

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ

The physiotherapist's role of the family health program in the municipal district of Sobral-Ceará

Artigo original

RESUMO

Tendo como referencial teórico as pesquisas de Dominguez, Deliberato e Rouquayrol, foi realizada uma descrição da atuação dos fisioterapeutas no Programa de Saúde da Família (PSF) desenvolvido no município de Sobral- Ceará enfatizando as necessidades das populações especiais em relação à intervenção preventiva desse profissional. A pesquisa foi de caráter descritivo, observacional e transversal com abordagem quantitativa, abrangendo todos os fisioterapeutas integrantes do PSF em Sobral (n=4). Os resultados dessa experiência apontam que o acesso da comunidade ao serviço de fisioterapia foi facilitado gerando satisfação para a população beneficiada. Entretanto, existem alguns obstáculos como: número insuficiente de profissionais, dificuldades estruturais e materiais, desconhecimento da população e outros profissionais gestores quanto às funções desenvolvidas pelo fisioterapeuta. Conclui-se que é importante garantir a participação ativa da comunidade, grupos sociais, outros setores da economia e particularmente outros serviços de saúde, em especial do Hospital, que terá a responsabilidade de atender urgências, consultas, internações e também investigações diagnósticas.

Descritores: saúde pública, fisioterapia, Prestação de Cuidados de Saúde (assistência a saúde).

ABSTRACT

Having as theoretical referential the researches of Dominguez, Deliberato and Rouquayrol, a description of the physiotherapist's performance was accomplished in the Family Health Program (FHP) developed in the municipal district of Sobral-Ceará, emphasizing the needs of the special populations in relation to that professional's preventive intervention. The research was of a descriptive, observational and transversal character, with a quantitative approach, including all of the FHP's physiotherapists members in Sobral (n=4). The results of these experience points out that the community's access to the physiotherapy service was made easier thus promoting satisfaction for the benefited population. However, there are obstacles like: insufficient number of professionals, structural and material difficulties, ignorance of the population and of other professional managers in respect of the functions developed by the physiotherapist. It is concluded that it is important to guarantee active participation the community, social groups, other sectors of the economy and particularly of other health services, specially of the Hospital, that will have the responsibility of assisting urgencies, consultations, internments and also diagnosis' investigations.

Descriptors: Public Health, Physiotherapy (specialty), delivery of health care.

Ana Cristhina de Oliveira
Brasil ⁽¹⁾

José Aldailton Moreira
Brandão ⁽²⁾

Maria Orlane do Nascimento
e Silva ⁽²⁾

Valter Catunda Gondim
Filho ⁽²⁾

1) Fisioterapeuta, professora Mestra do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

2) Acadêmicos do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

INTRODUÇÃO

No processo de priorização do SUS, estabeleceu-se em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) – saúde dentro de casa – como modelo de atenção para todo

Recebido em: 09/12/2003

Revisado em: 02/04/2004

Aceito em: 12/01/2005

o País, a ser desenvolvido fundamentalmente pelos municípios. O PSF tem o objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família e atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral ⁽¹⁾.

A operacionalização do Programa de Saúde da Família deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos seus princípios e diretrizes fundamentais. O impacto favorável nas condições de saúde da população adstrita deve ser preocupação a permear todo processo de implantação dessa estratégia. Recomenda-se que uma equipe seja responsável, no âmbito de abrangência da unidade básica, por uma área onde residam 600 a 1.000 famílias, ou no máximo 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sócio-política e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como: densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros fatores considerados de relevância social ⁽¹⁾.

A proposta de humanização da assistência e o vínculo de compromisso e de co-responsabilidade, estabelecido entre os serviços de saúde e a população, fazem do Programa de Saúde da Família um projeto de grande potencialidade transformadora do modelo assistencial.

Pode-se assegurar que a Saúde Pública tem três campos fundamentais: a investigação, a educação e a prática dos serviços de atenção preventivos-curativos para indivíduos, grupos, famílias e comunidade, e inclui os conhecimentos do ambiente natural e social.

Além disso, a Saúde Pública pode ser considerada uma ciência multidisciplinar integradora de outras ciências, tais como: Epidemiologia, Administração, Bioestatísticas, Ciências Biológicas, Físicas, Sociais e outras. Esta concepção abrangente é muito importante na Nova Saúde Pública, e como outras ciências, tem categorias, instituições, profissionais e seu objeto de estudo é o Processo Saúde-Doença ⁽²⁾.

O significado da palavra prevenção na área da saúde, apesar dos problemas em conceituá-la, certamente é mais abrangente do que simplesmente defini-la como “o ato de evitar que algo aconteça”. Na verdade, a prevenção de que falamos sempre está presente na história natural da doença. Assim, distinguem-se três níveis de aplicação de medidas preventivas: prevenção primária, secundária e terciária ⁽³⁾.

O nível primário de prevenção é aplicável durante o período de pré-patogênese, ou seja, quando o indivíduo se encontra em um estado de saúde ótima ou, no mínimo, saúde subótima. Dessa forma, podemos considerar que a prevenção primária atua nos períodos em que o organismo se encontra em equilíbrio, estabelecendo ações que o mantenham nessa situação ⁽⁴⁾.

Esse nível engloba dois grupos de ações que o caracterizam: 1) promoção da saúde, que inclui educação sanitária, nutrição adequada condições adequadas de trabalho, acesso a lazer e recreação, habitação adequada, educação sexual, exames periódicos, campanhas de orientação sobre temas específicos, só para citar alguns exemplos; 2) proteção específica, que por sua vez é exemplificada pela aplicação de flúor dentário, pelo uso específico de equipamentos de proteção individual (EPIs) na indústria, pela aplicação de vacinas, dentre outros ⁽⁵⁾.

O nível secundário de prevenção pode ser caracterizado quando o organismo já se encontra com alterações na forma e na função, ou seja, está no período de patogênese e em enfermidade real. Neste momento, ações realizadas com o objetivo de diagnosticar precocemente o problema e estabelecer as medidas terapêuticas adequadas formam os dois grupos de atividades que, se efetivadas com o sucesso esperado dentro das possibilidades de cada caso em particular, acarretarão o retomo do organismo ao estado de equilíbrio anterior ou, na pior das hipóteses, interromperão o declínio desse organismo para níveis mais inferiores da escala de saúde a de doença ^(5,6).

Já o nível terciário de prevenção é estabelecido quando o indivíduo portador da enfermidade passou pelos estágios anteriores, permanecendo com uma seqüela, residual e/ou uma incapacidade que necessitam ser minimizados, para se evitar, nesse caso, a invalidez total depois que as alterações anatômicas e fisiológicas já se encontram mais ou menos estabilizadas, apesar de haver opiniões divergentes a esse respeito. O objetivo principal desse nível é recolocar o indivíduo afetado em uma posição útil na sociedade, na expectativa da máxima utilização de suas capacidades residuais ^(5,7).

Baseado no exposto, o fisioterapeuta, pode desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, dentro da equipe interdisciplinar. Porém, devido a aspectos de ordem político-econômicos e organizacionais, sua função é pouco divulgada e subutilizada, contudo, paulatinamente experiências isoladas em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da fisioterapia no Programa de Saúde da Família enriquece e desenvolve ainda mais os cuidados de saúde da população ⁽⁸⁾.

Portanto, tendo sempre em vista o desenvolvimento, divulgação e respaldo científico da fisioterapia, é relevante descrever a atuação dos fisioterapeutas no PSF, que neste estudo em particular, será dada ênfase ao programa desenvolvido no município de Sobral – Ceará através do perfil sócio-educacional dos fisioterapeutas envolvidos no estudo e das ações realizadas pelo fisioterapeuta no PSF de Sobral-CE.

MÉTODOS

O estudo foi de caráter quanti-qualitativo, abrangendo todos os fisioterapeutas integrantes do Programa de Saúde da Família em Sobral – Ceará, em um total de quatro profissionais, que foram abordados durante os meses de maio a junho de 2004, por meio de um formulário, com quesitos objetivos e subjetivos passíveis de categorização.

Os critérios questionados foram referentes a características psicossociais (sexo, idade, tempo de graduação e realização de curso de pós graduação) e quanto a suas atividades profissionais frente a demanda existente.

Do ponto de vista qualitativo foram questionados quanto as dificuldades referidas na sua atividade profissional (fisioterapia) no Programa de Saúde da Família (PSF), os aspectos positivos da atividade profissional, o grau de conhecimento da comunidade sobre sua atividade profissional e as perspectivas de novas realizações pelos profissionais..

Os dados foram coletados durante os meses de maio e junho do ano de 2004 pelos pesquisadores e analisados por meio de um software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 10.0, com base na estatística descritiva devido ao número reduzido da amostra, sendo que as questões abertas foram codificadas para que se analisasse a frequência da resposta.

Com relação aos aspectos éticos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UNIFOR para sua análise com base na resolução de 196/96 do CNS, e os sujeitos da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A estrutura da fisioterapia no PSF de Sobral-CE está dividida em macro e microáreas, cada qual com um nível de abordagem mais direcionado, englobando os mais diversos tipos de patologias e condições desde neurológicas à gineco-obstetrícias. Dentre as atividades relevantes ainda não desenvolvidas por esses profissionais no programa local, estão os atendimentos individuais nas unidades, saúde do trabalhador e atendimentos domiciliares sistemáticos.

A amostra estudada foi constituída de 3 pessoas do sexo feminino e uma do sexo masculino. O tempo de graduação variou de 2 a 4 anos. Os 4 fisioterapeutas já eram pós-graduados, por meio de cursos de especialização, enquanto uma possuía título de mestre e outra, curso de extensão.

Quanto ao acesso da comunidade à Fisioterapia do PSF local, todos referiram que apesar de estar mais facilitada algumas dificuldades ainda estavam presentes, e as mais referidas foram: número insuficiente de profissionais,

dificuldades estruturais e materiais e desconhecimento da população e outros profissionais e gestores quanto às funções desenvolvidas pelo fisioterapeuta. Vale ressaltar que nessa questão, mais de uma resposta poderia ser indicada.

Quanto aos aspectos positivos indicados pelos profissionais em relação a atuação do fisioterapeuta em PSF, três referiram a ampliação do campo profissional, como fator importante para a classe profissional. A atuação desenvolve um processo de descentralização da fisioterapia e leva a uma visão interdisciplinar da saúde.

Quando abordados quanto ao grau de satisfação da relação comunidade-fisioterapia, todos referiram ser boa, apesar do pouco tempo em que o fisioterapeuta fica nas áreas, devido a grande abrangência destas e pouco número de profissionais, problemática já referida anteriormente. Com relação à formação, conhecimento prévio de Saúde Pública e Comunitária por parte dos profissionais, grande parte referiu ter adquirido durante o período da graduação.

DISCUSSÃO

As atividades que vêm sendo desenvolvidas pelos fisioterapeutas que atuam no Programa Saúde da Família em Sobral, são semelhantes as que ocorrem em outras regiões. Esses profissionais carregam o “estigma da reabilitação”, advindo do processo histórico da fisioterapia da sua formação acadêmica, que até recentemente não contemplava ações articuladas com os setores da saúde pública. A grade curricular contempla como disciplinas obrigatórias: reumatologia, ortopedia, neurologia, cardiologia, dentre outras. Incidindo assim, um desinteresse dos alunos pelas disciplinas, na maioria das vezes opcionais pertencentes ao campo das ciências humanas, tomando como exemplo a sociologia e antropologia⁽⁹⁾.

Acreditamos que estes fatores acarretem nas dificuldades do profissional desenhar esse novo modelo de atenção centrada principalmente na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

Portanto, mais do que recuperar e curar pessoas é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva. E quem poderia ser mais indicado do que 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, e tudo isso privilegiando a utilização de recursos da natureza e do próprio corpo humano.⁽⁸⁾

Percebe-se que o profissional de fisioterapia tem potencialidades para trabalhar com a tecnologia principalmente humana, aliada a uma mesma criatividade de desenvolver ações eficientes e efetivas. Espera-se que um

futuro bem próximo ele possa conquistar este espaço com dignidade e competência.

As atividades que os fisioterapeutas vêm realizando na Estratégia Saúde da Família são desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) e em domicílio são: Reconhecimento da área descentralizada; Potencialidades da comunidade; Grupos de gestantes; Grupos de postura; Grupos de mães de crianças com infecção respiratória aguda (IRA); Grupo de prevenção de incapacidades em hanseníase; Grupo de mães de crianças com problemas neurológicos; Grupo de idoso; Atuação no climatério; Atuação na saúde da criança; Atendimento individual; Estimulação essencial em crianças com atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor; Atuação nas creches; Reeducação postural global; Busca de novos casos de hanseníase; Acompanhamento de pacientes acometidos pela hanseníase (tratamento de seqüelas); Resgate dos cuidadores dentro do ambiente familiar; Orientações de saúde em geral, não só relacionada à fisioterapia⁽⁸⁾.

Observa-se que 67% destas atividades estão relacionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças ou estão sendo realizadas de maneiras coletivas; enquanto que 24% estão relacionadas ao modelo individual e curativo. Os fisioterapeutas enfatizam que as atividades “individuais” realizadas nos domicílios estão sempre associadas com abordagem à família e também envolvendo ações de prevenção e promoção de saúde. Isso nos mostra que o fisioterapeuta está realizando um percentual maior de ações coletivas e promotoras de saúde, que são as prioridades da estratégia da saúde da família.

Estão entre outros relacionados abaixo o grupo de posturas, grupo de gestantes e o atendimento individual, principalmente: Trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho relacionados ao trabalho (lesões por esforço repetitivo (LER) / doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT), possibilitando sua reabilitação e reintegração, bem como aos de outros riscos ambientais que incluem normatização e fiscalização; crianças em idade escolar sob risco ergonômicos das escolas; portadores de deficiências física; pessoas diabéticas e hipertensos; incapacitados em Hanseníase; pacientes acamados; usuários de próteses e orteses; gestantes; casos freqüentes (> incidência) de IRA's.

CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa enfatizaram a importância do trabalho preventivo do fisioterapeuta, e ainda revelam que a atuação do profissional gera satisfação da população

beneficiada que requerem a ampliação do atendimento. Percebe-se que a presença do profissional de fisioterapia na área de saúde pública, que deixa seu *locus* tradicional de atuação- como o consultório, o ambulatório, o hospital, e a clínica- para atingir clientela especiais que necessitam de atendimento em seu próprio domicílio se traduz em um novo modelo de atenção que privilegia a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da população coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Dominguez BNR. Programa de saúde da família: como fazer. São Paulo: Parma; 1998.
2. Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva. São Paulo: Manole; 2001.
3. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
4. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
5. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: programa saúde da família. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000.
6. Ministério da Saúde. Caderno de informações de saúde [on line] [citado 2003 Jul 25]. Brasília. Disponível em: URL: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/tabfusion/tabuafusion.cfm>.
7. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.
8. Barros FBM, organizador. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2002.
9. Veras MMS. A inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família de Sobral-CE. Sobral, CE; 2002.

Endereço para correspondência:

Ana Cristhina de Oliveira Brasil
Universidade de Fortaleza
Coordenação de Fisioterapia, P-17
Av. Washington Soares 1321 Edson Queiroz
E-mail: acob@secrel.com.br