

## A PERTINÊNCIA DA INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NAS EQUIPES DO PSF

Sergio Vitor Mecca Junior\*

**Resumo:** *O Brasil vive, desde 1994, o processo de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), cujo objetivo é priorizar a prevenção e promoção da saúde, ampliando o acesso e a participação da população nas políticas de saúde. Discussões sobre novos paradigmas para a saúde colaboraram para a construção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Brasileira de 1988, que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo incluída como um componente da Seguridade Social. Os objetivos do PSF estão focados para a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. O fisioterapeuta é um profissional de saúde que aos poucos vai se inserindo nas equipes do PSF, contribuindo para a ampliação do atendimento da população na Saúde Coletiva. Algumas questões são levantadas no que diz respeito à atuação do fisioterapeuta no PSF.*

**Palavras-chave:** Atenção primária; PSF; Fisioterapia.

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o processo de reorientação das políticas de saúde do Estado Brasileiro tem se pautado no direcionamento geral conferido à Reforma do Estado e no movimento desencadeado pela Reforma Sanitária. Nesse sentido, a legislação básica do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei 8080/90 e Lei 8142/90, tem direcionado a formulação e implementação de práticas voltadas para a reorganização do modelo assistencial, com ênfase na atenção básica.

Nesse sentido, o Brasil vive, desde 1994, o processo de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), cujo objetivo é priorizar a prevenção e promoção da saúde, ampliando o acesso e a participação da população nas políticas de saúde. Trata-se de uma proposta que desafia o modelo tradicional, e parece ser um caminho sem volta pois as políticas de saúde a partir da década de 1990 caminham para a consolidação desse processo.

### A PROPOSTA DO PSF

As origens do PSF estão nos movimentos reformistas das décadas de 1970 e 1980, que visavam substituir o modelo tradicional de saúde. Aparece como o resultado do Movimento da Reforma Sanitária, que, aproveitando o momento de abertura política, vem na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) estabelecer as grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Para TEIXEIRA e colaboradores (1980) e PAIM (1999) existem dois modelos assistenciais convivendo de forma contraditória ou complementar: o Modelo Assistencial

---

\* Fisioterapeuta, pós-graduado em Fisioterapia no Tratamento da Postura e da Dor, especialista em Acupuntura, aluno regular do curso de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da UCSAL. E-mail: [sergiomeccafisio@yahoo.com.br](mailto:sergiomeccafisio@yahoo.com.br). Orientadora: Professora Doutora Isabela Cardoso Pinto.

Médico Privatista, com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico-terapêutico, e o Modelo Assistencial Sanitarista, com campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Na década de 80 surgem modelos assistenciais alternativos voltados para a qualidade de vida, buscando articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na dimensão individual e coletiva. As discussões sobre esses novos paradigmas para a saúde colaboraram para a construção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Brasileira de 1988, que estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo incluída como um componente da Seguridade Social.

A Atenção Básica é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 1999).

Modelo Assistencial da Vigilância da saúde é o eixo de um processo de reorientação dos modelos assistenciais do SUS. A reorganização da atenção básica é a etapa fundamental para a implementação do Modelo Assistencial da Vigilância da Saúde.

Essas reorientações das diretrizes do SUS passaram a orientar e fundamentar as ações no campo da saúde. Foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1991 foi criado oficialmente pelo Ministério da Saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) fundamentou os princípios do SUS: Saúde como direito, Integralidade da assistência, Universalidade, Equidade, Resolutividade, Intersetorialidade, Humanização do atendimento, Participação (BRASIL, 1999).

Os objetivos do PSF estão focados para a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para cura das doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de PSF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2000).

As diretrizes do PSF foram lançadas em março de 1994 e as Unidades de Saúde da Família começaram atuando através de uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico, uma enfermeira, um ou dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Outros profissionais de saúde foram incorporados, como os dentistas no Programa de Saúde Bucal, em 2001.

Formada equipe multidisciplinar, Equipe de Saúde da Família (ESF), inicia-se o desafio do trabalho em equipe com responsabilidade sobre um território onde vivem ou trabalham em torno de 4.500 pessoas ou 1.000 famílias. Responsabilidade territorial é considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população acompanhada.

O que diferencia o PSF do modelo tradicional é a abordagem integral do indivíduo. Conhecer os problemas que a população está exposta e obter informações importantes para melhor conhecimento das famílias. A ESF tem maior facilidade em identificar a origem dos problemas de saúde e as necessidades das famílias e da população. Planejar, priorizar e organizar o atendimento na Unidade de Saúde levando em consideração as famílias e buscando ações

multiprofissionais. “A ESF é capaz de resolver até 85% dos casos atendidos na USF” (BRASIL 2002). ESF deve trabalhar de forma interdisciplinar, inclusive com formação e treinamento de voluntários, estagiários e auxiliares para que estes possam auxiliar no diagnóstico da situação local da população e no planejamento e execução de ações de enfrentamento dos problemas.

## A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE DO PSF

As diversas profissões da área de saúde sempre encontraram dificuldades para definir o seu objeto de trabalho. A formação curricular é estruturada em um modelo hospitalocêntrico com pouca ênfase na atenção primária e prevenção. Com a implantação do PSF surge a necessidade de uma formação mais adequada aos profissionais de saúde para trabalhar nesse novo modelo.

O fisioterapeuta é um profissional de saúde marcado historicamente na assistência curativa, recuperativa e reabilitadora. Na época do surgimento da fisioterapia não interessavam os determinantes dos problemas de saúde ou quais eram as condições sócio-econômicas que a população estava exposta, e não havia uma visão global dos pacientes, o que prevalecia era uma visão fragmentada do indivíduo, ou seja, a parte doente ou afetada, e qual era o tratamento adequado para sua recuperação e retorno às condições anteriores para que o indivíduo voltasse à sua integração social (REBELATTO; BOTOMÉ, 1987, p. 43).

O fisioterapeuta ainda tem como objeto de trabalho o indivíduo doente, normalmente com alteração da funcionalidade. A intervenção fisioterapêutica é direcionada ao segmento corporal afetado e sem ações interdisciplinares, ou seja, cada profissional de saúde faz sua intervenção de maneira isolada, sem trocar informações e discutir as ações que serão executadas com os outros profissionais envolvidos no tratamento do paciente.

Com o crescente interesse dos profissionais de saúde em atuar na Saúde Coletiva, o fisioterapeuta começa a se inserir no campo de atuação preventiva, priorizando as ações de promoção de saúde e proporcionando à população a chance de maior qualidade de vida a partir da adoção de hábitos de vida mais saudáveis, prevenção de alterações posturais e dando também continuidade às ações curativas. Vários fisioterapeutas em diversas regiões do Brasil estão atuando em PSF ou em ações de atenção primária. Esse número aumenta dia-a-dia, obrigando os cursos de graduação em fisioterapia a reformularem as suas grades curriculares com atenção voltada à Saúde Coletiva.

No município de Sobral, no Ceará, o fisioterapeuta iniciou sua atuação com um profissional no ano de 1999 (VERAS, 2002, p. 23). Segundo a revista O COFFITO (2003, p. 15), o mesmo município já contava com seis fisioterapeutas em 2003.

Em Campos dos Goytacazes, no Rio de Janeiro, atuavam dez fisioterapeutas em 2003, com carga horária de 40 horas semanais exclusivamente no PSF (COFFITO 2003, p. 19). Em Macaé, também no Rio de Janeiro, ocorreu a inserção de um profissional em 2001 (COFFITO, 2003, p. 20).

Muitos outros municípios brasileiros estão contratando, sem concurso público, fisioterapeutas para atuarem na atenção primária. A cidade de Curitiba, capital do Paraná, tem 20 fisioterapeutas, contratados por concurso público, atuando nas Unidades de Saúde da Família, sendo 2 profissionais para cada distrito sanitário.

## CONCLUSÃO

Muitos questionamentos podem ser levantados a respeito da inserção do fisioterapeuta no PSF. A principal questão diz respeito à atuação profissional: o fisioterapeuta está inserido no Programa de Saúde da Família atuando na promoção de saúde ou como reabilitador seguindo o modelo tradicional da profissão? O PSF é mais um campo de atuação profissional ou um modelo transformador na atuação do profissional de saúde, em particular o fisioterapeuta?

## REFERÊNCIAS

AQUINO, R. et al. Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família. Vol II Polo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família. Salvador 2002.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. São Paulo, n. 18 março de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Saúde da Família. Brasília. Ministério da Saúde, 2000.

PAIM, J. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999.

REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. Fisioterapia no Brasil: perspectivas da evolução como campo profissional e como área de conhecimento. São Paulo: Manole, 1987.

AQUINO, R. et al. Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família. Vol II Polo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família. Salvador 2002.