

O FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PRIMEIROS PASSOS NA CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO

The Physiotherapist in the Family Health Strategy: the first steps in the construction of a new care model

Mirella Maria Soares Vêras

Fisioterapeuta. Preceptora da Residência em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Saúde Pública.

Vicente de Paulo Teixeira Pinto

Enfermeiro. Doutor em Bioquímica. Preceptor da Residência em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC/Sobral/CE).

Eliany Nazaré Oliveira

Enfermeira. Preceptora da Residência em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Sobral/CE. Professora da Universidade Vale do Acaraú (UVA).

Paulo Henrique Dias Quinderé

Psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/Sobral/CE).

Sinopse

Este artigo tem como objetivo instigar uma reflexão sobre um "novo" modelo de atenção à saúde em fisioterapia. Aborda-se o papel da fisioterapia no Sistema Único de Saúde e sua inserção na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-CE. Finalmente é proposto uma ruptura do paradigma atual, ao mesmo tempo em que é apresentado o "esboço" de um novo modelo de atenção à saúde em fisioterapia.

Palavras-chave:

Fisioterapia; programa saúde da família; escola de posturas.

Abstract

This article has the objective of investigating a reflection on a 'new' health care model in physiotherapy. It tackles the role of physiotherapy in the Unified Health System and its insertion in the Family Health Strategy in Sobral-CE. Finally it proposes a rupture with the current paradigm, at the same time in which the 'outline' of a new health care model in physiotherapy is presented.

Key words:

Physiotherapy; family health program; posture school.

“A mudança de paradigmas requer uma expansão não apenas de nossas percepções e maneiras de pensar, mas também de nossos valores.”

(Fritjof Capra)

A HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE

Com o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF), novas profissões começam a rever a “interdisciplinaridade” do PSF nas intervenções; visto que a complexidade das causas de morbimortalidade não podem ser vistas somente pelo ângulo de dois ou três profissionais da saúde. Nasce assim a necessidade de realizar ações mais complexas, englobando diferentes saberes, sejam estes oriundos de outras categorias de profissionais de saúde ou ainda de outros setores e, principalmente, o saber popular. No quadro desta nova realidade, observa-se que profissionais de outras áreas da saúde passam a engajarem-se no Programa Saúde da Família e despertarem para uma globalidade de suas ações.

Em alguns países da Europa já existem experiências concretas de fisioterapia na atenção primária. De acordo com a *Asociación Española de Fisioterapeutas* (2002), a legislação do Estatuto do Profissional Sanitário, determina que a equipe de atenção primária deverá contar com um fisioterapeuta. No Brasil, em diferentes regiões, começa a existir experiências do profissional fisioterapeuta no campo da atenção primária ou mesmo dentro do Programa Saúde da Família. Desta forma, o fisioterapeuta passa a contribuir para uma melhoria nas ações de atenção à saúde de modo mais sistêmico e menos linear.

Até o início do ano de 2000, a fisioterapia no município de Sobral era estritamente reabilitadora, voltada somente para o tratamento de doenças e com suas ações pautadas no modelo biomédico. O município possuía fisioterapeutas atuando na rede hospitalar e em clínicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde-SUS. Entretanto, tinha disponível uma fisioterapeuta na atenção primária, realizando atendimentos domiciliares de caráter individual e curativo.

De acordo com O COFFITO (2003), a mudança ocorreu em 2000, com um projeto de construção de uma “nova” fisioterapia, buscando “desconstruir” as ações estritamente curativas e passando a inserir a promoção da saúde e a prevenção de doenças nas intervenções do profissional.

Um dos primeiros trabalhos da “nova” fisioterapia na Estratégia Saúde da Família foi a Escola de Posturas. O trabalho foi realizado em abril de 2000, pelas fisioterapeutas do PSF, sendo considerada a primeira Escola de Posturas do Estado do Ceará. A Escola de Posturas, originada do “back-school” europeu,

tinha como objetivo a prevenção e/ou tratamento de dores de coluna. (SILVA, F.E., 2001). O método foi adaptado pela prof. Cláudia Gatto da Universidade Federal da Paraíba e posteriormente adaptado ao Programa de Saúde da Família pela fisioterapeuta Mirella Vêras, buscando integrar o saber da população na construção desta “nova” abordagem dos “velhos” males das dores de coluna.

A partir daí várias atividades foram desenvolvidas, entre elas: oficinas de prevenção de incapacidades com pessoas acometidas pela hanseníase, grupo de gestantes com preparação para o parto normal, prevenção de crises asmáticas, estimulação essencial em crianças com problemas neurológicos, oficinas de educação postural nas escolas, capacitação de educadores posturais etc.

Posteriormente, no final de 2001, novos fisioterapeutas foram incorporados à Estratégia de Saúde da Família do município. Atualmente sete fisioterapeutas desenvolvem atividades de recuperação, prevenção de doenças e promoção da saúde nas unidades de saúde da família de Sobral.

O “novo” modelo de atenção à saúde na Fisioterapia

Os modelos assistenciais podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde da população, sejam estes individuais ou coletivos. No Brasil podemos observar a coexistência de dois modelos contraditórios e vigentes: O modelo médico-assistencial privatista e o modelo médico-assistencial “sanitarista”. (PAIM, 1999).

O modelo hegemônico no Brasil é o médico-assistencial privatista. Este modelo tem como características o atendimento individual, curativo e baseado na “demanda espontânea” (PAIM, 1999). Este modelo é também hegemônico na fisioterapia, onde os serviços públicos ou privados ficam “esperando” pelo aparecimento da “demanda espontânea” para intervirem nos problemas de saúde. O modelo é centrado na doença, no individual e reforça a busca pelo serviço apenas para tratamento. Confere ainda “status” e prestígio.

No caso da fisioterapia este modelo é ainda mais preocupante, pois o indivíduo comumente só buscará o serviço quando o sofrimento estiver repercutindo em vários segmentos de sua vida. A busca tardia para o atendimento, acontece muitas vezes devido à dificuldade de acesso que é ainda um dos grandes problemas da fisioterapia no SUS. Deste modo, o indivíduo buscará o serviço com muitas seqüelas, entre estas, algumas irreversíveis.

O modelo médico-assistencial “sanitarista” tem como principal característica as campanhas sanitárias. É centrado no controle de epidemias ou determinado agravo à saúde e pela existência de “programas” específicos (tuberculose, hanseníase, DST/AIDS etc.). (PAIM, 1999).

Em relação à fisioterapia, este modelo não produziu grandes interferências na atuação do profissional. As campanhas sanitárias ou os programas de saúde do governo sempre foram voltados à atuação de outros profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais etc.) excluindo os fisioterapeutas. Isso pode ter ocorrido devido à omissão de participação política do profissional ou por desconhecimento por parte dos gestores de sua contribuição nos respectivos agravos à saúde. O fato é que a fisioterapia teve pouca participação neste processo, ficando algumas experiências restritas às atividades acadêmicas nas universidades ou a poucas experiências no âmbito governamental.

O modelo Assistencial Alternativo visa a integralidade da atenção e a resolatividade dos problemas de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS estabelecidos pela Constituição. Este modelo propõe ao invés da “demanda espontânea”, uma “oferta organizada” em função de prioridades, a partir do perfil epidemiológico da população. Deste modo, o modelo incorpora noções de territorialização, integralidade da atenção, impacto epidemiológico e o planejamento para a utilização dos recursos. (PAIM, 1999).

Ainda não existe nenhum relato da atuação da fisioterapia pautada neste modelo de atenção à saúde, embora tenhamos alguns relatos de experiências de atuação com base na territorialização e no perfil epidemiológico (VÉRAS, 2002).

A proposta dos distritos sanitários tem como objetivo organizar serviços e estabelecimentos em uma rede integrada de referência e contra-referência e a aplicação de modelos assistenciais alternativos ou epidemiológicos. (PAIM, 1999).

A fisioterapia dentro do “novo” modelo necessita ser descentralizada para os níveis de atenção primária, secundária e terciária (divididos assim apenas por motivos didáticos), dentro de uma rede hierarquizada e integrada. Necessita que os sistemas de informações no país contemplem aspectos referentes à funcionalidade e participação do indivíduo na sociedade, bem como suas limitações (ditas erroneamente de “incapacidades”). A “oferta organizada” incluiria não somente os indivíduos com *limitações* ou *seqüelas* captadas pela “demanda espontânea”, mas também a busca ativa de casos (pessoas restritas ao leito por problemas de saúde e que não tem acesso aos serviços de saúde).

As ações na atenção primária não devem ser restritas às unidades de saúde da família, mas abranger todo o “território”, como nas escolas, indústrias, associações de moradores, creches etc. O fisioterapeuta deve articular suas ações integrando a recuperação, a prevenção de incapacidades e/ou doenças e a promoção da saúde. Intervindo não só no indivíduo, mas também no coletivo. Programar suas ações levando em consideração os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais que podem estar intervindo no processo saúde-doença.

As visitas domiciliares devem ter uma abordagem familiar, não centrada no indivíduo acometido por alguma doença, mas compartilhar a responsabilidade da intervenção com todos os membros, buscando soluções mais eficientes e próximas da realidade da família. Deste modo, não se propõe uma omissão da responsabilidade dos governos neste processo, mas apenas uma participação mais ativa da população.

O planejamento das ações do fisioterapeuta deve ser feito em equipe, nos diversos níveis de atuação. Neste contexto, os problemas de saúde devem ser abordados dentro do campo comum de atuação dos profissionais de saúde e a partir daí cada categoria deve buscar sua especificidade e integralidade na atenção. Segundo Campos (2000), o campo de saúde é definido como um espaço onde os limites são imprecisos e cada disciplina ou profissão busca apoio em outras na construção de suas teorias e práticas.

O campo comum na fisioterapia não deve constar apenas de profissionais de saúde, mas principalmente da participação da população. O usuário dos serviços, financiador do sistema de saúde deve ter garantido seu direito na “co-gestão” destes serviços. Abaixo segue um quadro das características da “antiga” fisioterapia e da “nova” fisioterapia, adaptado de Andrade e Martins Júnior (1997) p. 09, do quadro: *Características do Antigo Modelo e do Modelo de Saúde da Família de Sobral*.

Um dos primeiros trabalhos da “nova” fisioterapia na Estratégia Saúde da Família foi a Escola de Posturas. O trabalho foi realizado em abril de 2000, pelas fisioterapeutas do PSF, sendo considerada a primeira Escola de Posturas do Estado do Ceará.

Quadro 1: Características do “antigo” e do “novo” modelo de atenção em Fisioterapia

Fonte: Andrade e Martins Júnior (1997) p. 09, do quadro: Características do Antigo Modelo e do Modelo de Saúde da Família de Sobral - adaptação de Vêras, M. M. S.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início do século passado o conhecimento científico está em constante renovação (Morin, 1999). Em todas as ciências ocorreram significativas mudanças e rupturas epistemológicas.

Antigo Modelo de Fisioterapia	Novo Modelo de atenção Fisioterapêutica
1- Considerava a saúde como ausência de doença.	1- A saúde é subjetiva e tida como Qualidade de vida.
2- Considerava a doença como uma lesão ou disfunção.	2- É baseado no conceito de processo saúde-doença.
3- A prestação de serviços no Sistema Público de Saúde era vista como “um favor”.	3- Considera o indivíduo como usuário, cidadão com direito à saúde e financiador do sistema.
4- Considerava seu saber único, verdadeiro e universal.	4- Considera que seu saber deve ser “somado” ao saber popular.
5- Prescrevia e realizava tratamentos sem a opinião do usuário.	5- Considera a opinião do usuário no tratamento e compartilha a decisão.
6- Suas ações eram voltadas para o indivíduo.	6- Suas ações são voltadas para o coletivo.
7- Reabilitava “partes do corpo” do indivíduo.	7- Recupera o indivíduo e potencializa sua reinserção na sociedade.
8- Seu local de atuação era centrado nos hospitais e clínicas.	8- Seu local de atuação é distribuídos nos três níveis de atenção, hierarquizados e integrados.
9- Sistema de “home care” para uma “elite” que pode pagar pelos atendimentos domiciliares de serviços privados.	9- Atendimentos domiciliares à população que necessita destas intervenções.
10- Acesso garantido somente nos centros urbanos.	10- Acesso garantido nas zonas rurais e na periferia das cidades e nos centros urbanos.
11- Não utilizava sistema de informação para planejamento de suas atividades.	11- Utiliza o sistema de informação para planejar suas atividades.
12- Descobria os conceitos e a aplicação da epidemiologia.	12- Realiza diagnóstico de saúde da população com base em conhecimentos epidemiológicos.
13- Atuava isoladamente.	13- Predomina uma atuação interdisciplinar e intersetorial.
14- Atuava em função da demanda espontânea.	14- Atua em função da “oferta organizada.”
15- Suas ações eram pautadas pelo modelo biomédico, fragmentado e especializado.	15- Atua com base no modelo sistêmico, indo além do holismo, vendo o indivíduo de modo integral dentro do contexto ambiental.
16- Profissional da “doença”, reabilitador.	16- Profissional da saúde que recupera, previne doenças e atua, acima de tudo, na promoção da saúde.

Uma nova compreensão e percepção da realidade são observadas em todos os segmentos das ciências. Na geografia, parte-se de uma preocupação estática do homem e do ambiente para uma preocupação mais sistêmica e dinâmica do homem e de sua relação com a natureza. Na física, a descoberta da relatividade, da física quântica, revolucionaram o pensamento de toda a comunidade científica. A revolução Copernicana, por exemplo, substituiu o paradigma da teoria geocêntrica para a heliocêntrica. Na antropologia, na biologia e em demais áreas

observamos constantes modificações na percepção de suas realidades.

De acordo com Capra (1996), Thomas Kuhn denominou de “revolução científica” a quebra de um paradigma. Para Kuhn, um campo científico é formado por métodos, concepções, valores, técnicas etc. Quando estes conhecimentos são compartilhados e utilizados pela comunidade científica, é definido como um paradigma. Para ele, mudanças de paradigmas ocorrem quando há uma ruptura revolucionária e descontínua.

Nesta conjuntura a “velha” fisioterapia pertence ao paradigma dominante, mas que já apresenta um abalamento em suas estruturas. O pensamento cartesiano utilizado para solucionar os problemas de saúde, já não responde às novas demandas, ao “novo” sistema de saúde vigente no país, às novas necessidades de atenção em saúde da população. O profissional “reabilitador” teve importante papel no período pós-guerra. A partir daí a profissão do fisioterapeuta ficou estigmatizada ao longo de sua origem pelo termo “reabilitação” por ter surgido num contexto no qual a reabilitação era uma urgência para garantir o retorno dos trabalhadores às suas funções laborativas. Não seria a reabilitação uma área comum a todos os profissionais da saúde e de outras áreas?

A definição de reabilitar é: “restituir à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais (pessoas incapacitadas física ou psicologicamente, ou pessoas delinquentes); recuperar” (Ferreira, 1986, p.1455). A reabilitação, neste contexto, é um processo de tratamento no qual *pode e deve* atuar uma equipe interdisciplinar e intersetorial, visando integrar o indivíduo de forma atuante na sociedade. Assim é necessário quebrar o paradigma do fisioterapeuta ser um profissional reabilitador. No novo modelo de fisioterapia, o profissional pode atuar em uma equipe de reabilitação, mas jamais se limita a essa atuação. Faz-se necessário que os profissionais revejam seus papéis, seus objetos de estudo e possam construir uma nova “práxis” dentro de um novo modelo de atenção à saúde, um modelo mais humano,


A fisioterapia dentro do “novo” modelo necessita ser descentralizada para os níveis de atenção primária, secundária e terciária (divididos assim apenas por motivos didáticos), dentro de uma rede hierarquizada e

mais sistêmico, mais condizente com as mudanças existentes no Sistema de Saúde do País.

É inconcebível a idéia de que o Brasil, possuindo um sistema de saúde legitimado pela constituição, tenha profissionais atuando dentro deste mesmo sistema, alheio às suas diretrizes e aos seus princípios. A estratégia de saúde da família apresenta-se como uma “porta” de entrada para o sistema de saúde e uma “abertura” para que o fisioterapeuta questione suas condutas e sua relação com o SUS, abrindo “portas” para uma nova maneira de pensar e intervir na saúde da população, uma quebra de paradigma, uma revolução científica. Faz-se necessária uma ruptura epistemológica da “velha” fisioterapia e a construção do paradigma do “novo” modelo de atenção em fisioterapia.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, L. O. M. **Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde à Luz das Normas Operacionais Básicas**. 1997. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará-UFC, Fortaleza, 1994.
- ANDRADE, L. O. M. & JÚNIOR, T.M. Saúde da Família: construindo um novo modelo: a experiência de Sobral. **SANARE - Revista Sobralense de Políticas Públicas**. Ano I, Vol. I, N. 1, OUT/NOV/DEZ de 1999.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FISIOTERAPEUTAS. **La Fisioterapia en el Sistema Sanitário**. Madrid, 2002. Disponível em: <http://www.aefi.net/html/InforPublica/consejos2.htm> . Acesso em 15 Mai. 2002.
- CAMPOS, G.W. S. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional**. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas UNICAMP).
- CAPRA, F. **A teia da vida**. Tradução de EICHEMBERG, N.R. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p. 1455.
- JORGE, E. SUS, a Hora da Maioridade. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, Ano I, n.03, Dez., p.04-07, 2000.
- MENDES, E. V. O Processo Social de Distritalização da Saúde In MENDES, E. V., Organizador. **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. Cap.2, p.93- 158.
- MORIN, E. **Ciência com Consciência**; tradução de ALEXANDRE, M.D. e DÓRIA. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- O COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Escola de Posturas mostra resolutividade no ato fisioterapêutico. **Revista O COFFITO**. N.18, março de 2003.
- PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª Edição. Rio de Janeiro. Ed. Medsi, 1998. p.473-489.



*Programar suas ações
levando em consideração
os aspectos sociais,
econômicos, culturais e
ambientais que podem
estar intervindo no
processo saúde-doença.*