

IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Página | 8

Afonso Rossafa

Médico Clínico Geral - Prefeitura de Campinas

jalcps@uol.com.br

Renata Porto Bugni

Programa de Pós-graduação em Gestão de Políticas

Públicas (USP)

rbugni@usp.br

Resumo: Este estudo pretende avaliar a importância de o profissional de fisioterapia ser parte de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), melhorando o atendimento integral do paciente e a qualificação da equipe multidisciplinar. Trata-se de uma pesquisa por meio de revisão bibliográfica visando recuperar o conhecimento científico acumulado e contribuir com o enriquecimento da bibliografia sobre o tema pesquisado. Foram analisados artigos da área de saúde sobre o programa saúde da família no período de 1994 a 2015 voltados para prevenção, saúde pública, integralidade e promoção da saúde. A partir do que foi observado na literatura pesquisada se verifica a necessidade da inserção do fisioterapeuta nas equipes de saúde, já que o atendimento é efetuado a uma população carente, que envelhece rapidamente e necessita de uma equipe multidisciplinar com profissionais capacitados a atender suas necessidades. Dentre as atividades que o fisioterapeuta realiza, destacam-se os treinamentos de marcha para pessoas com dificuldades para andar higienização brônquica e orientação respiratória para adultos; e orientação para os idosos quanto à prevenção de quedas (Baena, 2012). Concluiu-se, diante dos casos apresentados, que houve diminuição das sequelas físicas e das hospitalizações ocasionadas pelas doenças crônicas não transmissíveis com diminuição das intervenções por condições sensíveis à atenção básica. Essas conclusões justificam a recomendação de inserção do fisioterapeuta nas equipes de ESF.

Palavras-chave: ESF; Equipes de Saúde da Família; Fisioterapeuta; Fisioterapia; Atenção Básica.

Abstract: This study intends to evaluate the importance of the physiotherapist in Family Health Care Strategy (FHS) team, considering the improvement of the integral care of the patient as well as the and the participation of other professionals. This research was conducted through a bibliographical review aiming to recover the accumulated scientific knowledge and to contribute to further reflections on the topic. Articles investigating the

family health program in the period from 1994 to 2015 focused on prevention, public health, integrality and health promotion were analyzed. It has been observed in the consulted literature that seems necessary to insert the physiotherapist in the health teams, since the care is mainly given to a vulnerable population, who ages rapidly and could be benefited by a diverse multidisciplinary team with professionals trained to meet their needs. Among the activities that the physiotherapist performs, stand out the walking trainings for people with difficulties to walk bronchial hygiene and respiratory orientation for adults. It is also worthy to mention their role in counseling the elderly regarding falls prevention. The cases presented pointed out that there was a decrease in physical sequelae and hospitalizations caused by chronic noncommunicable diseases, with a decrease in interventions due to conditions sensitive to primary care when a physiotherapist was present at the FHS, justifying the recommendation of insertion of this professional in the teams.

Key words: FHS, Family Health Care Teams; Physiotherapist; Health Basic Attention.

1. Introdução

Defende-se, hoje, que a inclusão de um fisioterapeuta no atendimento integral de pacientes aumentaria a resolubilidade dos casos e a prevenção de incapacidades, em especial entre a população idosa. Este fato torna-se ainda mais relevante tendo em vista que hoje há um envelhecimento populacional no Brasil.

Segundo Trelha *et al.* (2002), o desenvolvimento de políticas de saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro das equipes de saúde são necessárias para promover a integração do profissional na comunidade.

O fisioterapeuta atuaria dentro da equipe multidisciplinar contribuindo com o atendimento em atividades coletivas, individuais e também com o atendimento domiciliar, promovendo saúde, prevenção e ainda atuando na reabilitação de pacientes que apresentam patologias crônicas e incapacitantes.

Tendo em vista a defesa de um atendimento mais qualificado aos pacientes e, devido às dificuldades de locomoção dos pacientes aos centros de referências por questões como dificuldades financeiras e também advindas de problemas físicos como as patologias crônicas debilitantes e incapacitantes, pergunta-se: a inclusão de profissional de fisioterapia nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliaria a qualidade do atendimento, contribuindo com a prática da clínica ampliada? Qual a importância desse atendimento, especialmente para a população idosa? O atendimento ao usuário do SUS hoje está de acordo com os princípios estabelecidos pelo SUS?

Pretendemos, portanto, avaliar a importância do profissional de fisioterapia integrar, de forma permanente, uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) visando

melhorar o atendimento integral ao paciente e também com resolubilidade e qualificação da equipe multidisciplinar.

Além disso, propomos identificar, com base na literatura da área, em que medida a composição de um fisioterapeuta à ESF promoveria a redução dos agravos e a melhoria da qualidade de vida, principalmente no que concerne as incapacidades funcionais decorrentes de patologias crônicas osteodegenerativas, que afetam especialmente os idosos.

O estudo foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica, visando recuperar o conhecimento científico acumulado e contribuir com o enriquecimento da bibliografia sobre o tema pesquisado (Lima & Miotto, 2007). A análise se concentrou em artigos da área de saúde, envolvendo os períodos desde a criação do programa de saúde da família em 1994 até a presente data (2015), e voltados principalmente para prevenção, saúde pública, integralidade e promoção de saúde. A pesquisa tem fins de aplicabilidade nas equipes de saúde das unidades básicas do país.

2. Desenvolvimento

A tendência contemporânea exige profissionais que, além do domínio técnico, apresentem uma formação geral, ou seja, cidadãos capazes de integralmente prestarem atenção à saúde de outros cidadãos, através do trabalho em equipe e na forma de uma atenção humana e sensível (Brasil - Portaria n° 648, 2006).

Segundo Trelha *et al.* (2007), o desenvolvimento de políticas de saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro das equipes de saúde são necessárias para promover a integração do profissional na comunidade. Cerca de 40% da população adulta brasileira (57,4 milhões de pessoas) possui pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), segundo dados inéditos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). O levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o IBGE, revela que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44,5%) e o sexo masculino é acometido em (33,4%). As DCNT são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil.

A hipertensão arterial atinge 21,4% da população e aumenta com o passar da idade. O levantamento mostra também que o acompanhamento da Atenção Básica tem sido fundamental para reduzir os desfechos mais graves da doença. Dentre os hipertensos que receberam assistência médica no último ano, 45,9% foram tratados em uma UBS - Unidade Básica de Saúde.

A Política Nacional da Saúde (PNS) (PORTAL BRASIL, 2014) traz, pela primeira vez, o percentual de brasileiros que afirmam ter um diagnóstico médico de problema crônico na coluna vertebral. Atualmente, 27 milhões de adultos no país são acometidos pela doença, o que corresponde a 18,5% da população. A doença crônica da coluna está diretamente ligada ao envelhecimento. No grupo com mais de 65 anos de idade as proporções atingem 28,9% das pessoas. Apenas 18,9% destes pacientes praticam exercícios físicos ou fazem

fisioterapia. O Ministério da Saúde tem investido no atendimento oferecido pela Atenção Básica, por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF).

A ESF é um modelo de atenção do cuidado e tem por objetivo reorganizar a atenção básica, que é a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde, atendendo aos seus preceitos (Portal da Saúde, 1997). A ESF privilegia a construção de redes de atenção e cuidado, constituindo-se em apoio às equipes de saúde da família e ampliando sua resolubilidade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. A ESF é tida pelo Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por fornecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios da atenção básica, de ampliar a resolubilidade e impactar as condições de saúde das pessoas e coletividade, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Portal da Saúde, 2015).

A nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria MS/GM 2.488, de 21 de outubro de 2011, revisou as diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a ESF. A PNAB considera equivalentes os termos atenção básica e atenção primária Nascimento & Oliveira, 2010; Brasil - Portaria n° 2488, de 21 de outubro de 2011).

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde. Nas equipes da ESF propõe-se a presença de profissionais de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interagem entre si para que o cuidado do usuário seja de forma integral (Nascimento & Oliveira, 2010; Brasil - Portaria n° 2488, de 21 de outubro de 2011).

O monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde permitiu concluir que, quanto maior a cobertura da ESF, menor é a proporção de intervenções por condições sensíveis à Atenção Básica. O encaminhamento a hospitais diminuiu em 20%, o que mostra um maior grau de resolubilidade da Atenção Básica, principalmente entre os pacientes com diabetes mellitus e os com hipertensão arterial (Portal Brasil, 2014).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), a população com 65 anos ou mais cresceu 45% entre os anos de 1991 e 2000, com uma taxa de crescimento anual próxima aos 4%, enquanto o ritmo de crescimento médio anual da população foi de 1,6%. Estimativas indicam que a população de idosos poderá exceder 30 milhões de pessoas até 2022, aproximadamente 13% da população brasileira.

No entanto, o envelhecimento não é sinônimo de incapacidade funcional. No estudo de Parahyba *et al.* (2005), entre as mulheres de 85 anos, muitas reportaram não ter nenhuma dificuldade para caminhar mais de um quilômetro. Portanto, tendo em vista estas informações, investimentos públicos em atividades voltadas para a terceira idade tornam-se importantes com programas para prevenção dessas morbidades favorecendo uma melhor qualidade de vida para esta população.

Para que estes aspectos sejam contemplados, há a necessidade de adoção de estratégias multi e interdisciplinares enfocando a avaliação da qualidade de vida. Segundo Neri (2004), para a criação de programas de atenção ao idoso, é necessária a compreensão do conceito de qualidade de vida. Nilsona et al (2005) relata que os quesitos considerados mais importantes na qualidade de vida para os idosos foram ter um papel na família e na sociedade e continuar física e economicamente funcionais.

Portanto, é necessária a participação de um fisioterapeuta para atuar de forma permanente nas ESF, com o objetivo de criar vínculos com a população, facilitar o acesso dessas pessoas ao atendimento fisioterápico, visto que na maioria dos municípios brasileiros as equipes de ESF não contam com os saberes do profissional de fisioterapia, o que acarreta um atendimento em desacordo com os princípios da clínica ampliada, com a multidisciplinaridade e a qualificação do atendimento integral, visto que os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são a universalidade, a equidade e a integralidade do atendimento (APM, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela portaria 648 GM de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil - Portaria n° 648, 2006). A ESF foca no atendimento integral, tendo como concepção a abordagem multiprofissional da equipe de saúde. Neste sentido, a presença do fisioterapeuta seria de extrema importância na qualificação da equipe e na resolubilidade dos casos.

A atuação dos fisioterapeutas seria voltada para o atendimento individual, coletivo e domiciliar, facilitando assim o atendimento de pessoas com incapacidades e dificuldades de irem até a UBS. Criam-se, assim, vínculos entre o profissional e o paciente, o que traz satisfação a ambos (Brasil *et al.*, 2005). Além desses atendimentos, o fisioterapeuta também poderia atuar na equipe multiprofissional e interdisciplinar no núcleo de saúde coletiva, afim de agregar saberes e práticas, produzindo, inclusive, um apoio educativo para a equipe de saúde (Figueiredo, 2012).

Vale igualmente ressaltar que as equipes ou profissionais de referência são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva, dessa forma, ampliar as possibilidades de construção de vínculos entre profissionais e usuários. (Campos, 2006). Oferecer à população ações de saúde acessíveis, resolutivas e humanizadas é uma responsabilidade a ser compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS (Brasil, Portaria n° 648, 2006).

Desta forma, grande parte da demanda para fisioterapia, que sobrecarrega as unidades referenciais em reabilitação, poderia ser prevenida e/ou tratada nos centros de saúde.

Paralelamente, Aveiro (2008) relata que, em situações de prevenção de agravos e promoção à saúde, de um modo geral, o fisioterapeuta pode contribuir com a identificação

de grupos vulneráveis da área de atuação e de fatores de risco para doenças crônicas, na investigação de evidências da efetividade de ações de práticas de cinesioterapia, atividade física e recursos analgésicos no controle e prevenção de doenças crônicas. Conseqüentemente, a prevenção e o tratamento das doenças crônicas requerem disponibilidade de uma equipe multidisciplinar, capaz de atender a saúde na sua dimensão coletiva (Castro, 2006).

Para Mattos (2004), a integralidade representa, igualmente, uma boa prática para todo profissional de saúde, qualquer que seja seu local de atuação. A integralidade é a principal diretriz do SUS, e tem como característica atender o usuário de forma holística, integral, principalmente pelo aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto clínicas quanto sanitárias, por meio da responsabilização compartilhada entre a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes de saúde da família. (Nascimento & Oliveira, 2010; Brasil -Portaria n° 2488, de 21 de outubro de 2011).

Dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Ministério da Saúde criou, em 2008, o NASF para garantir a presença de apoiadores multidisciplinares como terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, médicos geriatras, acupunturistas, homeopatas, ginecologistas, educadores físicos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Estes estão inseridos na equipe que tem proposta de atendimento integral do SUS (Sistema Único de Saúde), de ampliação das ações de Atenção Básica e de interação com outros profissionais (Nascimento & Oliveira, 2010).

Nas UBS, a atuação do fisioterapeuta pode ser desenvolvida através de ações de educação em saúde, atividades domiciliares, atividades em grupos, atendimentos individuais, ações intersetoriais, acolhimento e investigação epidemiológica (Portes *et al.*, 2011).

É crescente a solicitação da sociedade para que o Estado disponibilize com maior efetividade a atenção fisioterapêutica. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul com a população que utiliza os serviços de saúde, 65% o faz através do SUS. Um estudo verificou que, entre os usuários de fisioterapia, 66% utilizam o SUS, 25% utilizam planos de saúde ou convênios e 9% consultas particulares (Siqueira, Facchini & Hallal, 2005).

A compreensão e a inserção do profissional na comunidade devem ser adquiridas pela educação permanente bem direcionada e elaborada (Paula *et al.*, 2009). Segundo Machado *et al.* (2007), a integralidade no cuidado tanto de pessoas como de grupos e coletividade necessita da compreensão que o usuário deve ser percebido de uma forma holística, ou seja, considerar a história, o ambiente social e político, articulado ao meio ambiente e à sociedade na qual ele se insere e em seu contexto familiar.

A partir do que foi observado na literatura pesquisada, verifica-se a necessidade da inserção do fisioterapeuta nas equipes de saúde. Uma população carente e que envelhece rapidamente necessita de uma equipe multidisciplinar com profissionais capacitados que atenda às suas necessidades básicas de saúde. É plausível supor que haja uma concordância

entre os diferentes autores, citados anteriormente, de que existe um foco no atendimento integral, na promoção de saúde, na prevenção de doenças e no compartilhamento de outros saberes, que qualificam as equipes da Estratégia de Saúde da Família, visando melhorias no atendimento e na resolubilidade dos casos (Assis *et al.* 2008; Arruda *et al.* 2009; Mattos, 2004; Silva & Da Ros, 2007; Paim *et al.* 2015; Verás *et al.*, 2005; Costa & Carbone, 2009).

Segundo Braga *et al.* (2008), há dificuldade de deslocamento até a Unidade Básica de Saúde (UBS) por parte de muitos usuários, principalmente os idosos, em decorrência de limitações físicas, financeiras e da dinâmica das famílias.

A atenção em fisioterapia ainda na Unidade Básica de Saúde e/ou no próprio domicílio pode contribuir para a resolubilidade ou para uma redução do agravamento de situações que comumente são beneficiadas pela ação desse profissional (Naves & Brick, 2011). Dentre as atividades que o fisioterapeuta realiza, destacam-se os treinamentos de marcha para pessoas com dificuldades para andar higienização brônquica e orientação respiratória para adultos com patologias pulmonares, como asma e enfisema pulmonar: assistência especializada e/ou reabilitação para deficientes físicos; orientação para os idosos quanto à prevenção de quedas; assim como orientação quanto à postura e autocuidado para cuidadores de pessoas acamadas (Baena, 2012).

Um estudo de caso de Sobral (CE) analisa, por sua vez, a inserção desde 1999 do fisioterapeuta nas equipes de saúde multidisciplinares dentro do programa de Estratégia da Saúde da Família. Foi realizada uma pesquisa qualitativa com abordagem descritiva do tipo exploratório e realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários dos serviços de fisioterapia dentro do programa de saúde da família com foco na prevenção de doenças e promoção de saúde. Apesar do pouco tempo da introdução dessa especialidade, os resultados já se mostravam significativos e bastante promissores, mostrando o impacto na saúde geral dos usuários e na sua qualidade de vida com diminuição das limitações físicas e das hospitalizações ocasionadas pelas doenças crônicas principalmente entre os idosos (Verás *et al.*, 2005).

Outro exemplo, na cidade de Ipatinga (MG), o fisioterapeuta passou a integrar uma equipe do programa de saúde da família. Os resultados demonstraram que houve uma melhora significativa no bem-estar dos pacientes com diminuição das dores ocasionadas pelas doenças osteogenerativas (www.coffito.org.br). Em Belo Horizonte (MG), a Secretaria Municipal de Saúde introduziu o fisioterapeuta no programa de controle de hipertensão arterial, diabetes e asma, que fazem parte do grupo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Foram realizados atendimentos domiciliares e na UBS e verificou-se uma substancial melhora na qualidade de vida dos pacientes com uma maior autonomia nas atividades de vida diária e com melhor controle dos índices pressóricos e glicêmicos (Barros, 2003). Os resultados satisfatórios obtidos em algumas cidades do país, mesmo que ainda sejam experiências focais em algumas cidades e regiões do país já mostram as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Desta forma, a cada dia

surgem novas experiências e propostas na busca da atuação deste profissional neste nível de atenção à saúde com o intuito de ampliar a qualidade de vida (Ribeiro *et al.*, 2002).

Um grande desafio é fazer com que a atenção básica entre na agenda prioritária dos gestores, isto é, integre o plano de governo, qualifique os gestores com conhecimentos a respeito das disputas, tensões, atores e recursos que permeiam a atenção básica, garantindo governabilidade na área. Outro desafio é ter uma agenda estratégica para reordenar o SUS nas questões de financiamento das ações de saúde (Pauline *et al.*, 2015). Outro relevante problema para a atenção básica refere-se à questão dos recursos humanos disponíveis para atuar na saúde da família; são notórias a escassez e a insuficiência de profissionais, o despreparo e a precária qualificação destes. Os atuais desafios da atenção básica imprimem a necessidade de desenvolver e aperfeiçoar as iniciativas com vistas à superação dos seus problemas e com o compromisso direcionado à melhoria da qualidade na atenção básica (Caetano & Dain, 2002). O modelo de atenção básica requer dos profissionais conhecimentos e habilidades específicas para trabalharem junto às comunidades, além de criatividade e adequado suporte técnico-científico (Camelo & Angerami, 2008).

Segundo Bispo-Junior (2010), um desafio a ser enfrentado é decorrente da grande quantidade de pacientes que não consegue ter acesso ao serviço de fisioterapia, principalmente para os níveis de atenção secundário e terciário. Dessa forma, o fisioterapeuta inserido na atenção básica fica em situação crítica, pois, fica à mercê desta alta demanda e impossibilitado de realizar outras ações relativas à atuação de um profissional no nível primário de atenção como as ações de prevenção e promoção de saúde, além das dificuldades enfrentadas como a falta de suporte necessário para o atendimento integral ao usuário.

Historicamente, a atuação do fisioterapeuta é entendida como assistência no nível de atenção secundária e terciária, porém, sabe-se que quando inserido na atenção primária pode ser de grande valia para ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (Silva & Da Ros, 2007), como viemos demonstrando ao longo deste trabalho. Geralmente, os alunos estagiários da área de saúde encontram dificuldades nas unidades básicas de saúde, pois os docentes demonstram pouco conhecimento em relação à atenção básica. É um grande desafio a ser vencido no médio prazo. Os alunos acham que neste campo de atuação há pouca intervenção e pouca eficácia, demonstrando pouco interesse para atuação (Deliberato, 2002).

A PNAB foi revista e modificada em outubro de 2011 com o lançamento do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) no Brasil. (Portal Brasil, 2014). Em 2010, A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) fazia uma cobertura de 52,2% da população brasileira através das equipes de saúde da família, e 62,6% por intermédio dos agentes comunitários de saúde. Muito já se conseguiu, porém, os desafios são muitos (Paim, 2012).

Com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde da atenção básica, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Este programa busca avaliar as equipes da Estratégia de Saúde da Família por meio de suas ações que melhorem o acesso e a qualidade. Porém, segundo Giovanella *et al* (2013), persistem grandes desafios na atenção básica, e se destacam a diversidade das realidades dos territórios que denotam a necessidade de modelos assistenciais mais flexíveis em razão dos obstáculos que dificultam a garantia de ações e serviços de atenção básica e a conformação de redes de referência.

Percebe-se, ainda, que a fisioterapia, mesmo incluída no programa de saúde da família, através do Projeto-Lei n° 4261 de 19 de outubro de 2004, na realidade, grande parte das equipes não constam com os saberes deste profissional ainda mais que sua formação historicamente sempre foi voltada para a cura e a reabilitação e não em atividades de atenção primária. O que se nota é que a fisioterapia, muitas vezes necessária, é substituída por tratamento medicamentoso ou o usuário é deslocado a outras regiões, o que dificulta o correto acompanhamento e até a evolução da terapia.

De acordo com o Ministério da Saúde, a expansão e a qualificação da atenção básica que são organizadas pela ESF compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo próprio ministério e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida considerando os processos de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde. É função das políticas públicas de saúde contribuir para que mais pessoas atinjam idades mais avançadas, com o melhor estado de saúde possível, ou seja, o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo e se apresenta como um grande desafio para a ESF (Temporão, 2006).

Atualmente, a ESF é o principal investimento do Ministério da Saúde para promover a reorganização das ações da Atenção Básica visando a consolidação do SUS no país. Ela cumpre o papel estratégico no SUS de garantir a universalidade do acesso, a cobertura universal e a efetividade da integralidade (Paim *et al.*, 2015). A Atenção Básica deve criar ações de atenção à saúde o mais próximo possível das pessoas, buscando resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Houve melhoras desde a criação do SUS, mas, a atenção básica enfrenta desafios antigos, contemporâneos e futuros (Paim *et al.*, 2015) que devem ser resolvidos para permitir maiores avanços em direção a sua qualificação.

Há ainda controvérsias quanto ao desenvolvimento das políticas públicas para a completa consolidação da atenção básica (Magalhães Junior & Pinto, 2014).

3. Considerações Finais

Apesar de incipiente e pontual a inserção do fisioterapeuta em equipes de ESF, nota-se que esta prática está em ascensão e percebe-se uma valorização de sua atuação na

qualificação das equipes. Isso tem contribuído com a resolubilidade e diminuído os encaminhamentos desses usuários para outros níveis da atenção, reduzindo custos e contribuindo para amenizar a falta de vagas nos leitos hospitalares.

Página | 17 Por meio deste levantamento bibliográfico, expusemos a importância do fisioterapeuta nas equipes de ESF para prevenção de doenças, promoção e educação em saúde, além do atendimento integral ao usuário, ampliando e qualificando o cuidado. Essa prática pode contribuir para uma melhor qualidade de vida - principalmente entre os idosos que apresentam patologias crônicas advindas do envelhecimento -, melhorias na autoestima e na autonomia.

Concluiu-se, diante dos casos apresentados, que houve diminuição das sequelas físicas e das hospitalizações ocasionadas pelas doenças crônicas não transmissíveis com diminuição das intervenções por condições sensíveis à atenção básica além de uma melhora no bem-estar dos pacientes com uma melhor interação social, quando da inserção do fisioterapeuta nas equipes de ESF.

Novas pesquisas seriam de grande utilidade para ampliar o conhecimento sobre a importância da ESF como ordenadora da rede e na coordenação do cuidado de forma integral além de pesquisas para analisar se a atenção básica cumpre ou não o seu papel na saúde pública do país.

Referências Bibliográficas

- APM. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (2008). *SUS. O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde* (vol. 1). São Paulo: [s.n.].
- ARRUDA et al. (2002) A importância da inclusão do fisioterapeuta no programa saúde da família. *Anais do Congresso Brasileiro de extensão universitária* 1. Paraíba, João Pessoa: [UFPB]. Recuperado em 30 de agosto de 2015, de <http://prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/saude/fisioterapia.pdf>.
- ASSIS, M.M.A et al. (2008). Atenção Primária e o Direito à Saúde: algumas reflexões. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 297-303.
- AVEIRO, M. C. et al. (2008). Perspectivas de participação do fisioterapeuta no programa saúde da família na atenção à saúde do idoso. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 46, 1467-1478.
- BAENA, C. P.; SOARES, M. L. F. (2012). Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Revista Fisioterapia ame*

Movimento, 25, 419-431. Recuperado em 31 outubro de 2015, de <www.scielo.br/pdf/fm/v25n2/v25n2a20.pdf>.

BARROS, F. B. M. (2003) Autonomia profissional do fisioterapeuta ao longo da história. *Revista Fisiobrasil*, 59(1), 20-31.

Página | 18

BISPO JUNIOR, J. P. (2010). Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1627 - 1636.

BRAGA et al. (2008) Atuação do fisioterapeuta nas equipes de saúde da família. *Revista Investigação*, 8(1-3), 19-24.

BRASIL (2004). Projeto-Lei 4261 de 19 out 2004. Ministério da Saúde. Recuperado em 27 de agosto de 2015, de www2.camara.gov.br/internet/proposicoes, 2004.

BRASIL (2006). Portaria N° 648/GM de 28 de março de 2006. *Política Nacional da Atenção Básica*. Recuperado em 1 de setembro de 2015, de www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.

BRASIL (2008). Portaria GM 154, de 25 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Diário Oficial da União, 18(1), 47-49.

BRASIL (2011). Portaria N° 2488, de 21 de outubro de 2011. *Brasil Aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários (PACS)s*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF:[s.n.] 204 p.55.

CAETANO, S.; DAIN, S. (2002). O PSF e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 12(1), 11-21.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. (2008). Formação de recursos humanos para a ESF. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, 7(1), 45-52.

CAMPOS, G. W. S. (2006). Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*. [S.l.]: [s.n.], 4(1), 19-31.

CASTRO S. et al. (2006). Fisioterapia no programa saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisioterapia em Movimento*, 19(4), 55-62.

- COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. (2009). *Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar*. (2.a. ed.) Rio de Janeiro: Rubio.
- DE OLIVEIRA BRASIL ET AL. (2005). O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18(1), 3-4.
- DELIBERATO, P. C. P. (2002). *Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações*. São Paulo: Manole.
- FIGUEIREDO, E. N. D. (2012). *A Estratégia saúde da família na atenção básica do SUS*. UNASUS [S.I]:[s.n.]. Recuperado em 14 setembro de 2015, de <www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/idades_conteudos/unidade05/>.
- FRANCISCHINI, A.C.; MOURA, S.D.R.P.; CHINELATO, M. (2008) A importância do trabalho em equipe no PSF. *Revista Investigação*. [S.l.]: [s.n.], 8(1-3), 25-32.
- GIOVANELLA, L. et al. (2013) Primary Care in European Union Countries: configuration and organizational reforms in the 1990's. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 951-963.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE (2015). *Tábua Completa de Mortalidade do Brasil*. [S.I]:[s.n.]. Recuperado em 27 agosto de 2015, de <http://www.ibge.gov.br>.
- LIMA, T. C. S. & MIOTO, R. C. T. (2007) Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev. Katál*.10, 37-45.
- MACHADO, M.F.A.S. et al. (2007) Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342.
- MAGALHÃES-JUNIOR, H.M.; PINTO, H.A (2014). Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Revista Divulgação em Saúde para Debate* 51, 14-29. Recuperado em 3 outubro 2015, de www.cebes.org.br/site/wp-content/upload/2014/12/Divulgacao-51.pdf.
- MATTOS, R. (2004). Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28(2), 91-101, 2004.
- NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C, (2010). Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos NASF. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 92-96.

- NAVES, C.R.; BRICK, V.S. (2011) Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*,16(1), 1525-1534.
- NERI, A. L. (2004). Qualidade de vida na velhice: a prática da assistência ao idoso. *Geriátrica*, (1), 1-36.
- NILSONA, J.J.; GRAFSTRO, M.A. (2005) Role and function: Aspects of quality of life of older people in rural Bangladesh. *Journal of Aging Studies*, 19, 363-374.
- PAIM *et al.* (2015). *O sistema de saúde brasileiro*. The Lancet. p. 11-31. Recuperado em 3 outubro de 2015, de www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf.
- PAIM, J. S. (2012). Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 36(94), 343-347. Recuperado em 3 outubro de 2015, de www.scielo.br/pdf/Sdebv36n94/a04v36n94.pdf.
- PARAHYBA *et al.* (2015). Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 383-391, Recuperado em 27 agosto de 2015, de www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0034=89102005000300008.
- PAULA, R. *et al.* (2009). Fisioterapia na comunidade: Saúde da Família, novos desafios e desenvolvimento das ações no trabalho multiprofissional. *Revista Multidisciplinar das Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros*, 1(7), 64-70.
- PAULINE *et al.* (2015). Quais são os desafios para a qualificação da atenção básica na visão dos gestores municipais? *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, 39(105). Recuperado em 27 agosto de 2015, de www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200323&Script=Ting=es.
- POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE (2006). *Cadernos de Atenção Básica*. Ministério da Saúde Brasília, Brasília, DF:[s.n.]
- PORTAL BRASIL (2014). ISSN (Ministério da Saúde). Brasília, DF: [s.n.]. Recuperado em 23 de agosto de 2014, de www.brasil.gov.br/saude/2014/12/pesquisa-revela-que-57-4-milhoes-de-brasileiros-tem-doenca-cronica.
- PORTAL DA SAÚDE (1997). (Ministério da Saúde), Brasília, DF: [s.n.]. Recuperado em 04 de setembro de 2015, de www.sus.gov.br.

PORTAL DA SAÚDE. (2015). (INSS). Brasília, DF:[s.n.] Recuperado em 14 de setembro de 2015, de <www.dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>.

PORTES, L.H. *et al.* (2011). Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Revista da APS*, 14(1), 111-119.

Página | 21

RIBEIRO, K. S. Q. S. (2002). *A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde: reflexões a partir de uma experiência universitária*. *Fisioterar Bras.*, 3(5), 311-318.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. (2007). Inserção de profissional de fisioterapia na equipe de saúde da família e SUS: desafios na formação. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 673-681.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; HALLAL, P.C. (2005). Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 39(4), 662-668.

TEMPORÃO, J. G. (2006). *Apresentação*. Cadernos de Atenção Básica, Envelhecimento da Pessoa Idosa Brasília DF, 19, 7. Recuperado em 05 agosto de 2015, de bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.

TRELHA, C. S. E. A. (2002). O processo de trabalho do profissional fisioterapeuta. *Revista Espaço para Saúde*, 4(1), 15-20.

TRELHA, C.S. *et al.* (2007) O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, 8(2), 20-25.

VERÁS, M.M.S. *et al.* (2005) A Fisioterapia no Programa Saúde da Família de Sobral CE. *Revista Fisioterapia Brasil*, atlântica,6(5), 345-348.

Recebido em janeiro de 2016

Aprovado em março de 2016