

A NECESSIDADE DO FISIOTERAPEUTA NO PSF PELA ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Taísa Santos Souza¹
Robson da Fonseca Neves²

Resumo: *O presente estudo tem como objetivo conhecer as representações sobre a necessidade da ação do profissional fisioterapeuta nas equipes de PSF evidenciadas por profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Dias D'Ávila, Bahia. Trata-se de estudo exploratório de caráter qualitativo em saúde, adotando entrevista narrativa. Os informantes foram todos os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) atuantes nas ESF do município durante o mês de abril de 2007. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas sob consentimento dos entrevistados. O roteiro de entrevista foi elaborado pelos autores, contemplando questões que dizem respeito especificamente à necessidade da atuação do fisioterapeuta no PSF e benefícios que este profissional pode oferecer à ESF e aos usuários. As categorias analíticas utilizadas foram: integralidade na assistência à saúde, onde os informantes relataram que a inserção do fisioterapeuta e de outros profissionais de saúde no PSF beneficiaria usuários, haja vista terem assistência multidisciplinar; e universalidade do serviço, pois o fisioterapeuta na USF facilitaria o acesso aos cuidados e serviços de fisioterapia. As categorias emergentes deste estudo foram “a atuação do fisioterapeuta nas doenças crônicas na atenção básica” e “a necessidade da divisão de responsabilidades dos profissionais da ESF”. A técnica utilizada para análise dos dados foi a análise de discurso. Os profissionais destacam a essencialidade do fisioterapeuta no PSF, no momento em que percebem a sobrecarga de trabalho dos integrantes da ESF, salientam ainda a dificuldade dos pacientes terem acesso ao serviço de fisioterapia, e benefícios que a atuação do fisioterapeuta pode proporcionar à população, o que torna essa questão essencial para inserção multiprofissional no PSF.*

Palavras-chave: Fisioterapia no PSF; Integralidade no PSF; Universalidade no PSF.

INTRODUÇÃO

Nos anos 80, os profissionais da área de saúde e a opinião pública denunciaram mais fortemente a necessidade de mudança na estrutura da saúde no país, mudança essa denominada de Reforma Sanitária¹. Esse movimento influenciou a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, onde “reconheceram a saúde como um direito de todos e dever do Estado” e indicaram as diretrizes para a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}.

Segundo a Lei 8.080 de 1990, um dos objetivos do SUS é “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais das atividades preventivas”³. O SUS tem como princípios a integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social⁴.

De acordo com os preceitos do SUS, a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador – UCSal. taisa_ba@yahoo.com.br.

² Orientador - Professor da disciplina Fisioterapia Preventiva do Curso de Fisioterapia da Universidade Católica do Salvador – UCSal.

Comunitários de Saúde (ACS). Além da Equipe de Saúde Bucal, que tem a composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF. Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais, salienta-se a de garantir a integralidade da atuação por meio da realização de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e curativas; e as da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde⁴.

Esse novo modelo assistencial solicita intervenções de cunho preventivo, buscando identificar e compreender os determinantes de ocorrência de doenças e agravos nas comunidades. Essa é uma tarefa complexa que exige uma atuação multiprofissional e interdisciplinar com vistas à integralidade. Nesse sentido, profissionais como nutricionista, psicólogo, educador físico, dentre outros, podem contribuir para esse processo.

Experiências nessa área mostram que a implantação de um sistema, na comunidade, com a ação de diversos profissionais (fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, médico, enfermeiro e farmacêutico) tem sido benéfica para a população, pois assistem pacientes acamados, reduzindo a dificuldade de transporte, assim como a pressão arterial média de hipertensos, redução dos níveis de glicemia em diabéticos, proporcionando-os melhor qualidade de vida garantindo acesso universal.^{5,6,7,8,9}

O município de Camaragibe (PE), segundo Ribeiro⁵, em 2001, possuía uma equipe multiprofissional que se relaciona com toda a equipe do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de dispor de um modelo de atenção voltado para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. Oliveira⁷, em 2002, relatou a sua experiência, de fisioterapeuta no PSF do município de Piracambi (RJ), no atendimento a domicílio principalmente de pacientes com seqüelas de AVC.

Destaca-se o trabalho de Vêras⁸, em 2002, realizado com fisioterapeutas junto à equipe de PSF, na experiência em Sobral, Ceará, o qual revela que 100% dos entrevistados, médicos e/ou enfermeiros de vinte Unidades de Saúde, consideraram a fisioterapia um serviço essencial no PSF¹⁰. Porém, o estudo não esclarece em quais aspectos os profissionais entrevistados percebem essa essencialidade.

Diante do exposto é possível supor que a atuação do fisioterapeuta no PSF é vista como uma importante aliada da equipe de saúde da família, haja vista muitos dos determinantes dos problemas de saúde da população escaparem às atribuições das equipes mínimas, necessitando assim de um aporte vindo desse profissional. Assim sendo, o presente estudo visa conhecer as representações sobre a necessidade da ação do profissional fisioterapeuta nas equipes de PSF evidenciadas por profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) de um município baiano.

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo exploratório de caráter qualitativo em saúde¹⁰. Dessa forma, utilizou-se a pesquisa social incluindo, como atores sociais, os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), de ambos os sexos, atuantes nas Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Dias D'Ávila na Bahia, num total de oito ESF. Foram entrevistados onze profissionais, sendo cinco médicos e seis enfermeiros. A participação dos informantes foi de forma voluntária, englobando todos os profissionais atuantes no PSF do município. Três equipes estavam sem médico, por motivo de desistência, e duas equipes estavam sem enfermeira, pois uma estava de férias e a outra de licença maternidade. Esse município possui uma extensão de 208 Km² e população de 55.698, segundo IBGE (2006).

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2007. As entrevistas foram previamente agendadas com os profissionais das equipes mínimas de saúde do município e realizadas nas Unidades de Saúde. Optou-se pela entrevista narrativa, pois segundo Minayo¹⁰, em 1992, a entrevista é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de colheita de informações sobre determinado tema científico¹⁰.

As entrevistas foram conduzidas com auxílio de um roteiro, elaborado pelos autores do estudo. O roteiro contemplou especificamente questões sobre a necessidade da atuação do fisioterapeuta no PSF: a percepção do profissional entrevistado quanto à atuação e a necessidade do fisioterapeuta na ESF e os benefícios que este profissional pode oferecer à ESF. Todas as entrevistas foram gravadas, fazendo uso de um gravador Panasonic Mini Cassette Recorder RQ-L11, e transcritas tal como relatadas pelos informantes, com a finalidade de registrar a fala com todas as características possíveis¹¹.

Durante as entrevista a partir dos seguintes tópicos: “*Fale sobre como você acha que um fisioterapeuta pode atuar numa Equipe de Saúde da Família*”, “*Na sua opinião, como o fisioterapeuta pode ter uma ação preventiva na população?*” e “*O que pode mudar quando tem um fisioterapeuta dando suporte à equipe de Saúde da Família?*”, exploram-se vários temas, desde a percepção do informante da atuação do fisioterapeuta na ESF, passando por doenças e agravos em que o informante percebe a necessidade da intervenção do fisioterapeuta, até a expectativas de mudanças ratificadas pelo profissional entrevistado quanto ao suporte do fisioterapeuta à ESF.

As categorias analíticas utilizadas no presente estudo foram: Integralidade na assistência à saúde, abordada neste estudo segundo a concepção de Mattos¹², em 2003, que se refere, dentre uma das suas aplicações, à articulação entre as medidas preventivas e assistências; e Universalidade na assistência, categoria que segue os princípios de acesso e qualidade das ações e serviços, que segundo Paim¹³, em 2006, os modelos de atenção vigentes no sistema de saúde brasileiro estão condicionados pela repartição desigual da infra-estrutura do sistema de serviços de saúde, ao financiamento, à organização e à gestão a saúde. Portanto, as diferenças sociais existentes no acesso e no consumo de serviços de saúde podem refletir distinção na qualidade da atenção.

As categorias empíricas investigadas durante as entrevista foram “A atuação do fisioterapeuta nas doenças crônicas na Atenção Básica” e “Divisão de responsabilidade na atuação no PSF”. As categorias foram analisadas através da análise de discurso, segundo Bauer e Gaskell¹¹, em 2003, considerada pertinente nesta pesquisa, haja vista constituir uma interpretação das entrevistas, relacionando critérios relevantes para os profissionais entrevistados e para o entrevistador.

A participação dos profissionais que atuam nas ESF no estudo deu-se mediante a sua aprovação e consentimento; foram adotados os procedimentos éticos na pesquisa com seres humanos segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares e, a fim de preservar a identidade dos entrevistados, foram utilizados nomes fictícios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a análise das entrevistas percebeu-se que os informantes apontam para a real necessidade da inserção do fisioterapeuta no PSF, tomando como referência os princípios e diretrizes do SUS, destacando-se a integralidade e universalidade. Dentre outras necessidades, apontadas pelos profissionais entrevistados, da atuação do fisioterapeuta na saúde da família

destaca-se a essencialidade da equipe multiprofissional na USF, a assistência de um profissional específico para realização de atividades que hoje são exercidas por outros profissionais da área de saúde, bem como o acesso universal dos usuários ao sistema de saúde, com a inserção do fisioterapeuta, assim como os demais profissionais.

INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Durante a coleta de dados, surgiram significados compartilhados como: equipe multiprofissional proporcionando assistência integral à saúde; benefício aos usuários com o fisioterapeuta na equipe; especificidade profissional como elemento importante para ações mais integrais; e visão ampliada de saúde.

Evidenciou-se a percepção dos informantes quanto à importância e necessidade da inserção do fisioterapeuta no PSF, julgando que a assistência aos pacientes seria beneficiada, haja vista se tratar de mais um profissional especializado para suprir as necessidades da atenção integral aos usuários. As opiniões dos profissionais quanto à concepção da inserção do fisioterapeuta no PSF e dos benefícios que este profissional pode proporcionar ao atendimento do paciente, concorrem para o fortalecimento do princípio da integralidade³, conforme mostram as falas abaixo:

“Na verdade o PSF engloba um todo, né? Não se restringe as questões dos postos de saúde. Ele vê o indivíduo como todo ao seu redor, sociedade, sua cultura, sua religião. E eu acho assim, que a questão da fisioterapia, eu acho que ajudaria imensamente no PSF” (Carolina, enfermeira).

“Beneficiaria o nosso usuário, pois ele teria mais um profissional da atenção pra ele, um profissional com a visão diferente dos outros, então seria uma equipe com uma visão mais multidisciplinar do que já é” (Cristiane, médica).

Mattos¹², em 2003, afirma em seu artigo que a integralidade é um princípio que ainda não se concretizou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros. Salienta ainda que este princípio se refere à articulação entre medidas preventivas e assistenciais. Filho¹⁴, em 2006, no estudo realizado no PSF de São Paulo, relata que os responsáveis pelos programas de Cabo de Santo Agostinho (Pernambuco) e do programa de Qualidade Integral à Saúde, implantado no PSF de Itaquera (São Paulo), ressaltaram a necessidade de uma abordagem holística dos problemas dos pacientes, que se coadune como propósito do PSF de olhar o enfermo no contexto familiar e social em que vivem. Silva⁹, em 2002, conclui que é real a necessidade da introdução do fisioterapeuta na ESF, pois as ações deste profissional também são capazes de modificar as condições de agravos em saúde sofridas pela comunidade.

Além dos benefícios que a inserção do fisioterapeuta pode trazer à comunidade, os entrevistados percebem a necessidade de conscientização sobre a importância dos profissionais na equipe multidisciplinar e a carência na mudança da política de saúde pública, disponibilizando equipe multiprofissional nas USF, pois os pacientes precisam de assistência global. Os relatos abaixo exemplificam bem essa situação.

“Conscientizar o usuário que é importante a participação de todos os profissionais envolvidos no processo, que não é só a idéia da consulta médica. Que o odontólogo tem a sua participação, que a enfermeira tem a sua participação, que a nutrição tem a participação e principalmente a fisioterapia” (Pedro, médico).

“O que eu acho de tudo isso é que a visão de saúde pública, de política de saúde pública deve ser mudada e eles devem ver a importância de outros profissionais da equipe multidisciplinar no atendimento da saúde pública como um todo” (Fabiana, médica).

Silva & Trad¹⁵, em 2005, afirmaram que o trabalho em equipe multidisciplinar é considerado um importante pressuposto para a reorientação do processo de trabalho no campo do PSF, proporcionando uma assistência mais integral e resolutiva. Alves¹⁶, em 2005, salienta que para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas é preciso integrar equipes interdisciplinar e multiprofissional, visando à assimilação do princípio da integralidade.

Outro aspecto relevante que aparece nas entrevistas é o fato dos profissionais entrevistados perceberem que o trabalho na ESF deve ser interdisciplinar, pois cada profissional tem a sua especificidade, além do paciente apresentar a melhor resposta ao tratamento quando esse está sendo realizado com o profissional específico.

“Olha, o trabalho é interdisciplinar, cada especialidade, cada profissional traz a sua contribuição no sentido de resolver a questão do nosso usuário” (Pedro, médico).

“Você sabe que o médico faz, o enfermeiro; mas nada como um profissional da área para chegar lá todo dia, ou de acordo com o tratamento mais específico e fazer o tratamento com o paciente (...) se tivesse uma ação mais específica daqui, que saísse da unidade, eu acho que ele (o paciente), teria um resultado melhor em curto prazo” (Michele, enfermeira).

Silva & Trad¹⁵, em 2005, advertem para a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo possibilidade dos profissionais se isolarem nos seus núcleos de competência. Portanto, elas sugerem que a equipe multiprofissional por si só não é garantia de recomposição de trabalhos parcelares na direção de uma assistência global. Porém elas observam que a eficiência e a eficácia do serviço, nesse sentido, precisam da interação do trabalho em equipe, que utilize uma forma de conexão entre as diferentes ações e os distintos profissionais.

A visão ampliada de saúde é outro aspecto que surge no momento em que os informantes percebem que a assistência ao paciente deve ser multidisciplinar, pois a saúde não é só a ausência de patologia e que, nesse sentido, a intervenção do fisioterapeuta ajudaria no atendimento no PSF.

“Eu acho que é importante a equipe multiprofissional, até porque a maioria das patologias hoje a gente não trata só a patologia, trata a saúde em si, o conceito de saúde é muito amplo (...) A gente trabalha com a pessoa família, então a gente atende todo grupo; patologia, não só patologia, mas a pessoa em si; mas fisioterapeuta, eu acredito que ele ajudaria” (Lila, enfermeira).

Alves¹⁶, em 2005, em seu estudo afirma que a integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentada e reducionista dos indivíduos. Salienta que o profissional deve ter um olhar global, com apreensão do sujeito biopsicossocial, prestando uma assistência que procura ir além da patologia e da manifestação sintomatológica, objetivando atingir as necessidades mais abrangentes dos sujeitos. Mattos¹², em 2003, aborda que se tornou um senso quase que comum que não se deve continuar com uma noção de saúde que é somente a ausência de doenças. Brasil *et al.*¹⁷, em 2005, completa que a assistência à saúde é mais do que recuperar e curar pessoas, que é preciso criar condições necessárias para que esta se desenvolva.

O presente estudo demonstra, através das entrevistas, que o fisioterapeuta deve ser mais um integrante da ESF por oferecer a esta a oportunidade real de proporcionar a integralidade, pois por meio desse profissional torna-se possível um atendimento diferenciado ao paciente, o que falta hoje à equipe, acarretando assim verdadeira possibilidade de integração dos níveis de assistência.

UNIVERSALIDADE DO SERVIÇO

O acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantido pela Lei 8.080,³ é um dos achados que emerge das entrevistas dos profissionais das equipes de saúde da família. Associado a isso surgem opiniões compartilhadas entre os informantes, a respeito da falta do serviço de fisioterapia na unidade de saúde da família, a dificuldade de acesso ao serviço de fisioterapia, a necessidade de disponibilizar essa assistência na USF, facilitando o acesso e os benefícios que essa aquisição pode trazer à comunidade.

Durante as entrevistas percebeu-se que o acesso à fisioterapia não tem sido garantido, haja vista as unidades de saúde da família não terem fisioterapeuta para oferecer assistência aos pacientes que precisam desse serviço, assim como não têm condições de se deslocar para um centro especializado.

“Pacientes acamados, que precisam de fisioterapia domiciliar, que a gente necessita, só que a gente não tem nem como trabalhar isso porque a gente não tem aqui”. (Lila, enfermeira).

Oliveira⁷, em 2002, descreve a sua experiência em Paracambi, onde realizou atendimento domiciliar pelo PSF, e afirma que é função do fisioterapeuta tirar o paciente do leito. Ribeiro¹⁸, em 2002, relata, em sua experiência em atenção primária à saúde, que o atendimento domiciliar é uma atividade imprescindível ao trabalho da Atenção Primária, pois é nesse nível de atenção que o profissional se depara com a realidade dos usuários que precisam de atendimento fisioterapêutico e não podem se deslocar a esse serviço.

Os profissionais entrevistados relatam que a população também percebe a necessidade do fisioterapeuta. Muitas vezes por dificuldade de transporte, ou até mesmo de locomoção, não têm acesso a esse serviço, o que pode representar prejuízos enormes para a população assistida em um determinado território com problemas no aparelho locomotor.

“Eu tenho queixas de pacientes que não conseguem a fisioterapia (...) às vezes por transporte, por dificuldade de transporte, por causa da distância” (Priscila, enfermeira).

“Porque esses pacientes debilitados muitas vezes não têm transporte para eles se locomoverem da sua casa para o centro de saúde ou um hospital, pra qualquer lugar” (Esther, enfermeira).

Véras⁸, em 2002, expõe que são realizadas visitas domiciliares por médicos, enfermeiros e ACS do PSF aos pacientes que estão restritos ao leito. Ao mesmo tempo, o fisioterapeuta avalia o paciente realizando o diagnóstico cinesiológico funcional, prescreve o uso de órtese e prótese (quando necessário), orienta o cuidador, e presta assistência a esse paciente conforme a sua necessidade. Vallone⁶, em 2001, apresenta a experiência em supervisionar estágio rural de fisioterapia, afirmando que o projeto implantado visa atender a nova visão política em saúde, disponibilizando equidade em relação ao acesso, visando menores deslocamento e diminuindo os gastos com transportes.

Os informantes ressaltam ainda a necessidade de disponibilizar o serviço de fisioterapia nas USF com o objetivo de facilitar o acesso, proporcionando melhores resultados na assistência aos usuários.

“Poderia tá disponibilizando isso dentro do programa saúde da família e a depender da necessidade do paciente, se o paciente não puder vir na unidade, que sejam feitas as atividades no seu domicílio, em algum local da comunidade, pra que ele possa ter esse programa até o final” (Carolina, enfermeira).

“Eu vejo que realmente tem necessidade de ter um fisioterapeuta na equipe (...) porque eles (os pacientes) têm dificuldade para ter acesso ao fisioterapeuta, pra ter uma recuperação mais rápida. Então, se a gente tivesse um fisioterapeuta aqui mesmo, esses pacientes teriam um acesso mais fácil e a recuperação deles com certeza seria muito mais rápido” (Paloma, médica).

Brasil *et al.*¹⁷, 2005, em seu estudo afirmam que o acesso da comunidade à fisioterapia do PSF local apresenta-se mais facilitado, porém ainda permanecem algumas dificuldades, sendo as mais referidas o número insuficiente de profissionais, dificuldades estruturais e materiais e o desconhecimento de outros profissionais e gestores quanto às funções desenvolvidas pelo fisioterapeuta. Vêras⁸, em 2002, relata que 15% da população entrevistada no seu estudo, afirmou que diminuiu a dificuldade de transporte dos pacientes restritos ao leito após a inserção da fisioterapia no PSF. Assegura ainda que o fisioterapeuta é capaz de atuar desde a atenção básica até a reabilitação propriamente dita prestada ao paciente.

O acesso possibilitado pela presença do fisioterapeuta na ESF parece ultrapassar os limites da própria Unidade Básica de Saúde, pois a sua ação na equipe influencia aspectos como: incentivo ao paciente na manutenção do tratamento, maior economia doméstica e sobre a efetividade do tratamento. Porém, esses ganhos serão efetivados apenas quando houver a reestruturação política da Atenção Básica.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NAS DOENÇAS CRÔNICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Neste estudo os profissionais entrevistados relatam que a maioria dos pacientes assistidos na USF são portadores de doenças crônico-degenerativas (principalmente hipertensão arterial, diabetes, pacientes com seqüelas de AVC, hanseníase e problemas osteo-musculares), que precisam de acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Os informantes relatam que a atuação do fisioterapeuta no cuidado à saúde desses pacientes é imprescindível para a prevenção de agravos e reabilitação destes.

“A adesão ao segundo plano que é o condicionamento físico, a atividade física com o apoio da fisioterapia reabilitando e estimulando o paciente à adesão ao processo do exercício físico para o controle do diabetes. A hipertensão está muito ligada a fatores (...) estimular o exercício físico estimulado pelo condicionamento da fisioterapia. Então, não é apenas colocar o paciente no sentido de fazer a caminhada sem dar o suporte de resistência àquela caminhada, ele vai um dia, vai dois e depois abandona completamente. (...) então o trabalho da fisioterapia ligado à resistência muscular ao equilíbrio osteo-articular. Pacientes com seqüelas da hanseníase, que é uma doença que a gente não pode considerar crônico-degenerativa, mas também o apoio da fisioterapia no sentido de reabilitar aqueles pacientes sequelados, com hipertrofia de nervos de grandes portes, dando uma sobrevida social ao paciente, possibilitando para ele uma auto-estima. A questão da fisioterapia na hanseníase é basicamente a auto-estima na participação social, sabe-se que é uma doença estigmatizada, e se o paciente hoje tem os seus movimentos sociais limitados, laborativos principalmente, terminam culminando em doenças depressivas” (Pedro, médico).

“Tudo isso envolve muito mais uma ação de fortalecimento muscular, de diminuição da sobrecarga do membro afetado do que propriamente uma ação medicamentosa, seria muito mais útil, com menos prejuízo para o paciente. Doenças neurológicas nós temos mais ligadas a compressão de vértebras, problemas mais crônicos ou ocupacionais. Mas nós temos, claro, como nós temos um grande contingente de hipertensos, também temos paciente com seqüelas de AVE, que tem uma grande indicação para o acompanhamento de fisioterapia. (...) Na fisioterapia é necessário principalmente à orientação” (Cristiane, médica).

Em estudo realizado por Paiva *et. Al*¹⁹, em 2006, sobre a avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo PSF do município de Francisco Morato (SP), detectou-se que 53,1% dos usuários entrevistados nunca participaram, de aulas, grupos ou

palestra relacionados a sua patologia. Nesse mesmo estudo, as orientações mais frequentes que os entrevistados afirmaram ter foi em relação à dieta e em seguida à prática de atividade física. Nesse sentido, o fisioterapeuta pode ser um ator importante, pois suas ações, além de minimizar os problemas dos pacientes, podem ainda ampliar o escopo da atuação nessas condições. Deliberato²⁰, em 2002, dispõe que em relação à diabetes e à hipertensão o fisioterapeuta pode atuar no nível primário de atenção orientando hábitos saudáveis, a prática de atividades físicas regulares, manutenção do peso corporal dentro das margens aceitáveis, evitando a obesidade e sobrepeso. No nível secundário e terciário de atenção o fisioterapeuta pode desenvolver exercícios, técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, técnicas de posicionamento adequado, além de exercícios recreacionais em grupo em uma fase mais avançada do tratamento.

Experiências de fisioterapia na comunidade e no PSF demonstram que o fisioterapeuta desenvolve atividades direcionadas a esses pacientes, prevenindo agravos e proporcionando-lhes melhor qualidade de vida. Sampaio²¹, em 2002, em Belo Horizonte, relata a experiência da assistência de pacientes da comunidade: a fisioterapia orienta o auto-cuidado dos hipertensos, realiza o monitoramento freqüente da pressão arterial, realiza atividade física supervisionada dentro e fora do Centro de Saúde. Silva⁹, em 2002, relata que estudo realizado em duas equipes de PSF no município de Quixadá (CE) observou que a atuação da fisioterapia favoreceu a redução significativa da pressão arterial média em 31 pacientes, houve redução do nível de glicemia em 43 diabéticos e melhoria das condições funcionais dos cardiopatas, proporcionando melhor qualidade de vida da população.

Portanto, vislumbra-se diversas experiências que caracterizam ser positiva a intervenção da fisioterapia na atenção básica. Além do mais, o que se verifica hoje é que os fisioterapeutas estão cada vez mais antenados na lógica utilizada nesse nível de atenção, demonstrando, assim, maior preocupação em ser um profissional completo.

DIVISÃO DE RESPONSABILIDADE NA ATUAÇÃO NO PSF

No presente estudo, os informantes percebem a necessidade do fisioterapeuta como sendo o profissional que possui especificidade capaz de dividir as responsabilidades com a equipe. Os entrevistados relatam que possuem uma atividade muito intensa, pois realizam, dentre outras tarefas, serviços de consultório, “preenchimento de papeladas burocráticas”, atendimento de grande demanda de pacientes, ao atendimento domiciliar. E por essa sobrecarga de trabalho não dão conta da magnitude de demandas dos usuários, dessa maneira seria necessário a atuação de profissionais específicos para atender a população. Trechos de algumas entrevistas demonstram que os médicos e enfermeiros no PSF queixam-se de sobrecarga de trabalho.

“Nós aqui atribuímos várias funções de diversos profissionais” (Carolina, enfermeira).

“Que às vezes o médico, numa consulta clínica, não tem condições de fazer tudo, porque a saúde pública é sobrecarregada” (Fabiana, médica).

Samico *et. al*²², em 2005, em estudo realizado sobre a atenção a saúde da criança em dois municípios de Pernambuco, relatou que a enfermagem, no PSF, possui uma demanda excessiva de trabalho burocrático, e em consequência disso, uma menor dedicação às outras atividades como a visita domiciliar. Silva & Trad¹⁵, em 2005, concordam quando expõem que, com relação aos profissionais de nível superior, essa sobrecarga refere-se principalmente às ações assistenciais e que a enfermagem atribui a sobrecarga de trabalho à falta de melhor divisão de tarefas burocráticas. Andrade & Ferreira²³, em 2006, complementam que a grande demanda reprimida e dificuldades administrativas são responsáveis pelo detrimento dos princípios do PSF e do distanciamento do serviço da proposta de melhoria da qualidade de vida da população.

Além dessa percepção, os entrevistados queixam-se de falta de tempo para realizar o acompanhamento dos pacientes, sobretudo no que tange à reabilitação; e associam a atuação do fisioterapeuta como fator que pode reduzir a sobrecarga de tarefas desenvolvidas no PSF.

“Não é nem negligência nossa, só que às vezes a gente não tem aquele tempo pra tá acompanhando, dando esse tipo de instrução pra ele (...), pois a gente não tem tempo, nem pode, nem tem conhecimento pra tá fazendo esse trabalho de reabilitação” (Lila, enfermeira).

“Eu acho que seria também uma divisão de tarefas cada um na sua especificidade, mas controlaria, ajudaria mais a trabalhar esses pacientes” (Esther, enfermeira).

Silva & Trad¹⁵, em 2005, dispõem que as necessidades de saúde se expressam de múltiplas dimensões, e por esse motivo, torna-se complexo o conhecimento e intervenções dessa assistência. Nesse sentido, as ações de saúde, na sua totalidade, não podem ser atribuídas a um único profissional, pois exige a necessidade para a implantação de trabalhos especializados, seja na mesma área profissional, ou em relação interprofissional. Véras⁸, em 2002, salienta que se deve formar uma consciência mais global com relação à saúde e à qualidade de vida da população, ratificando que todos os profissionais de saúde têm a sua contribuição na atenção primária.

As limitações deste estudo estão relacionadas justamente à existência de poucos trabalhos científicos sobre o fisioterapeuta e o PSF, sendo utilizados em sua grande maioria relatos de experiências de fisioterapeutas atuando na comunidade. Entretanto, este estudo qualitativo se faz original, uma vez que se propôs conhecer dos profissionais as reais necessidades da inserção do fisioterapeuta no PSF e os benefícios que ele pode trazer para os usuários.

Apesar da discussão a respeito da sobrecarga de trabalho das ESF ser recente, é evidenciado nesse estudo por meio das entrevistas dos profissionais que o fisioterapeuta é elemento capaz de contribuir para uma assistência eficaz, em razão de proporcionar uma melhor divisão na realização de tarefas.

CONCLUSÃO

A necessidade do fisioterapeuta no PSF é percebida pelos informantes das ESF do município de Dias D'Ávila como um profissional importante para integrar a equipe multiprofissional do PSF, com o objetivo de assistir o usuário de forma holística, facilitar o acesso ao serviço de fisioterapia, prestar melhor atendimento aos indivíduos portadores de doenças crônicas e como sendo um profissional capacitado para dividir as responsabilidades com a equipe na atenção ao paciente, proporcionando uma assistência de acordo com os princípios do SUS. Assim, este estudo vem expor a percepção dos informantes quanto à necessidade de mudança na estrutura da equipe, de inserção de novas categorias de profissionais da área de saúde. Nesse sentido, surge a necessidade do fisioterapeuta como adjuvante à ESF. Esta necessidade não se trata de uma simples inserção direcionada aos gestores de saúde, é preciso a priori conhecer as necessidades e percepções da equipe em relação à atuação do fisioterapeuta no PSF. O estudo aponta ainda para novas estratégias de luta para melhoria do cuidado à saúde, à atenção básica, mostrando que talvez seja mais eficiente trabalhar no sentido de influenciar as equipes a pressionarem pela necessidade da entrada do fisioterapeuta na ESF, haja vista os profissionais das USF reconhecerem os benefícios dessa atenção.

REFERÊNCIAS

1. Paim, J.S. Saúde Política e Reforma Sanitária. 1. ed. Salvador: ICS, 2002.
2. Paim, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z.; FILHO, N.A. (5ª ed). Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
3. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.
4. BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de Atenção Básica para o Programam de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Lex:** Diário Oficial da União, Brasília, v. 61, mar 1. Trim. 2006. República Federativa do Brasil.
5. O COFFITO. Camaragibe: Modelo de atenção voltado à família. Revista do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nº 10. Março de 2001 pp 14 – 17.
6. O COFFITO. Estágio rural: Duas realidades, mesma filosofia. Revista do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nº 10. Março de 2001 pp 20 – 27.
7. O COFFITO. Piracambi: No voluntarismo, a inclusão do fisioterapeuta no PSF. Revista do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nº 16. Setembro de 2002 pp 22 -26.
8. Vêras, M.M.S. O fisioterapeuta no programa de saúde da família. In: Barros FBM, Org. O fisioterapeuta na saúde da população. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002 pp. 185-92.
9. Silva, G.O.B. Fisioterapia na comunidade. In: Barros FBM, Org. O fisioterapeuta na saúde da população. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002 pp.137-43.
10. Minayo M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-abrasco, 1992.
11. Bauer, M.W; Gaskell.G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
12. Mattos, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R; Mattos RA, Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ. Abrasco, 2003 pp.45-59.
13. Paim, JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. 1ª ed. Salvador: UDUFBA; 2006.
14. Filho, DC. O programa de saúde da família em São Paulo. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro; Jan-Mar 2006; 11 (1). Disponível em www.scielo.br
15. Silva, IZQJ; Trad, LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu; set-fev 2005; 9 (16). Disponível em www.scielo.br
16. Alves, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu; set-fev 2005; 9 (16). Disponível em www.scielo.br
17. Brasil, ACO; B, JAM; Silva, MON; Filho, VCG. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. Revista Brasileira em Promoção da Saúde – RBPS. 2005; 18 (1): 3-6.

18. Ribeiro, KSQS. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde – Reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioterapia Brasil*. Set-Out 2002; 3 (5): 311-18.
19. Paiva, DCP; Bersusa, AAS; Escuder. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa de Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro; Fev 2006; 22 (2). Disponível em www.scielo.br
20. Deliberato, PCP. *Fisioterapia Preventiva: fundamentos e aplicações*. 1 ed. São Paulo: Manole, 2002.
21. Sampaio, RF. A experiência em Belo Horizonte. In: Barros FBM, Org. *O fisioterapeuta na saúde da população*. 1a ed. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002 pp 12-15.
22. Samico, I; Hartz, ZMA; Felisberto, E; Carvalho, EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Recife; abr-jun 2005; 5 (2). Disponível em www.scielo.br
23. Andrade, KLC; Ferreira, EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; jan-mar 2006; 11 (1). Disponível em www.scielo.br.