

Cartilha sobre a atenção primária à saúde para fisioterapeutas



Bárbara Izabelita Cordeiro do Vale
Fernanda Carvalho Colovini

2023



Cartilha sobre a atenção primária à saúde para fisioterapeutas



Bárbara Izabelita Cordeiro do Vale
Fernanda Carvalhó Colovini



1.ª Edição

Santa Maria
Pró-Reitoria de Extensão - UFSM
2023

**Reitor**

Luciano Schuch

Vice-Reitora

Martha Bohrer Adaime

Pró-Reitor de Extensão

Flavi Ferreira Lisboa Filho

Pró-Reitora Adjunta de Extensão**Geoparques**

Jaciele Carine Vidor Sell

Cultura e Arte

Vera Lucia Portinho Vianna

Desenvolvimento Regional e Cidadania

Victor de Carli Lopes

Articulação e Fomento à Extensão

Rudiney Soares Pereira

Daniel Luís Arenhardt

Subdivisão de Apoio a Projetos de Extensão

Alice Moro Neocatto

Subdivisão de Divulgação e Eventos

Tafs Drehmer Stein

Revisão Textual

Matheus Lenarth Cardozo

Projeto Gráfico e Diagramação

Natássia Gabaia

Stephanie Goulart

V149c Vale, Bárbara Izabelita Cordeiro do

Cartilha sobre a atenção primária à saúde para fisioterapeutas [recurso eletrônico] / Bárbara Izabelita Cordeiro do Vale, Fernanda Carvalho Colovini. – 1. ed. – Santa Maria/RS : UFSM, Pró-Reitoria de Extensão, 2023.

1 e-book – (Série Extensão)

ISBN 978-65-85653-07-7

1. Saúde pública 2. Atenção primária à saúde 3. Fisioterapia
I. Colovini, Fernanda Carvalho II. Título.

CDU 614.2
615.85

Ficha catalográfica elaborada por Lizandra Veleda Arabidian - CRB-10/1492
Biblioteca Central - UFSM



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)
Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

CONSELHO EDITORIAL

Prof^a. Adriana dos Santos Marmorini Lima

Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Prof. José Pereira da Silva

Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Prof. Leonardo José Steil

Universidade Federal do ABC - UFABC

Prof^a. Lucilene Maria de Sousa

Universidade Federal de Goiás - UFG

Prof^a. Maria Lucila Reyna

Universidad Nacional del Litoral - UNL

Prof^a. Maria Santana Ferreira dos Santos Milhomem

Universidade Federal do Tocantins - UFT

Prof. Odair França de Carvalho

Universidade de Pernambuco - UPE

Prof^a. Olgamir Amancia Ferreira

Universidade de Brasília - UnB

Prof. Olney Vieira da Motta

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy
Ribeiro - UENF

Prof. Roberto Ángel Medici

Universidad Nacional de Entre Ríos - UNER

Prof^a. Simone Cristina Castanho Sabaini de Melo

Universidade Estadual do Norte do Paraná - UENP

Prof^a. Tatiana Ribeiro Velloso

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

CÂMARA DE EXTENSÃO

Flavi Ferreira Lisboa Filho

Presidente

Jaciele Carina Vidor Sell

Vice-Presidente

José Orion Martins Ribeiro

PROPLAN

Marcia Regina Medeiros Veiga

PROGRAD

Michele Forgiarini Saccol

CCS

Monica Elisa Dias Pons

CCSH

Andre Weissheimer de Borba

CCNE

Suzimary Specht

Politécnico

Marta Rosa Borin

CE

Thiago Farias da Fonseca Pimenta

CEFD

Marcia Henke

CTISM

Adriano Rudi Maixner

CCR

Graciela Rabuske Hendges

CAL

Ana Beatris Souza de Deus Brusa

CT

Tanea Maria Bisognin Garlet

Palmeira das Missões

Fabio Beck

Cachoeira do Sul

Evandro Preuss

Frederico Westphalen

Regis Moreira Reis

TAE

Elisete Kronbauer

TAE

Suélen Ghedini Martinelli

TAE

Isabelle Rossatto Cesa

DCE

Daniel Lucas Balin

DCE

Jadete Barbosa Lampert

Sociedade

PARECERISTA AD HOC

Catheline Rubim Brandolt

Cartilha aprovada em sessão ordinária da Câmara de Extensão no dia 17/08/2022. O conteúdo desta cartilha é de total responsabilidade de seus autores, que se comprometem com as informações e imagens nela contidas, não respondendo a Pró-Reitoria de Extensão por reclamações de terceiros. A essa premissa, excetua-se apenas as ilustrações da capa e folha de rosto, pertencentes ao projeto gráfico desenvolvido pela PRE.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é fruto do Projeto de Extensão “Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde” (GAP 050612) coordenado pela Professora Dr^a Fernanda Alves Carvalho de Miranda e do Projeto de Pesquisa “A Percepção de Fisioterapeutas Sobre Sua Atuação Na Atenção Primária Em Municípios Da Região Central Do Rio Grande Do Sul” (GAP 055586), também de sua orientação juntamente com a aluna Bárbara Izabelita Cordeiro do Vale, discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria, ambos projetos vinculados à mesma Universidade.

Esta cartilha compreende quatro pontos principais:

1. Atenção Primária à Saúde: surgimento e conceituação;
2. A história da Fisioterapia;
3. O encontro entre Fisioterapia e a Atenção Primária à Saúde (APS);
4. Distribuição dos fisioterapeutas pela APS brasileira.

E foi desenvolvido para que profissionais fisioterapeutas e estudantes de Fisioterapia compreendam e atuem de maneira comprometida e responsável no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS, conscientes de

seu papel dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como frente ao cenário epidemiológico dos territórios em que se insere ou irá se inserir.

Destaca-se que a relevância desta cartilha está para que seja evitada a reprodução da práxis fisioterapêutica característica à atenção secundária e terciária à saúde, berço desta categoria profissional. Assim, o que se apresenta é uma orientação para a atuação voltada a este nível, coerente às políticas públicas de saúde e aos teóricos nacionais e internacionais, ampliando o olhar destes profissionais para a necessidade de analisar as condições ambientais, sociais, econômicas, psicoemocionais, para além do biológico, além de associar à reabilitação (“chão” da fisioterapia) os processos de promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos. Também visa contribuir à redução da lacuna de consenso e direcionamento dos órgãos representativos da categoria profissional sobre como atuar como fisioterapeuta na APS.

SUMÁRIO

1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O QUE É E COMO SE ORGANIZA NO BRASIL E NO MUNDO	8
2	A FISIOTERAPIA: O SURGIMENTO DA PROFISSÃO NO BRASIL E ASPECTOS FORMATIVOS.....	17
3	O ENCONTRO DA FISIOTERAPIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA	20
4	DISTRIBUIÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS NA APS BRASILEIRA	26
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
	REFERÊNCIAS	28

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O QUE É E COMO SE ORGANIZA NO BRASIL E NO MUNDO

1

A Atenção Primária à Saúde (APS), em sua concepção mais moderna, foi relatada pela primeira vez em 1920, no Relatório Dawson. Nesse documento, foram descritos cada nível de atenção à saúde, suas características e as relações que deveriam existir entre eles. Foi onde, primeiramente, se pautou a regionalização da saúde e organização dos sistemas de maneira relacionada às questões de saúde da população, tornando-se um texto influente na formação de sistemas de saúde em diversos países pelo mundo (PENN et al., 1920; MENDES, 2015).

Anos após, em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata. Dessa conferência, foi publicada a Declaração de Alma-Ata Sobre Cuidados Primários que definiu a APS como o nível de atenção voltado aos:

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (UNICEF, 1979).

O documento expõe ainda ações mínimas a serem desenvolvidas na APS, sendo algumas: educação em saúde voltada à prevenção e proteção; nutrição apropriada; saneamento básico; saúde materno-infantil; imunização; controle de doenças entre outras (UNICEF, 1979).

Para Starfield (2002), a Atenção Primária é o nível de atenção que se caracteriza por ser a porta de entrada ao sistema de saúde, é capaz de abordar as questões de saúde mais frequentes de uma população, disponibilizando serviços de prevenção, cura e reabilitação. A APS é também o nível de saúde que proporciona atenção à pessoa, não se detendo apenas a enfermidade que lhe acomete, assim como é capaz de manejar pacientes com mais de um diagnóstico e trabalhar com um olhar global sobre sua saúde. Por fim, a APS é responsável por direcionar recursos com o intuito de realizar a promoção, manutenção e melhora da saúde.

As evidências quanto à APS são grandes e bem desenvolvidas e provêm de várias partes do mundo. Cabe aqui citar algumas. Starfield (2002), apresenta um clássico estudo que relacionou a APS com resultados sanitários de 11 países e verificou que países com menor escore para APS possuíam piores resultados sanitários; Grumbach et al., (1999), concluíram que sistemas de saúde baseados na APS tem melhores resultados quanto a qualidade de atenção e menores custos; Macinko et al., (2003) também constataram que um sistema de saúde fortemente baseado na APS tem grandes benefícios como: garantir maior acesso aos serviços de saúde, melhora

a qualidade do cuidado, gestão precoce de agravos, redução de custos nos níveis secundário e terciário entre outros. Uma revisão sistemática promovida pela Health Council of the Netherlands (2004) demonstrou uma relação significativa entre sistemas com APS forte e níveis de saúde superiores. A Organização Pan-Americana da Saúde (2007), após revisar estudos, concluiu que sistemas com forte orientação para APS demonstram resultados melhores, mais eficientes, com custos reduzidos e que geram maior satisfação para os usuários em comparação a sistemas com fraca orientação para APS.

Para Mendes (2015), as evidências robustas na literatura internacional permitem afirmar que sistemas de saúde com forte orientação para APS são mais satisfatórios e apropriados, pois se organizam com base nas necessidades de saúde da população, tendo menor custo. Além disso, são mais equitativos, mais eficientes no enfrentamento de condições crônicas, por impactarem de maneira considerável nos níveis de saúde dos indivíduos, e de maior qualidade por investir em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde possui íntima relação com o processo de reforma sanitária do país e criação do sistema público de saúde (MENDES, 2015; FAUSTO; MATTA, 2007). O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado do Movimento de Reforma Sanitária, e teve sua criação em 1988, junto à Constituição Federal Brasileira, é regido e organizado pelas Leis Orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e outros documentos posteriormente publicados. O SUS é, portanto, um

projeto social ao encargo do Estado (PAIM, 2008; GALLO et al., 1988).

A APS, com base na Lei 8.080 de 1990, é organizada e fundamentada nos princípios do SUS, são eles: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade do acesso; equidade; resolutividade; humanização do atendimento; e participação social (BRASIL, 1999). Assim, a APS caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo, compreendendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, tem como propósito desenvolver atenção integral que repercuta na saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde coletivos. É desenvolvida por práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, com alto grau de descentralização, em territórios definidos sob a lógica de responsabilização sanitária, operando com tecnologias de cuidado complexas e diversificadas (BRASIL, 2012).

É importante destacar alguns pontos da trajetória da APS no SUS. Até meados de 1990, as medidas da reforma sanitária instauradas no SUS estavam, sobretudo, direcionadas ao financiamento e descentralização das ações de saúde em uma lógica que favorecia as práticas de saúde hospitalares, ambulatoriais e ações de prevenção verticais. A APS ganhou maior notoriedade a partir das primeiras ações do Ministério da Saúde com a intenção de dar maior ênfase à Atenção Primária, que foram a criação dos Programas de Agentes Comunitários e de Saúde da Família, respectivamente PACS em 1991 e PSF

em 1994, como também a edição da Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde em 1996 a NOB SUS 01/96, onde se instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) e incentivos financeiros para reorganizar o sistema de saúde orientando-se na Atenção Primária (FAUSTO; MATTA, 2007; BRASIL, 1999).

Mais recentemente, no ano de 2017, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, que define a APS como o

Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (UNICEF, 1979).

Cabe também à APS brasileira ser, preferencialmente, a porta de entrada para o sistema de saúde, atuando como coordenadora do cuidado, ordenadora das ações e serviços e conseqüentemente o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). São diretrizes da APS: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; participação da comunidade (BRASIL, 2017).

A Atenção Primária trabalha de diferentes formas, vale ressaltar que no Brasil as equipes de Saúde da

Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB), sendo a primeira a estratégia prioritária da APS brasileira, por orientar uma atuação dos profissionais da saúde mais próxima ao dia a dia, ao reconhecimento ativo das necessidades de saúde da população, incluindo ações, como por exemplo, a visita domiciliar. A formação das Equipes de Saúde da Família são multiprofissionais e compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS) (este não compõe uma eAB), podendo ter também cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene bucal. Os profissionais possuem atribuições comuns e compartilhadas por toda equipe, além de também atribuições específicas a cada categoria. Podem existir ainda as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que agregam diversos profissionais da área da saúde, levando em consideração as necessidades do local em que irão atuar (BRASIL, 2012, 2017)

Quanto aos NASF-AB, é importante também ressaltar que esta foi e é uma política muito importante criada pelo Ministério da Saúde, em 2008, então denominada de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (quando uma de suas principais atribuições era realizar o matriciamento da eSF, com menor ênfase a assistência direta à população) e reformulada mais recentemente em 2017 tornando-se uma equipe complementar a eSF no âmbito da APS. Ela atua de modo a potencializar a integralidade da assistência, considerando outras necessidades e, por isso, incluindo a atuação assistencial

de outros profissionais para além da equipe mínima e ampliando a oferta de serviços da APS. Estão previstas para a equipe do NASF diversas categorias profissionais da saúde, sempre que identificada a necessidade, preferencialmente feita por meio do acompanhamento das principais demandas assistenciais da população, para então ocorrer a inclusão de profissional a compor o NASF. Nesta lógica, o profissional fisioterapeuta pode atuar na APS, dentro das ESF como profissional matriciador, e mais recentemente, pode compor a eSF (BRASIL, 2021).

Infelizmente, em 2019, com a mudança de financiamento da APS, por meio do Previner Brasil, hoje o Governo Federal não financia e nem credencia equipes de NASF, deixando sob responsabilidade dos gestores locais a manutenção das equipes existentes e credenciamento de novas equipes. De modo que a exclusão de equipes do NASF reflete negativamente na atuação multiprofissional, impactando negativamente sobre o cumprimento de princípios doutrinários do SUS e sobre diretrizes da APS como a integralidade, a resolutividade e a longitudinalidade do cuidado. Evidentemente que a falta desta equipe impacta em grande perda para as comunidades e também afasta e restringe a atuação de outras categorias profissionais na atenção primária (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020; PAULINO et al., 2021).

É importante ressaltar que o trabalho em equipe multidisciplinar é fundamental na lógica de organização da APS, pois considera as diversidades e complexidades

das demandas, além de compartilhar saberes, colaboração e a autonomia entre os profissionais. Outro ponto a ser destacado é que a formação da eSF, é uma formação mínima, e, portanto, ao longo do seu desenvolvimento, considerando as peculiaridades e necessidades do território pelo qual se responsabiliza, é possível que outros profissionais sejam incorporados dentro das equipes, tal como ocorreu a inclusão da fisioterapia e da terapia ocupacional (MENDES, 2015; BRASIL, 2017; MIRANDA, 2019, BRASIL, 2021).

Vale destacar ainda que os profissionais que atuam na APS devem estar preparados e conscientes que este nível de atenção atua em uma variedade de problemas e condições de saúde, além de considerar as particularidades dos territórios e indivíduos (STARFIELD, 2002; MENDES, 2015). Cabe à APS garantir que o máximo de necessidades e questões de saúde da população sejam atendidas, e, por essa razão, os profissionais devem estar bem preparados e os serviços de saúde devem ser os mais completos e diversificados, de maneira a possuir menor densidade tecnológica, mas a maior complexidade de atenção e resolutividade das necessidades em saúde (MERHY et al., 2003; MENDES, 2011; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

Além de uma APS que contemple as necessidades da população, é também imprescindível que mantenha uma boa articulação com os outros níveis de atenção. O SUS organiza-se em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que consistem em uma organização poliárquica de serviços, vinculados entre si, com objetivos coletivos e

ações cooperativas e interdependentes, que visa ofertar atenção contínua e integral, tudo isto sob coordenação da atenção primária. A APS, como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e coordenadora da RAS, cabe a ela, em casos de necessidade, encaminhar à atenção secundária e terciária, além de manter um bom vínculo de referência e contra-referência, mecanismo essencial à integralidade do cuidado (BRASIL, 1999; MENDES, 2015, 2010).

A APS brasileira também dispõe de evidências quanto à sua boa atuação. Estudos indicam que a APS bem organizada é capaz de solucionar de 87,5% a 91% dos problemas de saúde que surgem da atenção primária, o que demonstra um bom custo/efetividade (GUSSO, 2009; MENDES, 2015). Outra pesquisa indicou que o número de internações por condições sensíveis à atenção primária em municípios com menores níveis de qualidade da APS é 21,2% maior em comparação com municípios com melhor qualidade (CASTRO et al., 2020).

A Atenção Primária então se configura como nível de atenção articulado com os demais níveis, mas oferecendo os serviços com maior complexidade assistencial, englobando ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação em concordância com o perfil epidemiológico e as individualidades do território adscrito (FAUSTO; MATTA, 2007; CORDEIRO, 1996; LEVCOVISTZ; GARRIDO, 1996; BRASIL 1999). É preciso ter claro que a APS é reflexo dos atores sociais envolvidos em sua construção e dos aspectos econômicos, políticos e ideológicos que atravessam o sistema de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

A FISIOTERAPIA: O SURGIMENTO DA PROFISSÃO NO BRASIL E ASPECTOS FORMATIVOS

2

Para tratar da fisioterapia no contexto da Atenção Primária à Saúde é necessário primeiramente discorrer sobre o surgimento da fisioterapia no Brasil e, conseqüentemente, pela formação em fisioterapia no país.

No Brasil, a formação em fisioterapia foi e é fortemente atravessada pelos contextos políticos, econômicos e sociais. A fisioterapia aqui surgiu em 1929, quando foi criado o curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com o intuito de atender o número expressivo de pessoas afetadas pelas sequelas de poliomielite e os crescentes casos de acidentes de trabalho (PEREIRA; ALMEIDA, 2006; BISPO JUNIOR, 2009; SIMONI et al., 2014). Somente após 30 anos a fisioterapia passou a ser reconhecida como profissão de nível superior, em 1969 pelo Decreto-Lei nº 938 (BRASIL, 1969). Entre as décadas de 1970 e 1980 a fisioterapia evoluiu de forma tímida, a partir da década de 1990 e, principalmente, a partir de 1997 houve um grande aumento dos cursos ofertados pelo país (BISPO JUNIOR, 2009).

É importante ressaltar que o reconhecimento da fisioterapia como profissão de nível superior ocorreu quase que concomitantemente à Reforma Universitária no país, e ambos aconteceram durante o período de

governo militar que, por ter como posicionamento político econômico o liberalismo, favoreceu a implantação do modelo biomédico de fazer saúde. A partir disso podemos destacar dois pontos: primeiro, um agravamento nas condições de saúde da população, e segundo, uma formação em fisioterapia centrada na doença (BARBOSA; VIANA, 2008; BISPO JUNIOR, 2009; MIRANDA, 2019).

Em 1975 dá-se outro acontecimento marcante na trajetória da fisioterapia brasileira: a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) pela Lei nº. 6316 (BRASIL, 1975). Segundo o COFFITO, o objeto de estudo e práxis do fisioterapeuta é o movimento humano, bem como a saúde cinético-funcional, suas manifestações e capacidades, com propósitos a contribuir com a funcionalidade (COFFITO, 1987).

Ao longo de sua história, a fisioterapia trabalhou de maneira preferencial nos níveis secundário e terciário voltando-se à cura e à reabilitação, a profissão elitizou-se, aumentou seu status, especialidades e manteve seu campo de atuação praticamente no serviço privado, longe dos usuários do serviço público e das demandas coletivas. Parece ter acontecido um desinteresse ou até mesmo uma resistência da profissão em contribuir para as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças na esfera coletiva. Apenas no início dos anos 2000 parece ter se desenrolado uma mudança no direcionamento da atuação da fisioterapia, um despertar para a necessidade de uma atualização na formação e na atuação da profissão frente às demandas epidemiológicas e sanitárias do

país (BISPO JUNIOR, 2009; FORMIGA; RIBEIRO, 2012; COSTA et al., 2012). A criação da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (Abenfisio) em 2001 e a Carta de Vitória de 2004 são marcos de mudanças na formação em fisioterapia no Brasil. Ambas são estruturadas e propõem uma formação baseada nos princípios do SUS e articulada com a saúde coletiva. Esses e outros acontecimentos garantiram que houvessem valiosas mudanças na formação em fisioterapia com intuito de superar o modelo biomédico centrado na doença. Porém, ainda são numerosos os desafios para garantir uma formação que prepare o fisioterapeuta para atuar na APS de acordo e compreendendo a estrutura, funcionamento e processos de trabalho deste nível de atenção (FERREIRA, 2020; BISPO JUNIOR, 2009).

Fica nítida a necessidade de romper e superar o modelo de formação curativo-reabilitador. Os cursos de fisioterapia devem ser estruturados a partir das diretrizes e princípios do SUS como citado anteriormente, com uma formação adequada ao perfil epidemiológico do território e população que irá assistir. O objeto de trabalho permanecerá o movimento humano como preconizado pelo COFFITO, mas a atuação e a responsabilidade profissional se estenderá para o nível primário de atenção. A aliança entre a fisioterapia e a saúde coletiva vem positivamente ampliar os campos de prática para os profissionais e propiciar à sociedade saberes de promoção de saúde e prevenção de doenças de uma profissão que tem muito a ofertar em qualidade de vida, além da reabilitação (BISPO JUNIOR, 2009; COFFITO, 1975).

O ENCONTRO DA FISIOTERAPIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA

3

Indo ao encontro do modelo assistencial preconizado pelo SUS, o COFFITO, com base no Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 90.640/84 e Lei 8.856/94, prevê a atuação do fisioterapeuta na Saúde Coletiva pela atuação na APS e na vigilância sanitária, sendo os principais encargos a educação em saúde, prevenção de doenças e assistência fisioterapêutica coletiva (MIRANDA, 2019; COFFITO, 2009). Há uma expectativa que o fisioterapeuta ao atuar na APS, vá meramente reproduzir seu papel reabilitador. A fisioterapia é também reabilitação, mas não somente, é preciso ter em mente que o saber específico da profissão quando alinhada aos princípios do SUS, em especial o da integralidade, é capaz de oferecer práticas de cuidado, proteção e promoção de saúde, contribuindo de maneira satisfatória com uma sociedade mais saudável (SERIANO; MUNIZ; CARVALHO, 2013; CASTRO; CIPRIANO; MARTINHO, 2006; FREITAS).

É imprescindível trabalhar multi e interdisciplinarmente com as equipes de saúde da família, constituindo e ampliando a assistência, prevenindo doenças e sobretudo promovendo saúde, contribuindo para a integralidade do sistema de saúde e fortalecendo a resolutividade da assistência, compreendendo a

inserção do fisioterapeuta na APS não só como positiva à população, mas também ao próprio desenvolvimento da profissão (MIRANDA, 2019; BISPO JUNIOR, 2009).

É importante ressaltar e relembrar que a APS deve sim oferecer serviços diversificados, porém os recursos financeiros, como nos outros níveis de atenção, são finitos e, portanto, devem ser bem aplicados. Logo todo serviço de saúde deve ser devidamente ofertado quando houver real necessidade da população (STARFIELD, 2004). Dessa forma, o serviço de fisioterapia nem sempre será recrutado, é necessário que a fisioterapia tenha respaldo epidemiológico para atuar em certa população, com intuito de seus serviços sejam verdadeiramente úteis e resolutivos (MERHY et al, 2003; MIRANDA, 2019). Quando o serviço de fisioterapia for requisitado, sugere-se que seja um profissional para cada três equipes de ESF (MENDES, 2015; MIRANDA, 2019).

Quanto à atuação da fisioterapia na APS, o profissional não estará somente na posição de matriciador ou apoiador, mas sim incluso na equipe multiprofissional (MENDES, 2015). O fisioterapeuta deve ter conhecimento do território em que trabalha e da população adscrita, na lógica de manter um acompanhamento, vínculo e responsabilização, as ações devem ser desempenhadas, principalmente, no contexto coletivo, com a participação da população (BISPO JUNIOR, 2010). As ações a serem planejadas e executadas pelo fisioterapeuta devem considerar o perfil epidemiológico da população e ser adequados à realidade da ESF (MULLER; VALENTINI; PINTO, 2016).

Há inúmeras condutas de saúde a serem desempenhadas pelo fisioterapeuta na APS, aqui dissertaremos sobre algumas. Para Bispo Junior (2009), cabe ao fisioterapeuta: ações de vigilância epidemiológica; vigilância de distúrbios cinesiofuncionais; orientações posturais preferencialmente sob grupos populacionais; atuação em grupos de gestantes, orientando quanto posturas, exercícios, alongamentos e relaxamentos que podem favorecer às grávidas, incentivar o aleitamento materno e orientar quanto a cuidados com o bebê; atuação direta com idosos, com intuito de melhorar a postura, o estado físico e funcional, promover autoestima e bem-estar, por meio de atividade física, educação em saúde e outras ferramentas que o fisioterapeuta lançar mão; ações de controle social junto à comunidade em que está inserido; bem como, promover participação social; essas são algumas das condutas sugeridas pelo autor.

Uma revisão integrativa realizada por Fonseca et al. (2016) relatou que as intervenções dos fisioterapeutas na APS são bastante diversificadas. Ações de cunho preventivo e de promoção de saúde; ações educacionais direcionadas a grupos; atuação na lógica de ciclo vital; visitas domiciliares - com a intenção de orientar cuidadores e/ou de conhecer a realidade do paciente para melhor atendê-lo; e destaca-se ações direcionadas a grupos - grupos de idosos, postura, gestantes, prevenção de inaptidão em hanseníase, trabalhadores, diabéticos e hipertensos, usuários de órteses e próteses, pacientes com incontinência urinária, e deficientes. Freitas e Brasil (2016), indicam como potencialidade de atuação do

fisioterapeuta na APS o controle de danos e riscos, bem como a identificação de riscos epidemiológicos.

Miranda (2019), em sua proposta de atuação da Fisioterapia na APS, sugere que sejam condutas do fisioterapeuta no nível primário de atenção: atividades de educação em saúde, assistência em grupos, ações de apoio à equipe de Saúde da Família e visitas domiciliares. O fisioterapeuta pode atuar no processo de adscrição da população e vigilância em saúde; fazer diagnóstico cinético-funcional da população a fim de obter um perfil epidemiológico para planejar suas ações; as ações podem ser diversas e devem considerar a lógica multiprofissional e interdisciplinar.

Nota-se que as atividades desenvolvidas pela fisioterapia no âmbito da APS abrangem vários públicos por meio de variadas estratégias (FONSECA et al., 2016).

O projeto de extensão o qual alicerça a construção desta cartilha, além de contribuir para a construção da práxis fisioterapêutica no âmbito da APS e fortalecer a construção teórica aqui descrita, trabalha com a inserção de alunos do curso de fisioterapia da UFSM no nível primário de atenção do município de Silveira Martins/RS, oferecendo assistência fisioterapêutica individual e principalmente coletiva, utilizando-se de grupos e ocupando espaços da comunidade local, realizando dois encontros semanais. O grande grupo caracteriza-se de modo bastante heterogêneo, composto por adultos e idosos do município. São realizadas atividades coletivas, com uso de cinesioterapia relacionadas às queixas dos usuários, buscando promover saúde e prevenir

agravos, a partir da: execução de exercícios físicos para fortalecimento; exercícios metabólicos; alongamentos; exercícios de marcha em pistas e pistas visuais; técnicas de relaxamento; educação em saúde, com exposição teórica de temas relevantes e levantados pela população; aferição de sinais vitais; e acompanhamento das condições de saúde desta população. Após a realização do encontro com o grande grupo, há o acompanhamento em grupos menores para queixas específicas de joelho e coluna, no qual usuários com essas queixas realizam atividades voltadas a estas condições de saúde e recebem orientações focadas para a prevenção de agravos, tratamento e promoção de saúde relevantes a estes acometimentos.

O projeto de extensão atua de modo a contribuir para a melhora da qualidade de vida da população adscrita na ESF do município e que participa do grupo proposto, com vistas à manutenção e recuperação da independência funcional e bem-estar físico e mental, bem como desenvolver ações de educação e contribuir para o autocuidado e à responsabilização pela própria saúde. Além de dar oportunidade à formação generalista do futuro profissional de fisioterapia de vivenciar outras modalidades terapêuticas além das já desenvolvidas na graduação e que podem vir a compor sua formação em saúde. Também constitui um laboratório prático para o reconhecimento de novas formas de fazer saúde cinético-funcional na perspectiva da fisioterapia na APS, indo além do olhar para o biológico e para a reabilitação.

É válido citar algumas evidências sobre a atuação do fisioterapeuta na APS. Fonseca et al. (2016), a partir

de sua revisão integrativa, observou que as ações desenvolvidas pela fisioterapia na APS apresentam bons resultados; o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 5 (2007), indica que uma das principais vantagens da inserção do fisioterapeuta na APS, é a redução de custos nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde no SUS, redução das faltas ao trabalho, diminuição do uso de medicamentos, melhora da qualidade de vida da população adscrita, melhora da integralidade da assistência e resolutividade da atenção primária; Para Luna et al. (2018), a participação intensa do fisioterapeuta na ESF tem sido importante para a consolidação das diretrizes e princípios da APS e do SUS, como a assistência integral; Muller, Valentini e Pinto (2016), em sua pesquisa, concluíram que a inserção do fisioterapeuta no nível primário contribuiu para reduzir as hospitalizações por condições de saúde sensíveis à este nível, bem como influenciou na diminuição no tempo de internação e readmissões hospitalares.

DISTRIBUIÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS NA APS BRASILEIRA

4

É importante discorrer quanto à distribuição dos fisioterapeutas na APS no Brasil. Em 2010 estavam cadastrados 6.917 fisioterapeutas na APS pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Distribuídos da seguinte maneira: 49% da região Sudeste, 16% na região Sul, 4% na região Norte, 6% na região Centro-Oeste e 24% no Nordeste, sendo a distribuição da população nestas regiões respectivamente 42%, 14%, 8%, 8% e 28%. Sendo assim, apresentam melhor distribuição de fisioterapeuta por habitante as regiões Sudeste e Sul, com aproximadamente um para cada 23.000. Verificou-se que municípios menores são onde há maior inserção do fisioterapeuta na APS, também se notou que em 40% dos municípios pequenos este profissional constava apenas no nível primário de atenção e que menos da metade dos municípios brasileiros têm fisioterapeutas trabalhando na APS. É pertinente também destacar que o número de fisioterapeutas na APS vem crescendo, entre 2008 e 2013, houve um crescimento de 146% na região Norte, 168% na região Nordeste, 81% na região Centro-Oeste, 55% no Sudeste e 44% na região Sul, um total de 78% no país (CARVALHO et al, 2018; BIM; GONZÁLES, 2020; TAVARES et al, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há, entre a teoria e a prática, o grande encontro com a realidade, o choque com o dinamismo das estruturas, a iminência da adaptabilidade do profissional. Esta cartilha buscou, com uso da teoria, aproximar o fisioterapeuta e estudantes de fisioterapia da conceituação e atuação no nível primário de atenção, considerando aspectos que foram levantados na extensão universitária e indagações vindas do conflito entre a teoria e experiência em campo.

A APS é fruto da construção de todos os profissionais e usuários que por ela perpassam. Que esta cartilha seja ponto de encontro fortalecedor e conector de fisioterapeutas com o SUS e com o nível primário de atenção, assim como fundamentação teórica à prática profissional do fisioterapêutica.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. C. V.; VIANA, L. de O. Um olhar sobre a formação do Enfermeiro/ Docente no Brasil. *Revenferm UERJ*, jun/set; v.16 n.3 p339-344. Rio de Janeiro, 2008.

BIM, C. R.; GONZÁLEZ, A. Distribuição territorial de fisioterapeutas no Paraná e inserção em equipes na atenção básica. *Saude e pesqui. (Impr.)* ; 1v.3, n.1 p.83-91, jan/mar 2020.

BISPO JUNIOR, J. P. Fisioterapia e Saúde Coletivo: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. Saúde Colet.* [Online]. v.15, suppl.1, p. 1627-1636. 2010.

BISPO JUNIOR, J. P. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 16 n.3, p. 655-668, set. 2009.

BRASIL. Decreto Lei n.o 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* núm. 938, Brasília, 14 de outubro de 1969.

BRASIL. Lei n. 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselho Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Brasília, 18 de dezembro de 1975.

BRASIL. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no

âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, seção 1, Nº 220, 13 nov. 2019. Brasília/DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria n.º 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União num. 183, Brasília, 22 de setembro de 2017.

BRASIL. Lei n. 14.231, de 28 de outubro de 2021. Inclui os profissionais fisioterapeutas e terapeuta ocupacional na estratégia de saúde da família. Diário Oficial da União - Seção 1 - 29/10/2021, Página 1 (Publicação Original). Poder Executivo. Brasília, DF, 28 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica Nº 3/2020-DESF SAPS MS. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2022.

CARVALHO, Marselle Nobre de et al. Necessidades e dinâmicas da força de trabalho da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, pág. 295-302, janeiro de 2018.

CASTRO S.S.; CIPRIANO JUNIOR G.; MARTINHO A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. Fisioter. Mov. v.19, n.11, p.55-62. 2006.

CASTRO, D. M. de et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. Cad. de Saúde Pública v. 36, n. 11, 2020.

COFFITO. Resolução n. 363/2009 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia

Ocupacional Reconhece a fisioterapia em saúde coletiva como especialidade profissional fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília, 16 de junho de 2009.

COFFITO. Resolução n.º 80 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e a Resolução COFFITO-37 relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília, 09 de maio de 1987.

CORDEIRO, H. O Progamada de Saúde da Família como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. Cad. Saúde da Família, v.1 n.1 p.13-18, 1996.

COSTA, L. R., et al. Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Rev. BrasFisioter. v. 19, n. 5, p. 422-452. 2012.

CREFFITO5/RS. A fisioterapia e suas vivências na saúde pública do Rio Grande do Sul: relatos de experiências no SUS. Porto Alegre Pallotti. 2007.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. ESPJV/FIOCRUZ, Rio de Janeiro p. 43-67, 2007.

FERREIRA, L. T., et al. Formação profissional em fisioterapia: práticas de atenção primária. Fisioter. mov. v. 33, n.1, p. 1-10. 2020.

FONSECA et al. A fisioterapia na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. Rev. bras. promoç. saúde (Impr.) v.29, n.2, p.288-294, abr.-jun. 2016.

FORMIGA, N. F. B. RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Rev.Bras. Ciênc. Saúde. v.16, n.2, p.113-22. 2012.

FREITAS, M. J.; BRASIL, A. M. R. Potencialidades e desafios da fisioterapia no contexto da Atenção Primária à saúde: análise documental. Saúde Redes, v. 2, n.3, p. 262-272, jul. - set. 2016.

GALLO, E. et al. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 414-419, dez. 1988.

GRUMBACH et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referral to specialists. JAMA, [S.l.] v.288, p. 261-266. 1999.

GUSSO G. D. F. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, (CIAP-2). 2 ed. São Paulo: Tese de doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 2009.

HEALTH COUNCIL ON THE NETHERLANDS. European primary care. Holanda: Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. Cad. Saúde da Família, v.1 p. 5-12, 1996.

LUNA et al. O acompanhamento fisioterapêutico de crianças com sequelas de paralisia cerebral atendidas no NASF do município de Alagoa Nova. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) v. 10, n. 3. 2018.

MACINKO J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. Health Services Research. [S.l.] v. 38, p. 819-853. 2003.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. Revista de APS, v. 12, n. 2, 2009.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Brasília. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Ago. 2010.

MENDES, E.V. A construção Social da Atenção Primária à Saúde. 1 ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.

MERHY et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MIRANDA, F. A. C. Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: propostas para a prática. 1 ed. Curitiba: Appris, 2019.

MULLER, A. B.; VALENTINI, N. C.; PINTO, M. E. G. Fisioterapia em hospitalizações evitáveis por condições sensíveis à atenção primária. *Fisioter. mov.*, Curitiba, v. 29, n. 1, p. 183-192. 2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. La renovación de atención primaria de salud em las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2007.

PAIM, J.S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Rio J.*, Rio de Janeiro, 18 [4]: 625-644, 2008.

PAULINO, Keytli Cardoso et al. Reflexões sobre o novo financiamento da atenção básica e as práticas multiprofissionais. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 1, p. 5362-5372, 2021.

PENNETAL. Interim report on the future provision of medical and allied services. Londres: Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde. p.171-184. 2006.

SERIANO K. N.; MUNIZ V. R. D. C.; CARVALHO, M. E. I. M. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioter. e Pesqui.* v.20, n.3, p.250-255. 2013.

Simoni D. E. et al. The educational training in physiotherapy in Brazil: historical fragments and current perspectives. *Hist. enferm. Reverte* [Internet]. v. 6, n.1, p.10-20. 2015.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

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

TAVARES, L. R. C. et al . Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. *Fisioter. Pesqui.*, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 9-19, Mar. 2018 .

UNICEF Cuidados Primários em Saúde: Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Brasil: UNICEF, 1979.

Elemento gráfico abstrato, capa e miolo:

FREEPIK. **Environment instagram posts**. Disponível em: https://www.freepik.com/free-vector/environment-instagram-posts_10280215.htm. Acesso em: nov. 2022.

Ilustrações capa e folha de rosto:

MACROVECTOR. **Hospital Isometric illustration**. Disponível em: https://www.freepik.com/free-vector/hospital-isometric-illustration_5975415.htm. Acesso em: nov. 2022.

MACROVECTOR. **Isometric rehabilitation physiotherapy horizontal flowchart composition with human characters editable text captions and colourful infographic icons illustration**. Disponível em: https://www.freepik.com/free-vector/isometric-rehabilitation-physiotherapy-horizontal-flowchart-composition-with-human-characters-editable-text-captions-and-colourful-infographic-icons-illustration_15331778.htm. Acesso em: nov. 2022.

MACROVECTOR. **Gynecology infographics from planning to be parents and obstetrics to labor delivery tips and giving birth horizontal illustration**. Disponível em: https://www.freepik.com/free-vector/gynecology-infographics-from-planning-to-be-parents-and-obstetrics-to-labor-delivery-tips-and-giving-birth-horizontal-illustration_15332063.htm. Acesso em: nov. 2022.



UFSM
PRE