

CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNDAÇÃO ASSIS GURGACZ

ALEXANDRO JUNIOR VIANA

THIAGO CIRQUEIRA KUBOTA

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA NOS PROJETOS DE
EDUCAÇÃO A SAÚDE.**

CASCADEL - PR

2019

**ALEXANDRO JUNIOR VIANA
THIAGO CIRQUEIRA KUBOTA**

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA NOS PROJETOS DE
EDUCAÇÃO A SAÚDE.**

Trabalho apresentado como requisito parcial de nota de
Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia do
Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG.

Orientador: **Carlos Eduardo Yukio Tanaka**

CASCADEL – PR

2019

RESUMO

Introdução: A educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Nesse sentido tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS. **Objetivo:** Verificar sobre a importância a inserção do profissional Fisioterapeuta no Programa de Educação em Saúde, além do trabalho desenvolvido pelo mesmo na atenção primária a saúde e elencar sobre a contribuição para melhoria da qualidade de vida dos usuários. **Considerações finais:** Conclui-se que os Fisioterapeutas inseridos nas equipes de Educação em Saúde e Saúde Pública ainda são escassos, mas que inseridos são de grande valia tanto para qualificação das equipes multidisciplinares existentes quanto para melhorar a qualidade de vida da população, diminuindo a demanda nas atenções secundárias e terciárias a saúde.

Palavras chaves: Atenção Básica, Atenção Primária, Educação em Saúde, Fisioterapia, Prevenção, PSF, Saúde Pública.

1. INTRODUÇÃO

A educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários.

Nesse sentido tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania. É preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, deve estar presente nos processos de educação permanente para o controle social, de mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna.

O princípio da integralidade do SUS diz respeito tanto à atenção integral em todos os níveis do sistema, como também à integralidade de saberes, práticas, vivências e espaços de cuidado. Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais. Nesse sentido apresenta-se a educação popular em saúde como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos.

A educação em saúde é um campo de práticas e de conhecimento do setor Saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da Educação em Saúde no Brasil, mas até a década de 70, a Educação em Saúde foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados. Para os grupos populares que conquistaram maior força política, as ações de Educação em Saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência individualizada à saúde.

Nos anos 70, junto aos movimentos sociais emergentes, começam a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculados do Estado, onde profissionais de saúde aprendem a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local. Com o processo de abertura política, movimentos populares, que já tinham avançado na discussão das questões de saúde, passam a reivindicar serviços públicos locais e a exigir participação no controle de serviços já estruturados. A Educação em Saúde busca ser uma assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos. Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde.

Com a conquista da democracia política e a construção do Sistema Único de Saúde, na década de 80, estas experiências localizadas de trabalho comunitário em saúde perderam sua importância. Os movimentos sociais passaram a lutar por mudanças mais globais nas políticas sociais. Os técnicos que nelas estiveram engajados agora ocupam espaços institucionais amplos onde uma convivência direta tão intensa com a população não é mais possível.

Atualmente, há duas grandes interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a população: os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana dos profissionais com a população nos serviços de saúde. A segunda interface, na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, permite um rico aprendizado dos caminhos de uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos.

Nesse sentido, os conhecimentos construídos nessas experiências mais localizadas são fundamentais para o norteamento das práticas educativas nos grandes meios de comunicação de massa, sendo o objetivo uma metodologia participativa.

2. BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA

As duas últimas décadas foi de intensas transformação no sistema único de saúde no Brasil. No início da década de 80, e na segunda metade dos anos 70, as proposições formuladas pela OMS, na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000, principalmente pela saúde de atenção primária. Nessa mesma época inicia a Reforma Sanitária Brasileira, constituído por uma parcela universitária e dos profissionais da área da Saúde.

O movimento iniciado em regime autoritário da ditadura militar, foi organizada pela construção de uma nova política de saúde democrática, assim considerando descentralização, universalização e unificação dos elementos essenciais. Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Em 1982 foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), o qual implementava a política de Ações Integradas de Saúde (AIS).

A PNAISH surgiu da demanda específica de incluir os homens na atenção à saúde, considerando os indicadores que apontavam e ainda apontam a necessidade de se olhar para a saúde dos homens. A pactuação e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreram em meio a um cenário de precárias condições da atenção à saúde no país. O objetivo era melhorar a qualidade dessa atenção, rompendo com um passado de descompromisso social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, aconteceu no mês de março de 1986, onde foi considerado um marco histórico, que preconiza o Movimento da Reforma Sanitária. Logo no ano seguinte é adquirido o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), onde tem como diretrizes a universalização e a equidade no acesso dos serviços. Em outubro de 1988, ocorre a dedicação a saúde na nova Constituição Federal, que tem como resultado todo processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, assim então criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que é determinado como a saúde direito de todos e dever do Estado. (Art.196). Assim, o acesso universal e igualitário dos serviços de saúde, com a participação da comunidade, atendimento integral, prioridade para atividades primárias que cabe a prevenção de doenças. A Lei nº 8.080, que foi decretada em 1990, que decreta as atribuições do SUS em três níveis de governo, sendo Federal, Estadual e Municipal, decreta ainda a ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Diretriz geral

A Fisioterapia foi reconhecida como curso superior em 1969 e, para legislar e estabelecer o código de ética regularizando a atuação do fisioterapeuta criou-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e, com a função de legalizar e fiscalizar o serviço do fisioterapeuta criou-se os Conselhos Regionais (CREFITO) conforme a Lei no 6.316 de 17 de dezembro de 1975 (NAVES; BRICK, 2011). Até a década de 1980, a atuação do fisioterapeuta estava restrita à recuperação e à reabilitação. Foi a partir desta década que a Fisioterapia passa a incorporar a promoção e a prevenção da saúde da população como área de

atuação. Desde então, os cursos de Fisioterapia têm incorporado a prevenção e a promoção nas suas estruturas curriculares (NEVES; ACIOLE, 2011).

Assim, a atuação Fisioterapêutica não se restringe apenas ao campo curativo e da reabilitação, mas também nas ações de prevenção, educação pela saúde, além da intervenção domiciliar que propicia uma melhora da qualidade de vida do paciente (MACIEL et al., 2005; BISPO JUNIOR, 2010; AVEIRO et al., 2011).

Uma das competências gerais da Fisioterapia, assim como das demais profissões da saúde, é a atenção básica em saúde, a partir da qual ultrapassa o modelo individualista consoante ao novo paradigma de saúde, definido nas políticas públicas de saúde do país constituindo assim a integralidade (BAENA; SOARES, 2011).

Com a crescente demanda de fisioterapeutas na atenção básica, torna-se necessário esclarecer as amplas possibilidades de atuação, que ainda não são totalmente exploradas. As ações são restritas em alguns municípios, principalmente no que concerne à prevenção de agravos e prevenção de saúde (AVEIRO et al., 2011).

Todavia, sabe-se que quando inserido na atenção primária pode ser um profissional de grande valia nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (PEIXOTO; MATOS; BARBOSA, 2007; SILVA; ROS, 2007).

O Fisioterapeuta está conquistando seu espaço na saúde coletiva e adquirindo importância nos serviços de atenção primária como no caso da ESF. Esta inserção é um processo em construção, que maximiza o seu trabalho, alcançando grupos de pessoas e influenciando positivamente na melhoria da qualidade de vida da sociedade (MACIEL et al., 2005; RAGASSON et al., 2006).

3.2 Diretriz específica

O fisioterapeuta, atuando de forma integrada à equipe, é capaz de planejar, implementar, controlar e executar políticas em saúde pública, tendo uma ação integral em todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, dando assistência integral às famílias, desde a criança até o idoso (RAGASSON et al., 2006).

A presença do Fisioterapeuta na comunidade se torna relevante obedecendo aos princípios do atual modelo de saúde e conseqüentemente promovendo a melhoria da qualidade de vida da população. O modelo de saúde coletiva visa acrescentar novas possibilidades e necessidades da atuação do Fisioterapeuta diante da nova lógica de organização do SUS, porém sem extinguir as ações de cura e reabilitação (BISPO JUNIOR, 2010; CRUZ et al., 2010).

O fisioterapeuta deve atuar no âmbito comunitário, incentivando e estimulando a participação da comunidade nas questões relacionadas à saúde. E no que tange ao desenvolvimento de habilidades pessoais, deverá atuar no desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis tais como incentivo à prática da atividade física regular; adoção de hábitos alimentares saudáveis; combate ao tabaco, ao álcool e às drogas ilícitas; educação sexual para jovens e adultos; e incentivo à valorização da própria saúde e saúde da comunidade. Assim, o fisioterapeuta contribuirá ao desenvolvimento da promoção da saúde (BISPO, 2010).

4. ATRIBUIÇÕES

4.1 Governo Federal

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública por todo o Brasil, em estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

4.2 Governo Estadual

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

4.3 Governo Municipal

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros

municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

5. EQUIPE DE TRABALHO

O PSF é um exemplo de equipe que trabalha com objetivo de promover a educação em saúde, tendo como enfoque a atenção primária a saúde. A sua equipe é composta basicamente por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários da saúde. Têm como prioridade as ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma contínua e integral, cujo objetivo é regenerar a prática assistencial em novos fundamentos e normas, em substituição ao modelo de assistência à saúde tradicional, orientando para a cura de doenças.

5.1 Geral

Médico: Estimular a participação comunitária em ações que visem a melhoria e qualidade de vida, realizar ações de promoção a saúde, orientar educação em saúde, realizar consulta clínica em ambulatório e domicílio, trabalhos com grupos, aferir os dados antropométricos de altura e peso, avaliar os casos de risco e tratar agravos a saúde associados (hipertensão arterial, dislipidemias, diabetes etc.).

Enfermeiro: Estimular a participação comunitária para ações, que visem a melhora da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, orientações sobre cuidados a educação em saúde, acompanhar as ações dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, aferir dados antropométricos de peso e altura, avaliar os casos de riscos e quando for necessário buscar o apoio necessário, utilizar o serviço clínico ou outros profissionais.

Agente comunitário: Estimular a participação comunitária para ações que visem a melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoção de saúde, com ações educativas individuais e coletivas no domicílio e na comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro instrutor-supervisor lotado na unidade básica de saúde de sua referência, identificar crianças e famílias em situações de riscos.

Auxiliar de enfermagem: Estimular a participação comunitária, para as ações que visam a melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar ações de promoções de saúde, orientar sobre educação e saúde, aferir dados antropométricos de peso e altura nas pré consultas; identificar com os agentes comunitários de saúde, as famílias e os usuários em risco nutricional,

participar e coordenar atividades de educação permanentes no âmbito da saúde e nutrição, sob a forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso, e demais metodologia e aprendizado em serviços, e participar de reuniões de equipe de planejamento e educação a saúde.

5.2 Fisioterapeuta

Por definição, Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Algumas das funções do fisioterapeuta são: a construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais; prescrever condutas fisioterapêuticas e acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e das condições para a alta do serviço de saúde. Na atenção básica em saúde, pode participar das equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, implementação, controle e execução de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde; pode promover e participar de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde; pode participar do planejamento e execução de treinamento e reciclagem de recursos humanos em saúde e participar de órgãos colegiados de controle em saúde.

6. RELAÇÃO DO PROGRAMA / ATENÇÃO BÁSICA

O PSF prioriza as ações preventivas, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma contínua e integral, cujo objetivo é regenerar a prática assistencial em novos fundamentos e normas, em substituição ao modelo de assistência à saúde tradicional, orientando para a cura de doenças.

O PSF não exclui e nem se opõe ao serviço prestado pelo SUS, ao contrário, vem complementá-lo. O objetivo do PSF é ampliar a cobertura de atenção à saúde da família e melhorar a qualidade de vida da população em geral.

Segundo Fernandes, citado por Barros (2003), a Fisioterapia se apresentava como uma área de recursos atuantes exclusivamente voltados para pessoas doentes, quando a assistência ainda era voltada a reabilitação ou a recuperação funcional das condições físicas que o paciente perdeu. Por consequência, o Fisioterapeuta pode atuar no campo da saúde na prevenção das causas das doenças que atingem a população.

De acordo com Schwingel, citado por Barros (2003), o Fisioterapeuta pode e deve ter um lugar de destaque, participando de uma equipe multidisciplinar, construindo uma nova forma de organizar e facilitar os serviços de saúde.

Segundo Barros (2003), o Fisioterapeuta é um profissional liberal, pleno e autônomo da área da saúde, o qual já deixou de ser apenas um reabilitador, e hoje vem atuando, nas áreas de promoção, prevenção e atenção primária a saúde, em todos os aspectos no tratamento das diversas patologias, como a dermatologia; saúde do trabalho; pediatria; ginecologia; ortopedia; traumatologia; neurologia; cardiologia; pneumologia; reumatologia, e muitas outras áreas.

O Fisioterapeuta é um profissional que não depende da indústria da farmácia e tem custos de diagnóstico terapêutico muito baixo, assim o tornando um profissional útil e necessário para atender as demandas na área da saúde, onde a desigualdade social é grande e o investimento na saúde é insignificante.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre o programa de Educação em Saúde no Brasil, sobre a atuação das equipes de saúde e, também sobre o papel individualizado e coletivo de seus integrantes. Além disso, teve como enfoque principal buscar e analisar informações sobre a atuação do fisioterapeuta dentro do programa, e o quanto pode ser importante para qualificar o trabalho da saúde.

Foi observado que há muitos profissionais da fisioterapia seguindo para a saúde pública, mas que ainda há resistência quanto a sua inserção nas equipes de Educação em Saúde e na Saúde Pública em geral. Essa inserção vem ocorrendo de forma lenta e gradativa. Apesar de poucas informações encontradas para esse estudo, é possível analisar que o Fisioterapeuta inserido na atenção primária poderá sim desenvolver uma atuação diferenciada e humanizada além de promover uma melhor qualidade de vida para a população, assim, diminuindo a demanda de atendimentos e tratamentos multidisciplinares.

Portanto é possível verificar que a inserção do Fisioterapeuta na atenção primária da saúde, além de beneficiar o Sistema Único de Saúde pode reduzir a demanda de atendimentos nos níveis secundário e terciário, vendo que esse profissional atua principalmente da prevenção de enfermidades, viabilizando assim, acesso para população a uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Adventista, F., & Sensoperceptiva, P. (2015). *A Importância do Fisioterapeuta como Agente Educador de Saúde na Unidade Básica de Saúde da Família The importance of physiotherapist as an agent of health education in Family Health Unity*. 5–14.
- Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007). *Caderno de educação popular e saúde*. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf.
 Acesso em: 20 de Março de 2019.
- David, M. L. O., Ribeiro, M. Â. G. de O., Zanolli, M. de L., Mendes, R. T., Assumpção, M. S. de, & Schivinski, C. I. S. (2013). Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. *Saúde Em Debate*, 37(96), 120–129.
- Dirce, P. M. (2014). O FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) Autoras : Gláucia Golono Salvador Juliana Aparecida Santos Delfraro Profª . Fabianne Garcia PHYSICAL THERAPIST IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM (FHP). *Inesul – Fisioterapia*, 1(1), 7.
- Lucchetta, R. C., Sarra, R., Mastroianni, P. D. C., Carlos, J., Galduróz, F., Silva, A., ... Sim, L. C. (2009). Amaq- ab. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(4), 1–16.
- Patrizzi, L. J. (2015). a Fisioterapia Na Atenção Primária Á Saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde No Contexto Social*, 3(3), 33–41.
- Shetsuko, H., Yoshinaga, H., Miranda, R. A. De, Moussa, L., & Mendes, P. (2017). *Pesquisa e Ação V3 N2 : Dezembro de 2017 A fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda , previne e trata especificamente os distúrbios cinéticos funcionais em órgãos e sistemas do corpo humano , gerados por alterações genéticas , por traumas e por doenças*.