Faculdade Santa Marcelina, alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de São Carlos (U), gestores do SUS (G), conselheiros dos órgãos reguladores da fisioterapia e membro da Associação do Fisioterapeuta do Brasil (C), para uma visão mais ampliada da atuação do

fisioterapeuta na atenção primária, a forma de atuação do profissional neste nível de atenção e a posição dos gestores a esse respeito.

Todos os entrevistados, com exceção dos gestores do SUS, são fisioterapeutas e possuem experiência na atenção primária por meio de estágios, residências, atuação profissional e coordenação de estágios.

Quando questionados sobre se a atenção primária contempla as ações de fisioterapia, a resposta positiva foi unânime, com uma pequena ressalva do G2:

Na concepção original da atenção básica no sistema de saúde brasileiro, não. Ao longo do tempo, (...) foi ficando clara a necessidade da fisioterapia na atenção básica, e nos laços do Núcleo de Apoio à Saúde da Família já é uma área contemplada (...).

Segundo C2 e U3, a fisioterapia é uma profissão de atuação nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), o que é reafirmado pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Fisioterapia, no artigo que trata dos objetivos da formação do fisioterapeuta:

Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em cada caso **em todos os níveis de complexidade do sistema**. (Art. 5º, inciso IV, grifo nosso)

Na definição de como as ações de fisioterapia devem ser desenvolvidas na atenção primária, G2 nos aponta primeiramente para a clareza em termos de linhas de cuidado¹, iniciando

¹ Linha de cuidado: é o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma articulada pelo sistema de saúde. As Linhas de cuidado compreendem protocolos clínicos e sua correspondência na rede através de sistemas de referência e contra-referência (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 2007).

neste nível de atenção e continuando nos outros, seguindo uma lógica de rede, afirmando que a fisioterapia na atenção básica deve ter ligações com os níveis de atenção à saúde secundário e terciário. Seguindo a mesma linha, U3, ao definir como deveriam ser desenvolvidas as ações de fisioterapia no estágio de atenção básica da universidade em que atua, tinha claro que estas não deveriam ser uma réplica das ações do nível secundário. Em decorrência de algumas características do trabalho na atenção básica serem diferentes dos outros níveis de atenção à saúde, a profissão teve que agregar novos valores que não replicassem o mesmo formato e ações que tradicionalmente permearam a sua trajetória consolidada nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde (FREITAS, 2006).

De acordo com U1, U3 e C2, o fisioterapeuta deve desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação, juntamente com uma equipe interdisciplinar, o que vai ao encontro da classificação das ações adotadas neste estudo, e a definição do fisioterapeuta por Caldas (2006) como um profissional de nível superior da área da saúde, que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde (primária, secundária e terciária), incluindo ações de prevenção, promoção, recuperação e proteção da saúde em indivíduos, grupos de pessoas, ou comunidades.

As ações de fisioterapia na atenção primária foram divididas, conforme C1 e C3, em ações coletivas e individuais (nas UBS's, na comunidade e domiciliar). Essa divisão também pode ser observada na literatura e relatada anteriormente. Segundo C3:

(...) a gente não pode ficar pensando em fazer na atenção básica, tendo exclusividade pra atendimentos individualizados, a gente precisa desenvolver técnicas de ações coletivas, de intervenção coletiva e interferir exatamente em tecnologias leves² nos modos viventes daquela comunidade e informe de acordo com o perfil epidemiológico (...)

Cada unidade de saúde tem dinâmica e demandas próprias, assim as atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas variam de acordo com cada realidade (GALLO, 2005; AGUIAR, 2005). As estratégias de intervenção utilizadas pelos fisioterapeutas alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina variam conforme a realidade locorregional, com as características da população e com a prevalência de doenças encontradas pelo profissional (BOURGET, 2008). O dimensionamento das atividades de acordo com a demanda da população também foi relatado por U1 e U3:

Eu acho que pra realmente ficar mais fácil de entender meu papel, como atuar, preciso ter noções simples de vigilância da saúde, você vai reconhecendo o território (...) e a intenção é programar as atividades,(...), e vai desde formação de grupos ou individuais mesmo, ou capacitação da equipe (...), atividades preventivas. (U1)

(...) a gente realizava uma atividade a partir de uma demanda dos profissionais da UBS, (...) aí você começava com essa demanda dos profissionais, aí os próprios pacientes te encaminham outra demanda, né (...). (U3)

A atuação por demanda foi explicitada pela maioria dos entrevistados. Essa demanda pode ser de base populacional, através dos eventos mais prevalentes naquela população, ou por demanda da assistência (outros profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros).

² Segundo o conselheiro do COFITTO entende-se por tecnologia leve os primeiros recursos da fisioterapia. Para Merhy (1997) tecnologias leves dizem respeito às relações que são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprias do profissional guiada pela subjetividade relacionada à sua intencionalidade no campo cuidador.

Através das entrevistas podem-se notar algumas diferenças de demanda de base populacional, sendo que determinadas patologias foram mencionadas pela maioria dos entrevistados. As patologias neurológicas, ortopédicas, respiratórias, a hipertensão arterial e a diabetes foram as mais mencionadas, quando olhadas pelo lado da assistência.

O uso do termo patologia foi questionado por alguns entrevistados, visto que a estes não cabem algumas ações de fisioterapia na atenção primária, como no caso de ações de promoção da saúde, nas quais não se atem à patologia em si.

(...) eu acho é que atenção primária tende muito a patologia (...). Quando você vai para a atenção primária, você fica cara a cara com a realidade da sociedade, então não dá pra você entender que você só vai atender doenças, você vai atender um monte de outras coisas que não é só doença (...) as ações de prevenção e promoção, elas são minimizadas sim, mesmo na equipe do Programa de Saúde da Família (...). (U3)

(...) eu tenho dificuldade de definir assim, por patologia, porque eu fico pensando em ciclo de vida, em grupos populacionais. (C3)

Os grupos populacionais também foram citados nas entrevistas. Muitas ações foram direcionadas para eles e não para uma patologia específica, como é o caso do grupo de idosos, grupo de gestante, entre outros.

Ao determinar quais ações de fisioterapia são da atenção primária, cinco entrevistados referem-se a ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, e de reabilitação embasadas na demanda da comunidade. A estrutura e os instrumentos também foram determinantes na definição destas ações:

(...) na atenção primária eu acho que, pelo menos no meu entendimento, não deveria ter necessidade de realizar procedimentos que requeressem estruturas tipo ginásio né. Eu acho que é perfeitamente possível ter uma série de ações da

fisioterapia e você fazer com uma estrutura básica, ou muitas coisas, inclusive com acompanhamento domiciliar do paciente. (G2)

A partir da definição de quais ações de fisioterapia são da atenção primária, foi questionado sobre as ações que eram desenvolvidas neste nível de atenção a todos os atores-chave, excluindo os gestores do SUS, visto que estes não são fisioterapeutas com atuação na atenção primária. Com as respostas a estas duas questões foi determinado um rol de ações de fisioterapia pertinentes à atenção primária à saúde segundo os atores-chaves, classificados de acordo com o explicitado anteriormente.

As ações de promoção à saúde compreendem:

- Participação em reuniões com a associação comunitária: atividades educativas coletivas.
- Trabalho em escolas e creches: avaliação e alteração do imóvel e mobiliário; treinamento dos professores: como lidar, e como detectar alterações precocemente, trabalho de inclusão da criança com deficiência.
- Treinamento dos cuidadores: orientação quanto ao trabalho de habilidades funcionais, mobilidade, alongamentos, sobre postura, treino respiratório, orientação de transporte, locomoção de acordo com o paciente; quanto à mudança de decúbito, transferências; treinamento e cuidado com a saúde do cuidador.
- Treinamento da equipe da unidade básica de saúde: orientações para equipe quanto ao tipo de informação para os pacientes para dores nas costas, nos joelhos, nos ombros; treinamento dos profissionais que encaminham sobre a atuação do fisioterapeuta; orientações sobre o posicionamento, atividade física.

- Sala de espera em UBS tradicional: busca ativa; orientações de alongamentos e atividades.

As ações de promoção da fisioterapia pertinentes à atenção primária à saúde foram citadas por 7 dos 9 entrevistados. A ausência de tais ações nas entrevistas dos dois gestores pode ser explicada pela falta de conhecimento da profissão na atenção primária à saúde por parte dos entrevistados.

O treinamento de cuidadores foi a ação mais citada, correspondendo a 55,5% das entrevistas. As ações menos citadas foram a participação em reuniões com a associação comunitária e a sala de espera em UBS tradicional, equivalente a 33,3% das entrevistas, ou seja, apenas 3 atores-chave relataram tais ações.

As ações de prevenção de doenças e agravos compreendem:

- Patologias neurológicas:
 - Acidente vascular cerebral: trabalho de conscientização corporal; orientação familiar.
 - Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: orientação quanto ao desenvolvimento motor normal; estimulação do desenvolvimento motor adequado.
- Patologias ortopédicas:
 - Alterações posturais: orientação postural; conscientização dos hábitos de vida.
 - Deficiência física: orientações de mobilidade, sobre transporte, posicionamento, quanto ao uso de órteses e próteses adaptadas;
- Patologias respiratórias:

- Pneumopatia crônica: folder, cartazes com orientações sobre as patologias e cuidados; reunião com mães e cuidadores para orientações; orientação sobre a higiene brônquica.
- Patologias crônicas e/ou degenerativas:
 - Hipertensão arterial: exercício físico, respiratório, postural.
 - Diabetes mellitus: prevenção de feridas, orientações sobre os cuidados com os pés; exercício físico, respiratório, postural; orientações do cuidado com alimentação, interação medicamentosa, mudança de hábito.
 - Câncer: orientações quanto a exercícios e auto-massagem.
- Patologias infecto-contagiosas:
 - Hanseníase: orientações quanto aos exercícios.
- Saúde da mulher: atividade de promoção e educação; avaliação da postura, orientações de alongamentos, relaxamento. Pré-natal e puerpério: prevenção de dores na coluna; orientação postural; preparo do parto, pós-parto, respiratória.
- Saúde do idoso: orientações quanto aos cuidados com mobilidade articular, manutenção do bem-estar físico e motor; trabalhos coletivos de atividade física programada, relaxamento; palestras sobre prevenção de patologias; orientações gerais, como: cuidar de sua segurança física (evitar quedas e conhecer suas limitações), quanto ao uso de prótese e órtese.
- Saúde do trabalhador: preparação para o tipo de trabalho, para o tipo de movimento; orientação ocupacional.
- Sala de espera em UBS tradicional: busca ativa dos pacientes, orientações de alongamentos, exercícios, crioterapia, distribuição de folder com exercícios.

Todos os entrevistados relataram ações de prevenção de doenças e agravos, alguns apenas as citaram, sem maiores detalhes. A ação com menor concordância foi citada por 4 entrevistados, correspondendo a 44,4% das entrevistas.

As ações de reabilitação compreendem:

- Patologias neurológicas:
 - Geral: técnicas de facilitação e propriocepção.
 - Acidente vascular cerebral: cinesioterapia;
 - Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: estimulação essencial precoce para crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; atividades práticas.
- Patologias ortopédicas:
 - Alterações posturais: reeducação postural global; cinesioterapia.
 - Deficiência física: trabalho de inclusão da criança com deficiência; acompanhamento da implantação da órtese e prótese.
- Patologias respiratórias:
 - Pneumopatia crônica: manobras de higiene brônquica e de vias aéreas superiores; treinamento das atividades de vida diária.
- Patologias crônicas e/ou degenerativas:
 - Hipertensão arterial: alongamentos; exercícios isotônicos.
 - Diabetes mellitus: exercícios aeróbicos, alongamentos.
- Patologias infecto-contagiosas:
 - Tuberculose: Higiene brônquica e de vias aéreas superiores.
 - Hanseníase: cinesioterapia, tratamento de novas sequelas.

- Saúde da mulher: Pré-natal e puerpério: cinesioterapia e reeducação postural global. Patologias ginecológicas: cinesioterapia, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico.
- Saúde do idoso: orientação sobre adaptação do meio onde vive à sua condição física (construção de rampas, colocação de corrimão, piso antiderrapante e iluminação); tratamento e cuidado de pacientes portadores de patologias crônicas degenerativas e/ou apenas com alterações comuns à idade que prejudiquem suas atividades de vida diária; orientações no uso de próteses e órteses, cinesioterapia, trabalho de reeducação postural.
- Saúde do trabalhador: cinesioterapia, termoterapia.
- Sala de espera em UBS tradicional: atendimento dos casos com dor aguda, com utilização da eletroterapia, termoterapia e cinesioterapia.

Assim como as de prevenção de doenças e agravos, todos os entrevistados relataram ao menos uma ação de reabilitação. A última, sala de espera em UBS tradicional, foi a de menor concordância entre os entrevistados, relatada em apenas uma entrevista; as demais foram detectadas em, pelo menos, 4 entrevistas.

Os atores-chave que mais se aproximaram do rol de ação definido neste estudo foram os vinculados aos órgãos regulamentadores da profissão (CREFITO, COFFITO e AFB) e às universidades, que relataram 80% das ações. Esse fato pode ser explicado pelo conhecimento por parte dos membros dos órgãos regulamentadores de experiências da fisioterapia na atenção primária, e por experiências próprias de cada ator-chave, e pela busca das universidades na transformação da formação de seus alunos, na tentativa de reorientação da prática fisioterapêutica. Para integrar os princípios propostos pelo SUS, a fisioterapia, como campo de

conhecimento e prática, deve formar profissionais que sejam capazes de solucionar problemas, de priorizar a prática de saúde em diversos cenários, incluindo a promoção de saúde, prevenção de doença e a reabilitação (MACIEL *et al*, 2005; SCHWINGEL, 2002).

As atividades coletivas são enfatizadas pelos 3 atores chave vinculados à universidade. Essas atividades, além de contribuir para a diminuição da demanda por atendimentos individuais, são importantes na adesão ao tratamento (SAMPAIO, 2002b).

Os gestores do SUS, mesmo reconhecendo não terem muito conhecimento da fisioterapia na atenção primária, também relataram algumas ações da fisioterapia que poderiam ser executadas. Como exemplo tem a ação da fisioterapia na gestação e puerpério e no deficiente físico:

(...) na questão de órtese e prótese, um fisioterapeuta para acompanhar o processo da implantação da órtese e prótese, isso eu acho que é importante. (G1)

(...) seria interessante, não sei se existe, a fisioterapia pré e pós-parto, eu acho que a preparação da mulher, do ponto de vista físico para o parto e o pós-parto (...).(G2)

Todos os entrevistados relataram a importância da fisioterapia na atenção primária. Portanto é necessária uma definição das ações deste profissional as quais devem e podem ser desenvolvidas na atenção primária.

4.2 LITERATURA PESQUISADA

Há uma escassez de informações sobre a atuação do fisioterapeuta na atenção primária, ou seja, as ações pertinentes a esse nível de atenção à saúde. Essa escassez também foi relatada por Gallo (2005) em seu estudo sobre a inserção e a prática do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família do município de Londrina, e as adequações da formação universitária a essa atuação. No levantamento bibliográfico foram identificados 30 textos contendo o requisito de inclusão no estudo; são teses, artigos e livros, dos quais, 25 são relatos de experiências vivenciadas por fisioterapeutas na atenção primária à saúde.

Após a análise desses textos, foi identificado um rol de ações da fisioterapia pertinentes à atenção primária à saúde segundo a literatura. As ações foram classificadas conforme o explicitado na metodologia.

As ações de promoção à saúde compreendem:

- Participação em reuniões com a associação comunitária: atividades educativas coletivas; palestras.
- Trabalho em escolas e creches: avaliação e alteração do imóvel e mobiliário, trabalho de inclusão da criança com deficiência, treinamento dos professores para detectar alterações precocemente.
- Treinamento de cuidadores: capacitação dos membros da família quanto à conduta; orientação quanto aos exercícios terapêuticos (cinesioterapia, cinesioterapia respiratória: respiração diafragmática, autoalongamentos, entre outros); uso da crioterapia; mobilização do acamado; massoterapia para acamados; mudanças de

decúbitos; atividades físicas na comunidade; orientações posturais; cuidados requeridos para transferências, transporte, posicionamento adequado no leito; adaptações físicas do domicílio. Cuidado com a saúde do cuidador: trabalho de habilidades funcionais, de mobilidade, alongamento, reeducação postural, treino respiratório.

- Treinamento da equipe da unidade básica de saúde: Orientações da equipe de saúde em todas as áreas que a fisioterapia atua; sobre o tipo de informação para os pacientes: orientações preventivas para dor nas costas, nos joelhos, nos ombros; palestras sobre: anatomia da coluna vertebral; mecânica corporal; condições que provocam problemas osteomusculares; orientações ergonômicas específicas; movimentação e transporte de pacientes; capacitação sobre inclusão social e escolar, sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, cuidados com acamados, fornecendo subsídios para que possam orientar a população cadastrada; matriciamento: treinamento dos profissionais que encaminham pacientes para o serviço de fisioterapia da atenção primária, sobre a atuação do fisioterapeuta.

Em 60% dos textos havia ações de promoção da saúde. A ação mais citada foi o trabalho em escolas e creches, correspondendo a 44,8% dos textos, seguida da participação em reuniões com a associação comunitária (31%), do treinamento de cuidadores (27,6%) e do treinamento da equipe da unidade básica da saúde (10,3%).

As ações de prevenção de doenças e agravos compreendem:

- Patologias neurológicas:
 - Acidente vascular cerebral: Orientações posturais; posicionamento no leito; orientações relacionadas ao edema, modificação de barreiras arquitetônicas

(como móveis em lugares inadequados, ou móveis de difícil acesso), trabalho de conscientização corporal.

- Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: orientar os pais ou responsáveis quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor normal, possibilitando diagnóstico e intervenção precoce e adequada; orientações de mobilidade, sobre transporte, posicionamento; acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor na puericultura; estimulação do desenvolvimento motor adequado.
- Patologias ortopédicas:
 - Alterações posturais: avaliação fisioterapêutica; orientar a população sobre os cuidados com a postura corporal; atividades em grupo: alongamentos, exercícios; relaxamento; palestras sobre temas como respiração, sistema músculo-esquelético, automassagem, biomecânica da coluna vertebral, alterações posturais (causa e tratamento), correções posturais; conscientização dos hábitos de vida; atuação nas escolas, com orientação sobre os cuidados com a postura corporal;
 - Deficiência física: orientações de mobilidade, sobre transporte, posicionamento, quanto ao uso de órteses e próteses adaptadas;
- Patologias respiratórias:
 - Pneumopatia crônica: orientações sobre a doença e sobre os procedimentos a serem adotados durante e fora de uma crise, sobre controle ambiental, sobre higiene brônquica e das vias aéreas superiores, posturas de drenagem, exercícios respiratórios; manuseio e limpeza do nebulizador; acompanhamento com medidas

de peak-flow (pico de fluxo expiratório); produção de folder e cartazes, atividade em salas de espera, com o objetivo de evitar possíveis complicações.

- Patologias crônicas e/ou degenerativas:
 - Câncer: Grupo de mastectomizadas: orientações quanto à doença, exercícios (alongamentos, relaxamento e etc), automassagem.
 - Hipertensão Arterial Sistêmica: grupo de Hipertensos - orientações e realização de exercícios aeróbicos.
 - Diabetes mellitus: orientações quanto aos cuidados relacionados à patologia, as alterações de sensibilidade, da realização de exercício aeróbico, e monitoramento constante dos pés.
- Patologias infecto-contagiosas:
 - Hanseníase: promover o autocuidado para que sejam evitadas complicações; prevenção de incapacidades através de orientações e cinesioterapia, indicação de calçados adequados e órteses auxiliares, orientações quanto à exercícios respiratórios.
 - HIV: orientações básicas quanto a respiração, como levantar, como andar, sobre exercícios físicos, estímulo à marcha.
- Saúde da mulher: Programas de atividades físicas na transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva (climatério); avaliação postural, orientação de alongamentos, relaxamento, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Na fase reprodutiva, pré-natal e puerpério: exercícios de relaxamento, reeducação respiratória, fortalecimento do assoalho pélvico, orientação sobre: como proceder no pré e pós

parto, alterações do corpo da mulher na gravidez, orientações posturais e preparo para o parto, respiratória, amamentação, puerpério, desenvolvimento intra-uterino do bebê;

- Saúde do idoso: práticas em grupos -atividades físicas, dança sênior (dança específica para pessoas idosas); cinesioterapia: exercícios de equilíbrio, coordenação, alongamentos, fortalecimento) e culturais; orientações à família e ao idoso quanto aos cuidados relacionados aos riscos ambientais, à adaptação do meio onde vive à sua condição física (construção de rampas, colocação de corrimão, piso antiderrapante e iluminação), aos cuidados com mobilidade articular; estimular e orientar a prática regular de atividade física; hidroterapia; palestras sobre prevenção de patologias; orientações gerais, como: cuidados com a segurança física (evitar quedas e conhecer suas limitações) e quanto ao uso de prótese e órtese.
- Saúde do trabalhador: orientações e alterações ergonômicas, especialmente nas pequenas e médias empresas na área de abrangência da unidade de saúde da família, quando demandada, programa de ginástica laboral para os funcionários das empresas e das unidades de saúde; preparação para o tipo de trabalho e para o tipo de movimento.
- Saúde mental: psicóticos, neuróticos, distúrbio depressivos: atividades educativas.

As ações de prevenção de doenças e agravos foram encontradas em 70% dos textos. Em 43,33% havia ações voltadas para patologias ortopédicas, seguida das ações para patologias neurológicas e de saúde do idoso, ambas em 40%, de saúde da mulher (36,66%), para as patologias crônicas e/ou degenerativas (30%), patologias respiratórias e infecto-contagiosas (23,33%), saúde do trabalhador e saúde mental (13,33%).

As ações de reabilitação compreendem:

- Patologias neurológicas:
 - Geral: avaliação fisioterapêutica; alongamento; treino de marcha com e sem obstáculos; exercício de conscientização e auto controle postural; eletroterapia; termoterapia; mecanoterapia; mobilização patelar e escapular; dissociação de cintura escapular e pélvica; treino de equilíbrio e coordenação, exercícios de Frenkel; treino de transferências; fortalecimento; mobilização neural e posicionamentos.
 - Acidente vascular cerebral: avaliação fisioterapêutica; condutas: Técnica de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (PNF), mobilização articular; treinamento de transferência; alongamento; treinamento de equilíbrio corporal; treinamento da coordenação motora; técnicas de tape e contração concomitante (irradiação); descarga de peso; crioterapia; drenagem linfática; treinamento para atividades de vida diária (Atividades de vida diária).
 - Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: estimulação essencial/precoce; grupo de integração sensorial; atividades motoras finas; atividades práticas.
- Patologias ortopédicas:
 - Geral: avaliação fisioterapêutica; imobilizações de fraturas; eletroterapia, termoterapia; mecanoterapia; cinesioterapia passiva e ativa; mobilização patelar e escapular; pompagens; dissociação de cintura escapular e pélvica; treino de equilíbrio; treino de marcha com e sem obstáculos; treino de marcha lateral; treino de transferências; desativação de trigger points; massoterapia; exercícios de estabilização da coluna; fortalecimentos; mobilização neural.

- Alterações posturais: reeducação postural global; atendimento individual e em grupo tendo como base os princípios propostos pela back school (avaliação, alongamento, exercícios de relaxamento, aumento de capacidade cardiorrespiratória e aumento do limiar de percepção à dor; treino de posturas corporais adequadas e interrelação com as atividades laborativas); cinesioterapia.
- deficiência física: integração sensorial, exercícios de coordenação motora, trabalho de inclusão da criança com deficiência, acompanhamento da implantação da órtese e prótese.
- Patologias respiratórias:
 - Geral: avaliação fisioterapêutica; higiene brônquica, alongamentos, respiração diafragmática, inspiração profunda, inspiração fracionada, respiração segmentar, freno labial, huff, sustentação máxima da inspiração (SMI), vibrocompressão, estimulação à tosse efetiva, propriocepção diafragmática.
 - Pneumopatia crônica: avaliação fisioterapêutica; manobras de higiene brônquica e das vias aéreas superiores, posturas de drenagem, manuseio; reequilíbrio tóraco abdominal (manuseio dinâmico sobre o tronco e alongamento muscular); estimulação da respiração diafragmática; alongamento dos músculos acessórios da inspiração e da normalização das funções diafragmáticas não respiratórias; desobstrução brônquica através do incremento ventilatório, treinamento para aquisição do controle respiratório durante atividades de vida diária.
- Patologias crônicas e/ou degenerativas:

- Geral: avaliação fisioterapêutica; alongamentos, fortalecimento, treinamento do equilíbrio, exercícios de coordenação motora, técnicas de facilitação, propriocepção, atividades de vida diária.
- Hipertensão Arterial Sistêmica: alongamentos, exercícios isotônicos, hidroterapia.
- Diabetes mellitus: alongamentos, exercícios aeróbicos, hidroterapia.
- Patologias infecto-contagiosas:
 - Hanseníase: atividades físicas, exercícios/técnicas respiratórias, cinesioterapia, acompanhamento de pacientes acometidos pela hanseníase (tratamento de seqüela);
 - Tuberculose: cinesioterapia respiratória; higiene brônquica e de vias aéreas superiores.
 - HIV: Alongamentos, exercícios de fortalecimento, exercício de equilíbrio; trabalho de consciência corporal;
- Saúde do idoso: orientação sobre adaptação do meio onde o idoso vive à sua condição física (construção de rampas, colocação de corrimão, piso antiderrapante e iluminação); tratamento e cuidado de pacientes portadores de patologias crônico-degenerativas e/ou apenas com alterações comuns à idade que prejudiquem suas Atividades de vida diária; cinesioterapia, trabalho de reabilitação postural; hidroterapia; orientações no uso de próteses e órteses.
- Saúde da mulher: puerpério; reeducação respiratória, cinesioterapia (exercícios de relaxamento e fortalecimento do assoalho pélvico...), reeducação postural global. Gestantes: as ações realizadas em puérperas, manipulação e eletroterapia para

promover analgesia quando necessário. Patologias ginecológicas: cinesioterapia; técnicas de relaxamento, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, uso de cones vaginais.

- Saúde do trabalhador: tratamento das diversas doenças que acometem a cinética corporal: cinesioterapia, eletroterapia, mecanoterapia, termoterapia.
- Saúde mental: Reeducação corporal das funções mentais:
 - Psicóticos: massagem, hidroterapia, cinesioterapia, trabalho de expressão gestual.
 - Neuróticos: massagem com indicação parcial, hidroterapia na forma de duchas e banhos, relaxamento.
 - Distúrbios depressivos: atividades de treino de força e resistência; exercícios aeróbicos que somam-se a diferentes exercícios de força; exercícios de relaxamento; exercícios para o desenvolvimento da percepção proprioceptiva e cinestésica, massagem.

As ações de reabilitação estão presentes em 73,33% dos textos. As ações de maior concordância na literatura são as de saúde do idoso (40%), seguidas das ações para patologias neurológicas, ortopédicas e respiratórias (33,33%), patologias crônicas e/ou degenerativas (30%), patologias infecto-contagiosas e saúde da mulher (10%), saúde do trabalhador e saúde mental em 6,6%.

Os autores que mais se aproximaram do rol de ações identificadas neste estudo, que descrevem um maior número de ações, foram Brasil *et al* (2005), Gallo (2005), Ragasson *et al* (2007), Sampaio (2002b) e Aguiar (2005). Os quatro primeiros descrevem experiências da

fisioterapia em UBS's e Aguiar (2005) estuda sobre o conhecimento e as atitudes dos membros da equipe de Saúde da Família de Ribeirão Preto sobre o núcleo de atuação do fisioterapeuta.

Todos os autores relatam que o fisioterapeuta é um profissional apto a atuar nos três níveis de prevenção (promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação) na atenção primária à saúde. Segundo Ragasson *et al* (2007):

A fisioterapia apresenta uma missão primordial, de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem, na promoção e na educação em saúde.

Para Aguiar (2005), o fisioterapeuta tem sua atuação historicamente construída na reabilitação, mas é possível atuar na promoção e manutenção da saúde, a partir de uma compreensão mais abrangente sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Em Sobral-CE 67% das atividades de fisioterapia no PSF são direcionadas para a promoção de saúde e prevenção de doenças, ou são realizadas de maneira coletiva, enquanto que apenas 24% são relacionadas ao modelo individual e reabilitador (BRASIL *et al*, 2005).

No estudo de Vêras (2002a), 62% das atividades citadas por médicos e enfermeiras como sendo desenvolvidas pelo fisioterapeuta no PSF se referiam àquelas ligadas a promoção e prevenção de doenças.

Portanto as possibilidades de atuação não devem se restringir às concepções tradicionalmente facultadas a esse profissional. Além da utilização de recursos terapêuticos específicos, em especial a cinesioterapia e os recursos terapêuticos manuais, é de fundamental importância que sua atuação possa interferir no meio em que o usuário vive da forma mais ampla possível, visando maior integração com a estrutura física de sua residência e a facilitação da convivência diária com seus familiares (AGUIAR, 2005).

De acordo com a literatura, o atendimento fisioterapêutico na atenção primária deve ocorrer de forma individual e coletiva. Na forma individual o atendimento pode ser realizado nas UBS's ou em domicílio. O atendimento domiciliar é indispensável ao trabalho do fisioterapeuta na atenção primária, pois é quando ele se depara com a realidade das pessoas, e pode verificar suas atividades de vida diária, suas limitações, assim, proceder aos encaminhamentos e orientações pertinentes a cada caso (RAGASSON *et al*, 2007, SAMPAIO, 2002b). Na forma coletiva, os atendimentos podem ocorrer nas UBS's, creches, escolas, instituições, nas associações de moradores, entre outros, que estão na área de abrangência da UBS tradicional ou do PSF. O trabalho coletivo facilita a abordagem, pois permite a reflexão e a troca de experiências, auxiliando as pessoas a expressarem suas percepções que estão ligadas, significativamente, à realidade de cada um (GOMES *et al*, 2002).

Os cinco autores relatam atendimento individual e coletivo. Dentre as atividades coletivas apresentadas por todos estão: o grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, grupo de asmáticos (pneumopatia crônica) e grupo de gestantes. Alguns grupos foram relatados apenas por quatro destes autores, como o grupo de idosos e de coluna, entre outros. Estes trabalham não apenas com prevenção de doenças e agravos, como também com a reabilitação.

O atendimento individual é enquadrado dentro da proposta do SUS de atendimento à demanda espontânea, ou seja, pessoas que buscam a fisioterapia com diferentes necessidades (SAMPALIO, 2002b). Este atendimento também é oferecido a qualquer indivíduo que participe de grupos realizados pela fisioterapia, que apresente complicações, ou necessidades de um atendimento mais individualizado.

Alguns textos, no total 11, são específicos de uma área de atuação (ginecologia, geriatria), de uma patologia, ou de um nível de prevenção, como por exemplo, o texto de Gomes *et al* (2002) sobre uma experiência em grupo com pacientes portadores de hanseníase. O atendimento

de portadores de Hanseníase também foi relatado por Ragasson *et al* (2007), Aguiar (2005), Brasil *et al* (2005), Gallo (2005) e Vêras (2002).

Outro exemplo é o texto “Fisioterapia na prevenção de problemas ginecológicos” escrito por Latorre (2002), no qual expõe a prevenção de problemas ginecológicos através do fortalecimento do assoalho pélvico.

Algumas patologias foram citadas como alvo das ações de fisioterapia na atenção primária apenas na literatura, como é o caso do HIV e doenças mentais, sendo estas consideradas ações divergentes. Os respectivos autores Nogueira (2002) e Furtado (1995), assim como outros, apresentaram um distanciamento do rol de ações de fisioterapia na atenção primária definido neste estudo devido à especificidade de seus textos.

4.3 AÇÕES CONVERGENTES E DIVERGENTES DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A partir do núcleo de ações da literatura e das entrevistas formou-se o núcleo comum de ações da fisioterapia na atenção primária, também denominado, neste estudo, de ações convergentes.

4.3.1 Ações convergentes

Um primeiro núcleo de ações foi descrito a partir dos achados nas duas fontes de pesquisa, composto por ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e ações de reabilitação, que posteriormente foi dividido em dois núcleos: um, composto por ações que podem ser compartilhadas com outros profissionais de saúde, e o outro, com as ações específicas do fisioterapeuta.

As ações de promoção de saúde do primeiro núcleo compreendem:

- Participação em reuniões com a associação comunitária: atividades educativas coletivas.
- Trabalho em escolas e creches: avaliação e alteração do imóvel e mobiliário, trabalho de inclusão da criança com deficiência, treinamento dos professores para detectar alterações precocemente.
- Treinamento de cuidadores: capacitação dos membros da família quanto à conduta; orientação quanto aos exercícios terapêuticos (cinesioterapia, cinesioterapia respiratória: respiração diafragmática, autoalongamentos, entre outros); uso da crioterapia; mobilização do acamado; massoterapia para acamados, atividades físicas na comunidade, orientações posturais; cuidados requeridos para transferências, transporte, posicionamento adequado no leito; adaptações físicas do domicílio. Cuidado com a saúde do cuidador: trabalho de habilidades funcionais, de mobilidade, alongamento, reeducação postural, treino respiratório.

- Treinamento da equipe da unidade básica de saúde: orientações da equipe de saúde em todas as áreas que a fisioterapia atua; sobre o tipo de informação para os pacientes: orientações preventivas para dor nas costas, nos joelhos, nos ombros; palestras sobre: anatomia da coluna vertebral; mecânica corporal; condições que provocam problemas osteomusculares; orientações ergonômicas específicas; movimentação e transporte de pacientes; capacitação sobre inclusão social e escolar, sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, cuidados com acamados, fornecendo subsídios para que possam orientar a população cadastrada; matriciamento: treinamento dos profissionais que encaminham pacientes para o serviço de fisioterapia da atenção primária, sobre a atuação do fisioterapeuta.

Com o rol de ações de promoção de saúde descrito acima, pode-se observar que foi identificado um pequeno número destas ações; dentre elas destacam-se o treinamento de cuidadores e o trabalho em escolas e creches, as mais relatadas na literatura e entrevista, respectivamente.

Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, com o fito de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares tem sido mais frequente, havendo a necessidade de orientá-lo para o cuidado (BRASIL, 2008b).

Um dos objetivos que os profissionais de fisioterapia têm se proposto a alcançar é prestar um cuidado ao indivíduo de forma integral, visando-o como ser humano único formando um todo complexo, membro de uma família que interage com os outros grupos sociais, vivendo em uma comunidade e em um determinado ambiente (ALMEIDA et al, 2006). O cuidador é um forte

aliado dos profissionais de saúde no tratamento de pacientes dependentes, como também uma pessoa que necessita de atenção e cuidados.

A atuação do fisioterapeuta em escolas e creches é mais abrangente, pois envolve o treinamento dos professores para detecção precoce de alterações nos alunos, trabalho de inclusão da criança com deficiência, com estudantes na questão da postura e ações voltadas para adequação do mobiliário. Segundo Deliberato (2002), na saúde dos estudantes, provavelmente, a atuação do fisioterapeuta mais importante esteja voltada à questão postural.

Ações de prevenção de doenças e agravos compreendem:

- Patologias neurológicas:
 - Acidente vascular cerebral: Orientações posturais; posicionamento no leito, orientações relacionadas ao edema, modificação de barreiras arquitetônicas (como móveis em lugares inadequados, ou móveis de difícil acesso), trabalho de conscientização corporal.
 - Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: orientar os pais ou responsáveis quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor normal, possibilitando diagnóstico e intervenção precoce e adequada; orientações de mobilidade, sobre transporte, posicionamento; acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor na puericultura; estimulação do desenvolvimento motor adequado.
- Patologias ortopédicas:
 - Alterações posturais: avaliação fisioterapêutica; atividades em grupo; alongamentos; exercícios; relaxamento; palestras com temas como respiração, sistema músculo-esquelético, auto-massagem, biomecânica da coluna vertebral, alterações posturais, causa e tratamento, correções posturais; conscientização

- sobre hábitos de vida; atuação nas escolas, com orientação sobre os cuidados com a postura corporal;
- deficiência física: orientações de mobilidade, sobre transporte, posicionamento, e o uso de órteses e próteses adaptadas;
 - Patologias respiratórias:
 - Pneumopatia crônica: orientações sobre a doença e os procedimentos a serem adotados durante e fora de uma crise; sobre controle ambiental, higiene brônquica e das vias aéreas superiores; posturas de drenagem; exercícios respiratórios; manuseio e limpeza do nebulizador; produção de folder e cartazes, atividade em salas de espera, com o objetivo de evitar possíveis complicações.
 - Patologias crônicas e/ou degenerativas:
 - Câncer: Grupo de mastectomizadas: orientações acerca da doença, exercícios (alongamentos, relaxamento...), automassagem.
 - Hipertensão Arterial Sistêmica: orientações e realização de exercícios aeróbicos.
 - Diabetes mellitus: orientações: a respeito dos cuidados relacionados à patologia, às alterações de sensibilidade, da realização de exercício aeróbico, e monitoramento constante dos pés.
 - Patologias infecto-contagiosas:
 - Hanseníase: promover o autocuidado para que sejam evitadas complicações; prevenção de incapacidades através de orientações e cinesioterapia, indicação de calçados adequados e órteses auxiliares, orientações sobre exercícios respiratórios.
 - Grupos específicos:

- Saúde da mulher: Programas de atividades físicas na transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva (climatério); avaliação postural; orientação sobre alongamentos, relaxamento, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Na fase reprodutiva, pré-natal e puerpério: exercícios de relaxamento, reeducação respiratória, fortalecimento do assoalho pélvico, orientação sobre como proceder no pré e pós parto; alterações do corpo da mulher na gravidez, orientações posturais e preparo para o parto, alterações respiratórias, amamentação, puerpério, desenvolvimento intrauterino do bebê;
- Saúde do idoso: práticas em grupos; atividades físicas; dança sênior - dança específica para pessoas idosas; cinesioterapia; exercícios de equilíbrio, coordenação, alongamentos, fortalecimento e culturais; orientação à família e ao idoso quanto aos cuidados, aos riscos ambientais, orientação sobre adaptação do meio onde vive à sua condição física (construção de rampas, colocação de corrimão, piso antiderrapante e iluminação), aos cuidados com mobilidade articular; estimular e orientar a prática regular de atividade física; hidroterapia; palestras sobre prevenção de patologias; orientações gerais, como: cuidar de sua segurança física (evitar quedas e conhecer suas limitações), quanto ao uso de prótese e órtese.
- Saúde do trabalhador: orientações e alterações ergonômicas, especialmente nas pequenas e médias empresas na área de abrangência da UBS, quando demandada, programa de ginástica laboral para os funcionários das empresas e das unidades de saúde; preparação para o tipo de trabalho, para o tipo de movimento.

Diferentemente do esperado, muitas ações de prevenção de doenças e agravos foram relatadas, com grande concordância na literatura e entrevista. Isso pode ser devido à falta de

clareza do que é a atenção primária á saúde, muitas vezes confundida com prevenção primária, ou a tentativa de demonstrar ações de fisioterapia neste campo, visto que este profissional sempre foi marcado como “reabilitador”.

Nas ações de prevenção de doenças e agravos, as que mais se destacaram nas entrevistas e literatura respectivamente, foram as relacionadas a saúde da mulher e para patologias ortopédicas.

Nas patologias ortopédicas, as ações voltadas para as alterações posturais foram predominantes. Pereira *et al* (2004) afirma que faz parte do trabalho do fisioterapeuta orientar a população sobre os cuidados com a postura corporal, atuando na prevenção de alterações na coluna vertebral. A prevenção, além da identificação e intervenção precoces, quando alterações posturais estiverem instaladas, trazem benefícios para a saúde da população (AGUIAR, 2005).

Tribastone (2001) afirma que 65,5% das alterações morfológicas relacionadas a postura são decorrentes de hábitos posturais incorretos. Um recente estudo realizado com crianças de 7 a 10 anos no Brasil, ilustra estes dados, pois a partir de seus resultados, constatou-se uma alta incidência de alterações posturais neste grupo etário, provavelmente causados por demandas assimétricas diárias do corpo, o que inclui sentar-se inadequadamente, ter um estilo de vida sedentário, além de utilizar mochilas muito pesadas (PENHA et al., 2005).

Em um estudo realizado por Martelli e Traebert (2006) sobre a prevalência de alterações posturais de coluna vertebral e fatores associados em escolares de 10 à 16 anos do município de Tangará-SC em 2004, constatou-se que 28,2% dos estudantes apresentavam alterações posturais, a prevalência de alterações posturais foi significativa, todavia a maioria das alterações podem ser consideradas reversíveis. Nesse contexto, a autora concluiu que é de suma importância campanhas de saúde que objetivem a adoção de estilos de vida e posturas mais saudáveis, incluindo a prevenção e o tratamento das alterações posturais.

As ações reabilitadoras compreendem:

- **Patologias neurológicas:**
 - Geral: avaliação fisioterapêutica, alongamentos, treino de marcha com e sem obstáculos, exercício de conscientização e autocontrole postural, eletroterapia, termoterapia, mecanoterapia, mobilização patelar e escapular, dissociação de cintura escapular e pélvica, treino de equilíbrio e coordenação, exercícios de Frenkel, treino de transferências, fortalecimento, mobilização neural e posicionamentos.
 - Acidente vascular cerebral: avaliação fisioterapêutica; condutas; Técnica de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (PNF), mobilização articular; treinamento de transferência; alongamento muscular, treinamento de equilíbrio corporal, treinamento da coordenação motora, técnicas de tape e contração concomitante (irradiação), descarga de peso, crioterapia, drenagem linfática, treinamento para atividades de vida diária (Atividades de vida diária).
 - Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: estimulação essencial/precoce; grupo de integração sensorial; atividades motoras finas, atividades práticas.
- **Patologias ortopédicas:**
 - Geral: avaliação fisioterapêutica; imobilizações de fraturas, eletroterapia, termoterapia, mecanoterapia, cinesioterapia passiva e ativa, mobilização patelar e escapular, pompagens, dissociação de cintura escapular e pélvica, treino de equilíbrio, treino de marcha com e sem obstáculos, treino de marcha lateral, treino de transferências, desativação de trigger points, massoterapia, exercícios de estabilização da coluna, mobilização neural.

- Alterações posturais: reeducação postural global; atendimento individual e em grupo tendo como base os princípios propostos pela back school (avaliação, alongamento, exercícios de relaxamento, aumento de capacidade cardiorrespiratória e aumento do limiar de percepção à dor; treino de posturas corporais adequadas e interrelação com as atividades laborativas); cinesioterapia.
- Deficiência física: integração sensorial, exercícios de coordenação motora, trabalho de inclusão da criança com deficiência, acompanhamento da implantação da órtese e prótese.
- Patologias respiratórias:
 - Geral: avaliação fisioterapêutica; higiene brônquica, alongamentos, respiração diafragmática, inspiração profunda, inspiração fracionada, respiração segmentar, freio labial, huff, sustentação máxima da inspiração (SMI), vibrocompressão, estimulação a tosse efetiva, propriocepção diafragmática.
 - Pneumopatia crônica: avaliação fisioterapêutica; manobras de higiene brônquica e das vias aéreas superiores, posturas de drenagem, manuseio; Reequilíbrio Tóraco abdominal (manuseio dinâmico sobre o tronco e alongamento muscular); estimulação da respiração diafragmática; alongamento dos músculos acessórios da inspiração e da normalização das funções diafragmáticas não respiratórias; desobstrução brônquica através do incremento ventilatório, treinamento das atividades de vida diária.
- Patologias crônicas e/ou degenerativas:

- Geral: avaliação fisioterapêutica; alongamentos, fortalecimento, treinamento do equilíbrio, exercícios de coordenação motora, técnicas de facilitação, propriocepção, atividades de vida diária.
- Hipertensão Arterial Sistêmica: alongamentos, exercícios isotônicos, hidroterapia.
- Diabetes mellitus: exercícios aeróbico, alongamentos, hidroterapia.
- Patologias infecto-contagiosas:
 - Tuberculose: cinesioterapia respiratória; higiene brônquica e de vias aéreas superiores.
 - Hanseníase: atividades físicas, exercícios/técnicas respiratórios, cinesioterapia, acompanhamento (tratamento de novas sequelas).
- Grupos específicos:
 - Saúde do idoso: orientação sobre adaptação do meio onde vive de acordo com sua condição física (construção de rampas, colocação de corrimão, piso antiderrapante e iluminação); tratamento e cuidado de pacientes portadores de patologias crônicas degenerativas e/ou apenas com alterações comuns à idade que prejudiquem suas Atividades de vida diária; orientações no uso de próteses e órteses, atividade física programada, cinesioterapia, relaxamento, trabalho de reabilitação postural e hidroterapia.
 - Saúde da mulher: puerpério: reeducação respiratória, cinesioterapia (exercícios de relaxamento e fortalecimento do assoalho pélvico...), reeducação postural global. Gestantes: as ações realizadas em puérperas, manipulação e eletroterapia para promover analgesia quando necessário. Patologias ginecológicas: cinesioterapia:

técnicas de relaxamento, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, uso de cones vaginais.

- Saúde do trabalhador: tratamento das diversas doenças que acometem a cinética corporal: cinesioterapia, eletroterapia, mecanoterapia, termoterapia.

Como esperado, o maior número de ações foram as de reabilitação, com destaque para as voltadas para a saúde do idoso na literatura, e para as patologias neurológicas e ortopédicas nas entrevistas.

No grupo de saúde do idoso, o fisioterapeuta atua nos déficits oriundos do processo de envelhecimento. Ringsberg et al. (1999) relata que a redução de força muscular, mobilidade articular e perdas sensoriais provenientes do processo de envelhecimento prejudicam a capacidade coordenativa, podendo afetar o controle postural dos idosos, tornando-os suscetíveis às quedas. Tais modificações, embora características da idade avançada, não são inevitáveis. Essas mudanças na composição do corpo e função muscular podem ser parcialmente reduzidas.

As manifestações dos distúrbios do equilíbrio corporal têm grande impacto para os idosos, podendo levá-los à redução de sua autonomia social, uma vez que acabam reduzindo suas atividades de vida diária devido à predisposição a quedas e fraturas, trazendo sofrimento, imobilidade corporal, medo de cair novamente e altos custos com o tratamento de saúde (RUWERL; ROSSI; SIMON, 2005).

Carter e O'Driscoll (2000) e Beissner, Collins e Holmes (2000) acreditam que o declínio da performance física e da independência funcional, em muitos casos, podem ser minimizados através da prática de exercícios. Os efeitos dos exercícios sobre o equilíbrio, a força e o tempo de reação em idosos têm mostrado melhoras significativas na força e no equilíbrio corporal.

O fisioterapeuta atua na saúde do idoso tratando e cuidando de pacientes portadores de patologias crônicas degenerativas e/ou apenas com alterações comuns à idade que prejudiquem suas Atividades de vida diária, através da assistência individualizada ou em grupo.

Nas patologias neurológicas ressaltamos as ações relacionadas ao atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Além dos déficits neuromotores, os atrasos no desenvolvimento podem, também, resultar em limitações nas habilidades funcionais. As atividades funcionais incluem, por exemplo, atividades de autocuidado como alimentação e banho independentes, atividades de mobilidade como levantar-se da cama e ir ao banheiro com independência, além de tarefas de função social como ir à escola e interagir com outras crianças (MANCINI et al, 2002).

Em um estudo realizado por Hallal, Marques e Braccialli (2008) sobre a aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças de 0 à 3 anos, atendidas em um programa de estimulação essencial, os resultados forneceram subsídios para afirmar que a intervenção precoce pode ser eficaz na potencialização do desenvolvimento de crianças com atraso no desenvolvimento.

Em relação às alterações posturais, inclusas nas patologias ortopédicas, observa-se, através da literatura, especificamente, com relação às doenças musculoesqueléticas e as incapacidades delas decorrentes, que as queixas de sintomas de doenças por alterações do aparelho locomotor são frequentes na população em geral e, particularmente, em determinados grupos ocupacionais. Dessa forma, as doenças do sistema musculoesquelético são causas importantes de morbidade, incapacidade e invalidez, principalmente na população economicamente ativa, representando forte impacto social e econômico nas sociedades industrializadas (MAHAYRI, 2004). Dentre estas doenças estão as alterações na coluna vertebral.

Dentro do núcleo de ações da fisioterapia na atenção primária, algumas podem ser compartilhadas com outros profissionais de saúde como enfermeiras, auxiliares de enfermagem, outros profissionais contratados que não fazem parte da equipe mínima exigida para as unidades básicas, como o educador físico, terapeuta ocupacional, entre outros. Essas ações são aquelas que não exigem o conhecimento específico de técnicas da fisioterapia.

O treinamento da equipe da unidade básica de saúde é essencial para transferência de determinadas ações, outras ainda necessitarão de supervisão do fisioterapeuta.

Abaixo serão explicitadas as ações que podem ser compartilhadas ou transferidas a outros profissionais de saúde na atenção primária:

Ações de promoção de saúde:

- Participação em reuniões com a associação comunitária: atividades educativas coletivas.
- Trabalho em escolas e creches: o treinamento dos professores para detectar alterações precocemente pode ser desenvolvido por outros profissionais da saúde, sendo necessário um prévio treinamento com o fisioterapeuta, assim como o trabalho de inclusão da criança com deficiência. A questão da avaliação e alteração do imóvel e do mobiliário é específica do fisioterapeuta.
- No treinamento de cuidadores, outros profissionais podem atuar na orientação quanto a transferências, transporte, posicionamento adequado, e atividades físicas na comunidade. No cuidado com a saúde do cuidador, o educador físico, quando presente na equipe, pode desenvolver atividades de alongamento; se não houver este profissional, outro membro da equipe pode realizar tal ação.

Ações de prevenção de doenças e agravos:

- Nas patologias neurológicas:
 - Acidente vascular cerebral: Orientações posturais; posicionamento no leito, orientações relacionadas ao edema.
 - Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: orientar os pais ou responsáveis quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor normal, possibilitando diagnóstico e intervenção precoce e adequada; orientações de mobilidade, sobre transporte, posicionamento; acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor na puericultura; estimulação do desenvolvimento motor adequado;
- Patologias ortopédicas:
 - Alterações posturais: conscientização dos hábitos de vida através de orientações das formas adequadas de desenvolver as Atividades de vida diária;
 - deficiência física: orientações de mobilidade, sobre transporte, posicionamento;
- Patologias respiratórias:
 - Pneumopatia crônica: orientações sobre a doença e sobre os procedimentos a serem adotados durante e fora de uma crise; sobre controle ambiental; manuseio e limpeza do nebulizador; produção de folder e cartazes, atividade em salas de espera, com o objetivo de evitar possíveis complicações.
- Patologias crônicas e/ou degenerativas:
 - Câncer: Grupo de mastectomizadas: orientações quanto a doença.
 - Hipertensão Arterial Sistêmica: orientações e realização de exercícios aeróbicos.
 - Diabetes mellitus: orientações acerca dos cuidados relacionados à patologia, às alterações de sensibilidade, à realização de exercício aeróbico, e monitoramento constante dos pés.

- Patologias infecto-contagiosas:
 - Hanseníase: promover o autocuidado para que sejam evitadas complicações; prevenção de incapacidades através de orientações, indicação de calçados adequados.
- Grupos específicos:
 - Saúde da mulher: Programas de atividades físicas na transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva (climatério), orientação de alongamentos, relaxamento. Na fase reprodutiva, pré-natal e puerpério: orientação sobre como proceder no pré e pós-parto, alterações do corpo da mulher na gravidez, orientações posturais e preparo para o parto, respiratória, amamentação, puerpério, desenvolvimento intra-uterino do bebê;
 - Saúde do idoso: práticas em grupos; atividades físicas programadas (dança sênior-dança específica para pessoas idosas); orientação à família e ao idoso quanto aos cuidados, aos riscos ambientais; orientação sobre adaptação do meio onde vive à sua condição física (construção de rampas, colocação de corrimão, piso antiderrapante e iluminação); estimular e orientar a prática regular de atividade física; palestras sobre prevenção de patologias; orientações gerais, como: cuidar de sua segurança física (evitar quedas e conhecer suas limitações).

As ações de reabilitação são específicas do fisioterapeuta, pois exigem o conhecimento de tais profissionais, como as técnicas necessárias em cada caso; apenas algumas ações citadas dentro das classificações podem ser realizadas por outros profissionais, como é o caso da hipertensão arterial e diabetes mellitus, nas quais utiliza-se alongamentos, exercícios aeróbicos e

isotônicos que podem ser acompanhados por outros profissionais, de preferência um educador físico. O mesmo ocorre em relação à hanseníase, com a realização de atividades físicas.

Na saúde do idoso há um item que pode gerar dúvida, que é sobre a orientação quanto a adaptação do meio onde vive de acordo com a sua condição física. Esse item também aparece nas ações de prevenção de doenças e agravos, sendo diferente neste tópico devido a necessidade de avaliação do fisioterapeuta para uma melhor adequação do meio, enquanto nas ações de prevenção são passadas orientações gerais que cabem a todos os idosos.

Com a transferência de determinadas ações, o número destas realizadas pelo fisioterapeuta foram reduzidas, formando um segundo núcleo de ações específicas deste profissional, relatadas abaixo.

Ações de promoção de saúde:

- Trabalho em escolas e creches: avaliação e alteração do imóvel e do mobiliário.
- Treinamento de cuidadores: capacitação dos membros da família quanto à conduta; orientação quanto aos exercícios terapêuticos (cinesioterapia, cinesioterapia respiratória: respiração diafragmática, autoalongamentos, entre outros); uso da crioterapia; mobilização do acamado; massoterapia para acamados, orientações posturais; adaptações físicas do domicílio. Cuidado com a saúde do cuidador: trabalho de habilidades funcionais, de mobilidade, reeducação postural, treino respiratório.
- Treinamento da equipe da unidade básica de saúde: orientações da equipe de saúde em todas as áreas que a fisioterapia atua; sobre o tipo de informação para os pacientes: orientações preventivas para dor nas costas, nos joelhos, nos ombros; palestras sobre: anatomia da coluna vertebral; mecânica corporal; condições que provocam problemas osteomusculares; orientações ergonômicas específicas; movimentação e transporte de

pacientes; capacitação sobre inclusão social e escolar, sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, cuidados com acamados, fornecendo subsídios para que possam orientar a população cadastrada; matriciamento: treinamento dos profissionais que encaminham pacientes para o serviço de fisioterapia da atenção primária, acerca da atuação do fisioterapeuta.

Ações de prevenção de doenças e agravos:

- Patologias neurológicas:
 - Acidente vascular cerebral: modificação de barreiras arquitetônicas (como móveis em lugares inadequados, ou móveis de difícil acesso) de acordo com as limitações de cada indivíduo, trabalho de conscientização corporal, propriocepção.
- Patologias ortopédicas:
 - Alterações posturais: avaliação fisioterapêutica; atividades em grupo: alongamentos, exercícios; relaxamento; palestras com temas como respiração, sistema músculo-esquelético, automassagem, biomecânica da coluna vertebral, alterações posturais, causa e tratamento, correções posturais; atuação nas escolas, com orientação sobre os cuidados com a postura corporal;
 - deficiência física: orientações quanto ao uso de órteses e próteses adaptadas;
- Patologias respiratórias:
 - Pneumopatia crônica: orientações sobre higiene brônquica e das vias aéreas superiores, posturas de drenagem, exercícios respiratórios;
- Patologias crônicas e/ou degenerativas:
 - Câncer: Grupo de mastectomizadas: orientações de exercícios (alongamentos, relaxamento), automassagem. .

- Patologias infecto-contagiosas:
 - Hanseníase: cinesioterapia, indicação de órteses auxiliares, orientações quanto à exercícios respiratórios.
- Grupos específicos:
 - Saúde da mulher: orientação de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Na fase reprodutiva, pré-natal e puerpério: exercícios de relaxamento, reeducação respiratória, fortalecimento do assoalho pélvico;
 - Saúde do idoso: cinesioterapia (exercícios de equilíbrio, coordenação, alongamentos, fortalecimento) e culturais; orientação à família e ao idoso quanto aos cuidados com mobilidade articular; quanto ao uso de prótese e órtese; hidroterapia;
 - Saúde do trabalhador: orientações e alterações ergonômicas, especialmente nas pequenas e médias empresas na área de abrangência da UBS, quando demandada, programa de ginástica laboral para os funcionários das empresas e das unidades de saúde; preparação para o tipo de trabalho, para o tipo de movimento.

As ações de prevenção de doenças e agravos foram as que obtiveram maior número de ações que podem ser compartilhadas com outros profissionais.

Ações de reabilitação:

- Patologias neurológicas:
 - Geral: avaliação fisioterapêutica, alongamentos, treino de marcha com e sem obstáculos, exercício de conscientização e auto controle postural, eletroterapia, termoterapia, mecanoterapia, mobilização patelar e escapular, dissociação de cintura escapular e pélvica, treino de equilíbrio e coordenação, exercícios de

Frenkel, treino de transferências, fortalecimento, mobilização neural e posicionamentos.

- Acidente vascular cerebral: avaliação fisioterapêutica; condutas: Técnica de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (PNF), mobilização articular; treinamento de transferência; alongamento muscular, treinamento de equilíbrio corporal, treinamento da coordenação motora, técnicas de tape e contração concomitante (irradiação), descarga de peso, crioterapia, drenagem linfática, treinamento para atividades de vida diária (Atividades de vida diária).
- Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: estimulação essencial/precoce; grupo de integração sensorial; atividades motoras finas, atividades práticas.
- Patologias ortopédicas:
 - Geral: avaliação fisioterapêutica; imobilizações de fraturas, eletroterapia, termoterapia, mecanoterapia, cinesioterapia passiva e ativa, mobilização patelar e escapular, pompagens, dissociação de cintura escapular e pélvica, treino de equilíbrio, treino de marcha com e sem obstáculos, treino de marcha lateral, treino de transferências, desativação de trigger points, massoterapia, exercícios de estabilização da coluna, mobilização neural.
 - Alterações posturais: reeducação postural global; atendimento individual e em grupo tendo como base os princípios propostos pela back school (avaliação, alongamento, exercícios de relaxamento, aumento de capacidade cardiorrespiratória e aumento do limiar de percepção à dor; treino de posturas corporais adequadas e interrelação com as atividades laborativas); cinesioterapia.

- Deficiência física: integração sensorial; exercícios de coordenação motora; trabalho de inclusão da criança com deficiência e acompanhamento da implantação da órtese e prótese.
- Patologias respiratórias:
 - Geral: avaliação fisioterapêutica; higiene brônquica, alongamentos, respiração diafragmática, inspiração profunda, inspiração fracionada, respiração segmentar, freio labial, huff, sustentação máxima da inspiração (SMI), vibrocompressão, estimulação a tosse efetiva, propriocepção diafragmática.
 - Pneumopatia crônica: avaliação fisioterapêutica; manobras de higiene brônquica e das vias aéreas superiores, posturas de drenagem, manuseio; Reequilíbrio Tóraco abdominal (manuseio dinâmico sobre o tronco e alongamento muscular); estimulação da respiração diafragmática; alongamento dos músculos acessórios da inspiração e da normalização das funções diafragmáticas não respiratórias; desobstrução brônquica através do incremento ventilatório, treinamento das atividades de vida diária.
- Patologias crônicas e/ou degenerativas:
 - Geral: avaliação fisioterapêutica; alongamentos, fortalecimento, treinamento do equilíbrio, exercícios de coordenação motora, técnicas de facilitação, propriocepção, atividades de vida diária.
 - Hipertensão Arterial Sistêmica: hidroterapia.
 - Diabetes mellitus: hidroterapia.
- Patologias infecto-contagiosas:

- Tuberculose: cinesioterapia respiratória; higiene brônquica e de vias aéreas superiores.
- Hanseníase: exercícios/técnicas respiratórias, cinesioterapia, acompanhamento (tratamento de novas sequelas).
- Grupos específicos:
 - Saúde do idosos: tratamento e cuidado de pacientes portadores de patologias crônicas degenerativas e/ou apenas com alterações comuns à idade que prejudiquem suas Atividades de vida diária, como por exemplo: as alterações de equilíbrio, as artroses, em que se utiliza a cinesioterapia, termoterapia, entre outros recursos; orientações no uso de próteses e órteses, cinesioterapia, relaxamento, trabalho de reabilitação postural e hidroterapia.
 - Saúde da mulher: puerpério: reeducação respiratória, cinesioterapia (exercícios de relaxamento e fortalecimento do assoalho pélvico...), reeducação postural global. Gestantes: as ações realizadas em puérperas, manipulação e eletroterapia para promover analgesia quando necessário. Patologias ginecológicas: cinesioterapia (técnicas de relaxamento, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, uso de cones vaginais).
 - Saúde do trabalhador: auxiliar no tratamento das diversas doenças que acometem a cinética corporal: cinesioterapia, eletroterapia, mecanoterapia, termoterapia.

Todas as ações específicas de fisioterapia na atenção primária à saúde estão em uma tabela no Anexo III.

4.3.2 Ações divergentes

As ações divergentes, como explicado anteriormente, são aquelas identificadas em apenas uma fonte (literatura ou entrevista), sendo possíveis de serem executadas na atenção primária.

Ações de promoção de saúde

Todas as ações de promoção de saúde encontravam-se nas duas fontes de investigação.

Ações de Prevenção de doenças e agravos

Entrevista:

Segundo U3, o fisioterapeuta poderá atuar em UBS tradicional, desde a recepção dos usuários, através da busca ativa dos pacientes, orientando-os quanto à realização de alongamentos, exercícios, crioterapia, distribuição de folder com exercícios, de acordo com a situação de saúde desta população. Esta atividade auxilia na redução da demanda de pacientes para os serviços de fisioterapia na atenção primária à saúde e conseqüentemente nos outros níveis de atenção.

Neste item a busca ativa dos pacientes, orientação de alongamento e distribuição de folder com exercícios podem ser executados por outros profissionais de saúde, sendo a elaboração destes folders realizada por um fisioterapeuta.

Reabilitação:

Entrevista:

- UBS tradicional: atendimento dos casos com dor aguda, utilizando a eletroterapia, termoterapia e cinesioterapia.

Levantamento Bibliográfico:

As ações de reabilitação na atenção primária também englobam portadores de HIV, psicóticos, neuróticos, portadores de distúrbios depressivos.

- HIV: Alongamentos, exercícios respiratórios, de fortalecimento, de equilíbrio; trabalho de consciência corporal, orientações básicas: sobre mudança de decúbito, respiração, sobre exercícios físicos e estímulo à marcha.

As orientações básicas podem ser transferidas a outros profissionais de saúde.

Saúde mental:

O fisioterapeuta também atua na reeducação corporal dos doentes mentais, com ações diferentes de acordo com a doença:

- Psicóticos: massagem, hidroterapia, cinesioterapia, trabalho de expressão gestual.
- Neuróticos: massagem com indicação parcial, hidroterapia na forma de duchas e banhos, relaxamento.
- Distúrbios depressivos: atividades de treino de força e resistência, exercícios aeróbicos que se somam a diferentes exercícios de força, exercícios de relaxamento, exercícios para o desenvolvimento da percepção proprioceptiva e sinestésica, massagem.

No caso de distúrbio depressivo, a execução dos exercícios aeróbicos pode ser transferida a outros profissionais; as demais ações divergentes de reabilitação são apenas do fisioterapeuta.

As atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas variam conforme cada realidade, pois são voltadas para as particularidades e demandas locais, mas isso não exclui a necessidade da padronização de algumas condutas. Algumas ações foram determinadas neste estudo, não impedindo a inclusão de outras de acordo com a necessidade de cada região.

A incorporação das ações de fisioterapia na atenção primária é dependente da demanda existente. De acordo com Sawyer, Leite e Alexandrino (2002), as demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população.

No caso da fisioterapia existem três tipos de demanda. A primeira é a demanda de base populacional, expressão populacional, que se refere aos eventos mais prevalentes em determinada população. A segunda é a demanda da assistência, em que profissionais de saúde que constituem a equipe de saúde encaminham os usuários aos serviços de fisioterapia; a terceira é a demanda espontânea, isto é oriunda diretamente da população, que pode ou não ir ao encontro da de base populacional.

O entrevistado U3 relatou sua experiência de implantação de um estágio de fisioterapia em uma UBS, em que consta o direcionamento de suas ações para os três tipos de demanda. Primeiramente as ações foram direcionadas à demanda da assistência, através do questionamento dos profissionais da unidade de saúde em que atuariam. Após, isso outras ações foram incorporadas de acordo com o resultado da busca ativa realizada por U3 e seus pares, o que determinou os eventos mais prevalentes, e por último, com o início da atuação dos fisioterapeutas na comunidade, outras necessidades foram detectadas através do diálogo com a população.

Para estabelecer quais ações de fisioterapia devem ser desenvolvidas em cada região é imprescindível o conhecimento das necessidades da população, expressas pela demanda da

assistência, levantamentos de base populacional e identificação da demanda espontânea mais frequente. A utilização de apenas um tipo de demanda como base para o desenvolvimento das ações não supre todas as necessidades da população na área de abrangência do serviço.

As ações de fisioterapia pertinentes à atenção primária foram definidas neste estudo, mas será que o fisioterapeuta está apto a atuar na atenção primária? Sua formação contempla este nível de atenção? Para subsidiar o encaminhamento dessas questões, o próximo tópico abordará brevemente o histórico da formação deste profissional no Brasil.

4.4 FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

A prática de Fisioterapia no Brasil iniciou-se no começo do século XX, em 1919, quando foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dez anos mais tarde, em 1929, o médico Dr. Waldo Rolim de Moraes instalou o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho no local do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Em 1951, Dr. Rolim planejou o primeiro Curso de Fisioterapia do Brasil, patrocinado pelo centro de estudos Raphael de Barros, cujo objetivo era formar técnicos em fisioterapia. As aulas eram ministradas pelo corpo docente e médicos do Hospital das Clínicas. Ao final, os alunos submetiam-se a uma prova teórica e uma avaliação teórico-prática, com a participação de fiscais (médicos e enfermeiras) do Serviço de Fiscalização Profissional do Estado de São Paulo (MARQUES; SANCHES, 1994).

Nesses cursos, que tinham por objetivo formar técnicos para centros de reabilitação, havia grande concentração de conhecimentos práticos e aplicados empiricamente, faltando teorias científicas que justificassem sua prática. Neste mesmo período, o professor de educação física parece ter desempenhado um papel importante no processo de profissionalização do fisioterapeuta, uma vez que a sua prática profissional em academias ou em centros de reabilitação o colocava em contato com indivíduos que necessitavam de sua ajuda para a recuperação de movimentos. Estes professores que quiseram continuar a atuar nesta área necessitaram, mais tarde, de se formarem como fisioterapeutas (CALDAS, 2006).

Segundo Carlos Alberto Camilo Nascimento, existiram cursos de Licenciatura em Educação Física que tinham em seu currículo disciplinas como a “fisioterapia” e “fisiatria”, ministradas por médicos fisiatras, cujas ementas tinham como conteúdo ensinar o manuseio dos equipamentos que produzem calor, frio e eletricidade utilizados pela medicina física e reabilitação (CALDAS, 2006).

Em 1958, a Lei 5.029 criou, anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), o Instituto de Reabilitação, onde se iniciou o primeiro curso de Fisioterapia com padrão internacional mínimo, com duração de dois anos, para atender aos programas de reabilitação que a OPAS estava interessada em desenvolver na América Latina (MARQUES; SANCHES, 1994).

Em 1969, ano da regulamentação da profissão, existiam seis escolas de reabilitação para a formação de fisioterapeutas no país. Nos doze anos seguintes surgiram quatorze novos cursos e em 1984 o número de cursos subiu para vinte e dois. Anterior às leis de diretrizes e bases da educação (LDB), em 1996, já existiam, aproximadamente, sessenta cursos no Brasil. Em 1998, contava-se com 115 cursos de Fisioterapia no território nacional; em 2002 este número subiu para 249, chegando à 457 em 2007, de acordo com dados do INEP. Destes, 408 são de instituições

particulares, correspondendo a 89 % das instituições que possuem o curso de graduação em Fisioterapia.

Até o final da década de 1990 havia duas propostas curriculares para o ensino da Fisioterapia, estabelecendo o currículo mínimo. A primeira, tornada pública pela Portaria Ministerial nº. 511, de 1964, foi elaborada com base no Parecer nº. 388, de 1963. Assinalava que os cursos de Fisioterapia seriam destinados a formar técnicos em Fisioterapia, com duração de três anos letivos, nos quais seriam ministradas as matérias: Fundamentos de Fisioterapia, Ética e História da Reabilitação, Administração Aplicada, Fisioterapia Geral e Aplicada (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

O segundo currículo foi determinado em 28 de fevereiro de 1983 pela Resolução nº. 4, do então Conselho Federal de Educação, estabelecendo o conteúdo mínimo. Este dividia o currículo de Fisioterapia em quatro ciclos. O primeiro era considerado o Ciclo das Matérias Biológicas (anatomia humana, fisiologia, histologia, bioquímica, biofísica, patologia geral e de órgãos e sistemas). O segundo ciclo era o Ciclo de Matérias de Formação Geral com o desenvolvimento de disciplinas como sociologia, psicologia, antropologia e metodologia da pesquisa científica. Em seguida seria o Ciclo de matérias pré-profissionalizantes, com espaço para disciplinas sobre fundamentos da profissão, estudo dos movimentos do corpo humano, bases e técnicas de avaliação em Fisioterapia e dos diversos recursos terapêuticos. O último ciclo seria o profissionalizante, estabelecendo disciplinas referidas à aplicação dos recursos fisioterápicos nas diversas áreas de especialidade médica. Também era prevista uma disciplina que discutisse a utilização dos mesmos recursos nas condições sanitárias, criando assim a Fisioterapia Preventiva (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

A carga horária dos cursos de graduação também sofreu alterações, sendo de dois a três anos com aproximadamente 2.600 horas até início da década de 80, passando a ser exigido, a

partir de 1983, o mínimo de quatro anos com 3.240 horas. No entanto, nesse período, a ênfase nos currículos estava voltada para ações curativas e reabilitadoras. Dentro de espaços de clínicas e hospitais, as ações de promoção e prevenção, além de atuações em Saúde Pública, como em Postos de Saúde ou UBS, ainda eram quase em sua totalidade ausentes (CALDAS, 2006).

Com o advento do SUS surgiu a necessidade de renovar as Diretrizes Curriculares. Com isso a nova LDB, nº 9394, promulgada em 20 de dezembro de 1996, extinguiu os currículos mínimos para os cursos de nível superior no Brasil, dando oportunidades para que as Universidades criassem seus currículos plenos dentro da realidade institucional, orientados pelas Diretrizes Gerais da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (MEC). As Diretrizes Curriculares e o Projeto Político Pedagógico da Instituição devem orientar a construção do Currículo para a graduação, definido pelo respectivo colegiado de curso.

Para integrar-se aos princípios propostos pelo SUS, a fisioterapia, como campo de conhecimento e prática, deve formar profissionais que sejam capazes de lidar com promoção de saúde e prevenção de doenças, além da assistência curativa e reabilitadora (SCHWINGEL, 2002).

A grade curricular da fisioterapia sempre foi direcionada às doenças, curativa, voltada às diversas especialidades e coadjuvante da orientação e encaminhamento médico. Em março de 2002 foram instituídas, pelo Conselho Nacional de Educação, as novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em fisioterapia. Nelas convém destacar a orientação para que os profissionais fisioterapeutas passem a desenvolver competências para o SUS com atenção focada a saúde e necessidades da população (SILVA, 2008).

Com as Diretrizes Curriculares para o curso de Fisioterapia instituídas pela Resolução nº. CNE/CES 4, em 19 de fevereiro de 2002, hoje, a formação do fisioterapeuta deve estar voltada para a atenção integral à saúde, com qualidade, nos princípios ético/bioéticos para a resolução

dos problemas de saúde em nível individual e coletivo como expressa o artigo três da Resolução CNE/CES 1210/2001:

O curso de graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o fisioterapeuta, com formação, generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação (Art. 3º).

Este perfil é essencial aos profissionais de fisioterapia para sua atuação na atenção primária e execução das ações definidas neste estudo. O fisioterapeuta atuará neste nível de atenção através de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e de agravos, e na reabilitação, desenvolvidas individualmente, na UBS, no domicílio ou em grupos, na UBS, escolas, e outras instituições da área de abrangência da unidade de saúde. O artigo 4 da Resolução CNE/CES 1210/2001 relata que o objetivo da formação do fisioterapeuta é dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de suas competências e habilidades, dentre elas a atenção à saúde:

Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, **devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.** Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços, dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (Art. 4º, inciso I, grifo nosso) ;

Este documento traz os “conteúdos” essenciais ao curso, que devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia, contemplando as ciências biológicas e da saúde, ciências sociais e humanas, conhecimentos biotecnológicos e conhecimentos fisioterapêuticos. Também exige o desenvolvimento de estágios curriculares sob supervisão docente nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/UBS etc. (BRASIL, 2002).

A formação, segundo estes conteúdos, objetiva dotar o fisioterapeuta de conhecimentos necessários para a atuação profissional, preparando-o para a tomada de decisões, liderança, trabalho em equipe, administração, gerenciamento e educação permanente. O profissional da atualidade, em qualquer que seja o seu campo de atuação, deverá estar preparado não só para a sua profissão, mas para as mudanças que ocorrerão depois da sua formação acadêmica, devendo acompanhá-las, através de formação continuada, buscando a atualização constante.

Em resposta a esta nova demanda assistencial muitas universidades desenvolvem projetos de extensão e estágios de fisioterapia na atenção primária, em UBS's tradicionais, postos de saúde e principalmente no PSF. A Universidade Federal de Juiz de Fora implantou desde julho de 2000 o Estágio Supervisionado em Atenção Primária à Saúde em uma Unidade Básica de Saúde. A Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) *campus* Poços de Caldas também desenvolve um estágio no último ano do curso de graduação da fisioterapia em UBS's, denominado “Fisioterapia preventiva”.

Seguindo as diretrizes curriculares, o profissional fisioterapeuta está apto a atuar na atenção primária, visto que esta é considerada como a “porta de entrada” para o sistema de saúde. Mas ainda hoje, a formação na graduação é falha em aspectos de promoção de saúde e prevenção

de doenças. Existe a consciência da importância em se trabalhar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças na formação, porém a realidade, em muitos cursos, ainda não as contempla adequadamente. Algumas experiências, isoladas, são colocadas em prática, mas a formação ainda possui currículos fixos, compartimentalização do conhecimento, valorização da clínica, utilização de recursos tecnológicos e é centrada nos espaços internos das Universidades (hospitais e ambulatórios).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma grande discussão sobre a fisioterapia na atenção primária, sobre sua inserção e pertinência a este nível de atenção. Porém pouca informação se tem sobre as ações do fisioterapeuta. Essa afirmação é corroborada pelo relatório do XVI Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia, realizado em 2007, no qual há relatos sobre a falta de compreensão das possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica.

A concepção de saúde como qualidade de vida e não mais restrita a ausência de doença, favorece a atuação profissional do fisioterapeuta também na promoção de saúde e prevenção de doenças e não só no tratamento e reabilitação. Embora essa premissa não revele uma realidade nacional, casos pontuais onde estão sendo desenvolvidas ações voltadas para a saúde da população na atenção primária, com o apoio dos gestores locais de saúde, revelam que esta inserção está em construção, e cada vez mais o fisioterapeuta conquista seu espaço no SUS (PEREIRA *et al*, 2004).

A participação da profissão nesse campo de trabalho tem favorecido diversas reflexões sobre a ampliação e/ou reconfiguração de suas práticas para a apropriação de novos saberes necessários a uma melhor intervenção nesse nível de atenção à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes sinalizados como desejáveis para a construção do SUS (FREITAS, 2006).

Este estudo teve por objetivo identificar as ações de fisioterapia pertinentes da atenção primária e assim elaborar o rol dessas ações, contribuindo para a compreensão sobre a atuação do fisioterapeuta e sua inserção na atenção primária.

O fisioterapeuta é um profissional apto a atuar nos três níveis de atenção, desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação, sendo essas competências da fisioterapia descritas nas diretrizes curriculares.

Mesmo sendo capaz de atuar nos três níveis de atenção, a produção sobre a atuação deste profissional na atenção primária ainda é bem restrita como comprova este estudo. Poucos textos constando ações de fisioterapia neste nível de atenção foram encontrados no período do levantamento bibliográfico.

Ao formar o primeiro núcleo de ação da fisioterapia na atenção primária, percebeu-se uma grande indefinição da atuação deste profissional neste nível de atenção, devido ao grande número de ações que não são específicas do fisioterapeuta, podendo ser repassadas a outros profissionais de saúde. Há uma generalização desta atuação, em que o fisioterapeuta pode executar todos os tipos de ações pertinentes à este nível de atenção.

Isso pode ser explicado pela busca dos fisioterapeutas por seu espaço na atenção primária, já que este sempre foi visto apenas como um profissional reabilitador, excluindo de sua atuação a prevenção de doenças e a promoção de saúde. A redefinição das diretrizes curriculares é recente. Há poucas experiências destes profissionais atuando na atenção primária, e há uma busca constante pelo desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde, muitas vezes ultrapassando suas responsabilidades, na tentativa de acabar com o estigma de reabilitador.

Essa indefinição foi percebida na literatura e nas entrevistas, visto que há grande concordância das ações. As ações mais relatadas foram as de reabilitação e de prevenção de doenças e agravos, a última pode ser explicada pela falta de clareza do que é a atenção primária à saúde, muitas vezes confundida com prevenção primária, e a tentativa de demonstrar ações de fisioterapia neste campo.

Poucas ações divergentes foram encontradas, sendo estas passíveis de serem realizadas na atenção primária, e de acordo com a demanda local.

Através da literatura e entrevistas, detectou-se um número expressivo de ações, formando o primeiro núcleo de ações; deste foram retiradas as que poderiam ser transferidas a outros profissionais de saúde, restando apenas aquelas que necessitam do conhecimento específico do fisioterapeuta, compreendendo assim o núcleo de ações de fisioterapia pertinentes a atenção primária.

Estas ações são consideradas pertinentes e não específicas, pois diferentemente do que ocorre com a assistência médica, a fisioterapia trabalha essencialmente com técnica, enquanto a primeira depende da incorporação tecnológica para o diagnóstico e a terapêutica, assim estas técnicas não são restritas à atenção primária, sendo desenvolvidas nos outros níveis de atenção.

O atendimento fisioterapêutico ocorre de forma individual ou coletiva, dando ênfase às ações coletivas neste nível de atenção, utilizando de meios físicos, mecânicos, térmicos e elétricos quando necessário. O fisioterapeuta atua nas unidades de saúde, na comunidade (associações, creches, escolas...) e no domicílio.

Estas ações se encaixam no perfil de procedimentos da atenção primária previsto ou financiado pelo SUS e abarcam: atividades coletivas em educação, em saúde, por profissionais de nível superior na comunidade e no estabelecimento de saúde; consulta/atendimento em atenção básica de outros profissionais, assistência domiciliar na atenção básica para profissionais de nível superior do PSF; atividade educativa em grupo na comunidade em vigilância sanitária, no qual estão incluídas atividades educativas/orientação em grupo, prática corporal/atividade física em grupo, assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção básica, entre outros.

As atividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas variam com cada realidade, voltadas para as particularidades e demandas locais, mas isso não exclui a necessidade da padronização de

algumas condutas. Um núcleo de ações foram identificadas neste estudo, e outras podem ser contempladas de outras de acordo com a necessidades regionais e ou locais do SUS.

O rol de ações da fisioterapia pertinentes a atenção primária à saúde foi estabelecido neste estudo, mas o planejamento operacional destas ações depende da identificação de, pelo menos, dois tipos de demandas: a demanda de base populacional e a da assistência. Quando possível, a demanda espontânea da população deve ser incorporada as duas primeiras.

Outro ponto importante para a seleção das ações adequadas e execução destas diz respeito à capacitação do fisioterapeuta. A formação do fisioterapeuta para atender na atenção primária à saúde deve se dar em bases do rigor científico e produzir profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos.

A fisioterapia pode contribuir com suas práticas na promoção, prevenção, e reabilitação nas variadas intercorrências físico-funcionais e na atenção primária, contribuindo para concretização do principio da integralidade no sistema de saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R.G. **Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da equipe mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto**. 2005. 124f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ALMEIDA, L.G.D. *et al.* Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos na família e na comunidade. **Rev. Saúde.Com.** n.2, v.1, p.50-58, 2006.

AUGUSTINE, E. Papel interdisciplinar do fisioterapeuta. In: O'NOUNY *et al.* **Segredos em medicina física e de reabilitação**. Porto Alegre. Artmed, 2000.

BARROS, F.B.M. Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Rev. FisioBrasil**, n.59, p. 20-31, 2003. mai/jun.

BARROS, F.B.M. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. 1. ed. Rio de Janeiro: FisioBrasil, 2002.

BEISSNER, K. L.; COLLINS, J. E.; HOLMES, H. Muscle force and tange of motion as predictor of function in older adults. **Physical Therapy**, v. 80, n. 6, p. 556-563, 2000.

BOURGET, M.M.M. (org.). **Estratégia Saúde da família a experiência da equipe de reabilitação**. 1 ed. São Paulo: Martinari., 2008.

BRASIL, A.C.O. *et al.* O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral-Ceará. **RBPS**. V.18, n.1, p.3-6, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/diretrizes.shtm#fisioterapia>>. Acesso em 08 ago. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado; 1988.

BRASIL. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 16 out. 1969.

BRASIL. Lei nº. 6316, de 17 de setembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 18 dez. 1975.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 20 set. 1990a.

BRASIL. **Mais Saúde: Municípios já podem organizar o Nasf para atender a população**. 2008a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=42122
Acesso em 30 fev. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1990b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior. **Parecer nº 1210**. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración com otros niveles de atención república de Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. Disponível em <
<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=4366&tipo=B>>.
Acesso em 05 set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria n. 1.395/GM, 28/03/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.065/GM, de 4 de julho de 2005**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>> Acesso em 27 dez.2008

CALDAS, M.A.J. **O processo de profissionalização do fisioterapeuta: o olhar em Juiz de Fora**. 2006. 118f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CARTER, N. & O'DRISCOLL, M. Life begins at forty! Should the route to promoting exercise in elderly people also start in their forties? **Physiotherapy**, v. 2, n. 86, p. 85-93, 2000.

CECCATO, M.W. *et al.* O Papel do Fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde em Comunidades de Baixa Renda. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 83-98, Out/1991-Mar/1992.

COFFITO. Resolução nº. 10, de 03 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 22 set. 1978.

_____. Uberlândia: Saúde Pública na Rotina das Pessoas. **O COFFITO**, São Paulo, n. 5, p. 13-20, dez. 1999.

_____. Fisioterapia e Saúde Pública: Audiência Pública em Goiânia garante assistência fisioterapêutica. **O COFFITO**, São Paulo, n. 12, p. 33-34, set. 2001.

_____. Paracambi – no voluntariado, a inclusão do fisioterapeuta no PSF. **O COFFITO**, São Paulo, n. 16, p. 22-26, set. 2002.

_____. Sobral. Escola de Posturas: resolutividade do ato fisioterapêutico. **O COFFITO**, São Paulo, n. 18, p. 14-21, mar. 2003a.

_____. Campos de Goytacazes: Gestão com responsabilidade social. **O COFFITO**, São Paulo, n. 18, p. 17-20, mar. 2003b.

_____. Programa de Saúde da Família em Macaé. **O COFFITO**, São Paulo, n. 18, p. 20-21, mar. 2003c.

COHN, A.; ELIAS, P.E. Saúde no Brasil: Políticas e organização de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez:CEDEC, 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2007.

COPQUE, H.L.F.; TRAD, L.A.B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** v.14, n.4, p. 223 – 233, 2005.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública.** v. 15, n.4, p.701-709, 1999.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações.** Barueri: Manole, 2002.

ELIAS, P.E. **O que são sistemas de saúde?** Mimeo, São Paulo, 2007.

ELIAS, P.E. Sistemas de saúde no Brasil. IN: MARTINS, M.A. *et al.* **Clínica Médica.** v. 6. São Paulo: Manole, 2009.

FREITAS, M.S. **A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional.** 2006. 138f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (RJ). **Apoio a elaboração de planos estaduais e projetos operativos do QUALISUS.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007. 43 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Apoio_Eaboracao_PE-PO_1.pdf> Acesso em 01 de fev. 2008

FURTADO, J.P. A fisioterapia na saúde mental. **Fisioterapia em Movimento.** v. VIII, n.1, p.13-23, 1995.

GALLO, D.L.L. **A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária.** 2005. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**. v.26, n. 60, p.37-61, 2002.

GOMES, J.M. *et al.* Experiência em grupo com pacientes portadores de hanseníase. IN: BARROS, F.B.M. (org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: FISIOPRASIL, 2002, p.107-115.

HAAS, D. **A evolução da assistência a saúde pública no Brasil e a interação da fisioterapia no contexto atual**. 2003. 51f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel.

HALLAL, C.Z.; MARQUES, N.R.; BRACCIALLI, L.M.P. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** n.8. v.1. p.27-34, 2008.

KATO, D.S. *et al.* Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde. **Semina**. V.15, 1994

LATORRE, G.F.S. Fisioterapia na prevenção de problemas ginecológicos. IN: BARROS, F.B.M. (org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: FISIOPRASIL, 2002, p.145-156.

MACIEL, R.V. *et al.* Teoria, prática e realidade social: perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. **Fisioterapia em Movimento**. v.18, n.1, p. 11-17, 2005.

MAHAYRI, N. **Desafios da reabilitação profissional para o século XXI; estudo dos fatores prognósticos para a reabilitação profissional de segurados incapacitados para o trabalho, com doenças crônicas da coluna vertebral, encaminhados pela Perícia Médica do INSS para Programa de Reabilitação Profissional, por acidente do trabalho ou doença comum, no período de 1993 a 1997, em Campinas-SP**. 2004. 355f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MANCINI, M.C. *et al.* Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v.60, n.2, 2002.

MARQUES, A.P.; SANCHES, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Rev.Fisioter.Univ.** v.1, n.1, p.5-10, 1994.

MARTELLI, R.C.; TRAEBERT, J. Estudo descritivo das alterações posturais de coluna vertebral em escolares de 10 a 16 anos de idade. Tangará-SC, 2004. **Rev. Bras. Epidemiol.** n.9. v.1, p.87-93, 2006.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A.L.B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação Em Saúde Para Debate.** v. 21, p. 15-28, 2000.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde. Um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-113.

NOGUEIRA, J.A. Fisioterapia no contexto da assistência domiciliar terapêutica: estudo de pacientes com AIDS. IN: BARROS, F.B.M. (org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora.** Rio de Janeiro: FISIOPRASIL, 2002, p.157-162.

NORONHA, José C.; SOARES, Laura T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

OMS. **Prevención de incapacidades y rehabilitación.** Series de informes técnicos. Ginebra. 1981

Organização Mundial de saúde. Primary Health Care. Geneva.1978. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

PATARRA, N. L. Mudança na dinâmica demográfica. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1995.

PENHA, P. J. *et al.* Postural assessment of girls between 7 and 10 years of age. **Clinics**, São Paulo, v. 60, p. 9-16, 2005.

PEREIRA, F.W.A. *et al.* A inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. **Sanare.** Ano V, v.1, p.93-100, 2004.

PRZYSIEZNY, W.L. **Fisioterapia Preventiva: uma questão de educação em saúde.** 1997. 160f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau.

RAGASSON, C.A.P. *et al.* **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional.** <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 14 ago. 2007.

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

RIBEIRO, K.S.Q.S. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde – reflexões a partir de uma experiência universitária. **Fisioterapia Brasil**, v. 3, n. 5, p. 311-318, set/out. 2002.

RINGSBERG, K. *et al.* Is there relationship between balance, gait performance and muscular strength in 75-year-old women? **Age and Ageing**, v. 28, p. 289-293, 1999.

RUWERL, S.L.; ROSSI, A.G.; SIMON, L.F. Equilíbrio no idoso. **Rev Bras Otorrinolaringol.** v.71, n.3, p.298-303, 2005.

SALZANO, Francisco M. Saúde Pública no Primeiro e Terceiro Mundos: desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2002.

SAMPAIO, R.F. A experiência em Belo Horizonte. In: BARROS, F. B. M. (org.) **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora.** Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 227-238.

SAMPAIO, R.F. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma unidade básica de saúde. **Fisioterapia em Movimento.** V.15, n.1, p.19-23, 2002b.

SAWYER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.7, n. 4, p.757-776, 2002

SCHWINGEL, G. A Fisioterapia na Saúde Pública: um agir técnico, político e transformador. In: BARROS, F. B. M. (org.) **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora.** Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 227-238.

SILVA, G.O.B. Fisioterapia na comunidade. In: BARROS, F. B. M. (org.) **O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 137-143.

SILVA, C.S. **Percepção dos docentes de fisioterapia das universidades do sul do estado e meio-oeste de Santa Catarina sobre integralidade na atenção básica à saúde**. 2008. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

SIQUEIRA *et al.* A participação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde em sete estados brasileiros. In: CONGRESSO NACIONAL DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE COLETIVA, I, 2007, Brasília.

SISSON, M.C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde soc.** v.16, n.3, p.85-91, 2007.

SOUZA, H.M.; SAMPAIO, L.F.R. **Atenção básica. Política, diretrizes e modelos coetâneos no Brasil**. In: NEGRI, B.; FARIA, R., VIANA, A.L.D. Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2002. p.9-18.

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

TONIN, P. A. **Experiências, possibilidades e desafios para a Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura**. 2004. Monografia (Especialização) Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

TRELHA, C. S. **LER/DORT em Fisioterapeutas da Cidade de Londrina**. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina. 2002.

TRIBASTONE, F. **Tratado de exercícios corretivos aplicados à reeducação motora postural**. Tamboré: Manole, 2001.

VÉRAS, M.M.S. **A inserção do fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família de Sobral – CE**. Monografia (Especialização) – Escola de Formação em Saúde da Família – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2002a.

VÉRAS, M.M.S. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família. IN: BARROS, F.B.M. (org). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: FISIOPRASIL, 2002b, p.185-192.

VIANA, S.B.P. **Competências dos fisioterapeutas para a atenção básica em saúde da família: avaliação dos professores e egressos da Univali**. 2005. 126f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

VIANA, S.O. *et al.* Fisioterapia na atenção primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência à comunidade. **Rev. Bras. Fisioter.** v.7, n.2, p.159-165, 2003.

ANEXO I – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Questões gerais

Gestores do SUS, docentes, representantes do COFFITO, CREFITO e AFB, profissional de fisioterapia:

A atenção primária contempla ações de fisioterapia?

Como as ações de fisioterapia devem ser desenvolvidas na atenção primária?

Quais ações de fisioterapia são da atenção primária?

Questões específicas

Profissional de fisioterapia e docentes:

Que tipos de ações de fisioterapia são desenvolvidas na atenção primária?

Quais as principais patologias que são atendidas pela fisioterapia na atenção primária?

Em sua opinião, quais patologias deveriam ser atendidas?

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, DECLARO para fins de participação em pesquisa, que me foi devidamente esclarecida, a qual tem por finalidade fornecer dados para a dissertação intitulada: _____, trabalho este em processo de desenvolvimento pela autora Fabiana Morais Tonelini, e orientada por Prof^o. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias, na Linha de Pesquisa “Políticas de saúde, organização de serviços e espaço urbano”, do curso de MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS, quanto aos seguintes aspectos:

- a. a pesquisa objetiva elaborar uma proposta de inserção das ações de fisioterapia na atenção primária no SUS;
- b. a coleta de informações da pesquisa é feita por um levantamento bibliográfico na base de dados da Bireme, do Ministério da Saúde, Crefito e Cofitto, CAPES e bibliotecas digitais da Universidade de São Paulo, Universidade de Campinas e Universidade do Estado do Rio de Janeiro, bem como por meio de entrevistas guiadas por um roteiro pré-estabelecido, que serão gravadas;
- c. estará a mim assegurada a disponibilidade para esclarecimentos sobre a metodologia aplicada na pesquisa;
- d. para mais esclarecimentos posso entrar em contato com Fabiana Morais Tonelini na Av. Bartolomeu de Gusmão nº37 apto 94C, Embaré, Santos - SP, ou pelo telefone (13) 8128-1210 e e-mail ftonelini@hotmail.com, ou com Prof^o. Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias através do telefone (13) 3205-5555, Ramal 701 ou 578;

- e. em caso de dúvida, ainda poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, à Av. Conselheiro Nébias, nº 300, sala 209, Santos-SP, ou pelo telefone (13)3205-5555.
- f. minha colaboração se fará por meio de entrevista, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O uso dos dados por mim fornecido é reservado à autora da dissertação e seu orientador, acima mencionados, sendo preservado o respeito ao meu anonimato;
- g. a informação sobre os dados da pesquisa podem ser divulgados e publicados desde que cumprido o disposto no item f.
- h. não terei nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa;
- i. estará a mim garantida a total liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo algum para mim;
- j. tenho ciência de possíveis desconfortos, como, por exemplo, a apresentação e registro dos dados coletados nas entrevistas, a minha disponibilidade de tempo para a entrevista, com duração de aproximadamente uma hora e a marcação de outra entrevista, caso haja necessidade de complementação das informações coletadas.

DECLARO, portanto, que após convenientemente esclarecido pela autora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Endereço: _____

R.G. nº _____

Data: ____/____/____.

Assinatura da responsável pelo estudo

Data: ____/____/____.

ANEXO III – AÇÕES DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Promoção de saúde:	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em escolas e creches: avaliação e alteração do imóvel e do mobiliário. • Treinamento de cuidadores: capacitação dos membros da família quanto à conduta: orientação quanto aos exercícios terapêuticos (cinesioterapia, cinesioterapia respiratória: respiração diafragmática, auto-alongamentos, entre outros); uso da crioterapia; mobilização do acamado; massoterapia para acamados, orientações posturais; adaptações físicas do domicílio. Cuidado com a saúde do cuidador: trabalho de habilidades funcionais, de mobilidade, reeducação postural, treino respiratório. • Treinamento da equipe da unidade básica de saúde: orientações da equipe de saúde em todas as áreas que a fisioterapia atua; sobre o tipo de informação para os pacientes: orientações preventivas para dor nas costas, nos joelhos, nos ombros; palestras sobre: anatomia da coluna vertebral; mecânica corporal; condições que provocam problemas osteomusculares; orientações ergonômicas específicas; movimentação e transporte de pacientes; capacitação sobre inclusão social e escolar, sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, cuidados com acamados, fornecendo subsídios para que possam orientar a população cadastrada; matriciamento: treinamento dos profissionais que encaminham pacientes para o serviço de fisioterapia da atenção primária, acerca da atuação do fisioterapeuta.
Ações de prevenção de doenças e agravos:	<ul style="list-style-type: none"> • Patologias neurológicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Acidente vascular cerebral: modificação de barreiras arquitetônicas (como móveis em lugares inadequados, ou móveis de difícil acesso) de acordo com as limitações de cada indivíduo, trabalho de conscientização corporal, propriocepção. • Patologias ortopédicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alterações posturais: avaliação fisioterapêutica; atividades em grupo: alongamentos, exercícios; relaxamento; palestras com temas como respiração, sistema músculo-esquelético, auto-massagem, biomecânica da coluna vertebral, alterações posturais, causa e tratamento, correções posturais; atuação nas escolas, com orientação sobre os cuidados com a postura corporal; ○ Deficiência física: orientações quanto ao uso de órteses e próteses adaptadas;

	<ul style="list-style-type: none"> • Patologias respiratórias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pneumopatia crônica: orientações sobre higiene brônquica e das vias aéreas superiores, posturas de drenagem, exercícios respiratórios; • Patologias crônicas e/ou degenerativas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Câncer: Grupo de mastectomizadas: orientações de exercícios (alongamentos, relaxamento), auto-massagem. . • Patologias infecto-contagiosas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hanseníase: cinesioterapia, indicação de órteses auxiliares, orientações quanto à exercícios respiratórios. • Grupos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Saúde da mulher: orientação de exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Na fase reprodutiva, pré-natal e puerpério: exercícios de relaxamento, reeducação respiratória, fortalecimento do assoalho pélvico; ○ Saúde do idoso: cinesioterapia: (exercícios de equilíbrio, coordenação, alongamentos, fortalecimento) e culturais; orientação à família e ao idoso quanto aos cuidados com mobilidade articular; quanto ao uso de prótese e órtese; hidroterapia; ○ Saúde do trabalhador: orientações e alterações ergonômicas, especialmente nas pequenas e médias empresas na área de abrangência da UBS, quando demandada, programa de ginástica laboral para os funcionários das empresas e das unidades de saúde; preparação para o tipo de trabalho, para o tipo de movimento.
Ações de reabilitação:	<ul style="list-style-type: none"> • Patologias neurológicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Geral: avaliação fisioterapêutica, alongamentos, treino de marcha com e sem obstáculos, exercício de conscientização e auto controle postural, eletroterapia, termoterapia, mecanoterapia, mobilização patelar e escapular, dissociação de cintura escapular e pélvica, treino de equilíbrio e coordenação, exercícios de Frenkel, treino de transferências, fortalecimento, mobilização neural e posicionamentos. ○ Acidente vascular cerebral: avaliação fisioterapêutica; condutas: Técnica de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (PNF), mobilização articular; treinamento de transferência; alongamento muscular, treinamento de equilíbrio corporal, treinamento da coordenação motora, técnicas de tape e contração concomitante (irradiação), descarga de peso, crioterapia, drenagem linfática, treinamento para atividades de vida diária (Atividades de vida diária). ○ Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor: estimulação essencial/precoce; grupo de integração sensorial; atividades motoras finas, atividades práticas. • Patologias ortopédicas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Geral: avaliação fisioterapêutica; imobilizações de fraturas, eletroterapia, termoterapia, mecanoterapia, cinesioterapia passiva e

	<p>ativa, mobilização patelar e escapular, pompagens, dissociação de cintura escapular e pélvica, treino de equilíbrio, treino de marcha com e sem obstáculos, treino de marcha lateral, treino de transferências, desativação de trigger points, massoterapia, exercícios de estabilização da coluna, mobilização neural.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alterações posturais: reeducação postural global; atendimento individual e em grupo tendo como base os princípios propostos pela back school (avaliação, alongamento, exercícios de relaxamento, aumento de capacidade cardiorrespiratória e aumento do limiar de percepção à dor; treino de posturas corporais adequadas e inter-relação com as atividades laborativas); cinesioterapia. ○ Deficiência física: integração sensorial, exercícios de coordenação motora, trabalho de inclusão da criança com deficiência, acompanhamento da implantação da órtese e prótese. ● Patologias respiratórias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Geral: avaliação fisioterapêutica; higiene brônquica, alongamentos, respiração diafragmática, inspiração profunda, inspiração fracionada, respiração segmentar, freio labial, huff, sustentação máxima da inspiração (SMI), vibrocompressão, estimulação a tosse efetiva, propriocepção diafragmática. ○ Pneumopatia crônica: avaliação fisioterapêutica; manobras de higiene brônquica e das vias aéreas superiores, posturas de drenagem, manuseio; Reequilíbrio Tóraco abdominal (manuseio dinâmico sobre o tronco e alongamento muscular); estimulação da respiração diafragmática; alongamento dos músculos acessórios da inspiração e da normalização das funções diafragmáticas não respiratórias; desobstrução brônquica através do incremento ventilatório, treinamento das atividades de vida diária. ● Patologias crônicas e/ou degenerativas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Geral: avaliação fisioterapêutica; alongamentos, fortalecimento, treinamento do equilíbrio, exercícios de coordenação motora, técnicas de facilitação, propriocepção, atividades de vida diária. ○ Hipertensão Arterial Sistêmica: hidroterapia. ○ Diabetes mellitus: hidroterapia. ● Patologias infecto-contagiosas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tuberculose: cinesioterapia respiratória; higiene brônquica e de vias aéreas superiores. ○ Hanseníase: exercícios/técnicas respiratórias, cinesioterapia, acompanhamento (tratamento de novas sequelas). ● Grupos específicos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Saúde do idosos: tratamento e cuidado de pacientes portadores de patologias crônicas degenerativas e/ou apenas com alterações comuns à idade que prejudiquem suas atividades de vida diária, como por exemplo: as alterações de equilíbrio, as artroses, em que se utiliza a cinesioterapia, termoterapia, entre outros recursos;
--	--

	<p>orientações no uso de próteses e órteses, cinesioterapia, relaxamento, trabalho de reabilitação postural e hidroterapia.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Saúde da mulher: puerpério: reeducação respiratória, cinesioterapia (exercícios de relaxamento e fortalecimento do assoalho pélvico...), reeducação postural global. Gestantes: as ações realizadas em puérperas, manipulação e eletroterapia para promover analgesia quando necessário. Patologias ginecológicas: cinesioterapia: técnicas de relaxamento, exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, uso de cones vaginais.○ Saúde do trabalhador: auxiliar no tratamento das diversas doenças que acometem a cinética corporal: cinesioterapia, eletroterapia, mecanoterapia, termoterapia.
--	--