

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA**

FERNANDA ALVES CARVALHO DE MIRANDA

**FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA:
UMA PROPOSTA DE APOIO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Linha de Pesquisa: Planejamento e avaliação de serviços, programas e sistemas de saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Josimari Telino de Lacerda

Florianópolis - SC
Agosto de 2011

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

M672f Miranda, Fernanda Alves Carvalho de
Fisioterapia na atenção básica [dissertação] : uma
proposta de apoio / Fernanda Alves Carvalho de Miranda ;
orientador, Josimari Telino de Lacerda. - Florianópolis,
SC, 2011.
207 p.: il., grafs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública.
3. Fisioterapia. 4. Fisioterapeutas. I. Lacerda, Josimari
Telino de. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

Dedico este trabalho ao meu companheiro, Adriano, pelo nosso amor, pelo seu apoio e incentivo em todos os momentos. Ao meu filho que sempre me estimula a seguir meus sonhos, mesmo sem saber; você é o grande amor da minha vida e realização. Aos meus pais, Rosângela e Luiz Carlos, que sempre tornaram minha vida leve e feliz e principalmente, ensinaram-me a amar e ser amada. À minha irmã Dani, pelo carinho e amor de sempre. À minha irmã Lú, da qual sinto muita saudade e adoraria compartilhar este momento de conquista, como tantas vezes fizemos, a você nossa estrela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente às pessoas que tornaram esse momento da minha vida possível. Pois sem eles não teria como me dedicar tanto quanto o fiz. Ao meu amado marido, Adriano e meu amor mais lindo, Matheus. Aos meus sogros do coração, Arlete e Tadeu que sempre nos socorreram e acolheram. Ao meu pai Luiz Carlos, minha mãe Rosângela, minha irmã Dani e cunhado Ricardo por todo apoio, amor e torcida. Amo muito vocês.

Quero agradecer minha orientadora, Professora Josi, que me acolheu em um momento tão delicado de minha vida. Pois quando me aceitou como orientanda, me deu não somente o caminho, mas uma maravilhosa viagem que permitiu me apaixonar ainda mais pela Fisioterapia. Meu carinho, respeito e amor, sempre.

Aos colegas que contribuíram para o aprimoramento dessa proposta com suas considerações e correções teórico-conceituais. Muito obrigada pela generosa e anônima participação.

Ao NEPAS e todos os professores e alunos que buscam na avaliação um caminho para a evolução da saúde neste país. Em especial à Simone, minha amiga e colega de orientação; ao meu amigão Douglas, e ao Professor Sérgio que foi o primeiro a estender a mão, meu carinho e agradecimento.

Às minhas amigas do coração que pude conhecer amar e compartilhar momentos alegres, difíceis e inesquecíveis, Fernanda Martinhago, Beatriz Molinos e Cristina Padilha. A Daniela Eda Silva por nossa divertida aventura pelo Amazonas. A Gisele Damian que me trata como uma irmã. A outra amiga tão especial que acolheu e acolhe não somente a mim, mas a todos no departamento com seu imenso e lindo coração, Rita Lima. Amigas que me fazem sonhar mais alto e compreender como a vida pode ser mais bela e feliz para todos.

Aos Professores que vão ficar no meu coração e serão modelos de docência sempre. Ao “Senhor Doutor Professor Marcão” (você entende a brincadeira!), por me ensinar a ver saúde como uma dádiva e não como um problema, o outro como um caminho para ela e não como obstáculo, obrigada de todo meu coração. A Professora Marta Verdi, com sua delicadeza e atenção em todos os momentos. As Professoras Elza e Kenya, pela oportunidade de desenvolvimento com o UNASUS, por nossas viagens aos encontros presenciais de muito e ótimo papo, e por me ensinarem como coordenar uma equipe tão diversa sempre exaltando o melhor de cada um. Ao Professor Rodrigo Moretti Pires, pela aventura na Amazônia e pela experiência em pesquisa de campo.

Obrigada aos meus diversos coletivos nessa jornada, minha turma querida, meus companheiros tutores do UNASUS, a equipe do Telessaúde, que proporcionaram momentos de intenso e maravilhoso desenvolvimento profissional e pessoal.

Não poderia deixar de agradecer a Rita e Juliana da secretaria do Departamento, sempre tão carinhosas e atenciosas. Ao Rodrigo Otávio Botelho, muito obrigada por sempre me socorrer.

A UFSC, FAPEU, Reuni-CAPES, entidades representadas por seus funcionários e colaboradores, agradeço pelo acolhimento, confiança e por tonarem esse sonho viável.

A todos vocês pelas intermináveis e deliciosas conversas e aprendizagem, muito obrigada! E que Deus nos abençoe sempre, assim como me abençoou nesses dois anos.

“Ninguém poderá chegar a ser o que não é, se
não principiar por deixar de ser o que é.”
(GONZÁLES PECOTCHE)

RESUMO

A evolução histórica do SUS, sua proposta de modificação do modelo assistencial e as políticas vigentes nesta área, indicam que a fisioterapia precisa desenvolver-se enquanto ciência da saúde. Historicamente constituída sob a perspectiva do modelo biomédico e capitalista, e reconhecida como profissão de nível superior em 1969, a fisioterapia precisa redimensionar seu objeto de estudo e práxis. Com a intensão de ampliar o debate sobre as práticas e competências profissionais da fisioterapia no âmbito do SUS é que este estudo teve por objetivo elaborar e validar uma proposta de atuação da fisioterapia na Atenção Básica à Saúde, campo que contribuirá para o desenvolvimento dessa categoria. O percurso metodológico ocorreu em duas etapas. A primeira utilizou como metodologia a metassíntese, revisão bibliográfica das experiências da fisioterapia na Atenção Básica de diferentes regiões do Brasil confrontadas a referenciais teóricos e políticas públicas pertinentes a este nível de atenção, obtendo-se um produto coerente entre prática profissional, teoria e diretrizes governamental. A segunda etapa, a validação da proposta, ocorreu com a submissão da proposta a apreciação de especialistas, intencionalmente selecionados, utilizando a técnica Delphi, oficina de consenso à distância. Essa etapa contou com a participação de cinco fisioterapeutas e cinco médicos com atuação assistencial e acadêmica na Atenção Básica à saúde. A proposta foi organizada em duas dimensões, princípios da Atenção Básica para a Fisioterapia e Atribuições do Fisioterapeuta na Atenção Básica (organizacionais e técnico-operacionais). Trata-se, portanto, de uma construção coletiva, que tem potencialidade de nortear políticas públicas para atuação de fisioterapeutas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Palavras-chave: Atenção Básica. Atenção Primária. Fisioterapia. Prática Profissional.

ABSTRACT

The historical development of SUS, its proposal to change the care model and the current policies in this area indicate that the therapy needs to develop as a science of health. Historically made from the perspective of the biomedical model and capitalist, and recognized as top-level professional in 1969, the physiotherapist needs to resize the object of study and practice. With the intention to broaden the debate on the practice of physiotherapy and occupational skills within SUS is that this study aimed to develop and validate a proposed role of physiotherapy in Primary Health Care, a field that will contribute to the development of this category. The methodological course took place in two steps. The first used as a meta-synthesis methodology, literature review of the experiences of physiotherapy in primary care in different regions of Brazil faced the theoretical and policy relevant to this level of attention, resulting in a product line of professional practice, theory and government guidelines. The second step, validation of the proposal, occurred with the submission of the proposal the assessment of experts, selected intentionally, using the Delphi technique, consensus workshop in the distance. This step was attended by five physiotherapists and five doctors with care and academic performance in primary health care. The proposal was organized in two dimensions, principles for the Primary Care Physical Therapy and the Role of Primary Therapist (organizational, technical and operational). It is therefore a collective construction, which has the potential to guide public policy role of physiotherapists in the Support Center for Family Health (NASF).

Keywords: Primary Health Care. Physical Therapy. Professional Practice.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

Tabela 1 – Número de publicações encontradas na revisão bibliográfica segundo descritores utilizados.....	70
Gráfico 1 – Fontes dos Estudos Seleccionados à Metassíntese.....	71
Gráfico 2 – Distribuição das Publicações por Anos.....	72
Gráfico 3 – Frequência das Categorias Identificadas nas Publicações.....	73
Gráfico 4 – Frequência das categorias identificadas nas publicações com respaldo teórico (n = 23).....	75
Quadro 1 – Organização do Instrumento para Validação da Proposta em Sessões e Respectiva Indicação de Validação.....	90
Quadro 2 – Agenda de Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde.....	94

SUMÁRIO

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA.....	23
2.2 FISIOTERAPIA NO BRASIL ONTEM E HOJE.....	27
2.2.1 Fisioterapia no Brasil ontem.....	28
2.2.2 Fisioterapia no Brasil hoje.....	31
2.3 FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL.....	34
3 OBJETIVOS.....	41
3.1 OBJETIVO GERAL.....	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4 MÉTODO.....	42
4.1 METASSÍNTESE.....	42
4.2 OFICINA DE CONSENSO DELPHI.....	45
REFERÊNCIAS.....	48
PARTE II – PRODUTOS DO ESTUDO.....	59
APRESENTAÇÃO.....	61
ARTIGO CIENTÍFICO I.....	63
ARTIGO CIENTÍFICO II.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
APÊNDICES.....	111
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 1ª OFICINA DE CONSENSO.....	113
APÊNDICE B – MENSAGENS ELETRÔNICAS PARA ESPECIALISTAS: CONVITE A PARTICIPAR DA VALIDAÇÃO DA PROPOSTA E ENVIO DA PROPOSTA.....	155
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 2ª OFICINA DE CONSENSO.....	157
ANEXOS.....	199
ANEXO A – NORMAS DO PERIÓDICO ARTIGO I.....	201
ANEXO B – NORMAS DO PERIÓDICO ARTIGO II.....	209

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1 INTRODUÇÃO

A fisioterapia é uma profissão da área da saúde reconhecida em 1969 enquanto bacharelado e não mais área técnica como até aquele momento. A atuação da fisioterapia ainda é muito ligada à doença e à reabilitação, principalmente por ter sido desenvolvida com base na formação biomédica e diretamente subordinada ao profissional médico. Vale salientar que desde seu reconhecimento até os dias atuais são registradas propostas de modificações sobre o objeto e práxis da fisioterapia, com atuação centrada na saúde cinético-funcional e não apenas sua reabilitação (BRASIL, 1969; BISPO JUNIOR, 2010).

A ampliação de objeto e práxis do fisioterapeuta para o desenvolvimento da qualidade de vida e saúde dos indivíduos e comunidades é necessária para que este profissional atenda a proposta do SUS. Faz parte dessa nova postura: compreender o processo saúde-doença pela determinação social; ampliar a atuação para além do indivíduo que necessita de reabilitação, voltado para as necessidades das populações com a identificação e redução de riscos e danos à saúde; atuação multidisciplinar e interdisciplinar junto às equipes de Saúde da Família, compondo e ampliando aspectos da assistência, prevenindo doenças e contribuindo com a promoção da saúde (SCHWINGEL, 2002; CREFITO5/RS, 2004; DOMINGUEZ e MERCHÁN-HAMANN, 2004; RAGASSON et al., 2005; CREFITO5/RS, 2007; RIBEIRO, 2009; BISPO JUNIOR, 2010).

A Atenção Básica (AB) é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001; STARFIELD, 2004; BRASIL, 2006a).

A AB deve organizar o Sistema de Saúde, principalmente por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS). Por sua vez, a UBS deve atender não apenas os problemas de saúde de menor complexidade tecnológica, mas prestar um atendimento completo oferecendo todas as tecnologias e cuidados para que a necessidade do usuário seja atendida, prevendo uma resolubilidade maior que 80% das intercorrências na comunidade adscrita (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001). A priorização deste nível de atenção justifica-se pelo elevado impacto, alto potencial resolutivo, prescindindo de aparato de alta tecnologia. Trata-se, portanto de uma alternativa resolutiva que desmistifica a concepção do modelo centrado em aparato tecnológico de

última geração presente na fisioterapia. Centrar gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto sobre a saúde tem sido ineficiente como demonstrado pela evolução histórica do modelo biomédico (MENDES, 1999).

Em concordância ao exposto, o Ministério da Saúde, em 2008, lançou a Portaria GM nº 154, que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que tem por missão apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, no processo de territorialização, e regionalização, assim como suas ações e ampliação da abrangência. Todos os profissionais envolvidos no processo assistencial de apoio devem compartilhar práticas em saúde nos territórios adscritos às Equipes de Saúde da Família – ESF no qual o NASF estiver cadastrado. O NASF é composto por diversos profissionais até então não previstos na assistência à saúde na Atenção Básica, dentre eles o fisioterapeuta. Porém essa atuação ainda é recente e suas experiências ainda escassas de publicação.

Contudo, experiências da fisioterapia na atenção básica já existem impulsionadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da formação em fisioterapia, lançada em 2002, principalmente decorrentes de projetos de extensão das Instituições de Ensino Superior. Algumas dessas experiências foram tão positivas que em alguns municípios que o fisioterapeuta passou a compor as Equipes de Saúde da Família (SCHWINGEL, 2002; VÉRAS et al., 2004; RAGASSON et al., 2005; MECCA JUNIOR, 2008).

Dessas práticas profissionais surgiram relatos de experiências bastante diversificados e em alguns aspectos divergentes quanto às práticas previstas a este nível de atenção. Porém, concordam que a inserção do fisioterapeuta na atenção básica é vantajosa, contribuindo para a redução de custos da assistência secundária e terciária aos usuários do SUS, principalmente para os municípios; e benefícios aos usuários e seu convívio social, como por exemplo, redução do absenteísmo ao trabalho; redução da medicalização; melhora da qualidade de vida da população principalmente quando atua no reconhecimento de riscos ambientais e sugere soluções. Indicam principalmente a integralidade da assistência e melhora da resolubilidade, sempre quando as ações estão contextualizadas com a cultura local e relações biopsicossociais das populações de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde (CREFITO5/RS, 2004).

Considerando a necessidade de atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica, reconhecida pelo Ministério da Saúde explícita nas

Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009b), viabilidade dessa inserção comprovada por experiências descritas (SCHWINGEL, 2002; VÉRAS et al., 2004; RAGASSON et al., 2005; MECCA JUNIOR, 2008), e inexistência de orientações específicas para a prática profissional de fisioterapeutas na Atenção Básica, assistenciais à população e de apoio às ESF, verifica-se a importância de consolidação teórica, entre experiências da fisioterapia na AB, referenciais teóricos deste nível de atenção e contribuições de experts. Essa consolidação permitirá uma estruturação nacional da atuação da fisioterapia na AB, seja em equipes de saúde da família, em NASF ou em qualquer outra configuração da assistência primária que o SUS determine.

Nesta perspectiva é que este estudo busca identificar: quais as práticas pertinentes à atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado na Constituição Federal Brasileira, promulgada em 5 de outubro de 1988, e consolidado a partir da publicação da Lei Orgânica nº 8.080 em 1990. Neste ano completará vinte e um anos de existência, o produto de um processo dialógico que teve como marco histórico a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que por sua vez é produto da discussão sócio política do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, “revolução passiva” concebida pela sociedade civil ocorrida na década dos anos 1970 e 1980 (GALLO et al., 1988; PAIM, 2008). Trata-se, portanto, de um projeto social sob responsabilidade do Estado em oferecer condições adequadas para seu desenvolvimento. Correspondendo a condições pertinentes aos ambientes e relações político-sociais, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (GALLO et al., 1988; BRASIL, 2010a).

Em seu documento marco (Constituição Federal de 1988), o SUS reúne as principais demandas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1988; VASCONCELOS e PASCHE in CAMPOS et al., 2006; BRASIL, 2009a):

- A saúde como direito de todos e dever do estado;
- Assumir que o processo saúde-doença, está interligado às condições biopsicossociais dos indivíduos e, portanto resultado das políticas econômicas e sociais;
- Importância pública das ações e serviços de saúde;
- Organização do sistema pelos princípios doutrinários.

Os princípios doutrinários, que expressam as concepções que envolvem o processo saúde-doença são: universalidade, integralidade e equidade. Universalidade corresponde ao direito à saúde que todo cidadão tem, e cabe ao SUS zelar e garantir o acesso a todo o sistema. Sabendo da importância de desenvolver a igualdade entre cidadãos respeitando sua diversidade é que é assegurada nas políticas públicas do SUS, a equidade no acesso às ações e serviços do sistema de saúde. A integralidade compreendendo que a saúde e a assistência ao processo saúde-doença envolvem várias ações e serviços a fim de garantir a promoção, proteção, recuperação e reabilitação individual e coletiva (BRASIL, 2006a).

A organização da assistência à saúde utilizada no SUS, inspirado no modelo piramidal e na racionalidade do sistema nacional de saúde inglês, é composta por três níveis de atenção à saúde: primário (assumido no SUS como básico), secundário e terciário. As diferenças entre os níveis de atenção são estabelecidas principalmente por três eixos (APM, 2002; MELLO et al., 2009):

- Incorporação de tecnologia e material: que variam conforme cada realidade, ou seja, considera a realidade da população e espaço geográfico local quanto às necessidades e recursos.
- Capacitação profissional: que constitui o nível de graduação e especialidade dos profissionais de saúde.
- Perfil de morbidade: onde a saúde é assistida e garantida ou recuperada, conforme complexidade tecnológica envolvida. Assim, doenças que necessitem de tecnologias mais complexas competem à atenção terciária, com menor complexidade à atenção secundária. Cabendo à atenção primária a vigilância, promoção de saúde e prevenção de doenças, além da assistência à saúde que envolva menor complexidade tecnológica e, ao mesmo tempo, maior complexidade na atenção.

No SUS, estes níveis devem estar articulados entre si. Considera-se a Atenção Básica (AB) a porta preferencial de entrada para o sistema, responsável por encaminhar, quando necessário, o usuário à assistência secundária ou terciária que por sua vez devem após reabilitá-lo, encaminhá-lo novamente à AB. Esse mecanismo favorece a integralidade da assistência bem como a transição e análise de todo o contexto histórico-social que envolve o processo de saúde-doença deste usuário nos três níveis de assistência (BRASIL, 1999; MENDES, 1999; MERHY et al., 2003). Tal formato exige maior fundamentação teórica do profissional que presta a assistência, pois possui maior densidade de compreensão pela complexidade que a realidade neste nível de atenção exige, e está norteado pelo modelo assistencial da determinação social do processo saúde-doença (CZERESNIA, 1999; SOUSA & HAMANN, 2010).

A Atenção Básica (AB) surgiu para combater às crescentes iniquidades sociais e de saúde sob orientação da Organização Mundial de Saúde (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2006a; PEREIRA e BARCELLOS, 2006). Este nível de atenção é caracterizado por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Prioriza o trabalho em

equipe multidisciplinar voltado para populações e territórios estabelecidos, sobre os quais têm responsabilidade sanitária objetivando um viver saudável. Considerando a dinamicidade existente devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Os princípios norteadores são: intergralidade, hierarquização, territorialização, adscrição de clientela e participação da comunidade (STARFIELD, 2004; BRASIL, 2006a).

Starfield (2004) respalda seu olhar sobre a AB sob uma ótica de redução de custos. Reconhece a importância da diversificação dos serviços disponibilizados na AB desde que embasados em estudos que considerem as necessidades da população, a frequência com que estas necessidades surgem, a efetividade de várias intervenções sobre o estado de saúde e nos resultados em saúde, além dos custos das intervenções. A mesma autora estabelece como prioridade neste nível de atenção o “reconhecimento de um problema” ou “necessidade” consistindo em processo anterior ao diagnóstico. Justifica tal ação como condição necessária a evitar um diagnóstico inadequado ou mesmo sua negligência. Orienta que a AB deve ofertar seus serviços considerando a realidade e identificando as necessidades de cada unidade de saúde. Estes serviços devem estar de acordo com os mais diversos tipos de problemas funcionais, orgânicos, e principalmente, sociais.

Merhy et al. (2003) percebem que é neste nível de atenção que a população deve ter o máximo de suas necessidades em saúde assistidas e, para isso, sugere a diversificação dos serviços prestados para maior resolubilidade da AB.

Merhy et al. (2003) e Starfield (2004) concordam que a ampliação da assistência à saúde deve ir além da competência dos profissionais que compõe a equipe mínima da AB (médico, enfermeiro, dentista e agente comunitário de saúde). A ampliação deve favorecer o acolhimento das necessidades da população e, portanto, essenciais ao desenvolvimento do SUS e suas propostas de universalidade, integralidade e equidade. Starfield (2004) contribui ao orientar que essa ampliação deve ser planejada, respaldada pelo reconhecimento das necessidades locais. A fim de ampliar a assistência neste nível de atenção à saúde de maneira que a gestão municipal consiga atender à necessidade de ampliação das equipes de saúde.

No sistema de saúde brasileiro a organização da AB e seus serviços competem aos municípios (MERCADANTE, 2002; BRASIL, 2003). Para sua consolidação, necessita de profissionais generalistas, capazes de prevenir, identificar e tratar precocemente agravos à saúde de

maior prevalência (MERCADANTE, 2002). Um dos principais aspectos diferenciadores do nível de atenção primário aos demais níveis, está na falta de especificidade dos problemas de saúde que os indivíduos e populações apresentam (STARFIELD, 2004).

Ao profissional da AB cabe o reconhecimento da realidade socioeconômica, psicológica, cultural, demográfica e epidemiológica da população que assiste, identificando problemas de saúde e situações que possam representar risco de adoecimento (ambientais, sociais e sanitários). O principal instrumento para essa identificação é a territorialização que, enquanto processo, deve ser continuamente realizada. No processo de territorialização é necessária a aproximação dos profissionais aos ambientes e espaços utilizados pela comunidade adscrita. Essa aproximação permite o desenvolvimento do vínculo entre profissionais, indivíduos e comunidades (MENDES, 1999). Porém os profissionais da AB é quem devem realizar o reconhecimento e levantamento epidemiológico das necessidades da população adscrita, proporcionando assim uma assistência promotora de saúde e preventiva às doenças, ampliando assim o olhar sobre o processo saúde-doença e melhorando a assistência (MENDES, 1999; MERHY et al., 2003)

Ainda para melhor assistir e propiciar amplitude de serviços necessários a cada realidade, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) prevê a atuação de equipe multidisciplinar mínima composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2006a). Reconhecendo que se trata de equipe mínima, é que ao longo do desenvolvimento desse nível de atenção à saúde vêm sendo incorporados a outros profissionais de acordo com as necessidades das populações.

A AB deve também, objetivar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas. Para estas realidades deve então elaborar planos de intervenção para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Valorizar o desenvolvimento e estabelecimento de vínculos com os usuários para dar continuidade ao cuidado em uma relação de confiança. Proporcionar a resolução da maioria dos problemas de saúde da população, prestando uma assistência integral e promovendo a saúde principalmente por meio da educação em saúde. Garantir a referência a outros níveis de atenção. Deve também estimular o desenvolvimento dos Conselhos Comunitários de Saúde e estabelecer parcerias com organizações sociais públicas, comunitárias e privadas para articular estratégias para a melhoria da

qualidade de vida da população e do meio ambiente. Cabe ainda a este nível de assistência, o desenvolvimento de ações voltadas para o controle da hanseníase, tuberculose, DST e Aids, além de doenças crônicas ligas ao trabalho e ao meio ambiente (BRASIL, 2000).

O desenvolvimento da Atenção Básica considerando populações específicas e suas realidades propicia o desenvolvimento da saúde contextualizada e agrega saberes populares e técnicos, propiciando a co-responsabilização de gestores, profissionais e usuários, pelas condições biopsicossociais de saúde.

A AB também prevê em suas orientações, a reabilitação. Esta área de atuação ainda é pouco desenvolvida e explorada, estando mais bem estruturada em relação à saúde mental (BRASIL, 2006a). Dentre as atribuições do fisioterapeuta está a reabilitação e, por estudar e compreender o processo de saúde-doença cinético-funcional dos indivíduos, esse profissional está capacitado a reconhecer as necessidades da população, e propor ações preventivas e educativas para resguardar a saúde individual e coletiva.

2.2 FISIOTERAPIA NO BRASIL ONTEM E HOJE

O fisioterapeuta tem por objeto de estudo e práxis o movimento humano, suas expressões e potencialidades (COFFITO, 1987). Porém é preciso evidenciar que a atuação da fisioterapia pode e deve ser ampliada a toda sua competência e capacidade teórico científica e tecnológica. O campo de atuação dessa profissão inclui prevenção, identificação e tratamento de agravos à saúde do ser humano, com especial dedicação e competência quanto a saúde cinético-funcional dos sistemas osteomioarticular, urogenital, respiratório e neurológico de indivíduos e coletividades. Inclui também contribuições para o desenvolvimento interdisciplinar e intersetorial para a promoção da saúde na Atenção Básica (REBELLATO e BOTOMÉ, 1999; BISPO JUNIOR, 2010).

A atuação do profissional fisioterapeuta está voltada à manutenção e/ou aquisição de movimentos ou funções livres de sintomas que possam restringir ou impossibilitar uma vida com qualidade. Essas limitações podem surgir em diferentes níveis de gravidade, pode ser apenas um comprometimento que corresponde a qualquer perda ou anormalidade de estrutura ou função fisiológica ou anatômica, limitando tarefa ou atividade do indivíduo. Pode ser

limitação funcional que consiste em alteração da função normal do membro, segmento ou sistema, não consistindo em incapacidade. E por fim a deficiência, o nível mais elevado de gravidade, caracterizado por desvantagem social resultante de comprometimento ou incapacidade que altera ou impossibilita o indivíduo assumir suas atividades profissionais, interações sociais e ambientais (KISNER e COLBY, 1998).

Porém a história brasileira da formação e instituição dessa profissão interfere diretamente no reconhecimento dessa atuação, tanto pelos demais profissionais da saúde, quanto por muitos dos próprios fisioterapeutas. Fatos descritos na sequência auxiliam a compreensão de tais dificuldades.

2.2.1 Fisioterapia no Brasil ontem

Os principais autores que se dedicaram ao estudo da constituição da fisioterapia enquanto profissão, relatam a estreita relação das duas Grandes Guerras Mundiais, industrialização e urbanização crescentes, como eventos determinantes para a construção da profissão, ocorridos nas primeiras décadas dos anos 1900. As guerras mundiais por deixarem em todo o mundo, inclusive no Brasil, muitos indivíduos com graves sequelas dentre elas amputações e invalidez. A crescente urbanização e industrialização pioraram as condições ambientais da população brasileira, provocando traumas decorrentes do trabalho exaustivo e epidemias, dentre elas a poliomielite que por suas sequelas neurológicas e motoras foi a principal causa do desenvolvimento da profissão no país (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999; NASCIMENTO et al., 2006; BARROS, 2008; FMUSP, 2010).

Outras convergências nos relatos desses autores referem-se ao início da fisioterapia ter se constituído por atuação de nível técnico, auxiliar em equipe médica, formados e preparados para atuação profissional sob a perspectiva biomédica, pelos profissionais médicos.

A prática de fisioterapia no Brasil teve início no ano de 1919, e como marco a fundação do Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Porém o primeiro curso de fisioterapia, com duração de um ano, só foi constituído em 1951 pelo médico Dr. Waldo Rolim de Moraes, sob patrocínio do centro de estudos Raphael de Barros, com o intuito de formar técnicos em fisioterapia. Anos após, em consequência a um projeto da Organização Mundial da Saúde,

Organização Panamericana de Saúde e World Confederation for Physical Therapy em 1958, a Lei 5.029 cria em anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP, o Instituto Nacional de Reabilitação (INR). A partir deste curso foi criado o primeiro Curso de Fisioterapia com padrão mínimo internacional com duração de dois anos. Em 1963 foi então definida a duração mínima de três anos para o curso com o estabelecimento de Currículo Mínimo, reformulado somente em 1983 (FMUSP, 2010).

Nascimento et al. (2006) ao estudarem o caso do estado de Minas Gerais, mais especificamente em Belo Horizonte, constataram que o desenvolvimento da fisioterapia mineira teve muita influência e semelhança com o ocorrido no Brasil como um todo. Afirmam que a primeira necessidade na região de terapeutas corporais na região foi a de massagistas para as termas minerais daquela região, na década de 1940. Seguida, na década de 1950, pela necessidade de médicos ortopedistas e fisiatras formados nos Estados Unidos da América disporem de auxiliares técnicos (ainda sem a denominação de fisioterapeutas), para a condução de suas prescrições de tratamento. Estes profissionais coordenadores da reabilitação formaram um hospital para atender aquela especialidade, médicos com formação clínica e militar, voltada para a recuperação pós-guerra. Os médicos coordenadores treinaram e formaram os primeiros técnicos em fisioterapia. Geralmente eram auxiliares de enfermagem ou massagistas originalmente. Com o amadurecimento da formação e regulamentação da profissão no país e naquele estado é que foi adquirindo autonomia enquanto profissão de formação acadêmica.

Barros (2008), observando a história da formação da fisioterapia, na cidade do Rio de Janeiro, desvela outras circunstâncias. Segundo o autor, a fisioterapia naquela cidade, teve seu nascimento completamente voltado para reabilitação de crianças portadoras de sequelas decorrentes de uma das principais epidemias das décadas de 1940 e 1950, a poliomielite. Ele aprofunda o estudo acerca do contexto político e social, intimamente ligado às classes mais altas, ligadas aos políticos brasileiros e instituições bancárias brasileiras e norte-americanas, além de outras áreas como o cultivo do café e aviação. A estes atribui toda a força e organização para a constituição da formação profissional e reconhecimento desta como de nível superior. O objetivo principal era fortalecer a assistência às crianças acometidas pela poliomielite, doença que chegou a prevalecer sobre as classes mais elevadas deste país, e que repercutia na saúde cinético-funcional por

sequelas neurológicas e motoras que exigiam a atuação de profissionais para desenvolverem a reabilitação física.

Apesar da fisioterapia no mundo ter sido iniciada no final do século XIX, no Brasil, só foi reconhecida como profissão de nível superior em 1969, pelo Decreto-Lei nº 938 (BRASIL, 1969). Entretanto, segundo Barros (2008), após um mês de sua promulgação o texto foi alterado pela Comissão de Saúde do Congresso Nacional, formada apenas por médicos, em Projeto de Lei nº 2.090, passado a nome deste profissional de fisioterapeuta para técnico em fisioterapia. O que garantiria a subordinação e dependência deste profissional à outra categoria também da área da saúde, a medicina. Esse projeto de lei foi derrubado por aprovação em Congresso Nacional, em 1972, dando maior autonomia a estes profissionais.

Há que se fazer relação da formação norte-americana dos médicos que formaram fisioterapeutas na gênese da profissão e seus primeiros anos, com o documento “Relatório Flexner”. Utilizado na avaliação do ensino em medicina norte-americana e canadense, este documento, teve por principal produto a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico. Dentre as consequências práticas que tal documento orientou estão a formação centrada na doença, com abordagem individual; práticas desenvolvidas em ambiente hospitalar; e desconsideração do social, coletivo, público e comunidade como influenciadores do desenvolvimento de doenças. Tal entendimento do processo saúde-doença e sua assistência foram denominados modelo biomédico (PAGLIOSA e DaROS, 2008).

Outro fato interessante e de correlação direta à formação do fisioterapeuta, está à proximidade do reconhecimento do nível superior desta formação com a Reforma Universitária no Brasil, ocorrida em 1968. Movimento que visou organizar e valorizar a formação superior no país (BARBOSA e VIANA, 2008).

Os dois fatos, implantação do modelo biomédico e Reforma Universitária, ocorreram durante governo militar-autoritário no Brasil (ditadura), que tinham como modelo socioeconômico o capitalismo. A fisioterapia ainda mantém sua atuação voltada a práticas dispendiosas, centradas na doença e a certo modo de alcance de pouca parte da população.

Outro fator deletério à profissão em seu desenvolvimento está a subordinação do fisioterapeuta ao médico, que traria e traz prejuízos para a autonomia da profissão. Em princípio pelo controle do saber, condutas e gestão dos serviços de reabilitação prestados e ainda hoje pela dependência de encaminhamento médico para realização de

tratamento fisioterapêutico, que apesar de não constituir-se enquanto técnico, por este encaminhamento ainda dependente da medicina (NASCIMENTO et al., 2006; SALMÓRIA e CAMARGO, 2008).

Rebelatto e Botomé (1999) ressaltam como aspecto positivo nesta formação, a atuação voltada para compor a equipe multidisciplinar de reabilitação, que deve ser fortalecida. A crítica à dependência da indicação do médico também permeia a discussão desses autores. Eles acrescentam que esta indicação fortalece a hierarquia e prejudica o trabalho em equipe de saúde, centrando o poder no médico. O direcionamento educacional do fisioterapeuta pouco impulsionou um desenvolvimento científico e acadêmico desta categoria profissional. O que de certo modo repercute nos dias atuais, quando deparamo-nos com a escassez de estudos sobre o processo de trabalho, interação com outros profissionais e reflexão sobre novos campos de atuação.

2.2.2 Fisioterapia no Brasil hoje

Na Lei nº 6.316 de 1975, foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1975). O que para Nascimento et al (2006), revela, segundo a sociologia, “alguns elementos que constituem uma profissão: autonomia, adesão ao ideal de serviço, forte identidade profissional traduzida pelo código de ética, e a demarcação do território profissional”. A concretização de um órgão que regulamenta e fiscaliza a atuação destes profissionais, fortalece essa profissão entre seus pares e perante toda a sociedade. Esta estruturação foi enriquecida quando publicada a Resolução nº 10 do COFFITO de 1978, que aprova o Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 1978).

Mas dois impasses para o crescimento da fisioterapia enquanto ciência e profissão da saúde permanecem. O primeiro está no documento que reconhece a fisioterapia enquanto atividade profissional da saúde de nível superior, quando descreve em seu Art. 3º: “É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física **do cliente.**” [grifo meu]. A expressão “do cliente” remete a uma prática profissional individualizada, mercantilizada, desconsiderando o desenvolvimento biopsicossocial do ser humano e agravos à saúde ou manutenção da saúde destes indivíduos e principalmente coletividades.

Além de fortalecer o perfil elitista dos indivíduos que assistir, pressupondo pagamento direto pelos serviços prestados.

Rebellato e Botomé (1999) apontam a própria descrição do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, sobre o que constitui um fisioterapeuta: “Profissional de Saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do **diagnóstico dos distúrbios** cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução **no paciente** bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para **alta do serviço.**” [grifo meu]. E que permanece ainda hoje, apesar das políticas públicas de saúde vigentes no país, não mais compactuarem com essa visão biomédica da saúde evidenciada nas palavras grifadas. Essas palavras propõe atuação centrada na atenção à doença, em assistência curativa sem prever a atuação na prevenção e assistência coletivas além das individuais, sem previsão de ações educativas e promotoras em saúde.

Indicando uma atuação concordante ao modelo assistencial do SUS, o COFFITO prevê a atuação do fisioterapeuta na Saúde Coletiva prevendo atuações na Atenção Básica à saúde e vigilância sanitária; fundamentado no Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto 90.640/84 e Lei 8.856/94. Estabelece como principal atribuição nesta área a educação em saúde, a prevenção de doenças e assistência fisioterapêutica coletiva (COFFITO, 2009).

As contradições de visão da determinação da doença, biológica ou social, já haviam sido estabelecidas na Resolução nº 10 que aprova o Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional em 1978 (COFFITO, 1978). Quando em seu Art. 1º, estabelece que: “O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional **prestam assistência ao homem**, participando da **promoção, tratamento e recuperação de sua saúde**”. E segue em Art. 2º: “O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional zelam pela provisão e manutenção de adequada assistência ao **cliente.**” [grifo meu]. Documento que destaca a importância para a atuação na promoção de saúde, concordando com o modelo assistencial para o SUS. Ao mesmo tempo em que fortalece a atuação individualizada centrada no cliente, reforçando a visão mercantilista e que não considera atuação profissional voltada às populações, contrário ao serviço gratuito a ser oferecido para a comunidade, previsto nas políticas públicas em saúde no Brasil.

Por estes fatos históricos e atuais da gênese da fisioterapia e seu reconhecimento enquanto profissão de nível superior, ainda muito recente, é que tornou a fisioterapia tão atrelada à doença e à reabilitação.

Além de apontar como problemas a própria determinação do que é ser fisioterapeuta instituída por resoluções do COFFITO. E o foco de atuação ainda ser o paciente, indivíduo já com algum distúrbio ou doença instalados, devido principalmente ao modelo biomédico contemporâneo a formação da profissão (BISPO JÚNIOR, 2007).

O movimento humano é o objeto de atuação da fisioterapia e sua práxis a reabilitação, evidenciados em vários documentos, como por exemplo, Resolução do Coffito N°. 80, de 1987, quando estabelece que: “... a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função” (COFFITO, 1987). Bispo Junior (2010), discorda e propõe modificações sobre o objeto e práxis da fisioterapia.

O mesmo autor afirma que a fim de atender a proposta do SUS de compreender o processo saúde-doença pela determinação social, a Fisioterapia não pode manter sua atuação na lógica biomédica, curativista e hospitalocêntrica. É preciso ampliar a atuação desse profissional, entendendo-o da saúde, para além do indivíduo doente que necessita de reabilitação, atender as necessidades das populações para a identificação e redução de riscos e danos à saúde. Trabalhar multidisciplinarmente e interdisciplinarmente às equipes de Saúde da Família, compondo e ampliando esta assistência, prevenindo doenças e principalmente promovendo a saúde. E não simplesmente uma atuação de nível secundário nos Centros de Saúde, ou seja, não apenas modificar a localização física de sua atuação reabilitadora. Modificando por consequência seu “sujeito da intervenção”, ampliando do indivíduo doente às comunidades, populações em risco de adoecimento e não doentes também. Atuando neste nível de atenção à saúde, o fisioterapeuta poderá contribuir para o desenvolvimento da integralidade do sistema de saúde vigente e fortalecer a resolubilidade da assistência (BISPO JÚNIOR, 2007).

Em síntese a fisioterapia surgiu, historicamente, como auxiliar técnico da medicina com o objetivo de reabilitar pacientes, ou seja, pessoas já com algum distúrbio ou disfunção em cinético-funcional do corpo humano. As resoluções do Coffito tanto como ampliadoras da atuação da fisioterapia na AB (ex.: Resol. 08/78 e a 80/87) como também e contraditoriamente, afirma que o ato profissional restringe-se à "terapia física" (Resol. 80/87 Art. 3o) (COFFITO, 1978; COFFITO, 1987).

Apesar da fisioterapia como profissão ser historicamente recente, suas práticas fazem parte da história da humanidade. E por isso devem se reestruturar a fim de ajustar-se ao novo modelo assistencial proposto pelo SUS. Reconhecer-se enquanto profissional da saúde capaz de contribuir para a ampliação das práticas assistenciais referentes à saúde, especialmente ao movimento humano, objeto de atuação da fisioterapia, contextualizando os indivíduos e populações com suas condições biopsicossociais e ambientais. Visando uma atuação voltada não exclusivamente à reabilitação como foi estabelecida e prevalece até os dias atuais, mas para uma prática que busque a prevenção de doenças, redução de riscos à saúde e, principalmente, a promoção da saúde. Rezende et al. (2009) completam que esse desenvolvimento do foco profissional será facilitado pela atuação e relação com equipes multidisciplinares principalmente na atenção básica (AB) à saúde. Entendendo a inserção do fisioterapeuta na ABS como benéfica não somente para a população, mas fundamental para o amadurecimento da profissão. Mantendo como objeto o movimento humano e como objetivo o desenvolvimento da saúde dos indivíduos e populações em sua amplitude biopsicossocial.

2.3 FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL

Apesar das críticas apresentadas na sessão anterior, existem profissionais e órgãos ligados à fisioterapia que propõe uma atuação reformulada ou no mínimo, contextualizada. Ou seja, uma atuação voltada para a saúde coletiva em especial a Atenção Básica à saúde e suas propostas de promoção da saúde, prevenção de doenças, além de tratamentos e reabilitações, ou que considerem todo o contexto biopsicossocial e cultural dos indivíduos que envolvem o processo saúde-doença e proponham uma atuação mais próxima desse contexto (SCHWINGEL, 2002; CREFITO5/RS, 2004; DOMINGUEZ e MERCHÁN-HAMANN, 2004; RAGASSON et al, 2005; CREFITO5/RS, 2007; RIBEIRO, 2009; BISPO JUNIOR, 2010).

A exemplo, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nº 5, responsável pelo estado do Rio Grande do Sul, em comemoração aos seus vinte anos de atuação, publicou a Cartilha de Apresentação da Atuação do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional no Sistema Único de Saúde em 2004, cujo objetivo foi o de divulgar o trabalho de profissionais na atenção básica, sua ação e relevância social.

Nesse documento, foram feitas considerações e exemplos importantes para inserção da fisioterapia na saúde coletiva (CREFITO5/RS, 2004).

Em relatos de experiências da fisioterapia na Atenção Básica, divulgadas em periódicos científicos ou objetos de estudos de discentes de pós-graduações *stricto-sensu*, preveem como áreas de atuação da fisioterapia na AB em linhas de cuidado como a Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Trabalhador e Saúde do Idoso. Entendem que a intervenção desse profissional deve incidir sobre aspectos da função e do movimento humano nas diversas fases da vida proporcionando as adaptações adequadas e cinesiologicamente saudáveis, prevenindo, tratando e reabilitando alterações fisiológicas e cinético-funcionais. Orientam a utilização de recursos e práticas cinesiológicas para desenvolvimento de condições posturais, musculoesqueléticas e neurológicas adequadas a cada fase da vida. Indicam ações de promoção da consciência corporal, equilíbrio, capacidade de relaxamento e, quando necessário, ações que promovam alívio da dor, redução de deformidades e melhora da capacidade funcional do corpo. Além de orientações e capacitações aos profissionais da ESF e à população quanto ao reconhecimento de ambientes seguros e ergonômicos favoráveis à promoção da qualidade de vida (SCHWINGEL, 2002; VÉRAS et al., 2004; RAGASSON et al., 2005; MECCA JUNIOR, 2008; TONELINI, 2009).

Dentre as principais vantagens da inserção desse profissional na Atenção Básica a Cartilha de apresentação da atuação do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional no Sistema Único de Saúde (CREFITO5/RS, 2004), afirma estar na redução de custos da assistência secundária e terciária aos usuários do SUS, principalmente para os municípios. Além de redução do absenteísmo ao trabalho, redução da medicalização e consequentemente dos gastos com fármacos, melhora da qualidade de vida da população em geral. Mas principalmente a integralidade da assistência e melhora da resolubilidade. Sempre associadas e contextualizadas com a cultura local e relações biopsicossociais das populações de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde. O documento ainda comenta as atuações na atenção secundária e terciária a saúde. Propõe uma atenção secundária do fisioterapeuta mais próxima à realidade do usuário a fim de garantir uma assistência que considere realmente os diversos aspectos da vida desses indivíduos e sua relação com as patologias desenvolvidas, a fim de reduzir o tempo de tratamento e possíveis sequelas decorrentes da demora da assistência adequada.

Ragasson et al. (2005) relatam que a fisioterapia tem “uma missão primordial”, em equipe interdisciplinar embasada nas condições de saúde da população onde atuam e com aplicação de recursos terapêuticos físicos prevenindo doenças, eliminando riscos à saúde e, melhorando condições e promovendo a saúde, além de ações de educação em saúde, com o indivíduo e também comunidade. Os autores entendem que a assistência domiciliar é fundamental para a atuação na ABS, pois é a oportunidade de reconhecer riscos, distúrbios cinético-funcionais e patologias no contexto de vida diária da família para então dar o encaminhamento pertinente.

Descrevem as atribuições do fisioterapeuta junto a ESF, prevendo a atuação desse profissional em Ações de Vigilância Sanitária, como contribuição ao planejamento e investigação em estudos epidemiológicos, com emissão de relatórios sobre as condições e práticas inadequadas à saúde coletiva, verificando as condições técnico-sanitárias das empresas que ofereçam assistência fisioterapêutica à coletividade. Apresenta também as ações de prevenção de doenças enquanto área de atuação do fisioterapeuta, a fim de evitar a instalação de processos que levem a incapacidades funcionais laborativas, com propostas de programas coletivos para a redução de riscos de acidente de trabalho. Preveem também a atuação de fisioterapeutas junto as ESF no planejamento, implementação, controle e execução de políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública, na Atenção Básica contribuindo para o desenvolvimento de capacitações de recursos humanos em saúde.

Quanto às competências profissionais do fisioterapeuta Ragasson et al. (2005) apresentam como “atribuições específicas” a realização de atendimentos domiciliares em pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas, pacientes acamados ou impossibilitados de deslocarem-se até o centro de saúde ou mesmo policlínica. O encaminhamento à serviços de maior complexidade também é entendido como função desse profissional. O que poderia facilitar a descrição do diagnóstico e evolução cinético-funcional do indivíduo. Na infância, preveem o atendimento a pacientes portadores de doenças neurológicas com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, má formações congênitas, distúrbios nutricionais, afecções respiratórias, deformidades posturais. Apresentam como justificativa dessa atuação a redução do número de hospitalizações, retardo ou eliminação da progressão das lesões e o desenvolvimento motor normal a ser estimulado. Além de incentivar e orientar os familiares a como participarem desse processo com a criança.

Outras propostas são apresentadas para atuação em outras populações específicas como na saúde da mulher, com a realização de programas de atividades físicas com o objetivo de aliviar os sintomas provocados pelo climatério (BRASIL et al., 2005; AQUINO et al., 2008; BARBOSA et al., 2010). Desenvolver atividades físicas para a terceira idade, para que o idoso consiga realizar suas atividades diárias de forma independente, melhorando sua qualidade de vida e prevenindo as complicações decorrentes da idade avançada (BRASIL, 2005; AQUINO et al., 2008; SILVA, 2008). Em atuação com usuários acamados para a orientação a familiares ou responsáveis, quanto aos cuidados prevenindo a instalação de enfermidades (VÉRAS et al., 2004; BRASIL, 2005; AQUINO et al., 2008) E atuar de forma integral às famílias, através de ações interdisciplinares e intersetoriais, visando assistência e a inclusão social das pessoas portadoras de deficiências, incapacidades e desassistidas (BRASIL, 2005; AQUINO et al., 2008; CARVALHO, 2009; BARBOSA et al., 2010).

Em patologias específicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melítus e Hanseníase, o fisioterapeuta poderia prescrever atividades físicas, principalmente exercícios aeróbicos, a fim de prevenir e evitar complicações, prescrever exercícios/técnicas respiratórias para diminuir o tempo de internação hospitalar e prevenir deformidades que levam às incapacidades (VÉRAS et al., 2004; AQUINO et al., 2008; BARBOSA et al., 2010).

Uma das vantagens previstas no estudo de Ragasson et al. (2005), está em promover uma Atenção Básica à saúde mais qualificada, com ampliação da assistência especializada e conseqüentemente com a resolubilidade. O que levaria a uma desmistificação de que a AB é um serviço apenas aos pobres e a fisioterapia apenas aos ricos, ampliando assim a compreensão e acesso a esta assistência.

Em estudo desenvolvido por Brasil et al. (2005), em Sobral, Ceará, buscou-se descrever as práticas assistenciais desenvolvidas pelo fisioterapeutas atuantes na AB daquele município. A prática daqueles fisioterapeutas estava dividida em macro e microáreas de atuação, cada uma com um nível de abordagem mais direcionada que incluía desde distúrbios e patologias neurológicas à gineco-obstétricas. As atuações ainda não realizadas eram em atendimentos domiciliares sistemáticos, atendimento individual nas unidades e na saúde do trabalhador. As vantagens percebidas da atuação desse profissional na ESF, na perspectiva dos entrevistados foram o desenvolvimento da interdisciplinariedade e ampliação do campo de atuação profissional. Todos os profissionais entrevistados referiram satisfação na relação

profissional com a comunidade, apesar do pouco tempo de interação com esta devido ao reduzido número de profissionais para áreas tão abrangentes. Todos relataram ter ainda na graduação conhecimento sobre Saúde Pública e Comunitária.

A grande dificuldade apontada pelos autores quanto à atuação da fisioterapia e o desenvolvimento de suas atividades assistenciais na AB, principalmente voltadas para a prevenção de doenças e para a promoção de saúde, encontra-se no “estigma” da reabilitação ligada ao desenvolvimento histórico desta profissão. Além da formação ainda ser voltada para especialidades médicas considerando muitas vezes as disciplinas das ciências humanas pouco relevantes e com pouco destaque. Porém os autores ainda consideram a atuação domiciliar como uma das principais atividades a serem desenvolvidas pelos fisioterapeutas na AB.

No município de Lauro Freitas, no estado da Bahia, Mecca Junior (2008) relatou a elaboração de documento que estabeleceu atribuições ao Núcleo de Fisioterapia no município daquele estado. O documento apresentou atividades administrativas desses profissionais como membro da ESF, conforme informações dadas pela própria coordenadora da equipe.

Como atribuições do Núcleo de Fisioterapia foram estabelecidos 16 itens, dos quais destacam-se:

- A contribuição dos fisioterapeutas no desenvolvimento de ações de educação permanente junto as equipes de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quanto o olhar sobre a saúde cinético-funcional;
- Realização de atendimento ambulatorial e/ou visita domiciliar em cada Distrito Sanitário;
- Atividades educativas junto à população como grupos de patologias e fases de vida (hipertensão, ginástica laboral, coluna, idosos e gestantes), palestras educativas, formas de prevenção e promoção à saúde;
- Acompanhamento a pacientes com sequela de hanseníase;
- Atuar na prevenção de agravos e acompanhar os pacientes com afecções respiratórias encaminhadas pelas ESF.

Também entende como função do fisioterapeuta atuante na AB o encaminhamento de pacientes aos Centros de Referência (Policlínica e Centro Intermunicipal de Reabilitação), dependendo do nível de complexidade, para aquisição de equipamentos auxiliares, próteses e órteses etc. Outra atuação prevista é na orientação ao paciente, seus

familiares e o cuidador, durante o tratamento domiciliar; capacitações das ESF e ACS para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para o núcleo de fisioterapia.

Preveem ainda, a elaboração de instrumentos de vigilância epidemiológica quanto aos distúrbios cinético funcionais em seu território de atuação; realização de parcerias, para desenvolver atividades, com outras instituições como escolas, creches, casas de caridade, igrejas, entre outros.

Mecca Junior (2008) ainda descreveu atribuições administrativas do fisioterapeuta e à Coordenação de Assistência e Reabilitação, estabelecidas pelo grupo atuante naquele município, pertinentes às rotinas exigidas e existentes naquela gestão. Visam principalmente o fortalecimento da atuação do fisioterapeuta junto às ESF e contribuições para a vigilância à saúde cinético funcional da população bem como para organização da demanda a estes serviços e seus níveis de atenção.

Na experiência descrita por Mecca Junior (2008), a dinâmica de atuação dos profissionais contratados ocorreu sem preparo ou treinamento prévio algum. Assim que os recém-contratados iniciavam seus trabalhos, eram encaminhados para atuarem na policlínica, área que estariam mais bem preparados para atuarem pela própria formação acadêmica mais direcionada à clínica. Mais ambientados ao serviço de saúde, eram então realocados para atuarem na AB. Quando interrogados sobre suas atuações junto às equipes de saúde da família, a maioria declarou realizar atendimento ambulatorial, visita domiciliar, palestras educativas e participação em feiras, e apenas um declarou atuação com grupos de hipertensos e diabéticos, na prevenção, promoção de saúde visando à melhoria da qualidade de vida, além das atividades citadas pelos colegas. Isso demonstra que apesar da proposta de atuação ser na AB, revela a lacuna do objeto de trabalho e objetivo de atuação na AB pelos profissionais fisioterapeutas, em geral remanescente de sua formação profissional. Fato declarado no trabalho quando coloca que apenas dois dos onze profissionais envolvidos nesta experiência tinha formação em Saúde Coletiva.

Outro problema encontrado no estudo foi a pouca interação dos fisioterapeutas com outros profissionais das equipes de saúde da família, e mesmo com a realidade das comunidades por eles assistidas. Reafirmando a formação clínica, isolada que é, em geral, desenvolvida nas Instituições de Ensino Superior nesta área, a visão tecnicista e biomédica de atuação profissional (MECCA JUNIOR, 2008).

Sobre as atividades assistenciais, Trelha et al (2007) relatam que os fisioterapeutas atuavam em mais de uma UBS. Os usuários que

necessitava de assistência fisioterapêutica eram identificados pelo médico, pela triagem da enfermagem ou ainda reconhecidos pelas ACS da equipe. Em casos onde o usuário necessitasse de uma intervenção mais especializada ou de recursos que o serviço de atenção primária não dispunha, era então referenciados a outro nível de atenção à saúde. Outras práticas profissionais descritas foram a educação em saúde, prevenção de doenças e agravos, com temas como ergonomia, medicina do trabalho e específicos aos grupos desenvolvidos pela equipe, além de ações de promoção de saúde junto à comunidade local. Porém a grande demanda ainda era pela reabilitação. A assistência era desenvolvida em carga horária de 30 horas semanais, permitindo uma média de 17 atendimentos individuais por cada profissional, com duração entre 20 e 30 minutos, as atividades educativas geralmente eram realizadas em horário extra carga horária prevista. Outras atividades relatadas eram as supervisões dos estágios de discentes em fisioterapia que também auxiliavam na assistência à população.

Dentre as dificuldades abordadas pelas mesmas autoras, destacase o reduzido número de profissionais para desenvolver tanto a assistência como as demais atividades. E acrescentam que o treinamento e orientações aos cuidadores informais deveriam ser mais extensos, frequentes e melhor programados, alegando que visitas diárias não são suficientes. Baixa remuneração, aliado a assistências feitas em mais de uma UBS, o que incrementa gastos pelo transporte, e desvalorização desse tipo de assistência na ABS, foram outros problemas levantados.

Dentre todas as experiências da fisioterapia na AB apresentadas, todas alegam viabilidade de inserção e algumas, delimitam especificamente a atuação desse profissional nesse nível de atenção tanto em questões assistenciais quanto institucionais, além de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Em alguns casos apenas prestando uma assistência individual e reabilitadora, porém rica quanto à contextualização biopsicossocial da população assistida. Trata-se de uma conquista muito importante para o desenvolvimento da saúde dos usuários e da própria profissão. Em outros estudos a reabilitação é associada a atuações coletivas, principalmente voltadas para a prevenção em saúde e desejo de promover saúde. O que sugere uma quebra no modo de pensar puramente reabilitador do papel desse profissional na assistência à saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Construir e validar uma proposta de atuação da fisioterapia na Atenção Básica à saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver um modelo de atuação da fisioterapia na Atenção Básica.
- Validar a proposta junto a especialistas das áreas envolvidas, fisioterapia e/ou Atenção Básica.

4 MÉTODO

Neste estudo exploratório estabeleceram-se como percurso metodológico duas etapas complementares, para alcance dos objetivos (MARCONI e LAKATOS, 2007; LAKATOS e MARCONI, 2009):

- 1º Elaboração de proposta de atuação da fisioterapia na Atenção Básica por meio de uma metassíntese;
- 2º Validação da proposta entre especialistas por meio de técnica de consenso pela técnica Delphi.

4.1 METASSÍNTESE

A metassíntese, meta-estudo ou meta-análise qualitativa, caracteriza-se pela integração interpretativa dos dados encontrados em documentos e bibliografia. A integração interpretativa dos resultados não constitui a sumarização dos achados, não podem ser encontrados em nenhum dos trabalhos utilizados, pois será o produto contemplador das inferências neles encontradas, construindo uma lógica integradora. Os resultados são, portanto, a síntese interpretativa dos dados primários (LOPES & FRACOLLI, 2008; MATHEUS, 2009). Para este estudo, seguiu-se a metodologia selecionada em suas seis etapas:

1. Identificação do objetivo da pesquisa que norteou o desenvolvimento da revisão bibliográfica;
2. Definição dos aspectos relevantes para alcance do objetivo do estudo e seleção das publicações relevantes a serem incluídas no estudo. Essa constitui uma etapa crucial para a validade do estudo, pois dela dependerá a validade da metassíntese. Por isso a leitura do material levantado na revisão, deve ser exaustiva para melhor definição do material que irá compor seus dados.
3. Rigorosa leitura e releitura do material selecionado com o propósito de identificar metáforas e interpretações relevantes, seguidos da elaboração de resumos para tornar os resultados mais acessíveis e organizados para posterior interpretação integrativa.
4. Nesta etapa realiza-se a integração dos resultados encontrados nos estudos selecionados e já analisados.

5. Então o pesquisador elabora novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, mas que preservaram o contexto do qual surgiram.
6. Por fim, estabelece a nova explicação, com equivalência aos estudos pesquisados.

Trata-se, portanto, de um processo de desconstrução e análise dos dados das pesquisas qualitativas, passando por um processo indutivo e interpretativo até a conclusão da metassíntese.

Estabelecido o objetivo da pesquisa bibliográfica (**primeira etapa da metassíntese**), foi iniciado o levantamento das experiências relatadas na comunidade científica sobre a atuação de fisioterapeutas na Atenção Básica à saúde no Brasil entre os anos de 2004 a 2010. Apesar de ultrapassar cinco anos de publicações, intervalo geralmente adotado em revisões bibliográficas, optou-se por incluir o ano de 2004 por ser o ano de publicação de um dos principais grupos precursores de relatos da atuação da fisioterapia na Atenção Básica.

Utilizou-se como fonte a Biblioteca Virtual de Saúde – BVS (BVS, 2010a) por constituir uma ferramenta de busca virtual de produção científica gratuita e concomitante a diversas fontes. Além de reconhecida ferramenta de qualificação científica pelos Ministérios da Saúde e da Educação para o Brasil, América Latina e Caribe (BVS, 2010a). Por tratar-se de uma pesquisa que visou identificar experiências vividas no sistema de saúde brasileiro, foi selecionada como fonte principal das publicações. As buscas foram realizadas durante os meses de julho e agosto de 2010.

Para a busca e identificação da produção científica que abordasse o tema em estudo, a atuação da fisioterapia na Atenção Básica à saúde, utilizou-se o descritor “fisioterapia” em associação com outros descritores segundo DECS utilizando-se os descritores isoladamente e em associação, nos idiomas português brasileiro, inglês e espanhol, apresentados nessa sequência (BVS, 2010b):

- Fisioterapia / “Physical Therapy” (inglês) / “Terapia Física” (espanhol);
- Atenção primária à saúde / “Primary Health Care” (inglês) / “Atención Primaria de Salud” (espanhol);
- Atenção Básica à Saúde / “basic health care” (inglês) / “atención básica de salud” (espanhol);
- Atenção à saúde / “Health Care (Public Health)” (inglês) / “Atención a la Salud” (espanhol).

Uma **segunda etapa** de busca a referencial teórico foi realizada para identificar atuações de fisioterapeutas na atenção primária à saúde com foco em grupos populacionais específicos. Para isso foram utilizados os descritores “fisioterapia” em associação ao descritor “atenção primária à saúde” e o termo “and” aos seguintes descritores: “diabet_”; “hipertens_”; “gesta_”; “idos_”. Foram usados descritores com final de palavra aberta para não restringir a busca ao termo especificamente. Porém os resultados foram igualmente baixos em relação a primeira busca, sendo encontrados apenas 3 artigos de atuação fisioterapêutica na saúde do idoso; 1 na saúde da gestante; sem sucesso nas buscas com outros descritores.

Os trabalhos encontrados em duplicidade nas buscas foram excluídos.

Durante a leitura dos artigos, foram identificados outros relatos de experiências posteriormente agregados ao material analisado e componente do referencial teórico da “Proposta de Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde”. Quando estes materiais não foram encontrados pela busca realizada utilizando-se o site relatado nas publicações, ou na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD (BDTD, 2010), realizou-se a busca de contato eletrônico pessoal com autores dos trabalhos identificados, onde três dos cinco autores contatados retornaram e contribuíram aos dados desta etapa do estudo (segunda fase da metassíntese). As pesquisas primárias que compuseram os dados, portanto o referencial teórico relativo às experiências da fisioterapia na Atenção Básica totalizaram vinte e três trabalhos.

As publicações encontradas foram lidas, relidas, analisadas e seu conteúdo foi categorizado para tornar os resultados mais acessíveis e organizados para posterior utilização na construção da proposta, compondo a **terceira etapa da metassíntese**.

Constituídas as categorias com base nas experiências da fisioterapia na atenção básica, fez-se um cruzamento teórico-conceitual entre as publicações de atuação da fisioterapia na AB – políticas públicas – teóricas da atenção básica. Esta constituiu a **quarta etapa**.

Em seguida foram estabelecidas novas leituras para análise e organização para construção da “Proposta de Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica”, primeira versão. Esta constituiu a **quinta etapa da metassíntese**.

Os dados após análise e organização foram então confrontados com as resoluções e normatizações da profissão conforme o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia-Ocupacional apresentam. Essa etapa

foi importante para atribuir condição legal à proposta que estava em construção. Estes resultados foram confrontados com referenciais teóricos deste nível de atenção à saúde (MENDES, 1999; ANDRADE, SOARES, CORDONI JUNIOR, 2001; MERHY et al ., 2003; STARFIELD, 2004), e com as publicações normativas e de políticas públicas que orientam a Atenção Básica no SUS e, citando-os:

- Manual para a Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1999);
- Programa Saúde da Família (2000);
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 2001);
- SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde (APM, 2002);
- Para entender a gestão do SUS (Brasil, 2003);
- Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006a);
- Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006b);
- Portaria de Criação do NASF (BRASIL, 2008a);
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008b);
- Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2008c);
- Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose (BRASIL, 2008d);
- Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008e)
- SUS 20 anos (BRASIL, 2009a).
- Saúde na escola (BRASIL, 2009b);
- Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2010b)

A proposta elaborada (**sexta etapa da metassíntese**) foi organizada em forma de questionário (APÊNDICE A) para submissão em oficina de consenso para que os especialistas atribuíssem grau de concordância (possibilidades: totalmente concordante; pouco concordante; não concordante).

4.2 OFICINA DE CONSENSO DELPHI

A imagem-objetivo desta etapa esteve na estruturação de uma “Proposta de Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde”

factível a qualquer realidade brasileira e coerente com as atribuições da fisioterapia neste nível de atenção à saúde conforme regulamentação profissional e principalmente às políticas públicas. Recomenda-se a necessidade de ampliar a discussão até o alcance do consenso entre especialistas das áreas envolvidas para qualificação e validação da proposta. Por isso foi estabelecida como metodologia a técnica Oficina de Consenso modalidade Delphi¹ segundo proposto por Hartz & Vieira-da-Silva (2005). Neste método de consenso são utilizados questionários individualmente respondidos a serem elaborados conforme desejo e necessidades dos pesquisadores. As contribuições são tratadas estatisticamente por meio de cálculo de medidas de tendência central e/ou dispersão, e os resultados são passados aos participantes para nova rodada de avaliação. Os dados são então novamente tratados e consolidados até que se alcance um grau de consenso satisfatório.

O método é flexível quanto ao número de participantes (especialistas), ao número de interações, e utilização da comunicação escrita.

A principal vantagem desse método está no tempo que o participante tem para refletir sobre a proposta, assim como eliminar a possibilidade que o presencial suscita como a disputa de poder ou imposição do pensamento de um participante sobre os demais. Porém inviabiliza a discussão e interação entre os componentes, correndo o risco do empobrecimento do resultado final. Outro fator problemático é o tempo que pode acarretar esse processo de envio, recebimento, consolidação, reenvio até atingir consenso.

Para a oficina foram convidados seis fisioterapeutas do serviço/assistência e profissionais da Atenção Básica, sete membros da academia e dois fisioterapeutas ligados ao conselho de fisioterapia. Todos os participantes foram selecionados pela reconhecida competência técnica e teórica das políticas públicas da AB e práticas pertinentes a este nível de atenção à saúde, e por serem facilmente contatados pela pesquisadora, portanto essa seleção foi intencional. O anonimato dos participantes das oficinas de consenso foi mantido para não causar qualquer desconforto a estes, uma vez que durante todo o processo apenas suas contribuições à proposta foram expostas.

Os especialistas selecionados foram contatados por correio eletrônico (e-mail), com convite a participarem da oficina de consenso modalidade Delphi para avaliação da “Proposta de Inserção da

¹ Apesar das autoras citadas como referência utilizarem o termo Delfo, optou-se por utilizar o termo Delphi (em latim) por ocorrer com maior frequência na bibliografia da área.

Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde” (APÊNDICE B). Efetivado o aceite pelo especialista em participar, o instrumento foi enviado e solicitado o retorno com as devidas contribuições por prazo máximo de 15 dias. Essa constituiu a **primeira etapa da oficina de consenso** proposta neste estudo.

Ao recebimento dos instrumentos com a proposta já avaliada, os dados eram organizados e as respostas dos especialistas (validação) foram quantificadas utilizando-se o programa Excel®. As contribuições descritivas foram organizadas e consolidadas orientando as modificações necessárias para o aprimoramento da “Proposta de Inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde”.

A “Proposta de Inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde” já alterada após consolidação das contribuições foi reencaminhada aos mesmos experts, para nova apreciação e confirmação da concordância (possibilidades: totalmente concordante; pouco concordante; não concordante), constituindo a **segunda etapa da oficina de consenso** (APÊNDICE C).

A segunda etapa de consolidação foi estabelecida e efetivada conforme primeira etapa, a fim de construir a “Proposta de Inserção da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde” em sua versão final.

Dos quinze experts convidados todos aceitaram participar. Mas apenas dez participaram de todas as etapas de construção desta proposta. Destes, cinco são profissionais médicos e fisioterapeutas com atuação no SUS, quatro na Atenção Básica e um na atenção secundária, mas com desenvolvimento de estudos sobre este nível de atenção à saúde. Os especialistas com atuação principal na academia que compuseram a oficina totalizaram cinco profissionais entre fisioterapeutas e médicos. Os dois profissionais fisioterapeutas ligados ao conselho regional da categoria, então convidados, aceitaram. Porém não retornaram os questionários com suas respectivas validações, justificando dificuldade de compreensão da proposta. Todos os outros convidados não justificaram sua omissão no retorno dos instrumentos.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.
2. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências e elaboração. Rio de Janeiro, 2002.
4. APM – Associação Paulista de Medicina. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. vol. 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
5. AQUINO, C. F. de; AUGUSTO, V. G.; MACHADO, N. C.; CARDOSO, V. A.; RIBEIRO, S. Promoção de Saúde em Unidades Básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da Fisioterapia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [periódico na internet] 2008, [cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3261. Acessado em: 20/07/2010.
6. BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R.; RIBEIRO, E. E. N. Experiência da fisioterapia no núcleo de apoio à saúde da família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.23, n.2, p. 323-330, abr./jun. 2010.

7. BARBOSA, E. C. V.; VIANA, L. de O. Um olhar sobre a Formação do Enfermeiro/Docente no Brasil. **Revista de Enfermagem UERJ**, jul/set; 16(3):339-4. Rio de Janeiro, 2008.
8. BARROS, F. B. M. de. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**;13(3):941-954, maio-jun. 2008.
9. BDTD. **Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações**. Ministério da Ciência e Tecnologia. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/>. Acessado em: julho e agosto de 2010.
10. BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]**. Vol. 15, suppl. 1, pp. 1627-1636. 2010.
11. BRASIL, A. C. de O.; BRANDÃO, J. A. M.; SILVA, M. O. do N.; GONDIM FILHO, V. C. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral Ceará. **RBPS**, 18 (1); p. 3-6; 2005.
12. BRASIL. **Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União núm. 938, Brasília, 14 de outubro de 1969.
13. BRASIL. **Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975**. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Brasília, 18 de dezembro de 1975.

14. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Título VIII Da Ordem Social; Capítulo II – Da seguridade social; Sessão II – Da saúde. Artigo 200. Brasília, 1988.
15. BRASIL. **Manual para a Organização da Atenção Básica /** Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
16. BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família.** Brasília: 2000.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
18. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília : CONASS, 2003.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.
21. BRASIL. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Brasília: janeiro de 2008a.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: agosto de 2008b.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Estadual em São Paulo. **Saúde do Trabalhador: programa de qualidade de vida e promoção à saúde**. Ministério da Saúde, Núcleo Estadual em São Paulo. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008d.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008e.
26. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009a.
27. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

29. BRASIL. **Site do Ministério da Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=29178&janela=1. Acessado em 12 de setembro de 2010a.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.
31. BVS. **Biblioteca Virtual em Saúde. Brasil, 2010/2011. Disponível em:** site: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>. Acessado em: julho e agosto de 2010a.
32. BVS. **Biblioteca Virtual em Saúde / DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. São Paulo: 2009. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acessado em: 10 de julho de 2010b.
33. CARVALHO, S. T. R. F. de. **Conhecimentos e percepções dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre fisioterapia**. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde na Comunidade. Orientadora: Caccia-Bava, M. do C. G. C. 2009.
34. CNPQ. **WebQualis**. Disponível em: <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/>. Acessado em: 03 de setembro de 2009.
35. COFFITO. **Resolução 10 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Aprova o código de ética profissional de Fisioterapia e Terapia ocupacional. Brasília, 22 de setembro de 1978. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=937&psecacao=9

36. COFFITO. **Resolução nº 80 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.** Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília, 09 de maio de 1987. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1007&psecao=9

37. COFFITO. **Resolução nº 363/2009 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.** Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional Reconhece a fisioterapia em saúde coletiva como especialidade profissional fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília 16 de junho de 2009. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1700&psecao=9. Acessado em: julho de 2010.

38. CREFITO5/RS. Fisioterapeuta & Terapeuta Ocupacional: o que estes profissionais podem fazer por você! **Cartilha de apresentação da atuação do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional no Sistema Único de Saúde.** Porto Alegre: Nova Prova, 2004.

39. CREFITO5/RS. **A fisioterapia e suas vivências na saúde pública do Rio Grande do Sul: relatos de experiências no SUS.** Porto Alegre: Pallotti, 2007.

40. CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, Oct. 1999.

41. DOMINGUEZ, A. G. D.; MERCHÁN-HAMANN, E. Kinesioterapia colectiva: repensando el papel del kinesiólogo en la sociedad brasileña. **Revista Cubana Salud Pública** v.30 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2004.
42. FMUSP. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.** Disponível em: <http://www.fm.usp.br/fofито/mostrahp.php?origem=fofито&xcod=História%20da%20Fisioterapia&dequem=Paginas%20Internas>. Acessado em: 15/08/2010.
43. GALLO, E.; LUCHESE, G.; MACHADO FILHO, N.; RIBEIRO, P. T. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, Dec. 1988.
44. HARTZ, Z. M. De A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
45. KISNER, C. & COLBY, L. A. **Exercícios Terapêuticos: fundamentos e técnicas.** 3ª edição. São Paulo: Manole, 1998.
46. LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica.** 6ª ed. 7ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.
47. LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Out-Dez; 17(4): 771-8. Florianópolis: UFSC, 2008.

48. MARCONI, M. de A. e LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6ª ed. 3ª. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.
49. MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. 22(Especial-Nefrologia):543-5. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2009.
50. MECCA JUNIOR, S. V. **A inserção e a atuação do fisioterapeuta no programa saúde da família no município de Lauro Freitas – BA.** Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador. Orientador: Isabela Cardoso M. Pinto. Salvador, 2008.
51. MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; PIVA, M. M. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e Diferenças Conceituais. **Revista APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
52. MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
53. MERCADANTE, O. A. (Coord.). **Evolução das políticas Públicas e do Sistema de Saúde no Brasil.** In.: Finkelman, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
54. MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.

55. NASCIMENTO, M. C.; SAMPAIO, R. F.; SALMELA J. H.; MANCINI, M. C.; FIGUEIREDO I. M. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. Vol. 10, no 2, p. 241-247, 2006.
56. PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, dez. 2008.
57. PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [4]: 625-644, 2008.
58. PEREIRA, M. P. B. & BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2(2): 47-55, jun 2006.
59. RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D. C. Da S. e; COMPARIN, K. MISCHIATI, M. F.; GOMES, J. T. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. **CREFITO5/RS** 2005. Disponível em: http://www.crefito5.org.br/web/downloads/psf_ado_fisio.pdf. Acessado em 27 de julho de 2010.
60. REBELATTO, J. R. e BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2ª edição, reimpressão, 2008. São Paulo: Manole, 1999.
61. REZENDE, M. de; MOREIRA, M. R.; AMÂNCIO FILHO, A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1): 1403-1410, 2009.

62. RIBEIRO, K. S. Q. S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. **Caderno Cedes, Campinas**, vol. 29, n. 79, p. 335-346, set./dez. 2009. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.
63. SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Revista Saúde e Sociedade**. Vol. 17, n. 1, p. 73-84. São Paulo: 2008.
64. SCHWINGEL, G. A fisioterapia na saúde pública um agir técnico, político e transformador. In BARROS, F. B. M. (org.). **O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora**. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
65. SILVA, C. S. da. Percepção dos docentes de fisioterapia das universidades do sul do estado e meio-oeste de Santa Catarina sobre integralidade na Atenção Básica à Saúde. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. Orientadora Gladys Amélia V. Benito. Itajaí: 2008.
66. SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010.
67. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
68. TONELINI, F. M. **Atenção Primária: uma proposta de inserção das ações de fisioterapia**. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos. Orientador, Paulo Eduardo Mangeon Elias. Santos: 2009.

69. TRELHA, C. S.; SILVA, D. W. da; IIDA, L. M.; FORTES, M. H.; MENDES, T. de S.. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.20-25, jun. 2007.

70. TURATO, E. R. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

71. VASCONCELOS & PASCHE in CAMPOS, G.W.S., MINAYO, M.C.S., AKERMAN, M., DRUMOND JÚNIOR, M., CARVALHO, Y.M. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/HUCITEC, 2006.

72. VÉRAS, M. M. S.; PINTO, V. de P. T.; OLIVEIRA, E. N.; QUINDERÉ, P. H. D. O fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. **SANARE**, ano V, n.1, jan./fev./mar., 2004.

PARTE II
PRODUTOS DO ESTUDO

APRESENTAÇÃO

Seguindo as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados serão apresentados na forma de artigos em duas sessões. O primeiro artigo corresponde aos resultados da primeira etapa do estudo. A elaboração da proposta a partir da síntese teórica dos dados qualitativos coletados e correlação teórica às políticas públicas deste nível de atenção à saúde e referenciais teóricos sobre o mesmo tema, utilizando a técnica metassíntese. O segundo artigo apresenta a proposta de atuação da fisioterapia consolidada a partir das contribuições dos especialistas da fisioterapia e da Atenção Básica à saúde, e os dados quantitativos das contribuições e considerações dos experts consultados para consenso da proposta. O primeiro artigo, será submetido ao periódico “Ciência e Saúde Coletiva” (ANEXO A); e o segundo artigo ao periódico “Cadernos de Saúde Pública” (ANEXO B).

ARTIGO CIENTÍFICO I

FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM OLHAR SOBRE AS POSSIBILIDADES PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS.

CARVALHO_MIRANDA, Fernanda Alves
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa Catarina

LACERDA, Josimari Telino de
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

As modificações da assistência à saúde no Brasil com a implantação do SUS têm motivado a reorientação das práticas profissionais da fisioterapia. Diversas experiências de atuação desse profissional na atenção básica foram publicadas, geralmente relacionadas a atividades de extensão acadêmica, motivadas principalmente após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2002. Porém ainda é um campo de atuação em construção assim como a própria profissão. Devido o forte respaldo na formação biomédica, centrada na doença e principalmente na reabilitação, ainda é necessária a definição de qual deva ser a prática do profissional coerente ao preconizado para este nível de atenção à saúde. Com o objetivo de contribuir para formulação e organização da atuação da fisioterapia na atenção básica é que se desenvolveu neste trabalho uma integração interpretativa das experiências publicadas da profissão neste nível de atenção à saúde no Brasil, as políticas públicas vigentes no país e teóricos da atenção primária. Para isso utilizou-se a metodologia metassíntese descrita por Lopes e Fracolli (2008), onde a integração interpretativa dos resultados não constitui a sumarização dos achados, pois não podem ser encontrados em nenhum dos trabalhos utilizados, mas o produto contemplador das inferências neles encontradas, construindo uma lógica integradora. Os resultados são a síntese interpretativa dos dados primários. Neste estudo dentre os principais resultados têm-se a

elucidação de questões como a visita domiciliar em substituição a assistência domiciliar em fisioterapia e a apropriação do princípio da integralidade da assistência que deve envolver a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação cinético-funcional individual e coletiva.

Palavras-chave: Fisioterapia; Atenção Básica; Metassíntese

ABSTRACT

Changes in health care in Brazil with the introduction of SUS have motivated the reorientation of professional practice of physical therapy. Several experiences of this professional activity in primary care were published, usually related to academic outreach activities, driven mainly after the implementation of the National Curriculum Guidelines in 2002. But it is still a work in construction field as well as the profession itself. Due to the strong support in biomedical education, focusing on the disease and especially in rehabilitation, it is still necessary to define what must be a coherent professional practice that recommended for this level of care. In order to contribute to the formulation and organization of physiotherapy in primary care is that developed in this work an integration of interpretive public experiences of the profession at this level of health care in Brazil, public policies in force in the country and the primary theoretical. For this we used the methodology described by Lopes and metasynthesis Fracolli (2008), where integration is not interpreting the results summarizing the findings, they cannot be found in any of the work used, but the product of the beholder inferences found in them, building an integral logic. The results are the interpretive synthesis of primary data. In this study among the main results have been the elucidation of issues such as home visits in lieu of home care in physiotherapy and the appropriation of the principle of comprehensive care that must involve health promotion, disease prevention, curative and rehabilitative kinetic-functional individual and collective.

Keywords: Physiotherapy, Primary Care; Meta Synthesis

INTRODUÇÃO

A fisioterapia é uma profissão da área da saúde reconhecida em 1969 enquanto bacharelado e não mais área técnica como até aquele momento. A atuação da fisioterapia ainda é muito ligada à doença e à reabilitação, principalmente por ter sido desenvolvida com base na formação biomédica e diretamente subordinada ao profissional médico. Vale salientar que desde seu reconhecimento até os dias atuais são registradas propostas de modificações sobre o objeto e práxis da fisioterapia, com atuação centrada na saúde cinético-funcional e não apenas sua reabilitação^{1,2}.

A ampliação de objeto e práxis do fisioterapeuta para o desenvolvimento da qualidade de vida e saúde dos indivíduos e comunidades é necessária para que este profissional atenda a proposta do SUS. Faz parte dessa nova postura: compreender o processo saúde-doença pela determinação social; ampliar a atuação para além do indivíduo que necessita de reabilitação, voltado para as necessidades das populações com a identificação e redução de riscos e danos à saúde; atuação multidisciplinar e interdisciplinar junto às equipes de Saúde da Família, compondo e ampliando aspectos da assistência, prevenindo doenças e contribuindo com a promoção da saúde²⁻⁸.

A Atenção Básica (AB) é caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde⁹⁻¹¹. Deve organizar o Sistema de Saúde, principalmente por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) que, por sua vez, deve atender não apenas os problemas de saúde de menor complexidade tecnológica¹¹.

A priorização deste nível de atenção justifica-se pelo elevado impacto, alto potencial resolutivo, prescindindo de aparato de alta tecnologia. Trata-se, portanto de uma alternativa resolutiva que desmistifica a concepção do modelo centrado ao aparato tecnológico de última geração presente na fisioterapia. Centrar gastos em procedimentos custosos e de baixo impacto sobre a saúde tem sido ineficiente como demonstrado pela evolução histórica do modelo biomédico¹².

Em concordância ao exposto, o Ministério da Saúde, em 2008, lançou a Portaria GM nº 154, que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que tem por missão apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família. O NASF é composto por diversos profissionais até

então não previstos na assistência à saúde na Atenção Básica, dentre eles o fisioterapeuta. Porém essa atuação ainda é recente e suas experiências ainda escassas de publicação.

Contudo, experiências da fisioterapia na atenção básica já existem impulsionadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da formação em fisioterapia, lançada em 2002, principalmente decorrentes de projetos de extensão das Instituições de Ensino Superior. Algumas dessas experiências foram tão positivas que em alguns municípios que o fisioterapeuta passou a compor as Equipes de Saúde da Família^{3, 13, 6, 14}.

Dessas práticas profissionais surgiram relatos de experiências bastante diversificados e em alguns aspectos divergentes quanto às práticas previstas a este nível de atenção. Porém, concordam que a inserção do fisioterapeuta na atenção básica é vantajosa⁴.

Mas como orientar a prática do fisioterapeuta de modo que esse profissional contribua para a assistência à população e apoio à Equipe de Saúde da Família, que seja coerente às políticas públicas, às possibilidades práticas e especialmente às práticas pertinentes a este nível de atenção segundo referenciais teóricos?

Neste estudo considerou-se a metassíntese descrita por Lopes e Fracolli (2008), uma estratégia metodológica importante para a construção de orientações à prática dos fisioterapeutas. Tratar-se de metodologia que visa à ampliação do conhecimento sobre determinado tema a partir da integração interpretativa de pesquisas qualitativas, podendo auxiliar em decisões políticas, gerenciais e assistenciais em saúde. Caracteriza-se pela integração interpretativa dos resultados encontrados em documentos e bibliografias. A integração interpretativa dos resultados não constitui a sumarização dos achados, não podem ser encontrados em nenhum dos trabalhos utilizados, pois será o produto contemplador das inferências neles encontradas, construindo uma lógica integradora. Os resultados são, portanto, a síntese interpretativa dos dados primários^{15, 16}.

Este estudo propõe-se a apresentar um consolidado das práticas fisioterapêuticas possíveis e coerentes à atenção básica à saúde na tentativa de preencher esta lacuna.

METODOLOGIA

Adotou-se a metodologia metassíntese¹⁵, desenvolvida em seis etapas:

1. Identificação do objetivo da pesquisa que norteou o desenvolvimento da revisão bibliográfica;
2. Definição dos aspectos relevantes para alcance do objetivo do estudo e seleção das publicações relevantes a serem incluídas no estudo.
3. Rigorosa leitura e releitura do material selecionado com o propósito de identificar metáforas e interpretações relevantes, seguidos da elaboração de resumos para tornar os resultados mais acessíveis e organizados para posterior interpretação integrativa.
4. Integração dos resultados encontrados nos estudos selecionados e já analisados.
5. Elaboração de novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, mas que preservaram o contexto do qual surgiram.
6. Estabelecimento da nova explicação, com equivalência aos estudos pesquisados.

Estabelecido o objetivo da pesquisa bibliográfica (primeira etapa da metassíntese), foi iniciado o levantamento das experiências relatadas na comunidade científica sobre a atuação de fisioterapeutas na Atenção Básica à saúde no Brasil entre os anos de 2004 a 2010. Apesar de ultrapassar cinco anos de publicações, intervalo geralmente adotado em revisões bibliográficas, optou-se por incluir o ano de 2004 por ser o ano de publicação de um dos principais grupos precursores de relatos da atuação da fisioterapia na Atenção Básica.

Utilizou-se como fonte a Biblioteca Virtual de Saúde – BVS¹⁷ por constituir uma ferramenta de busca virtual de produção científica gratuita e concomitante a diversas fontes. Além de reconhecida ferramenta de qualificação científica pelos Ministérios da Saúde e da Educação para o Brasil, América Latina e Caribe¹⁷. Por tratar-se de uma pesquisa que visou identificar experiências vividas no sistema de saúde brasileiro, foi selecionada como fonte principal das publicações. As buscas foram realizadas durante os meses de julho e agosto de 2010.

Utilizou-se o descritor “fisioterapia” em associação com outros descritores segundo DECS com os descritores isoladamente e em associação, nos idiomas português brasileiro, inglês e espanhol, apresentados nessa sequência¹⁸:

- Fisioterapia / “Physical Therapy” (inglês) / “Terapia Física” (espanhol);

- Atenção primária à saúde / “Primary Health Care” (inglês) / “Atención Primaria de Salud” (espanhol);
- Atenção Básica à Saúde / “basic health care” (inglês) / “atención básica de salud” (espanhol);
- Atenção à saúde / “Health Care (Public Health)” (inglês) / “Atención a la Salud” (espanhol).

Uma segunda etapa de busca a referencial teórico foi realizada para identificar atuações de fisioterapeutas na atenção primária à saúde com foco em grupos populacionais específicos. Para isso foram utilizados os descritores “fisioterapia” em associação ao descritor “atenção primária à saúde” e o termo “and” aos seguintes descritores: “diabet_”; “hipertens_”; “gesta_”; “idos_”. Foram usados descritores com final de palavra aberta para não restringir a busca ao termo especificamente. Porém os resultados foram igualmente baixos em relação a primeira busca, sendo encontrados apenas 3 artigos de atuação fisioterapêutica na saúde do idoso; 1 na saúde da gestante; sem sucesso nas buscas com outros descritores.

Os trabalhos encontrados em duplicidade nas buscas foram excluídos. Também foram excluídos os estudos que apresentavam interesse apenas em questões clínicas e/ou terapêuticas, sem considerar o contexto biopsicossocial dos indivíduos e/ou sua ação interdisciplinar, assim como atuações em outros níveis de atenção à saúde.

Durante a leitura dos artigos, foram identificados outros relatos de experiências posteriormente agregados ao material analisado e componente do referencial teórico da “Proposta de Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde”. Quando estes materiais não foram encontrados pela busca realizada utilizando-se o site relatado nas publicações, ou na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD¹⁹, realizou-se a busca de contato eletrônico pessoal com autores dos trabalhos identificados, onde três dos cinco autores contatados retornaram e contribuíram aos dados desta etapa do estudo (segunda fase da metassíntese). As pesquisas primárias que compuseram os dados, portanto o referencial teórico relativo às experiências da fisioterapia na Atenção Básica totalizaram vinte e três trabalhos.

As publicações encontradas foram lidas, relidas, elaborados resumos, analisados e seu conteúdo foi categorizado para tornar os resultados mais acessíveis e organizados para posterior interpretação integrativa (terceira etapa).

Constituídas as categorias com base nas experiências da fisioterapia na atenção básica, fez-se um cruzamento teórico-conceitual

entre as publicações de atuação da fisioterapia na AB – políticas públicas – teóricos da atenção básica (quarta etapa).

Na quinta etapa foram estabelecidas novas leituras dos resultados para análise e organização para construção da “Proposta de Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica”.

Na sexta etapa, os dados, foram então confrontados com as resoluções e normatizações da profissão conforme o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia-Ocupacional apresentam. Essa etapa foi importante para atribuir condição legal à proposta que estava em construção. Posteriormente os resultados foram confrontados com referenciais teóricos deste nível de atenção à saúde^{10, 11, 12, 20} e com as publicações normativas e de políticas públicas que orientam a Atenção Básica no SUS e, citando-os:

- Manual para a Organização da Atenção Básica²¹;
- Programa Saúde da Família²²;
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)²³;
- Para entender a gestão do SUS²⁴;
- Política Nacional de Atenção Básica⁹;
- Envelhecimento e saúde da pessoa idosa²⁵;
- Portaria de Criação do NASF²⁶;
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem²⁷;
- Saúde do Trabalhador²⁸;
- Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose²⁹;
- Guia prático do cuidador³⁰;
- SUS 20 anos³¹;
- Saúde na escola³²;
- Política Nacional de Humanização – PNH³²;

Por fim, estabeleceu a nova explicação, com equivalência aos estudos pesquisados. Tratando-se, portanto, de um processo de desconstrução e análise dos dados das pesquisas qualitativas, passando por um processo indutivo e interpretativo até a conclusão da metassíntese. A caracterização das publicações selecionadas neste estudo e os resultados da metassíntese são apresentados nas sessões a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das Publicações Seleccionadas

Os descritores utilizados e o número de publicações encontradas nas fontes LILACS, MedLine, SciElo e Biblioteca Cochrane, durante a busca à BVS são apresentados na Tabela 1, apresentada a seguir:

Tabela 1. Número de publicações encontradas na revisão bibliográfica segundo descritores utilizados.

Descritores associados ao descritor: “fisioterapia”	Fontes	Artigos encontrados na busca
“atenção básica” e correlatos nos idiomas inglês e espanhol	LILACS; MedLine; SciElo; Biblioteca Cochrane	25
“atenção primária à saúde” e correlatos nos idiomas inglês e espanhol	LILACS; MedLine; SciElo; Biblioteca Cochrane	11
“atenção à saúde” e correlatos nos idiomas inglês e espanhol	LILACS; MedLine; SciElo; Biblioteca Cochrane	61
TOTAL		97

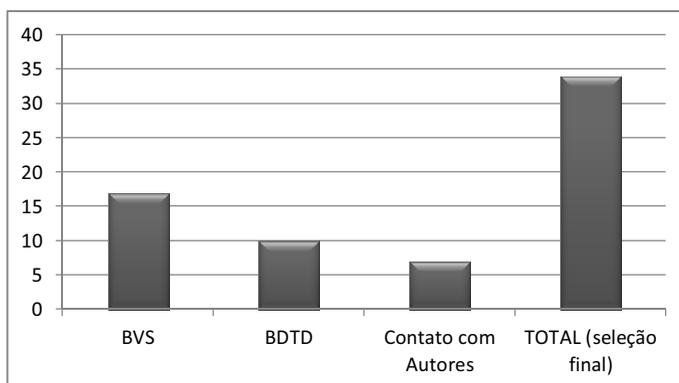
Apesar do elevado número de publicações identificadas na primeira busca (97) à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), apenas dezessete (17) publicações atendiam aos critérios de inclusão: tratar-se de prática profissional da fisioterapia na atenção básica, que dissertasse sobre uma atuação contextualizada com as condições biopsicossociais de saúde-doença, que considerasse a atuação interdisciplinar e/ou multiprofissional. Devido ao reduzido número de publicações encontradas, foi incluída como fonte de busca a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD, e incluídas as publicações segundo os mesmos critérios e utilizando os mesmos descritores. As publicações seleccionadas totalizaram dez (10) entre teses e dissertações, de um total de 561 estudos apontados pela fonte.

Conforme foram sendo lidas as publicações percebeu-se que alguns estudos apareciam com frequência nas referências dos mesmos, e

que tinham aderência aos critérios de inclusão. Os cinco autores destes estudos foram contatados, porém, apenas três responderam, mas contribuíram com a disponibilização de seus estudos solicitados (3) e outros quatro (4) estudos ou publicações. Apesar de um deles não atender ao critério ano de publicação, foi incluído pela relevância identificada, trata-se de publicação referente à gestão de serviço de fisioterapia na Atenção Básica, do ponto de vista do próprio gestor.

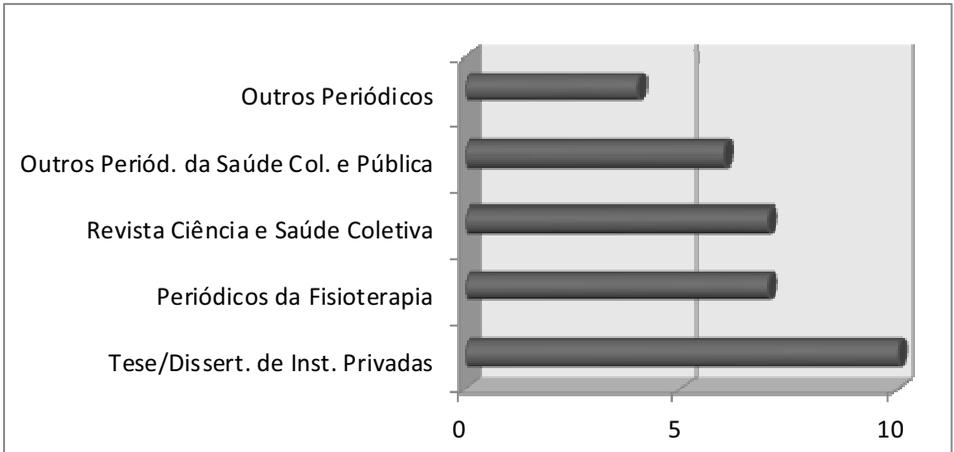
As publicações selecionadas foram divididas em dez (21) artigos, seis (9) dissertações e uma (1) tese, uma (1) cartilha, uma (1) monografia e um (1) capítulo de livro. As fontes desses estudos demonstraram o interesse dos periódicos envolvidos com a saúde coletiva mais forte do que as ligadas à categoria profissional envolvida nas experiências (Gráfico 1). Esse fato pode estar interligado ao reconhecimento da necessidade do fisioterapeuta a contribuir à assistência na Atenção Básica (AB) pelos profissionais da saúde de outras categorias profissionais. Em contrapartida, indica a persistência da fisioterapia em seguir o modelo biomédico^{2, 13, 34}. Porém, contraditoriamente, todas as dissertações foram desenvolvidas por estudantes de instituições particulares. Incoerente ao modelo socioeconômico que tais instituições respaldam suas ações (capitalista) e o modelo assistencial de caráter público e social que o SUS preconiza.

Gráfico 1 – Dados segundo fonte de acesso.



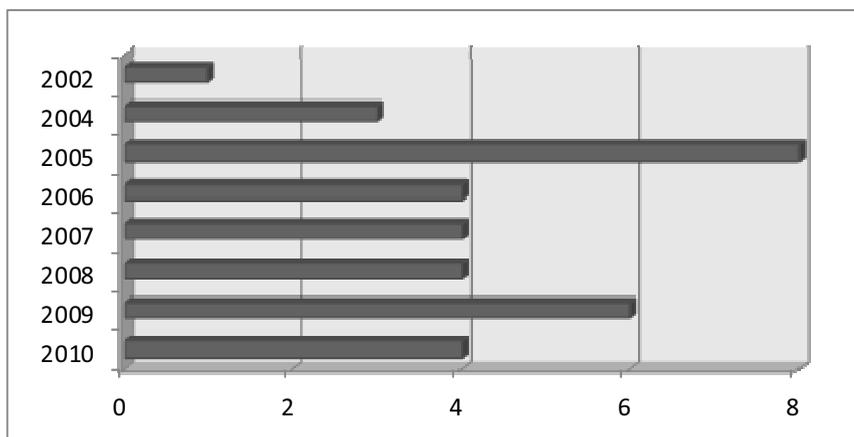
Os anos mais produtivos para a publicação de experiências da fisioterapia na Atenção Básica à Saúde indica relação com a publicação da portaria do Núcleo de Apoio à saúde da família e o ano subsequente (Gráfico 2). Contudo, apenas uma referiu o trabalho desenvolvido pelo fisioterapeuta como profissional do NASF. Outros anos também foram produtivos e contribuíram para caracterizar a atuação deste profissional na AB. Pelo exposto é importante destacar como as políticas públicas influenciam na produção científica e estas, podem nortear políticas futuras²⁰. Estabelecendo-se um ciclo de retro alimentação importante e que seja respaldada nas diferentes realidades que o Brasil possui.

Gráfico 2 - Distribuição dos estudos selecionados à metassíntese segundo fonte.



No caso deste estudo esta característica foi mantida, pois os trabalhos dissertam sobre realidades distintas, principalmente das regiões nordeste, sudeste e sul do país. Demonstrando a riqueza do agrupamento destes trabalhos como base para nortear a atuação do fisioterapeuta na atenção básica, pois não caracteriza um recorte de possibilidades, mas sua diversidade.

Gráfico 3 - Distribuição das publicações por anos.



Apenas Andrade e Rezende foram referenciados duas vezes cada uma nas publicações selecionadas. O que demonstra a vontade de vários profissionais em fortalecer a atuação do fisioterapeuta na AB. Viabilizando a contribuição destes profissionais no estabelecimento de uma política pública que atenda as necessidades da população sob a ótica dessa categoria, aproveitando suas reais potencialidades assistenciais, evitando a normatização verticalizada (estabelecida unicamente pelas políticas públicas) muitas vezes descontextualizada à realidade técnica (competências profissionais) e social (necessidades dos usuários)^{23, 35}.

Dentre as publicações selecionadas neste estudo, seis não especificaram qual ou como deveria ser a atuação do fisioterapeuta neste nível de atenção à saúde^{5, 35, 36}. Porém, todos compreendem como uma atuação vantajosa para a ampliação da resolubilidade da assistência à saúde neste nível de atenção e para o desenvolvimento técnico-científico da própria categoria profissional. Dominguez et al. (2004)⁵ apresentam valiosa contribuição para o direcionamento da práxis do fisioterapeuta na atenção à saúde, afirmando que este profissional deve visar à promoção da saúde quanto ao movimento humano, individual e coletivo, contribuindo para a potencialização de suas capacidades físicas e motoras.

As categorias encontradas a partir da leitura das publicações que compuseram este estudo foram:

- Objeto e objetivo da fisioterapia
- Crítica à visão puramente reabilitadora da fisioterapia;

- Vantagens da atuação fisioterapêutica na Atenção Básica à Saúde
- Como pensa ou experiencia a atuação da fisioterapia na Atenção Básica à Saúde
- Atuação em Ciclo Vital, Doenças Crônico-Degenerativas e Infecto-Contagiosas,
- Atendimento domiciliar e o cuidador informal;
- Saúde do Trabalhador
- Princípios organizacionais e doutrinários da Atenção Básica à Saúde

Durante a integração interpretativa dos resultados foram identificadas diversas experiências e práticas profissionais bastante semelhantes, porém foram mantidas como referenciais as publicações que apresentavam o maior número de conceitos e práticas pertinentes a fisioterapia na Atenção Básica segundo referenciais teóricos e suas políticas públicas, além de resoluções da categoria profissional a este nível de assistência à saúde. Em outros casos, as referências foram mantidas por serem únicas em práticas sugeridas como pertinentes à atuação do fisioterapeuta na AB.

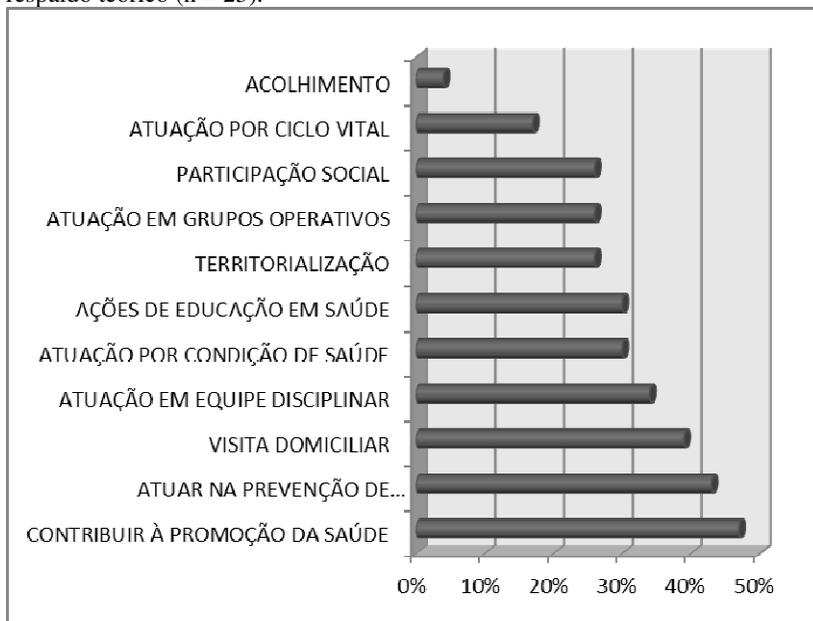
Algumas práticas descritas por alguns autores, que não condiziam ou com as políticas públicas ou com referenciais teóricos da atenção básica, foram excluídas. Esse fato remete à reflexão. Pois é possível que esta desconexão tenha ocorrido por consequência da formação biomédica do fisioterapeuta e ainda preocupada em oferecer assistência com aparatos de elevada tecnologia que correspondam às assistências secundária e/ou terciária. Mas há que se investigar se esse é um simples equívoco pela recente inserção desse profissional a este nível de atenção ou se existe uma intencionalidade econômica e/ou ideológica. Já que não cabe a sujeitos éticos que são, manterem a falsa inocência diante da realidade assistencial pública e coletivamente financiada.

Considerando o exposto, as categorias organizadas a partir da leitura e identificação de conteúdos sobre as atuações da fisioterapia na AB foram quantificadas conforme citadas pelos trabalhos. Essas categorias foram confirmadas ou descartadas conforme respaldo teórico encontrado nas políticas públicas deste nível de atenção e teóricos da atenção primária em saúde, constituindo a interpretação integrativa, descrita na sessão a seguir.

Integração Interpretativa dos Resultados

No Gráfico 4 são apresentadas as frequências das categorias identificadas e que compuseram interpretação integrativa dos resultados, ou seja, as publicações selecionadas e que foram confirmadas nos referenciais teóricos da atenção básica e suas políticas públicas, assim como regulamentações da profissão, como ações pertinentes à prática profissional de fisioterapeutas.

Gráfico 4 – Frequência das categorias identificadas nas publicações com respaldo teórico (n = 23).



Segundo a Política Nacional de Atenção Básica⁹, a Estratégia de Saúde da Família é o modelo de assistência e centro ordenador dos níveis de atenção à saúde no SUS. Em concordância a essa Política, seus princípios devem respaldar o trabalho do fisioterapeuta nas principais atribuições estabelecidas para os profissionais de nível superior, inseridos às Equipes de Saúde da Família ou envolvidos diretamente a estas na assistência à população. Assumindo a clínica ampliada como um dos princípios do SUS, que visa à universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade das ofertas em saúde para a

modificação do modelo de assistência hegemônico (hospitalocêntrico, médico-centrado, com foco na doença sua cura ou remissão)³³.

O princípio de integralidade orienta à abordagem integral do indivíduo considerando seu contexto biopsicossocial. O fisioterapeuta deve então, buscar desenvolver práticas que integrem a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, principalmente cinético-funcional individual e coletiva^{9, 11, 12, 20, 26, 35}. Atividades de promoção podem e devem ser praticadas por qualquer profissional e o entendimento é de que o fisioterapeuta possa compor o grupo de forma pertinente, contribuindo com atividades de sua competência quando apropriado.

Também compete ao fisioterapeuta que atuar na AB, desenvolver o acolhimento. Entendendo por acolhimento o modo de se trabalhar em saúde que viabiliza a transformação do modelo de produção e assistência à saúde. Buscando identificar as necessidades do usuário e população para então estabelecer as ações à manutenção e/ou recuperação da saúde considerando o modo de viver em todas as etapas do processo de acolhimento^{12, 20, 33}.

A atuação do fisioterapeuta na atenção básica em visita domiciliar compreende ações pontuais e que tenham como principal intenção a educação e orientação no processo saúde-doença, e que não configure assistência domiciliar em fisioterapia correspondente à atenção secundária. Entende-se por assistência domiciliar em fisioterapia pertinente a atenção secundária à saúde, atendimentos com frequência de 2 a 3 vezes na semana, com duração pré-definida (25 a 40 minutos a 1 hora) e proposta terapêutica centrada na reabilitação.

Em casos que for identificada a real necessidade de atenção especializada, o fisioterapeuta da atenção básica deve discutir com a equipe interdisciplinarmente sobre o caso e fazer a conexão com serviços especializados disponíveis na rede de assistência. Deve garantir o encaminhamento e manter o acompanhamento mesmo quando o usuário estiver sendo assistido por outro nível de atenção à saúde, mantendo o vínculo e continuidade da assistência e responsabilização por ela^{11, 12, 20, 23}.

Esta postura na atuação do fisioterapeuta deve visar à maior resolubilidade da assistência prestada nas UBS, reduzindo a demanda por assistência clínica especializada e desperdício de recursos que outros níveis de atenção à saúde exigem. Contribuindo para a consolidação dos princípios do SUS^{9, 11, 37}.

Respalda-se esta postura na compreensão de que a visita domiciliar por outro profissional que não o Agente Comunitário de

Saúde somente deve ocorrer em situações realmente necessárias como consultas, procedimentos de baixa complexidade, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças em grupo e atividades intersetoriais na comunidade. Para que as visitas frequentes não tirem a privacidade da família e indivíduos, impondo caráter de vigília do Estado sobre os usuários. Além do reforço ideológico de dependência da população em relação ao profissional da saúde, que deve ser negado. Pois o profissional da saúde deve promover a autonomia e o autocuidado dos indivíduos e populações que assistir²⁰.

O processo de territorialização deve ser construído com a participação da equipe e população envolvidas. O que caracteriza a coresponsabilização da população e profissionais sobre o reconhecimento de riscos, potencialidades das ações preventivas de doenças e promotoras de saúde conforme a necessidade identificada pela equipe^{9, 11}.

As práticas fisioterapêuticas, em ações de prevenção de doenças, promoção de saúde, educação em saúde e/ou reabilitação, devem ser desenvolvidas em grupos operativos que promovam o autocuidado e autonomia dos indivíduos, com coresponsabilização dos envolvidos. Devendo ser implementadas em equipe interdisciplinar e aproveitando espaços já disponíveis na comunidade e em grupos de usuários, podendo ser estabelecidos por ciclos vitais, condições de saúde ou conforme necessidades identificadas pelas equipes e profissionais em associação à comunidade^{2, 9, 13, 38, 39}.

CONCLUSÕES

A metassíntese é uma metodologia rica por poder contribuir para a identificação da relação e coerência entre experiências vividas no processo de trabalho, as políticas públicas que normatizam e orientam essas práticas e seus teóricos. E esta foi uma das contribuições apresentadas neste estudo. Pois não se trata de aceitar o que é feito, ou esperar que seja normatizada uma prática. Existe a necessidade de se identificar o que é viável respaldado no que é compatível. E a fisioterapia, iniciando sua atuação na Atenção Básica ainda tem muito a desenvolver.

Sugere-se para estudos futuros, que associem esse ou estudos semelhantes a visitas in-loco, onde ocorrem atuações do fisioterapeuta na atenção básica, identificando consensos e dissensos ao teorizado.

Essa aproximação pode contribuir para a ampliação da discussão, compondo um ciclo de desenvolvimento crítico-reflexivo (prática-teorização-prática).

A viabilidade dessa atuação está demonstrada desde os dados deste estudo até sua apresentação final. E essas são afirmações não apenas da categoria profissional, mas também das políticas públicas e pensadores deste nível de atenção. Há, portanto que referendar uma proposta de atuação, entre os profissionais envolvidos no processo de trabalho do fisioterapeuta.

Há que se ressaltar que todas as políticas públicas a serem implantadas para a organização das atividades e ampliação da clínica na Atenção Básica à saúde no Brasil devem estar embasadas na realidade e necessidades locais, identificadas pelos profissionais já atuantes na assistência ou em estudos diagnósticos, independente da categoria profissional em questão. Neste estudo em particular, buscou-se sugerir ações do fisioterapeuta que tenham como foco o usuário, a família e a comunidade. Assumindo que o cuidado a estes indivíduos é que estimulam o desenvolvimento profissional e organizacional do SUS. Porém sua implantação deve estar respaldada na necessidade e não em interesse exclusivo da categoria profissional.

Colaboradores

FA Carvalho_Miranda participou da concepção e elaboração do projeto, coleta e análise dos dados, além da redação do artigo com a apresentação dos resultados. JT de Lacerda orientou a elaboração do projeto, a coleta e análise dos dados, revisão crítica e aprovação da versão para submissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL. *Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969*. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União núm. 938, Brasília, 14 de outubro de 1969.
- 2 BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Rev. Ciência saúde coletiva [online]*. Vol. 15, suppl. 1, pp. 1627-1636. 2010.
- 3 SCHWINGEL, G. A fisioterapia na saúde pública um agir técnico, político e transformador. In BARROS, F. B. M. (org.).

- O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora.* Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
- 4 CREFITO5/RS. Fisioterapeuta & Terapeuta Ocupacional: o que estes profissionais podem fazer por você! *Cartilha de apresentação da atuação do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional no Sistema Único de Saúde.* Porto Alegre: Nova Prova, 2004.
 - 5 DOMINGUEZ, A. G. D.; MERCHÁN-HAMANN, E. Kinesioterapia colectiva: repensando el papel del kinesiólogo en la sociedad brasileña. *Rev. Cub. Salud Pública* v.30 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2004.
 - 6 RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D. C. Da S. e; COMPARIN, K. MISCHIATI, M. F.; GOMES, J. T. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. *CREFITO5/RS 2005.* Disponível em: http://www.crefito5.org.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf. Acessado em 27 de julho de 2010.
 - 7 CREFITO5/RS. *A fisioterapia e suas vivências na saúde pública do Rio Grande do Sul: relatos de experiências no SUS.* Porto Alegre: Pallotti, 2007.
 - 8 RIBEIRO, K. S. Q. S. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. *Caderno Cedes, Campinas*, vol. 29, n. 79, p. 335-346, set./dez. 2009. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.
 - 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
 - 10 STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
 - 11 ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (org.). *Bases da Saúde Coletiva.* Londrina: UEL, 2001.
 - 12 MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde.* 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
 - 13 VÉRAS, M. M. S.; PINTO, V. de P. T.; OLIVEIRA, E. N.; QUINDERÉ, P. H. D. O fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. *SANARE*, ano V, n.1, jan./fev./mar., 2004.

- 14 MECCA JUNIOR, S. V. *A inserção e a atuação do fisioterapeuta no programa saúde da família no município de Lauro Freitas – BA*. Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador. Orientador: Isabela Cardoso M. Pinto. Salvador, 2008.
- 15 LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Out-Dez; 17(4): 771-8. Florianópolis: UFSC, 2008.
- 16 MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. 22(Especial-Nefrologia):543-5. *Acta Paulista de Enf*, 2009.
- 17 BVS. *Biblioteca Virtual em Saúde. Brasil, 2010/2011*. Disponível em: site: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>. Acessado em: julho e agosto de 2010.
- 18 BVS. *Biblioteca Virtual em Saúde / DeCS – Descritores em Ciências da Saúde*. São Paulo: 2009. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acessado em: 10 de julho de 2010.
- 19 BDTD. *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações*. Ministério da Ciência e Tecnologia. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/>. Acessado em: julho e agosto de 2010.
- 20 MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- 21 BRASIL. *Manual para a Organização da Atenção Básica / Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- 22 BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família*. Brasília: 2000.
- 23 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 24 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2003.
- 25 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à*

- Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 26 BRASIL. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: janeiro de 2008.
- 27 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: agosto de 2008.
- 28 BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Estadual em São Paulo. *Saúde do Trabalhador: programa de qualidade de vida e promoção à saúde*. Ministério da Saúde, Núcleo Estadual em São Paulo. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- 29 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 30 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 31 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília: CONASS, 2009.
- 32 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 33 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- 34 REZENDE, M. de; MOREIRA, M. R.; AMÂNCIO FILHO, A.; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciênc. saúde coletiva*, 14 (Supl. 1): 1403-1410, 2009.
- 35 LACERDA, J. T. de; TRAEBERT, J. L. *A odontologia e a Estratégia Saúde da Família*. Tubarão: Unisul, 2006.
- 36 NASCIMENTO, M. C.; SAMPAIO, R. F.; SALMELA J. H.; MANCINI, M. C.; FIGUEIREDO I. M. A profissionalização da

fisioterapia em Minas Gerais. *Rev. Bras. Fisioterapia*. Vol. 10, no 2, p. 241-247, 2006.

- 37 APM – Associação Paulista de Medicina. **SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. vol. 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.
- 38 SILVA, D. J. da; DaROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Rev. Ciência Saúde Coletiva*, 12(6): 1673-1681, 2007.
- 39 TRELHA, C. S.; SILVA, D. W. da; IIDA, L. M.; FORTES, M. H.; MENDES, T. de S.. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Rev. Espaço Saúde*, Londrina, v.8, n.2, p.20-25, jun. 2007.

ARTIGO CIENTÍFICO II

PÁGINA DE ROSTO

Título do Trabalho: FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA PROPOSTA DE APOIO

Título Condensado: FISIOTERAPIA NA AB: UMA PROPOSTA DE APOIO

Autora Principal: CARVALHO_MIRANDA, Fernanda Alves¹

Co-Autora: LACERDA, Josimari Telino de²

Endereço Postal e Eletrônico da Autora Principal: Rua Padre Rohr, 2140 – Sambaqui – Florianópolis/SC; fernandaoak@hotmail.com

Financiamento

A autora principal deste estudo teve sua formação financiada pelo Programa REUNI/CAPES, e este trabalho constitui um dos resultados da dissertação.

Colaboradores

FA Carvalho_Miranda participou da concepção e elaboração do projeto, coleta e análise dos dados, além da redação do artigo com a apresentação dos resultados. JT de Lacerda orientou a elaboração do projeto, a coleta e análise dos dados, revisão crítica e aprovação da versão para submissão.

RESUMO

A fisioterapia no Brasil ganhou destaque na assistência à saúde pública, principalmente após a Portaria de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Neste documento estabeleceu-se mecanismo

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – Mestre em Saúde Coletiva

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina – Doutora em Medicina – Professora Titular – Orientadora

de acesso do cidadão brasileiro ao seu direito de atenção à sua saúde cinético-funcional. Porém ainda não está estruturada uma conduta de atuação profissional pertinente a assistência fisioterapêutica no nível da atenção básica à saúde. Este estudo exploratório apresenta uma proposta de atuação da fisioterapia na atenção básica à saúde (ABS). Uma atuação voltada à prática deste profissional em consonância com as possibilidades práticas e políticas públicas. Trata-se de uma proposta de construção coletiva, desde sua concepção, quando foi estruturada a partir de uma metassíntese das experiências publicadas da fisioterapia ABS apoiado em referencial teórico e político, até sua redação final. Participaram do processo de consolidação: profissionais da atenção básica, médicos e fisioterapeutas, com atuação em diferentes locais do país. Participaram ainda profissionais da academia com atuação nas áreas da saúde coletiva e fisioterapia. A técnica de consenso Delphi foi utilizada no processo de consolidação e validação da proposta por meio do sistema de comunicação online. A proposta elaborada atende aos requisitos do SUS e tem o intuito de contribuir para melhor estruturação e orientação das práticas da fisioterapia na ABS e seu desenvolvimento enquanto profissão da saúde que este nível de atenção permite. Este trabalho tem potencial de estruturar política específica que oriente a atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde, principalmente em atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

Palavras-chave: Fisioterapia; Atenção Básica à Saúde; Apoio

ABSTRACT

Physical therapy in Brazil has gained prominence in public health care, especially after the implementation of Ordinance Corps Support Family Health (NASF). This document was established mechanism for access to Brazilian citizens their right to health care kinetic-functional. But is not structured to conduct professional activities relevant to physical therapy at the level of basic health care. This exploratory study presents a proposal for physiotherapy in primary health care (ABS). A performance dedicated to the practice of professional opportunities in line with the practices and policies. This is a proposal to build collective since its inception, when it was structured based on a meta-synthesis of published trials of physiotherapy ABS supported by theoretical and

political, until its final version. Participated in the consolidation process: primary care professionals, doctors and physiotherapists, with operations in different parts of the country. Also attended the academy with professional expertise in the areas of public health and physiotherapy. The Delphi consensus technique was used in the process of consolidation and validation of the proposal through the online communication system. The proposal meets the established requirements of the NHS and aims to contribute to better structure and orientation of the physiotherapy practices in the ABS and its development as a health profession that allows this level of attention. This work has the potential to structure specific policy to guide the role of physiotherapist in primary care, especially in operations in the Support Center for Family Health - NASF.

Keywords: Physiotherapy, Primary Care, Support

INTRODUÇÃO

A proposta atual de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF¹PORTARIANASF tem por objetivo a ampliação das ações deste nível de atenção e sua resolubilidade, apoiando a inclusão da estratégia de Saúde da Família à estruturação da Rede de Serviços do SUS além de garantir a integralidade à assistência. Para essa ampliação prevê a atuação de profissionais de diversas categorias, dentre eles o fisioterapeuta.

Porém, historicamente a exemplo do que aconteceu com todas as categorias da saúde, o fisioterapeuta tem sua formação respaldada no modelo biomédico. Orienta a atenção à saúde centrada no desenvolvimento científico e práticas profissionais na doença, com abordagem individual; especialmente desenvolvidas em ambiente hospitalar; e desconsidera o social, coletivo, público e comunidade como influenciadores do desenvolvimento de doenças, favorecendo ideologicamente o modelo socioeconômico capitalista. Este modelo é ainda hegemônico, apesar de contrariar o proposto no SUS, que estabelece o modelo de determinação social do processo saúde-doença, assumido nas políticas públicas como modelo da integralidade².

Com o desenvolvimento e fortalecimento histórico da fisioterapia, seu objeto de estudo e práxis centra-se no movimento humano, suas expressões e potencialidades³. Porém sua atuação pode e

deve ser ampliada a toda sua competência e capacidade teóricas, científicas e tecnológicas a fim de ajustar-se ao modelo assistencial da integralidade. O campo de atuação dessa profissão inclui prevenção, identificação e tratamento de agravos à saúde cinético-funcional dos indivíduos e coletividades em todos os níveis de atenção à saúde. Além de competências para contribuir no desenvolvimento interdisciplinar e intersetorial para a promoção da saúde^{4, 5}.

O fisioterapeuta deve reconhecer-se enquanto profissional da saúde capaz de contribuir para a ampliação das práticas assistenciais referentes ao movimento humano, contextualizado aos processos de saúde e doença dos indivíduos e populações com suas condições biopsicossociais e ambientais. Deve visar uma atuação voltada não exclusivamente à reabilitação como foi estabelecida e mantida até os dias atuais, mas para uma prática que busque a prevenção de doenças, redução de riscos à saúde e, principalmente, a promoção da saúde. O desenvolvimento para esse foco profissional será facilitado pela atuação e relação com equipes multidisciplinares principalmente na atenção básica (AB) à saúde.

Considerando o despreparo para atuação na AB que o modelo biomédico na formação ideologicamente propicia a todo profissional da saúde: reconhecendo a recente formação e constante transformação da prática do fisioterapeuta, ainda sem documento oficial que norteie sua atuação neste nível de atenção à saúde; entendendo a inserção do fisioterapeuta na AB como benéfica não somente para a população, mas fundamental para o amadurecimento da profissão; garantindo a manutenção de seu objeto de estudo e práxis o movimento humano e como objetivo o desenvolvimento da saúde dos indivíduos e populações em sua amplitude biopsicossocial e ambiental; questiona-se: qual a atuação da fisioterapia pertinente à atenção básica à saúde?

Visando contribuir, sem esgotar, para a discussão de uma atuação em consonância com o SUS é que este estudo apresenta uma proposta de atuação do fisioterapeuta na atenção básica elaborada a partir do entrelaçamento de relatos experiências da fisioterapia na atenção básica, referenciais teóricos da atenção primária e políticas públicas deste nível de atenção à saúde, culminando com a validação e contribuições de especialistas da academia e dos serviços.

METODOLOGIA

O percurso metodológico ocorreu em duas etapas: elaboração e validação da proposta.

Elaboração da proposta

Nesta etapa, melhor descrita no artigo “Fisioterapia na Atenção Básica: um olhar sobre as possibilidades práticas e políticas públicas” (CARVALHO_MIRANDA e LACERDA, 2010), utilizou-se a metassíntese como técnica metodológica, a partir da revisão bibliográfica das experiências da fisioterapia na Atenção Básica no período 2004 a 2010, material que após exaustiva leitura e análise destes estudos, foi categorizado, seguido de confronto teórico-conceitual a referenciais teóricos da Atenção Básica, legislação da Fisioterapia e políticas públicas pertinentes a este nível de atenção. O produto final consiste de uma integração interpretativa dos resultados e como tal não pode ser encontrada em nenhum dos trabalhos utilizados, porém é produto que contempla as inferências encontradas nos dados primários, construída a partir da lógica integradora. Ao produto deste estudo denominou-se “Proposta de Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde” (doravante denominada PAF/ABS).

Validação da proposta

A imagem-objetivo desse estudo constituiu na estruturação de uma PAF/ABS factível a qualquer realidade brasileira e coerente com as atribuições da fisioterapia neste nível de atenção à saúde conforme regulamentação profissional e principalmente às políticas públicas. Reconhecendo a necessidade de consenso entre especialistas das áreas envolvidas, é que foi estabelecida como metodologia a Técnica de Consenso modalidade Delphi¹ segundo proposto por Hartz e Vieira-da-Silva (2005)⁶. Neste método de consenso são utilizados questionários individualmente respondidos a serem elaborados conforme desejo e necessidades dos pesquisadores. As contribuições são tratadas estatisticamente, e os resultados são passados aos participantes para nova rodada de avaliação. Os dados são então novamente tratados e consolidados até que se alcance um grau de consenso satisfatório.

¹ Apesar das autoras citadas como referência utilizarem o termo Delfo, optou-se por utilizar o termo Delphi (em latim) por ocorrer com maior frequência na bibliografia da área.

O método é flexível quanto ao número de participantes (especialistas), ao número de interações, e utilização da comunicação escrita. A principal vantagem desse método está no tempo que o avaliador tem para refletir sobre a proposta, assim como eliminar a possibilidade que o presencial suscita como a disputa de poder ou imposição deste entre os participantes. Porém inviabiliza a discussão e interação entre os componentes, correndo o risco do empobrecimento do resultado final. Outro fator problematizador está quanto ao tempo que pode acarretar esse processo de envio, recebimento, consolidação, reenvio. Riscos e limitações assumidos pelas autoras.

A proposta elaborada em forma de questionário para submissão em oficina de consenso para que os especialistas atribuíssem grau de concordância (possibilidades: totalmente concordante; pouco concordante; não concordante). Para a oficina foram convidados a participar seis fisioterapeutas do serviço/assistência e profissionais da Atenção Básica, sete membros da academia e dois fisioterapeutas ligados ao conselho de fisioterapia. Profissionais médicos, cinco ao total, ligados à atenção básica por suas práticas profissionais e/ou acadêmicas também foram convidados a participar da oficina de consenso. Todos os participantes foram selecionados pela reconhecida competência técnica e teórica das políticas públicas da AB e práticas pertinentes a este nível de atenção à saúde, portanto essa seleção foi intencional, possibilidade prevista na metodologia. O anonimato dos participantes das oficinas de consenso foi mantido para não causar qualquer desconforto a estes, uma vez que durante todo o processo apenas suas contribuições à proposta foram expostas.

Os especialistas selecionados foram todos contatados por correio eletrônico (e-mail), com convite a participarem da oficina de consenso modalidade Delphi para avaliação da PAF/ABS. Efetivado o aceite pelo especialista em participar, o instrumento foi então enviado e solicitado o retorno com as devidas contribuições por prazo máximo de 15 dias. Essa constituiu a **primeira etapa da oficina de consenso** proposta neste estudo.

Ao recebimento dos instrumentos com a proposta já avaliada, os dados eram organizados e as respostas dos especialistas (validação) foram quantificadas utilizando-se o programa Excel®. As contribuições descritivas foram organizadas e consolidadas orientando as modificações necessárias para o aprimoramento da PAF/ABS.

A PAF/ABS já alterada após consolidação das contribuições foi então reencaminhada aos mesmos experts, para nova apreciação e confirmação da concordância (possibilidades: totalmente concordante;

pouco concordante; não concordante), constituindo a **segunda etapa da oficina de consenso**. A segunda etapa de consolidação foi estabelecida e efetivada conforme primeira etapa, a fim de construir a PAF/ABS em sua versão final.

RESULTADOS

Validação da proposta

Dos quinze especialistas convidados todos aceitaram participar, mas apenas dez participaram da construção desta proposta na **primeira etapa da oficina de consenso**. Dentre os quais cinco são profissionais médicos e fisioterapeutas com atuação no SUS, quatro na Atenção Básica e um na atenção secundária, mas com desenvolvimento de estudos sobre este nível de atenção à saúde. Os especialistas com atuação principal na academia que compuseram a oficina totalizaram cinco profissionais entre fisioterapeutas e médicos.

Todas as observações dos especialistas foram utilizadas para aprimoramento da proposta. Na **primeira etapa da oficina de consenso** grande parte das observações versava pela não compreensão do texto, aspecto sanado na segunda rodada. A maioria das sugestões de alterações foi acolhida, com exceção a duas. A primeira por ser referente ao instrumento, que segundo o expert deveria ser apresentada escala de concordância e não apenas três opções de resposta. Sugestão não acatada por compreender-se que apesar da limitação de valor às sessões, as alterações e sugestões a cada uma das sessões era possível e ampliava a possibilidade de contribuição do expert e conseqüente melhoria da proposta. A segunda contribuição que não foi acolhida ocorreu por compreender-se que a observação feita pelo expert estava equivocada, pois versou sobre aspecto não presente no texto da sessão apontada.

A proposta foi estruturada em duas dimensões: Princípios da Atenção Básica para a Fisioterapia e Atribuições da Fisioterapia na AB, esta última subdividida em atribuições organizacionais e técnico-operacionais (Quadro 1). A maioria dos itens propostos recebeu concordância total por 80% dos participantes. O item Territorialização e Adscrição de clientela foi o que refletiu maior discrepância entre os especialistas, mas teve aprovação total ou parcial por 90% dos integrantes.

Em segunda rodada de avaliação da proposta pela banca que resultou na apresentação final, obteve parecer geral de 100% de concordância a esta versão dos oito especialistas que retornaram. O Quadro 1 apresentada também as porcentagens de validação a cada dimensão, sub-dimensão e divisão, resultados da **primeira etapa da oficina de consenso**.

Quadro 1 – Organização do instrumento para validação da proposta em sessões e respectiva indicação de validação.

Organização da Proposta em Dimensões, Sub-Dimensões e Divisões	Indicação de Validação
<u>Dimensão Princípios da Atenção Básica (AB) para a Fisioterapia</u>	Válida (70%) Parcialmente Válida (10%)
a. Integralidade e Hierarquização	Indicação Válida (80%) Parcialmente Válida (10%)
b. Territorialização e Adscrição de Clientela	Indicação Válida (50%) Parcialmente Válida (40%)
c. Participação da Comunidade	Indicação Válida (70%) Parcialmente Válida (30%)
<u>Dimensão Atribuições do Fisioterapeuta na Atenção Básica</u>	Divisão exclusivamente organizacional – sem avaliação
a. Atribuições Organizacionais	Divisão exclusivamente organizacional – sem avaliação
a.1 Reconhecimento da Área Adscrita e Vigilância em Saúde	Indicação Válida (90%) Parcialmente Válida (0%)
a.2 Planejamento e Monitoramento das Ações	Indicação Válida (80%) Parcialmente Válida (10%)
a.3 Atuação Multiprofissional e Interdisciplinar	Indicação Válida (80%) Parcialmente Válida (20%)
b. Atribuições Técnico-Operacionais	Indicação Válida (80%) Parcialmente Válida (10%)
b.1 Ciclo Vital	Indicação Válida (90%) Parcialmente Válida (10%)
b.2 Condições de Saúde	Indicação Válida (60%) Parcialmente Válida (40%)
b.3 Saúde do Trabalhador	Indicação Válida (60%) Parcialmente Válida (40%)

DIMENSÃO 1: PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE PARA A FISIOTERAPIA

Uma atuação em consonância com os princípios a serem desenvolvidos pelas equipes nas unidades básicas de saúde impõe ao

fisioterapeuta a observância dos princípios da integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição de clientela, participação da comunidade.

Para respeitar o princípio da integralidade e hierarquização o fisioterapeuta precisa desenvolver práticas que integrem a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, com foco na saúde cinético-funcional individual e coletiva. Caso a equipe ou o próprio fisioterapeuta constate a necessidade de atendimento fisioterapêutico clínico característico à atenção secundária, o profissional deve discutir o caso com a equipe e fazer a conexão com serviços especializados disponíveis na rede de assistência, encaminhar e acompanhar o caso, respeitando a organização do serviço em rede local ou regional. Além de acompanhar o caso periodicamente, com o usuário e a equipe a que este for referenciado, para identificar a possibilidade ou necessidade de alocação do usuário aos grupos de reabilitação, prevenção de agravos à saúde ou de práticas corporais já desenvolvidas em sua comunidade.

Todas as ações do fisioterapeuta devem ser discutidas e acordadas entre os profissionais envolvidos na atenção básica onde atuarem, buscando contribuir para o desenvolvimento de objetivos e planejamento de ações comuns, considerando a comunidade e indivíduos como protagonistas da atuação de todo profissional da saúde.

Em sua atuação, deve desenvolver escuta qualificada e acolhimento, esgotando as possibilidades diagnósticas e de intervenção com recursos instrumentais e conhecimento técnico disponíveis neste nível de atenção. O acolhimento descrito nessa proposta tem por referência a diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH)⁷, que prevê tal prática como postura ética profissional, assumida em todos os espaços e momentos de atuação, implicando na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo saúde-doença, assumindo a responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

A territorialização constitui principal instrumento da vigilância em saúde. Este processo deve ser construído com a participação dos profissionais que atuam na Atenção Básica e a população envolvida, o que caracteriza a coresponsabilização desses atores sobre o reconhecimento de riscos à saúde, potencialidades das ações preventivas de doenças e de promoção. Deve ser um processo contínuo, já que as relações e o ambiente se modificam a todo o momento e tais alterações devem ser acompanhadas. Seguindo o pensamento de Merhy et al. (2003)⁸ sugere-se a adoção de *tecnologias leves e leves-duras* para a prática de territorialização. A *tecnologia leve* refere-se à possibilidade

de construção do vínculo e adoção de práticas de acolhimento no processo de territorialização. O fisioterapeuta deve assumir a tecnologia leve em sua atuação, tal como referida. As *tecnologias leves-duras* correspondem ao conhecimento técnico de cada profissional que contribui para a resolubilidade neste nível de atenção, mas que não utilizem recursos dispendiosos, característicos da atenção secundária. No campo da fisioterapia referem-se ao conhecimento em biomecânica e cinética funcional no processo de reconhecimento do território acerca da saúde dos indivíduos e comunidades, suas condições de trabalho, transporte, lazer e ambiente domiciliar, avaliando a acessibilidade e deslocamento dos indivíduos, principalmente os que apresentarem limitações de deambulação. O fisioterapeuta deve assumir a postura de parceria com todos os profissionais envolvidos na assistência em atenção básica onde atuar. Apoiando a equipe para o reconhecimento das condições de saúde cinético funcional e possíveis riscos. Desenvolvendo a territorialização em acordo com a equipe.

O processo de reconhecimento e propostas de intervenção do fisioterapeuta, como em todas as categorias profissionais envolvidas na atenção básica à saúde, deve voltar-se à participação efetiva dos usuários estimulando a atuação nos conselhos comunitários ou outras instâncias de representação, incentivar a autonomia dos indivíduos e a promoção da saúde, em conformidade com o planejamento interdisciplinar. Os fisioterapeutas devem desenvolver encontros com a comunidade para reconhecimento de sua atuação e esclarecimento de suas competências e atribuições na saúde cinético-funcional do ser humano. Tanto no reconhecimento dos riscos que envolvem o processo saúde-doença, quanto sobre as possibilidades de prevenção de doenças e atitudes promotoras de saúde que a associação desse profissional aos usuários pode desenvolver. Estimular a participação da comunidade nos Conselhos Comunitários de Saúde, orientando-os quanto às melhorias do ambiente, especialmente as relacionadas à saúde cinético-funcional no território adscrito e acessibilidade à Unidade de Saúde, meios de transporte, domicílios, orientando sobre os meios políticos e sociais para viabilização da transformação ambiental. Estimular a utilização e fazer uso dos espaços sociais para aproximação à população e desenvolvimento de práticas educativas, preventivas de agravos à saúde e promotoras da saúde da comunidade adstrita são também atribuições dos fisioterapeutas em associação à(s) equipe(s) e profissionais com os quais atuarem. Para essa aproximação e atuação na comunidade o fisioterapeuta deve, junto à equipe interdisciplinar, identificar centros comunitários, encontros e festividades da comunidade, cooperativas

locais, e todos os espaços utilizados por esses usuários em que possa contribuir para a participação da comunidade. Assim contempla-se a participação social.

DIMENSÃO 2: ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

O processo que envolve a assistência à saúde e as inter-relações estabelecidas entre os envolvidos proporcionam ao profissional da saúde a liberdade de produzir seu trabalho conforme o modelo assistencial que lhe parecer melhor. Para modificar o modelo assistencial hegemônico, centrado na clínica e assistência individual e curativa, é necessário repensar as práticas, neste caso a do fisioterapeuta. Esta modificação requer empenho de todos os envolvidos além de pactuação entre os fisioterapeutas, para que a mudança ocorra de acordo com as atribuições e competências destes profissionais.

a) ATRIBUIÇÕES ORGANIZACIONAIS

A práxis do fisioterapeuta na atenção básica deve considerar a complexidade biopsicossocial do desenvolvimento dos processos de saúde e doença dos indivíduos e comunidades que assistir. O profissional deve perceber que sua competência técnica, sobre a saúde cinético-funcional do ser humano, pode ampliar a resolubilidade da assistência neste nível de atenção à saúde, desde que tenha postura de compartilhamento de saberes com outros profissionais e com a própria população. Além de deixar a assistência exclusivamente individual, centrada na especificidade clínica para a atenção secundária.

Para definir o parâmetro populacional de responsabilidade e de atuação do fisioterapeuta na atenção básica, propõe-se a relação um fisioterapeuta para três equipes de saúde da família com base em uma agenda de atuação apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Agenda de Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde

Atuação Programada	Carga Horária Semanal Alocada
Atividades de Educação em Saúde, Assistência em Grupos (Ciclo Vital, Condições de Saúde e Saúde do Trabalhador).	6 horas
Planejamento das Ações; Reunião com Equipe e Outros Profissionais Envolvidos na AB; Ações de Apoio à Equipe de Saúde da Família.	2 horas
Visita Domiciliar	2 horas
Carga Horária Semanal (por equipe)	10 horas

Estas atividades totalizam uma carga horária de 10 horas semanais por equipe de saúde da família e justificam a proposta de 1 profissional fisioterapeuta para 3 equipes de saúde da família.

a.1) Área Adscrita e Vigilância em Saúde à Atuação Fisioterapêutica

No processo de adscrição de clientela e vigilância à saúde, a investigação pode ser realizada diretamente, individual ou coletivamente junto aos usuários; e/ou indiretamente com auxílio de outros profissionais da equipe durante suas atuações profissionais, anotando queixas algicas, deformidades ou hábitos de vida que coloquem em risco a saúde cinético-funcional dos usuários e encaminhando à fisioterapia. Agentes Comunitárias de Saúde podem utilizar o instrumento de investigação proposto e apresentado em apêndice à dissertação da autora Fernanda Alves Carvalho de Miranda⁹; e/ou ainda com observação na sala de espera da unidade de saúde, em escolas, empresas e indústrias, visitas domiciliares, espaços sociais; com estudo diagnóstico de demanda à atenção secundária à saúde nesta especialidade.

O diagnóstico cinético-funcional deve ser realizado com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação de suas ações. O fisioterapeuta deve buscar identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, principalmente, relativos à saúde cinético-funcional, inclusive aqueles próprios ao trabalho, a partir dos quais devem ser identificadas as situações a serem

acompanhadas no planejamento local. A avaliação sobre as condições de saúde das comunidades e indivíduos devem ser levadas às reuniões com as equipes, com as quais atuar. Nestas ocasiões deve discutir sobre a necessidade e viabilidade da organização e desenvolvimento de ações em grupos assistenciais preventivos a doenças frequentes e reabilitadoras às doenças prevalentes na comunidade (por ciclo vital, condições de saúde e saúde do trabalhador), que objetivem a ampliação da resolubilidade assistencial neste nível de atenção à saúde e consequente redução de demanda à atenção secundária.

O fisioterapeuta desenvolverá a vigilância em saúde conforme orientações já estabelecidas sobre o processo de territorialização. Deve preservar a co-responsabilização pela saúde individual e coletiva deste território.

Conforme as políticas públicas já implantadas e que priorizam o controle e redução de agravos à saúde, o fisioterapeuta deve dar maior atenção à vigilância em:

- Doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes Mellitus;
- Doenças infecto-contagiosas como tuberculose e hanseníase;
- Portadores de deficiências físicas;
- Saúde da criança e do adolescente, considerando também o Programa Saúde na Escola;
- Saúde da mulher, em especial na gestação;
- Saúde do idoso;
- Saúde mental;
- Saúde do trabalhador.

Trata-se, portanto de centrar sua programação no reconhecimento e acolhimento das necessidades locais acordadas com as equipes e profissionais envolvidos na atenção básica à saúde.

a.2) Planejamento e Monitoramento das Ações Fisioterapêuticas

O planejamento deve estar pautado no diagnóstico situacional a ser desenvolvido com foco na família e comunidade identificando as necessidades e realidades do território adscrito.

Sendo a capacidade física e funcional do corpo humano objeto de estudo e práxis e em concordância ao exposto, o fisioterapeuta deve realizar a atenção integral em saúde cinético-funcional (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva às famílias,

aos indivíduos e grupos específicos, de acordo com o planejamento local, buscando produzir impactos positivos apropriados à saúde da população adscrita.

Quanto às ações coletivas, o fisioterapeuta deve aproveitar intervenções já existentes que envolvam membro ou membros da equipe multidisciplinar junto à(s) equipe(s) que atuar, a fim de ampliar o vínculo à equipe e para o melhor reconhecimento das atribuições e contribuições que o fisioterapeuta pode trazer para equipe e comunidade e ampliar a resolubilidade da(s) equipe(s) frente às condições de saúde da população adscrita.

Em casos de reconhecimento de necessidade local ainda não contemplada pela equipe e/ou que seja de relevância identificada na territorialização e vigilância epidemiológica desenvolvidas pelo fisioterapeuta, este profissional deve discutir com a(s) equipe(s) para planejamento e intervenção pertinentes aos riscos ou condições de saúde observados.

As intervenções fisioterapêuticas, podem ainda seguir as orientações desenvolvidas na AB por ciclos de vida, condições de saúde, saúde do trabalhador, saúde mental, saúde do homem.

Os locais de desenvolvimento das ações coletivas podem e devem ocorrer utilizando espaços já compartilhados pelas populações alvo como, por exemplo, escolas municipais e estaduais quando o fisioterapeuta trabalhar com crianças em idade escolar; ou em indústrias e empresas quando atuar com propostas de prevenção de LER/DORT; em centros comunitários quando atuar com população idosa, grupos de gestantes e outros arranjos que os envolvidos julgarem necessários e/ou acessíveis.

Todas as ações devem ser divulgadas na comunidade com antecedência mínima de um mês. Esta atitude viabiliza tempo hábil para agendamento e realização da avaliação, diagnóstico cinético-funcional (DCF) segundo Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) dos usuários interessados. Além da possibilidade que o fisioterapeuta terá de identificar casos pertinentes a ação ou de encaminhamento a outros profissionais e mesmo a outros níveis de assistência. Uma semana antes o fisioterapeuta e/ou outro profissional, deve contatar os usuários interessados para reiterar sua participação. Oportunizar horários de assistência conforme a necessidade e/ou possibilidade dos usuários.

Avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados atingidos devem compor o processo de planejamento e programação das ações.

Desenvolver recursos humanos para o monitoramento e avaliação de seu processo de trabalho na AB e o impacto na saúde dos indivíduos, famílias e população adscrita também deve fazer parte da rotina de atuação. Esta proposta está melhor estabelecida no item Equipe Multiprofissional no próximo bloco.

O profissional deve desenvolver e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

O monitoramento das atividades e repercussões da intervenção fisioterapêutica à vida dos envolvidos deve ser de interesse da equipe de saúde e, neste caso, em especial a atuação dos fisioterapeutas. Por isso sugere-se a aplicação de questionários com os participantes ao final das atividades, assim podem-se verificar quais informações foram aprendidas, quais necessidades foram ou não atendidas. Estes dados contribuirão para melhoria dos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos nas práticas assistências.

a.3) Atuação Fisioterapêutica de Apoio Multiprofissional e Interdisciplinar

O fisioterapeuta deve desenvolver uma postura interdisciplinar, compartilhando com seus colegas profissionais da saúde saberes pertinentes as suas competências e visando compor ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Sua contribuição e participação na formação e capacitação continuada da equipe e categorias profissionais fazem parte do desenvolvimento desta inter-relação. O fisioterapeuta deve compartilhar com profissionais graduados a resolubilidade de queixas ligadas à saúde cinético-funcional dos usuários, orientando quanto aos principais recursos terapêuticos que a equipe pode dispor para ampliação da resolubilidade de casos agudos e crônicos que ainda não dispõe de assistência especializada (atenção secundária de saúde). E mesmo contribuir para a discussão quanto à necessidade de referenciamento de cada caso a outros níveis de atenção à saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais competentes para a realização da investigação domiciliar quanto às condições de saúde individual e coletiva. Essa categoria profissional da AB pode ser grande aliada na atuação fisioterapêutica para a investigação quanto à saúde cinético-funcional da população adscrita à equipe. Para isso o fisioterapeuta necessita capacitar estes profissionais para o reconhecimento e levantamento de distúrbios cinético-funcionais

na comunidade durante as visitas domiciliares. Pode capacitar também para prestar orientações quanto às modificações ambientais para redução de risco à saúde das famílias e seus membros durante suas visitas.

As capacitações podem ser intersetoriais, como no caso de professores/pedagogos da rede municipal e estadual quanto o reconhecimento e orientações em desvios posturais e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor infantil. Essa estratégia seria formadora de agentes promotores da saúde em ambiente escolar, podendo a equipe de saúde prestar consultorias periódicas e capacitações, fortalecendo a transdisciplinariedade, envolvendo como por exemplo, secretarias municipais de transporte, urbanização e meio-ambiente.

b) ATUAÇÃO TÉCNICO-OPERACIONAL - AÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DE AGRAVOS, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

As ações da fisioterapia neste nível de atenção devem priorizar ações coletivas, sem negligenciar a atenção individual. Porém, deve ter o cuidado de não estabelecer assistência pertinente à atenção secundária caracterizada pela assistência individual distribuídas em sessões pré-estabelecidas com intervalos não superiores há 2 dias e por médio a longo prazo (meses a anos). Nesta mesma lógica deve contemplar a assistência domiciliar sem atuar como atenção secundária à saúde.

Quanto à assistência domiciliar em fisioterapia na atenção básica, caracterizada pela visita em domicílio, deve ocorrer quando identificada a necessidade e discutida previamente com a equipe. Por ocasião da assistência domiciliar o fisioterapeuta da AB deverá identificar riscos à saúde, orientações relevantes ao cuidado e assistência a ser mantida pela família (melhor descrita nas atribuições por Ciclo Vital, item b.1) Identificada a necessidade de assistência domiciliar pertinente à atenção secundária à saúde, o fisioterapeuta deverá referenciar tal usuário ao nível de atenção pertinente às necessidades do usuário, mantendo o acompanhamento sobre a evolução do caso e vínculo conforme exposto nesta proposta no princípio de integralidade e hierarquização.

Antecedendo as práticas assistenciais fisioterapêuticas, os usuários participantes devem passar por avaliações:

- avaliação das condições biopsicossociais que incluem as condições de vida, moradia e trabalho do indivíduo, relações com familiares e seu papel neste contexto, necessidades, desejos e anseios nesta intervenção e de vida;
- avaliação cinético funcional e estabelecimento de diagnóstico cinético-funcional (DCF) conforme Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF);
- e serem cadastrados na Unidade de Saúde que ofertar o serviço.

A reavaliação deve ocorrer seguindo as mesmas orientações sempre que o fisioterapeuta perceber adequado, e necessariamente ao final do ciclo de atividades propostas. Por ocasião da avaliação devem ser apresentadas opções de horários para realização da atividade proposta para que o fisioterapeuta identifique os horários e dias da semana que a maior parte da população alvo puder comparecer e participar efetivamente das atividades.

As práticas fisioterapêuticas em grupos podem seguir o modelo da “Escola de Coluna”, seguindo a lógica de educar os participantes sobre anatomia e cinesiologia pertinentes ao tema do grupo e do processo saúde-doença envolvidos. Em outro momento são apresentadas medidas preventivas aplicáveis ao dia a dia e auto-cuidado. Por fim os participantes são instruídos sobre os exercícios de alongamento, fortalecimento e relaxamento, na teoria e prática além de instigados a manterem o programa por pelo menos 3 vezes na semana em domicílio. Essas atividades podem ser desenvolvidas durante encontros semanais, dias intercalados ou seguidos. O importante é que o fisioterapeuta consiga manter o vínculo e o interesse de seus participantes pelas atividades, por isso é interessante manter uma metodologia educacional que viabilize a troca de experiência e saberes entre seus participantes. O número de participantes irá depender do número de profissionais envolvidos para coordenação e orientação das atividades. É importante ressaltar que a parte teórica e prática dos exercícios são de competência da fisioterapia, mas a todo o momento outros profissionais da saúde podem e devem compor a equipe coordenadora, bem como esta proposta pode ser agregada a uma já existente ou substituída (como citado anteriormente sobre o trabalho multiprofissional e interdisciplinar).

Na saúde da criança, o fisioterapeuta pode atuar com recém-nascidos visando o acompanhamento integral à saúde desses indivíduos por intermédio de ações a serem desenvolvidas com grupos de gestantes e/ou puérperas e ainda de pais e responsáveis por crianças com até 5 anos de idade, tais como:

- orientações aos pais e cuidadores quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança para identificação de atrasos e distúrbios precocemente;
- orientar e estimular a prática de massagens como a Shantala, atividades lúdico-terapêuticas para bebês normais e com atraso do desenvolvimento;
- orientações aos pais quanto o manejo da criança com infecções respiratórias agudas;
- realizar orientações aos pais com temas sobre o cuidado no ambiente domiciliar para prevenção de crises de asma, acidentes etc.

Crianças em idade escolar o fisioterapeuta pode realizar grupos com o objetivo de desenvolver atividades que estimulem a curiosidade da criança quanto à constituição de seu corpo e funções, focando especial atenção na postura nas diferentes posições (sentada, deitada, de pé e trocas de posturas). Esse trabalho deve, preferencialmente, ser integrado às atividades escolares e co-participação dos professores.

A assistência fisioterapêutica na saúde da mulher deve considerar as diversas transformações que esses indivíduos ultrapassam, tais como o ciclo gestacional, incluindo planejamento familiar, gestação, parto e puerpério; climatério e terceira idade. Na gestação o fisioterapeuta pode realizar grupos de mulheres e familiares (especialmente pais) com os seguintes objetivos:

- orientações quanto às modificações corporais durante o período gestacional;
- orientações para atividades cinesioterapêuticas regulares nos encontros e continuidade pela usuárias em domicílio;
- orientações para o alívio das principais queixas algícas comuns a este período;
- orientações posturais no cuidado com o recém nascido e durante a amamentação;
- treino de musculatura perineal para preparação para o parto e continuidade desses exercícios em domicílio (pelas próprias usuárias).

No puerpério o fisioterapeuta pode realizar atividades com os seguintes objetivos:

- realizar levantamento quanto à prevalência de puérperas incontinentes e com diástase superior a 2 cm dos músculos retos abdominais;

- realizar encontros semanais para acompanhamento e orientações de atividades cinesioterapêuticas a serem realizadas em domicílio pelas usuárias para fortalecimento, tratamento e prevenção desses problemas de saúde comuns neste período;
- orientações quanto a exercícios de alongamento e relaxamento de musculaturas sobrecarregadas no cuidado com o recém nascido e amamentação além de analgesias por termoterapia e automassagem.

Em idade adulta e terceira idade é comum identificar mulher incontinentes, por isso o mesmo acompanhamento destinado às gestantes e puérperas a estes casos deve ser instituído.

As ações destinadas aos idosos, o fisioterapeuta deve atuar buscando a recuperação e manutenção de atividades de vida diária de modo independente e ativo desses usuários. De modo geral o fisioterapeuta pode atuar nesta população com:

- desenvolvimento e ensino de atividades cinesioterapêuticas para ganhos de amplitude de movimentos com alongamentos e fortalecimentos musculares, além de orientações e exercícios posturais (com base na Escola de Postura de 1969¹⁰;
- orientações quanto aos riscos ambientais a quedas e fraturas na 3ª idade, auxiliando a reconhecerem esses riscos em suas casas.

É comum que a equipe de atenção básica identifique, nos diferentes ciclos de vida dos indivíduos, a necessidade de visitas domiciliares. Nestas ocasiões o fisioterapeuta deve estar atento à avaliação ambiental, avaliação física e funcional do paciente e do cuidador informal (quando ocorrer).

Durante estas visitas o fisioterapeuta deve estar atento a observar a rotina familiar nas relações, nas condições sanitárias, de segurança, salubridade e atividades domésticas. A postura a ser assumida é a de colaborador na facilitação das rotinas orientando quanto às consequências de determinadas posturas e atividades para a biomecânica corporal. Buscando sempre alternativas viáveis física e financeiramente para os indivíduos envolvidos. Um instrumento de análise ergonômica pode ser utilizado pelo fisioterapeuta para identificar rapidamente as condições cinético-funcionais dos moradores do domicílio visitado. Quanto ao olhar do fisioterapeuta a este ambiente sugere-se:

- Analisar o ambiente: disposição dos móveis, cômodos, portas, janelas, corredores, degraus e escadas, identificando facilidades e dificuldades de acesso e movimentação dos familiares no imóvel.

Especial atenção quando a família possuir membro com dificuldade de locomoção e/ou cadeirante, protetizado ou fizer uso de algum tipo de órtese, para dar especial atenção às possibilidades de intervenção no ambiente que facilitem o dia a dia deste indivíduo e desenvolvimento de sua autonomia.

- Analisar o mobiliário: identificar se a mobília atende as necessidades ergonômicas dos membros da família, reconhecendo necessidades de modificações no mobiliário ou utilização de banquetas, almofadas, travesseiros etc. que tornem o ambiente mais adaptado às necessidades dos indivíduos. É importante que o fisioterapeuta passe orientações sobre posturas nas atividades domésticas, de vida diária, cuidados pessoais, trabalhos manuais (por trabalho ou hobby) e ao dormir para todos os membros da família.
- Domicílios em que um ou mais indivíduos possuem limitações de locomoção: o fisioterapeuta deve identificar estes indivíduos e orientar para a participação de intervenções em grupos que já estejam disponibilizados pela equipe de saúde e que visem à melhora das condições de saúde desse indivíduo; deve orientar quanto às atividades cinesioterapêuticas que podem ser desenvolvidas em seu próprio domicílio (sempre que possível orientar junto a um familiar que ficará responsável por observar se a prática está sendo efetuada adequadamente, conforme orientações do fisioterapeuta); e fazer a referência a serviço especializado quando identificar necessidade. Quanto à intervenção no espaço domiciliar o fisioterapeuta poderá orientar sobre a melhor disposição do leito para que estimule e facilite a movimentação ativa do indivíduo; quanto à necessidade de manter o ambiente com iluminação mesmo durante a noite para evitar quedas caso o indivíduo levante-se; orientar para que torne a área transitáveis com mínimo de obstáculos possíveis e se necessário com apoios estratégicos (como cadeiras e barras de apoio nas paredes); que evitem a utilização de tapetes e quando necessários que sejam antiderrapantes (ex.: podem-se adaptar os que a família já dispõe com a colocação de pedaços de EVA costurados às pontas do tecido).
- Cuidados os bebês e crianças menores: observar a presença de quinas e orientar para que sejam protegidas com material emborrachado ou acolchoado; orientar para a proteção de tomadas com fitas isolantes ou móveis que dificultem a visualização pelas

crianças; identificar a existência de crianças com refluxo ou que apresentem sintomas para orientar sobre a adaptação do posicionamento do colchão (inclinação de 30-40°); verificar se os espaços entre duas barras dos berços tenham no mínimo 4,5 cm e no máximo 6,5 cm para evitar que a cabeça, ombro ou mão do bebê fique preso (conforme orientações do INMETRO). Orientar os pais e/ou responsáveis a deixarem suas crianças sempre em espaços seguros e visíveis, mas com liberdade para explorarem suas habilidades e mundo ao redor para que tenham um desenvolvimento neuropsicomotor saudável.

Quanto à saúde do cuidador devem ser considerados:

- aspectos emocionais;
- queixas osteomioarticulares;
- atividades referentes ao cuidado;
- grau de parentesco com o paciente;
- nível de entendimento em relação aos cuidados e expectativas com relação ao prognóstico funcional do paciente;
- orientações quanto aos cuidados e prevenção de maiores comorbidades;
- orientações posturais e facilitação no manuseio adequado do paciente durante trocas de posturas e acomodações para diminuir sobrecarga osteomioarticular;
- orientações quanto a exercícios de relaxamento e alongamento das principais musculaturas envolvidas no processo de cuidado e medidas de alívio de algias musculares no cuidador;
- orientações quanto a possíveis adaptações do ambiente e redução de riscos de acidentes por mobiliário inadequado;
- incentivo e valorização do trabalho do cuidador contribuindo para uma melhor compreensão do seu papel sem abdicar de sua vida pessoal.

O fisioterapeuta deve priorizar, em todas as situações, a participação em ações já existentes na comunidade, desenvolvidas ou não pela equipe de saúde local; ações coletivas também deve ser foco de atuação para favorecer o desenvolvimento das relações sociais entre os participantes e equipe com facilitação da troca de saberes e experiências (abordagem já defendida nesta proposta).

As patologias Crônico-Degenerativas e Infecto-Contagiosas às quais o fisioterapeuta deve dedicar maior atenção (sem negligenciar as necessidades locais) são: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Tuberculose; Hanseníase. Com este foco o fisioterapeuta deve

realizar o levantamento sobre casos; e buscar identificar as condições cinesioterapêuticas desses usuários em seu território. Obtidos estes dados pode desenvolver grupos com os seguintes objetivos:

- educação, orientação e práticas cinesioterapêuticas, a fim de prevenir e evitar complicações;
- prescrever exercícios/técnicas respiratórias de higiene brônquica e melhora da capacidade respiratória (principalmente em casos de risco ou efetivo acometimento deste sistema);
- prevenir deformidades osteomioarticulares que levam às incapacidades;
- orientações quanto ao uso de próteses e órteses;
- prevenção de acidentes com usuários com alguma seqüela por DCD.

O fisioterapeuta deve estar atento a outros agravos à saúde prevalentes na realidade onde atuar e em acordo com as prioridades estabelecidas pelas equipes multiprofissionais com as quais atuar. Mantendo atenção para necessidades recorrentes neste período de transição epidemiológica a que o Brasil se encontra, tais como: alterações e algias posturais; doenças reumáticas; usuários com sequelas neurológicas por acidente vascular encefálico, automobilísticos; alterações cardíacas e vasculares.

Na saúde do trabalhador o fisioterapeuta pode auxiliar a equipe de saúde no desenvolvimento de atividades educativas em saúde com trabalhadores das empresas e indústrias que compõe o território adscrito. Visando orientar trabalhadores a desenvolverem senso crítico e proativo para modificações e adaptações de seu ambiente de trabalho. Desenvolver trabalho de educação em saúde com os funcionários portadores de necessidades especiais ou não e contratantes, quanto aos cuidados necessários para a prevenção de agravos à saúde relacionados às atividades laborais como, por exemplo, LER/DORT. Fundamentando sua conduta e ações educativas na Norma Regulamentadora 17 (NR 17) sobre ergonomia, Norma Regulamentadora 9 (NR9) que estabelece sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e Norma Regulamentadora 6 (NR6) sobre Equipamentos de Segurança, Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).

Pode ainda, desenvolver grupos educativos para a prática de exercícios cinesioterapêuticos e automassagem para alívio das principais queixas álgicas da população trabalhadora adscrita. E, sempre que possível articular suas ações em associação a outras categorias profissionais envolvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que intencionalmente os termos “matriciamento” e “matriciador” não foram utilizados nessa proposta, apesar de orientada pela Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008, onde prevê como parte da atuação do fisioterapeuta e outras categorias profissionais junto às Equipes de Saúde da Família, cujo lócus é a AB. Segundo a mesma portaria, a prática do fisioterapeuta, e de outros profissionais previstos neste documento, está orientada a: atuar em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família; compartilhar as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado; responsabilizar-se sobre a atuação e reforço das diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização¹.

A PAF/ABS não se opõe a estas especificações da portaria, mas busca reforçar e facilitar a compreensão do fisioterapeuta quanto às práticas técnicas e postura profissional. Porém, a palavra “matriciamento” não foi utilizada intencionalmente. Entende-se que “matriciamento” pode dar entendimento a, no mínimo, dois outros conceitos contrários ao explicitado no documento do NASF: preceptorial e matricial. Preceptorial como adjetivo de mestre de alguma atuação ou prática; e matricial, relativo à matriz, sendo este adjetivo referente a algo primordial, principal ou que dá origem. Outro aspecto considerado para não ser utilizada a denominação “matriciamento”, complementar ao anterior, está em compreender-se que a atuação de profissional de qualquer área não é, e nem pode ser, superior à outra ou detentora de saber absoluto. Todo e qualquer profissional, interdisciplinarmente e/ou intersetorialmente, deve manter a postura de compartilhamento de saberes e práticas técnicas (em ações comuns nos territórios, atendimentos e intervenções em conjunto, encaminhamentos a outros níveis de atenção à saúde; ou troca de conhecimentos entre apoiadores e ESF), mas que visem sempre o benefício ao protagonista da atuação, o usuário do sistema.

Portanto, é que se compreende que a postura e prática profissional denominada “matriciador”, como na proposta Política do NASF, pode ser assumida por todo profissional da saúde independente do nível de assistência em que atue, desde que com a intencionalidade de ampliar perspectivas resolutivas às queixas e necessidades dos

usuários, e que não necessariamente exclua ou exima o profissional “matriciador” da assistência direta. A portaria do NASF e todas as políticas do SUS orientam exatamente esta postura e atuação de compartilhamento interprofissional e em rede, mas entende-se que a palavra “matriciador” deve ser substituída pela palavra “apoiador”, como a própria portaria sugere em seu objetivo e nomenclatura, Núcleo de **Apoio** à Saúde da Família. Considerando o exposto é que se optou pela não utilização da expressão “matriciamento” e “matriciador”.

Outro aspecto importante é que a prática fisioterapêutica apresentada nesta proposta, em toda sua extensão, deve estar associada ao respeito que o profissional deve ao indivíduo, familiares e comunidade, que assistir. Buscando nessas relações estabelecer o vínculo para um diálogo e processo educativo para o desenvolvimento da autonomia sobre sua condição de saúde, resolutivo a suas necessidades, sem negligenciar o saber popular e experiências prévias dos sujeitos. Baseando suas ações nestas necessidades e não nas patologias de base, inter-relacionando saberes técnico e de senso-comum. Promovendo a reflexão sobre ação, agindo para a transformação social, com engajamento e compromisso, favorecendo atitudes de prevenção a agravos, promotoras de saúde, e de autocuidado¹¹.

A fisioterapia deve reconhecer seu potencial a contribuir para o desenvolvimento da saúde dos indivíduos, não apenas em suas ações de reabilitação. Desenvolver-se teórico-conceitualmente sobre o movimento do corpo humano e suas implicações biopsicossociais. Esse reconhecimento trará nova etapa para evolução da fisioterapia no Brasil. Tornando a profissão autônoma o suficiente para reconhecer a necessidade de reestruturar sua formação e desenvolvimento em outros referenciais teóricos além da biomedicina e da biomecânica, para as ciências sociais e humanas.

Na atenção básica à saúde a fisioterapia poderá construir esse desenvolvimento próprio e ampliar a resolubilidade neste nível de atenção. Atuando em consonância a outras categorias profissionais já experientes e que muito têm a ensinar, mas principalmente na interação com a sociedade e sua complexa realidade. Modificando o foco de atuação da doença para a saúde, da reabilitação para a promoção.

Esse é um processo de amadurecimento profissional que vem se construindo com as diversas experiências inovadoras de fisioterapeutas por todo o país. Mas que ainda tem muito a debater, conhecer e principalmente desbravar.

Essa proposta teve como intenção, instigar uma discussão um pouco mais estruturada e em consonância às políticas públicas e que pode evoluir muito a partir das contribuições de profissionais que pensam e fazem a atenção básica e a fisioterapia nesse país. Inspirada em ações fisioterapêuticas nas diversas regiões do Brasil e em um movimento político social audacioso de onde o SUS foi formado, e que é fortalecido principalmente na relação entre usuários e profissionais, engajados por uma saúde pública e equânime.

Agradecimentos: À Professora Dra. Fabiana Flores Sperandio e Professora Dra. Sônia Natal pelas inestimáveis contribuições como membros da banca de aprovação da dissertação e consequente aprimoramento desse trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. *Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Brasília: janeiro de 2008.
2. PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, Dec. 2008.
3. COFFITO. **Resolução nº 80 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do FISIOTERAPEUTA, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília, 09 de maio de 1987. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1007&psecao=9.
4. REBELATTO, J. R. e BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2ª edição, reimpressão, 2008. São Paulo: Manole, 1999.
5. BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva [online]**. Vol. 15, suppl. 1, pp. 1627-1636. 2010.

6. HARTZ, Z. M. De A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
8. MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.
9. MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de. *Fisioterapia na atenção básica (dissertação): uma proposta de apoio*. Orientadora: Josimari Telino de Lacerda. Florianópolis, SC, 2011.
10. ANDRADE, S. C. de; ARAÚJO, A. G. R. de; VILAR, M. J. P. “Escola de Coluna”: Revisão Histórica e Sua Aplicação na Lombalgia Crônica. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 45, n.4, p.224-8, jul./ago., 2005. (SCIELO: www.scielo.br/pdf/rbr/v45n4/v45n4a06.pdf em 12 de dezembro de 2010).
11. FERRAZ, F.; SILVA, L. W. S. da; SILVA, L. A. A. da; REIBNITZ, K. S. BACKES, V. M. S. Cidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Rev Bras Enferm* 2005 set-out; 58(5): 607-10.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fisioterapia já tem prevista nas políticas públicas brasileiras referentes à saúde, seu lócus de atuação, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Mantendo o foco no apoio às equipes de saúde da família na assistência às comunidades e seus indivíduos, tem muito a contribuir para ampliação da resolubilidade da Atenção Básica. Porém é preciso que modifique sua prática profissional, até então centrada em uma assistência secundária, para uma atuação integral à saúde cinético-funcional nas áreas e usuários que assistir. Este trabalho pode contribuir para as orientações assistenciais que contemplem essa perspectiva.

Como todos os estudos, este apresentou algumas dificuldades em seu desenvolvimento. Porém o mais relevante foi orientar uma prática para o fisioterapeuta, que excluísse o modelo biomédico ainda tão presente nos dados da metassíntese, mas principalmente na formação e regulamentação profissional, e que não desconsiderasse sua relevância na assistência terapêutica. Com este cuidado foram feitas as integrações interpretativas dos dados que esta metodologia prevê considerar. Por isso o trajeto metodológico foi fundamental para a manutenção da intensão inicial, uma proposta que servisse ao apoio às equipes de saúde da família. Pois como prevê a portaria do NASF, a função do fisioterapeuta (e outros profissionais) é a de contribuir à assistência e não apenas incluir mais uma possibilidade clínica, isolada e descontextualizada às realidades biopsicossociais.

Outra estratégia de contribuição fundamental para a consolidação da proposta e exclusão de considerações e entendimentos exclusivamente pessoais, viés da interpretação, foi à contribuição técnica-teórica de outros profissionais apontadas no desenvolvimento das oficinas de consenso, modalidade Delphi. E mesmo a modalidade inviabilizando a discussão aberta, foi importante para manter as contribuições livres de interferências políticas e/ou ideológicas que poderiam surgir em um confronto presencial dos participantes nesta primeira fase de estruturação da atuação do fisioterapeuta na atenção básica.

Enfim, apresenta-se uma proposta factível e já validada por profissionais envolvidos. Não se afirma, porém, que este trajeto e desenvolvimento de orientações assistenciais da fisioterapia na atenção básica estão finalizados. Mas que a partir desta proposta, pode-se partir para outras etapas. Uma dessas etapas seria a ampliação dessas

discussões já iniciadas pela oficina Delphi, mas agora em uma modalidade presencial. Pois a proposta já tem respaldo teórico suficiente para que interesses contrários à ampliação da resolubilidade com contribuição da fisioterapia, não enfraqueçam ou inviabilizem a atuação deste profissional na Atenção Básica. Outra etapa interessante seria a visita in loco aos NASF que contemplem a participação desse profissional para confrontar a PAF/ABS às práticas desses profissionais nas mais diversas realidades brasileiras, sejam para ampliação da consolidação ou como instrumento que oriente a avaliação dessas experiências.

Contudo, a PAF/ABS atingiu o objetivo deste estudo, de consolidar uma proposta respaldada nas possibilidades práticas da fisioterapia na Atenção Básica nas mais diversas realidades brasileiras, assim como pertinentes a este nível de atenção segundo as políticas públicas e referenciais teóricos da atenção primária, com comprometimento às resoluções da categoria profissional. Mas especialmente com as contribuições de profissionais da própria categoria e médicos defensores da ampliação assistencial no nível de saúde que é fundamental para a promoção da saúde da população brasileira. Pelo exposto é que se pode afirmar que a PAF/ABS tem potencial para orientar a normatização da atuação do fisioterapeuta nos NASF.

A autora neste processo pode não apenas contribuir para sua categoria profissional, mas principalmente desenvolver-se enquanto pesquisadora e futura docente. Porém as inquietações que este estudo aflorou e que nortearão seu percurso acadêmico são a formação dos profissionais da saúde e seus docentes no contexto do SUS. Pois como modificar uma prática profissional sem considerar o que se aprende e quem ensina?

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: 1ª ETAPA OFICINA DE CONSENSO

Florianópolis, abril de 2011.

Ao(À) Excelentíssimo(a) Sr(a). Dr(a).

Sou Fernanda Alves Carvalho de Miranda, fisioterapeuta e aluna do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O estudo que estou desenvolvendo objetiva a elaboração e validação de uma proposta de atuação da fisioterapia na Atenção Básica à saúde.

O percurso metodológico utilizado neste estudo buscou, inicialmente, contemplar as experiências de inúmeros profissionais fisioterapeutas brasileiros envolvidos na busca do reconhecimento da categoria profissional, enquanto agente de saúde coletiva e social, entre seus pares, profissionais de outras áreas e comunidade. São fisioterapeutas engajados em desenvolver um corpus da atuação profissional na Atenção Básica à saúde, nível de saúde fundamental para o desenvolvimento e sucesso do SUS.

Além das experiências relatadas a proposta aqui presente buscou consonância com as diretrizes da Atenção Básica, estabelecidas nas normas do SUS, e com referenciais teóricos do primeiro nível de atenção à saúde.

Essa proposta não pretende indicar o lócus de atuação do fisioterapeuta compondo Equipes de Saúde da Família (ESF), ou Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Trata-se de uma reflexão acerca das potencialidades de atuação da fisioterapia neste nível de atenção à saúde, mas que ainda não está consolidada no SUS.

Neste momento peço que conheça essa proposta e em seguida preencha o questionário que segue. Sua participação é fundamental para análise crítica e contribuição à construção de uma proposta viável e factível.

Desde já agradeço sua colaboração e aguardo seu retorno no prazo de 15 dias, após o qual farei um consolidado das contribuições dos demais participantes e retornarei o contato para a verificação de concordância de proposta por meio da metodologia de consenso que estamos adotando no percurso metodológico da pesquisa.



Dra. Josimari Telino de Lacerda
Professora Adjunto do Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora



Fernanda A. Carvalho de Miranda
Fisioterapeuta Mestranda do
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
da Universidade Federal de Santa Catarina

Obs.: Favor reenviar este material em formato que julgar mais adequado (PDF, docx, doc ou impresso), para o email fernandaok@hotmail.com, ou no endereço Rua Padre Rohr, 2140 Sambaqui Florianópolis/SC CEP 88051-400 em meu nome com pagamento no recebimento.

PROPOSTA DE ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Organização da Proposta em Dimensões, Sub-Dimensões e Divisões
DIMENSÃO PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO BÁSICA (AB) PARA A FISIOTERAPIA
a. Integralidade e Hierarquização
b. Territorialização e Adscrição de Clientela
c. Participação da Comunidade
DIMENSÃO ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA
a. Atribuições Organizacionais
a.1 Reconhecimento da Área Adscrita e Vigilância em Saúde
a.2 Planejamento e Monitoramento das Ações
a.3 Atuação Multiprofissional e Interdisciplinar
b. Atribuições Técnico-Operacionais
b.1 Ciclo Vital
b.2 Condições de Saúde
b.3 Saúde do Trabalhador

Dimensão	Justificativa	Avaliação
Princípios da AB para a Fisioterapia	Visando uma atuação em consonância com os princípios a serem desenvolvidos nas unidades básicas de saúde, o fisioterapeuta deve atender estes mesmos princípios conforme colocação a seguir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo
Observação		
Princípios	Justificativa	Avaliação

<p>a. Integralidade e Hierarquização</p>	<p>A prática assistencial do fisioterapeuta deve buscar desenvolver práticas que integrem a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, principalmente cinético-funcional individual e coletiva. Deve desenvolver escuta qualificada e acolhimento, esgotando as possibilidades diagnósticas e de intervenção com recursos instrumentais e conhecimento técnico disponíveis neste nível de atenção é outra conduta a ser seguida. Deve fazer a conexão com serviços especializados disponíveis na rede de assistência, encaminhar e acompanhar o caso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo
<p>Observação</p>		
<p>b. Territorialização e Adscrição de Clientela</p>	<p>A territorialização constitui principal instrumento da vigilância em saúde. O processo de territorialização deva ser construído com a participação da equipe e população envolvidas. O que caracteriza a coresponsabilização da população e profissionais de saúde sobre o reconhecimento de riscos à saúde, potencialidades das ações preventivas de</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>doenças e promotoras de saúde. Deve ser um processo contínuo, já que as relações e mesmo ambiente modificam a todo o momento e devem ser acompanhadas. Seguindo o pensamento de Merhy et al (2003) sugere-se a adoção de tecnologias leves e leves-duras para a prática de territorialização. A tecnologia leve refere-se à possibilidade de construção do vínculo e adoção de práticas de acolhimento no processo de territorialização. E as tecnologias leves-duras no campo da fisioterapia referem-se ao conhecimento em biomecânica e cinética funcional que ajudará no processo de reconhecimento do território acerca: acessibilidade e deslocamento dos indivíduos com limitações de deambulação ou de exposição a riscos à comunidade em geral.</p> <p>A adscrição é definida a partir de uma proposta de agenda de atuação junto a grupos conforme o quadro abaixo:</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Atuação Programada	Carga Horária Semanal Alocada
Grupo de Fisioterapia para Gestante	1 hora semanal dividido em dois encontros de 30 minutos de duração.
Grupo de Fisioterapia para Idoso	3 horas semanais divididas em três encontros de 1 hora de duração.
Grupo de Fisioterapia para Portadores de Doenças Crônico- Degenerativas (principalmente diabetes Mellitus, hipertensão)	2 horas semanais divididas em dois encontros de 1 hora de duração.
Grupo de Fisioterapia na Escola	2 horas semanais divididas em dois encontros de 1 hora de duração.
Grupo de Fisioterapia para Trabalhadores	3 horas semanais divididas em três encontros de uma 1 hora de duração.
Programação e Planejamento das Atividades com Equipes	1 hora semanal distribuída conforme planejamento de reuniões das equipes onde atuar.
Visitas Domiciliárias	1 hora semanal distribuída conforme necessidade reconhecida pelas equipes.
Carga Horária Semanal (por equipe)	11 horas

Estas atividades totalizam uma carga horária semanal de 11 horas semanais por equipe de saúde da família acrescida indicando uma relação de 1 profissional fisioterapeuta para 3 equipes de saúde da família.

Observação		
c. Participação da Comunidade	O processo de reconhecimento e propostas de intervenção do fisioterapeuta deve voltar-se à participação efetiva dos usuários, assim como ocorre nas Equipes de Saúde na Família. Os fisioterapeutas devem desenvolver encontros com a comunidade para	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>reconhecimento desta e esclarecimento de suas competências e atribuições na saúde cinético-funcional do ser humano. Tanto no reconhecimento dos riscos que envolvem o processo saúde-doença, quanto sobre as possibilidades de prevenção de doenças e atitudes promotoras de saúde que a associação desse profissional aos usuários pode desenvolver. Estimular a participação da comunidade nos Conselhos Comunitários de Saúde, orientando-os quanto às melhorias do ambiente, especialmente as relacionadas à saúde cinético-funcional no território adscrito e acessibilidade à Unidade de Saúde, meios de transporte, domicílios etc.. Estimular a utilização e fazer uso dos espaços sociais para aproximação à população e desenvolvimento de práticas educativas, preventivas de agravos à saúde e promotoras da saúde da comunidade adscrita são também atribuições dos fisioterapeutas em associação à(s) equipe(s) em que atuar.</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Observação		
Dimensão	Justificativa	Avaliação
Atribuições da Fisioterapia na Atenção Básica	<p>O processo que envolve a assistência à saúde e as interrelações estabelecidas entre os envolvidos proporcionam ao profissional da saúde a liberdade de produzir seu trabalho conforme o modelo assistencial que lhe parecer melhor. E para modificar o modelo assistencial hegemônico, centrado na clínica e assistência individual e curativa, é necessário repensar as práticas, neste caso a do fisioterapeuta. Esta modificação requer empenho de todos os envolvidos além de pactuação entre os fisioterapeutas, para que a mudança ocorra de acordo com as atribuições e competências destes profissionais. Pois a normatização verticalizada (estabelecida unicamente pelas políticas públicas) pouco atenderá as necessidades da população sob a ótica destes profissionais, aproveitando suas reais potencialidades assistenciais.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo
Observação		
a. Atribuição	Justificativa	Avaliação

s Organizaci onais		
<p>a.1 Reconhecimento da Área Adscrita e Vigilância em Saúde</p>	<p>A investigação pode ser realizada diretamente, individual ou coletivamente junto aos usuários; e/ou indiretamente com auxílio de outros profissionais da equipe durante suas atuações profissionais, anotando queixas algicas, deformidades ou hábitos de vida que coloquem em risco a saúde cinético-funcional dos usuários e encaminhando à fisioterapia (Agentes Comunitárias de Saúde podem utilizar o instrumento de investigação proposto e apresentado no Apêndice 1); e/ou ainda com observação na sala de espera da unidade de saúde, em escolas, empresas e indústrias, visitas domiciliares, espaços sociais etc..</p> <p>O diagnóstico cinético-funcional deve ser realizado com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação de suas ações. O fisioterapeuta deve buscar identificar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, principalmente, relativos à saúde cinético-funcional, inclusive aqueles próprios ao trabalho, a partir dos quais devem ser identificadas as situações a serem acompanhadas no planejamento local.</p> <p>O fisioterapeuta deve desenvolver a vigilância em saúde conforme orientações já estabelecidas sobre o processo de territorialização. Preservando a coresponsabilização pela saúde individual e coletiva deste território.</p> <p>Conforme as políticas públicas já implantadas e que priorizam o controle e redução de agravos à saúde, o fisioterapeuta deve dar maior atenção à vigilância em:</p> <ul style="list-style-type: none">• Doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes Mellitus;• Doenças infecto-contagiosas como tuberculose e hanseníase;• Saúde da criança e do	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>adolescente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saúde da mulher, em especial na gestação; • Saúde do idoso; • Saúde do trabalhador. <p>Sem negligenciar o reconhecimento e acolhimento das necessidades locais.</p>	
Observação		
<p>a.2 Planejamento e Monitoramento das Ações</p>	<p>O planejamento deve estar pautado no diagnóstico situacional a ser desenvolvido com foco na família e comunidade identificando as necessidades e realidades do território adscrito.</p> <p>Sendo a capacidade física e funcional do corpo humano objeto de estudo e práxis e em concordância ao exposto, o fisioterapeuta deve realizar a atenção integral em saúde cinético-funcional (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva às famílias, aos indivíduos e grupos específicos, de acordo com o planejamento local, buscando produzir impactos positivos apropriados à saúde da</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>população adscrita.</p> <p>Quanto às ações coletivas, o fisioterapeuta deve aproveitar intervenções já existentes que envolvam membro ou membros da equipe multidisciplinar junto à(s) equipe(s) que atuar, a fim de ampliar o vínculo à equipe e para o melhor reconhecimento das atribuições e contribuições que o fisioterapeuta pode trazer para equipe e comunidade e ampliar a resolubilidade da(s) equipe(s) frente às condições de saúde da população adscrita.</p> <p>Em casos de reconhecimento de necessidade local ainda não contemplada pela equipe e/ou que seja de relevância identificada na territorialização e vigilância epidemiológica desenvolvidas pelo fisioterapeuta, este profissional deve discutir com a(s) equipe(s) para planejamento e intervenção pertinentes aos riscos ou condições de saúde observados.</p> <p>As intervenções fisioterapêuticas, podem ainda seguir as orientações desenvolvidas na AB por ciclos de vida, condições</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

de saúde, saúde do trabalhador, saúde mental, saúde do homem etc.

Os locais de desenvolvimento das ações coletivas podem e devem ocorrer utilizando espaços já compartilhados pelas populações alvo como, por exemplo, escolas municipais e estaduais quando o fisioterapeuta trabalhar com crianças em idade escolar; ou em indústrias e empresas quando atuar com propostas de prevenção de LER/DORT; em centros comunitários quando atuar com população idosa ou grupos de gestantes etc..

Todas as ações devem ser divulgadas na comunidade com antecedência mínima de um mês. Esta atitude viabiliza tempo hábil para agendamento e realização da avaliação, diagnóstico cinético-funcional (DCF) segundo Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) dos usuários interessados. Além da possibilidade que o fisioterapeuta terá de identificar casos pertinentes a ação ou de encaminhamento a outros profissionais e mesmo níveis de assistência. Uma

	<p>semana antes o fisioterapeuta e/ou outro profissional, deve contatar os usuários interessados para reiterar sua participação. Oportunizar horários de assistência conforme a necessidade e/ou possibilidade dos usuários.</p> <p>Avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados atingidos devem compor o processo de planejamento e programação das ações.</p> <p>Desenvolver recursos humanos para o monitoramento e avaliação de seu processo de trabalho na AB e o impacto na saúde dos indivíduos, famílias e população adscrita também deve fazer parte da rotina de atuação (melhor estabelecida no item Equipe Multiprofissional).</p> <p>O profissional deve desenvolver e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.</p> <p>O monitoramento das atividades e repercussões da intervenção fisioterapêutica à vida dos envolvidos deve ser de</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>interesse da equipe de saúde e, neste caso, em especial a atuação dos fisioterapeutas. Por isso sugere-se a aplicação de questionários com os participantes ao final das atividades, assim podem-se verificar quais informações foram aprendidas, quais necessidades foram ou não atendidas. Estes dados contribuirão para melhoria dos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos nas práticas assistências.</p>	
Observação		
<p>a.3 Atuação Multiprofissional e Interdisciplinar</p>	<p>O fisioterapeuta deve desenvolver uma postura interdisciplinar, compartilhando com seus colegas profissionais da saúde saberes pertinentes as suas competências e visando compor ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.</p> <p>Sua contribuição e participação na formação e capacitação continuada da equipe e categorias profissionais fazem parte do desenvolvimento desta inter-relação. O fisioterapeuta deve compartilhar com profissionais graduados a resolubilidade de queixas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>ligadas à saúde cinético-funcional dos usuários, orientando quanto aos principais recursos terapêuticos que a equipe pode dispor para ampliação da resolubilidade de casos agudos e crônicos que ainda não dispõe de assistência especializada (atenção secundária de saúde). E mesmo contribuir para a discussão quanto à necessidade de referenciamento ou não de cada caso a outros níveis de atenção à saúde.</p> <p>Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais competentes para a realização da investigação domiciliar quanto às condições de saúde individual e coletiva. Essa categoria profissional da AB pode ser grande aliado na atuação fisioterapêutica para a investigação quanto à saúde cinético-funcional da população adscrita à equipe. Porém, para isso o fisioterapeuta necessita capacitar estes profissionais para o reconhecimento e levantamento de distúrbios cinético-funcionais na comunidade durante as visitas domiciliares. Pode</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>capacitar também para prestar orientações quanto às modificações ambientais para redução de risco à saúde das famílias e seus membros durante suas visitas.</p> <p>As capacitações podem ser intersetoriais, como no caso de professores/pedagogos da rede municipal e estadual quanto o reconhecimento e orientações em desvios posturais e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor infantil. Essa estratégia seria formadora de agentes promotores da saúde em ambiente escolar, podendo a equipe de saúde prestar consultorias periódicas e capacitações, fortalecendo a transdisciplinariedade</p>	
Observação		
<p>b. Atribuições Técnicas Operacionais</p>	<p>As ações da fisioterapia neste nível de atenção devem priorizar ações coletivas, sem negligenciar a atenção individual. Porém, deve ter o cuidado de não estabelecer assistência pertinente à atenção secundária caracterizada pela assistência individual distribuídas em sessões pré-estabelecidas com intervalos não superiores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>há 2 dias e por médio a longo prazo (meses a anos). Nesta mesma lógica deve contemplar a atenção domiciliária, mas não a assistência domiciliar.</p> <p>Quanto à assistência “domiciliária” em fisioterapia, caracterizada pela visita em domicílio, deve ocorrer quando identificada a necessidade e discutida previamente com a equipe. Por ocasião da assistência domiciliária o fisioterapeuta da AB deverá identificar riscos à saúde, orientações relevantes ao cuidado e assistência a ser mantida pela família (melhor descrita nas atribuições por Ciclo Vital, item b.1)</p> <p>Identificada a necessidade de assistência domiciliar pertinente à atenção secundária à saúde, o fisioterapeuta deverá referenciar tal usuário ao nível de atenção pertinente às necessidades do usuário, mantendo o acompanhamento sobre a evolução do caso e vínculo conforme exposto nesta proposta no princípio de integralidade e hierarquização.</p> <p>Antecedendo as práticas assistenciais fisioterapêuticas, os</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>usuários participantes devem passar por avaliações:</p> <ul style="list-style-type: none">• avaliação das condições biopsicossociais que incluem as condições de vida, moradia e trabalho do indivíduo, relações com familiares e seu papel neste contexto, necessidades, desejos e anseios nesta intervenção e de vida;• avaliação cinético funcional e estabelecimento de diagnóstico cinético-funcional (DCF) conforme Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF);• e serem cadastrados na Unidade de Saúde que ofertar o serviço. <p>A reavaliação deve ocorrer seguindo as mesmas orientações sempre que o fisioterapeuta perceber adequado, e necessariamente ao final do ciclo de atividades propostas. Por ocasião da</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>avaliação devem ser apresentadas opções de horários para realização da atividade proposta para que o fisioterapeuta identifique os horários e dias da semana que a maior parte da população alvo puder comparecer e participar efetivamente das atividades.</p> <p>As práticas fisioterapêuticas em grupos podem seguir o modelo da “Escola de Coluna”, seguindo a lógica de educar os participantes sobre anatomia e cinesiologia pertinentes ao tema do grupo e do processo saúde-doença envolvidos. Em outro momento são apresentadas medidas preventivas aplicáveis ao dia a dia e auto-cuidado. Por fim os participantes são instruídos sobre os exercícios de alongamento, fortalecimento e relaxamento, na teoria e prática além de instigados a manterem o programa por pelo menos 3 vezes na semana em domicílio. Essas atividades podem ser desenvolvidas durante encontros semanais, dias intercalados ou seguidos. O importante é que o fisioterapeuta consiga</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>manter o vínculo e o interesse de seus participantes pelas atividades, por isso é interessante manter uma metodologia educacional que viabilize a troca de experiência e saberes entre seus participantes. O número de participantes irá depender do número de profissionais envolvidos para coordenação e orientação das atividades. É importante ressaltar que a parte teórica e prática dos exercícios são de competência da fisioterapia, mas a todo o momento outros profissionais da saúde podem e devem compor a equipe coordenadora, bem como esta proposta pode ser agregada a uma já existente ou substituída (como citado anteriormente sobre o trabalho multiprofissional e interdisciplinar).</p>	
Observação		
b.1. Ciclo Vital	<p>Na saúde da criança, o fisioterapeuta pode atuar com recém nascidos visando o acompanhamento integral à saúde desses indivíduos por intermédio de ações a serem desenvolvidas com grupos de gestantes e/ou</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>puérperas e ainda de pais e responsáveis por crianças com até 5 anos de idade, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none">• orientações aos pais e cuidadores quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança para identificação de atrasos e distúrbios precocemente;• orientar e estimular a prática de massagens como a Shantala, atividades lúdico-terapêuticas para bebês normais e com atraso do desenvolvimento. <p>Crianças em idade escolar o fisioterapeuta pode realizar grupos com o objetivo de desenvolver atividades que estimulem a curiosidade da criança quanto à constituição de seu corpo e funções, focando especial atenção na postura nas diferentes posições (sentada, deitada, de pé e trocas de posturas). Esse trabalho deve, preferencialmente, ser integrado às atividades escolares e co-participação dos professores.</p> <p>A assistência fisioterapêutica na saúde da mulher deve considerar</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>as diversas transformações que esses indivíduos ultrapassam, tais como o ciclo gestacional, incluindo planejamento familiar, gestação, parto e puerpério; climatério e terceira idade. Na gestação o fisioterapeuta pode realizar grupos de mulheres e familiares (especialmente pais) com os seguintes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• orientações quanto às modificações corporais durante o período gestacional;• orientações para atividades cinesioterapêuticas regulares nos encontros e continuidade pela usuárias em domicílio;• orientações para o alívio das principais queixas álgicas comuns a este período;• orientações posturais no cuidado com o recém nascido e durante a amamentação;• treino de musculatura perineal para preparação para o parto e continuidade desses exercícios em	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>domicílio (pelas próprias usuárias).</p> <p>No puerpério o fisioterapeuta pode realizar atividades com os seguintes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• realizar levantamento quanto à prevalência de puérperas incontinentes e com diástase superior a 2 cm dos músculos retos abdominais;• diante desses dados realizar encontros semanais para acompanhamento e orientações de atividades cinesioterapêuticas a serem realizadas em domicílio pelas usuárias para fortalecimento, tratamento e prevenção desses problemas de saúde comuns neste período;• orientações quanto a exercícios de alongamento e relaxamento de musculaturas sobrecarregadas no cuidado com o recém nascido e amamentação além de analgesias por termoterapia e	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>automassagem.</p> <p>Em idade adulta e terceira idade é comum identificar mulher incontinentes, por isso o mesmo acompanhamento destinado às gestantes e puérperas a estes casos deve ser instituído.</p> <p>As ações destinadas aos idosos, o fisioterapeuta deve atuar buscando a recuperação e manutenção de atividades de vida diária de modo independente e ativo desses usuários. De modo geral o fisioterapeuta pode atuar nesta população com:</p> <ul style="list-style-type: none">• desenvolvimento e ensino de atividades cinesioterapêuticas para ganhos de amplitude de movimentos com alongamentos e fortalecimentos musculares, além de orientações e exercícios posturais (com base na Escola de Postura de 1969);• orientações quanto aos riscos ambientais a quedas e fraturas na 3ª idade, auxiliando a reconhecerem esses riscos em suas casas. <p>É comum que a equipe de Atenção Básica</p>	
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>identifique, nos diferentes ciclos de vida dos indivíduos, a necessidade de visitas domiciliares. Nestas ocasiões o fisioterapeuta deve estar atento à avaliação ambiental, avaliação física e funcional do paciente e do cuidador informal (quando ocorrer).</p> <p>Durante estas visitas o fisioterapeuta deve estar atento a observar a rotina familiar nas relações, nas condições sanitárias, de segurança, salubridade e atividades domésticas. A postura a ser assumida é a de colaborador na facilitação das rotinas orientando quanto às conseqüências de determinadas posturas e atividades para a biomecânica corporal. Buscando sempre alternativas viáveis física e financeiramente para os indivíduos envolvidos. Um instrumento de análise ergonômica que pode ser utilizado pelo fisioterapeuta para identificar rapidamente as condições cinético funcionais dos moradores do domicílio visitado é o “Questionário Bipolar/QBP” proposto por Deliberato (2002) e</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>adaptado para a AB. Ele possui este nome por apresentar pares de respostas contraditórias reciprocamente (Apêndice 2). Quanto ao olhar do fisioterapeuta a este ambiente sugere-se:</p> <ul style="list-style-type: none">• Analisar o ambiente: disposição dos móveis, cômodos, portas, janelas, corredores, degraus e escadas, identificando facilidades e dificuldades de acesso e movimentação dos familiares no imóvel. Especial atenção quando a família possui membro com dificuldade de locomoção e/ou cadeirante, protetizado ou fizer uso de algum tipo de órtese, para dar especial atenção às possibilidades de intervenção no ambiente que facilitem o dia a dia deste indivíduo e desenvolvimento de sua autonomia.• Analisar o mobiliário: identificar se a mobília atende as necessidades	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>ergonômicas dos membros da família, reconhecendo necessidades de modificações no mobiliário ou utilização de banquetas, almofadas, travesseiros etc. que tornem o ambiente mais adaptado às necessidades dos indivíduos. É importante que o fisioterapeuta passe orientações sobre posturas nas atividades domésticas, de vida diária, cuidados pessoais, trabalhos manuais (por trabalho ou hobby) e ao dormir para todos os membros da família.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Domicílios em que um ou mais indivíduos possuem limitações de locomoção: o fisioterapeuta deve identificar estes indivíduos e orientar para a participação de intervenções em grupos que já estejam disponibilizados pela equipe de saúde e que visem à melhora das condições de saúde 	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>desse indivíduo; deve orientar quanto às atividades cinesioterapêuticas que podem ser desenvolvidas em seu próprio domicílio (sempre que possível orientar junto a um familiar que ficará responsável por observar se a prática está sendo efetuada adequadamente, conforme orientações do fisioterapeuta); e fazer a referência a serviço especializado quando identificar necessidade. Quanto à intervenção no espaço domiciliar o fisioterapeuta poderá orientar sobre a melhor disposição do leito para que estimule e facilite a movimentação ativa do indivíduo; quanto à necessidade de manter o ambiente com iluminação mesmo durante a noite para evitar quedas caso o indivíduo levante-se; orientar para que torne a área transitáveis com mínimo de obstáculos possíveis e se</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>necessário com apoios estratégicos (como cadeiras e barras de apoio nas paredes); que evitem a utilização de tapetes e quando necessários que sejam antiderrapantes (ex.: podem-se adaptar os que a família já dispõe com a colocação de pedaços de EVA costurados às pontas do tecido).</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuidados os bebês e crianças menores: observar a presença de quinas e orientar para que sejam protegidas com material emborrachado ou acolchoado; orientar para a proteção de tomadas com fitas isolantes ou móveis que dificultem a visualização pelas crianças; identificar a existência de crianças com refluxo ou que apresentem sintomas para orientar sobre a adaptação do posicionamento do colchão (inclinação de 30-40°); verificar se os espaços entre duas barras dos	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>berços tenham no mínimo 4,5 cm e no máximo 6,5 cm para evitar que a cabeça, ombro ou mão do bebê fique preso (conforme orientações do INMETRO). Orientar os pais e/ou responsáveis a deixarem suas crianças sempre em espaços seguros e visíveis, mas com liberdade para explorarem suas habilidades e mundo ao redor para que tenham um desenvolvimento neuropsicomotor saudável.</p> <p>Quanto à saúde do cuidador devem ser considerados:</p> <ul style="list-style-type: none">• aspectos emocionais;• queixas osteomioarticulares;• atividades referentes ao cuidado;• grau de parentesco com o paciente;• nível de entendimento em relação aos cuidados e expectativas com relação ao prognóstico funcional do paciente;	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none">• orientações quanto aos cuidados e prevenção de maiores comorbidades;• orientações posturais e facilitação no manuseio adequado do paciente durante trocas de posturas e acomodações para diminuir sobrecarga osteomioarticular;• orientações quanto a exercícios de relaxamento e alongamento das principais musculaturas envolvidas no processo de cuidado e medidas de alívio de algias musculares no cuidador;• orientações quanto a possíveis adaptações do ambiente e redução de riscos de acidentes por mobiliário inadequado;• incentivo e valorização do trabalho do cuidador contribuindo para uma melhor compreensão do seu papel sem abdicar de sua vida pessoal. <p>O fisioterapeuta deve priorizar, em todas as</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>situações, a participação em ações já existentes na comunidade, desenvolvidas ou não pela equipe de saúde local; ações coletivas também deve ser foco de atuação para favorecer o desenvolvimento das relações sociais entre os participantes e equipe com facilitação da troca de saberes e experiências (abordagem já defendida nesta proposta).</p>	
Observação		
<p>b.2. Condições de Saúde</p>	<p>As patologias Crônico-Degenerativas e Infecto-Contagiosas às quais o fisioterapeuta deve dedicar maior atenção (sem negligenciar as necessidades locais) são: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Tuberculose; Hanseníase. Com este foco o fisioterapeuta deve realizar o levantamento sobre casos; e buscar identificar as condições cinesioterapêuticas desses usuários em seu território. Obtidos estes dados pode desenvolver grupos com os seguintes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educação, orientação e práticas cinesioterapêuticas, a fim de prevenir e 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>evitar complicações;</p> <ul style="list-style-type: none"> • prescrever exercícios/técnicas respiratórias de higiene brônquica e melhora da capacidade respiratória (principalmente em casos de risco ou efetivo acometimento deste sistema); • prevenir deformidades osteomioarticulares que levam às incapacidades; • orientações quanto ao uso de próteses e órteses; • prevenção de acidentes com usuários com alguma seqüela por DCD. 	
Observação		
b.3 Saúde do Trabalhador	<p>Na saúde do trabalhador o fisioterapeuta pode auxiliar a equipe de saúde no desenvolvimento de atividades educativas em saúde com trabalhadores das empresas e indústrias que compõe o território adscrito. Visando orientar trabalhadores a desenvolverem senso crítico e proativo para modificações e adaptações de seu ambiente de trabalho a fim de evitar o</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo

	<p>desenvolvimento de LER/DORT.</p> <p>Pode ainda, desenvolver grupos educativos para a prática de exercícios cinesioterapêuticos e automassagem para alívio das principais queixas algicas da população trabalhadora adscrita. E, sempre que possível articular suas ações em associação ao profissional de educação física.</p> <p>No ambiente laboral o fisioterapeuta deve seguir a análise proposta por Deliberato (2002):</p> <p>a) Análise descritiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados gerais da função • Dados pessoais • Dados do posto de trabalho • Dados específicos da função <p>b) Análise biomecânica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balanço e equilíbrio • Sobrecarga manual • Estresse mecânico das partes do corpo • Movimentação manual de cargas • Postura habitual <p>c) Análise ambiental:</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Fadiga térmica • Fadiga auditiva • Conforto ambiental (velocidade do ar, umidade e temperatura efetiva) • Fadiga visual <p>d) Análise organizacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga física • Fadiga mental • Risco de acidente • Risco de LER/DORT <p>e) Análise do layout:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliário • Equipamentos e acessórios • Dimensionamento • Composição <p>f) Análise antropométrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estatura • Peso • Índice de massa corporal • Alturas • Comprimentos e alcances • Larguras e profundidades • Perímetros • Envergadura. 	
Observação		
Apêndice 1 – Instrumento de coleta de	Orientar o olhar das ACS por ocasião da visita domiciliária quanto à saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concordo Plenamente 2. Concordo

informações auto-referidas de saúde cinético- funcional junto à população adulta	cinético-funcional dos indivíduos.	Parcialmente 3. Discordo
Observação		
Apêndice 2 – Questionário Bipolar/QBP adaptado para AB	Nortear a observação do fisioterapeuta sobre o domicílio do(s) usuário(s) por ocasião da assistência domiciliária.	1. Concordo Plenamente 2. Concordo Parcialmente 3. Discordo
Observação		

APÊNDICE 1 (DA PROPOSTA)
INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES AUTO-REFERIDAS DE SAÚDE CINÉTICO-FUNCIONAL JUNTO À POPULAÇÃO ADULTA

Identificação Local

ÁREA ____ MICRO-ÁREA ____	
ENTREVISTADOR(A) _____	
DADOS DA FAMÍLIA (a serem coletados na FICHA DE CADASTRO PSF)	FAMÍLIA _____
	RENDA (reais) _____
	Nº DE PESSOAS (vivem na casa) _____
	Nº DE CÔMODOS (da casa) _____
RUA DE MORADIA _____	<input type="checkbox"/> ASFALTO <input type="checkbox"/> LAJOTAS/PARALELEPÍPEDOS <input type="checkbox"/> SEM CALÇAMENTO
ACESSO AO DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> MORRO <input type="checkbox"/> COM RAMPAS COM DEGRAUS <input type="checkbox"/> IRREGULAR

Identificação Pessoal do Entrevistado

NOME: _____	CÓDIGO: _____
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável

	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a)
ESCOLARIDADE (anos de estudo)	_____ ANOS
IDADE:	_____ ANOS
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
ATIVIDADE DE LAZER	<input type="checkbox"/> SIM - QUAL? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE (FESTIVIDADES, AÇÕES SOCIAIS, CONSELHOS, ETC.)	<input type="checkbox"/> SIM - QUAL? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
RELIGIÃO	<input type="checkbox"/> SIM - QUAL? _____ <input type="checkbox"/> NÃO

Condições De Trabalho

<u>QUESTÃO</u>	<u>RESPOSTAS</u>
HORAS DE TRABALHO POR DIA (remunerado)	_____ HORAS
QUANTOS DIAS DE TRABALHO POR SEMANA (remunerado)	_____ DIAS
TEM HORÁRIO DE DESCANSO DURANTE JORNADA DE TRABALHO (remunerado)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
QUANTO TEMPO LEVA PARA CHEGAR AO TRABALHO (remunerado)	____ HORAS ____ MINUTOS
NO TRABALHO (remunerado) VOCÊ FICA MAIS TEMPO	<input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> EM PÉ <input type="checkbox"/> VARIA
SUA ATIVIDADE DE TRABALHO (remunerado) SOLICITA MOVIMENTOS REPETITIVOS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
SUA ATIVIDADE DE TRABALHO (remunerado) EXIGE LEVANTAMENTO DE CARGA PESADA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
É RESPONSÁVEL PELAS TAREFAS DOMÉSTICAS	<input type="checkbox"/> SOZINHA <input type="checkbox"/> COMPARTILHADA <input type="checkbox"/> NÃO É RESPONSÁVEL

Agravos Associados

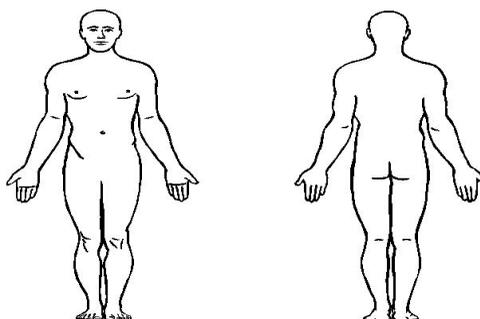
<u>QUESTÃO</u>	<u>RESPOSTAS</u>
VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA RESPIRATÓRIO?	<input type="checkbox"/> SIM Qual? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ TEM DIFICULDADE PARA RESPIRAR?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA DO CORAÇÃO?	<input type="checkbox"/> SIM Qual? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ TEM ALGUM PROBLEMA QUE LIMITE SUAS ATIVIDADES DE VIDA?	<input type="checkbox"/> SIM Qual? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUE O DEIXOU COM ALGUMA SEQUELA DE MOVIMENTO?	<input type="checkbox"/> SIM Qual? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
FAZ USO DE PRÓTESE?	<input type="checkbox"/> SIM Qual? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ UTILIZA ALGUNS DESSES AUXILIARES?	<input type="checkbox"/> BENGALA <input type="checkbox"/> MULETA <input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/> OUTRO _____ <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ TEM CONTROLE PARA URINAR OU EVACUAR QUANDO QUER, SEM ACIDENTES OU DIFICULDADE?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Sinais E Sintomas Cinético-Funcionais

(O(a) Entrevistador(a) deve fazer a pergunta e assinalar na figura o local e o tipo de sinal ou sintoma referido após a pergunta conforme legenda)

<u>QUESTÃO</u>	<u>RESPOSTAS</u>
-----------------------	-------------------------

VOCÊ SENTIU DOR OU DEFORMIDADE (inchaço, articulação “torta” etc.) EM ALGUMA REGIÃO DO CORPO NO ÚLTIMO MÊS?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ TEM DORMÊNCIA OU FORMIGAMENTO EM ALGUMA REGIÃO DO CORPO QUE INCOMODE?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ TEM DIFICULDADE DE MEXER ALGUMA PARTE DE SEU CORPO PARA REALIZAR AS ATIVIDADES DE TRABALHO OU CUIDADOS PESSOAIS?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ SOFREU ALGUMA AMPUTAÇÃO (PERNA, BRAÇO, MAMA, DEDO ETC.)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ DEPENDE DE ALGUÉM PARA OS CUIDADOS DE HIGIENE PESSOAL (BANHO, ESCOVAR DENTES, CABELOS ETC.)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
VOCÊ É RESPONSÁVEL PELO CUIDADO DE ALGUMA PESSOA ACAMADA OU COM DIFICULDADE DE ANDAR (ADULTA)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



CIRCULE A REGIÃO E COLOQUE A LETRA CORRESPONDENTE

A = ALGIA/DOR

D = DEFORMIDADE

F = FORMIGAMENTO OU DORMÊNCIA

I = INCAPACIDADE OU DIFICULDADE DE MOVIMENTAR

Apêndice 2 (da proposta)
QUESTIONÁRIO BIPOLAR/QBP
(PROPOSTO POR DELIBERTATO, 2002 E ADAPTADO PARA
UTILIZAÇÃO NA VISITA DOMICILIÁRIA NA AB)

Identificação Local

ÁREA _____ MICRO-ÁREA _____	
ENTREVISTADOR(A) _____	
DADOS DA FAMÍLIA (a serem coletados na FICHA DE CADASTRO PSF)	FAMÍLIA _____
	RENDA (reais) _____
	Nº DE PESSOAS (vivem na casa) _____
	Nº DE CÔMODOS (da casa) _____
RUA DE MORADIA _____	<input type="checkbox"/> ASFALTO <input type="checkbox"/> LAJOTAS/PARALELEPÍEDOS <input type="checkbox"/> SEM CALÇAMENTO
ACESSO AO DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> MORRO <input type="checkbox"/> COM RAMPA <input type="checkbox"/> COM DEGRAUS <input type="checkbox"/> IRREGULAR

Identificação Pessoal do Entrevistado

NOME: _____	CÓDIGO: _____
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a)
ESCOLARIDADE (anos de estudo)	_____ ANOS
IDADE:	_____ ANOS
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
ATIVIDADE DE LAZER	<input type="checkbox"/> SIM - QUAL? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE (FESTIVIDADES, AÇÕES SOCIAIS, CONSELHOS, ETC.)	<input type="checkbox"/> SIM - QUAL? _____ <input type="checkbox"/> NÃO

RELIGIÃO	<input type="checkbox"/> SIM – QUAL? _____ <input type="checkbox"/> NÃO
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------

<u>ESCALA DE INVESTIGAÇÃO DAS CONDIÇÕES CINÉTICO-FUNCIONAIS INDIVIDUAIS</u>		
MELHOR CONDIÇÃO	PONTUAÇÃO REFERIDA	PIOR CONDIÇÃO
Descansado	1 2 3 4 5	Cansado
Boa Concentração	1 2 3 4 5	Dificuldade de Concentração
Tranquilo	1 2 3 4 5	Nervoso
Produtividade Normal	1 2 3 4 5	Produtividade Comprometida
Ausência de dor de cabeça	1 2 3 4 5	Dor de cabeça
Ausência de dores no pescoço e nos ombros	1 2 3 4 5	Dor no pescoço e nos ombros
Ausência de dor nas costas	1 2 3 4 5	Dor nas costas
Ausência de dor lombar	1 2 3 4 5	Dor na lombar
Ausência de dor nas coxas	1 2 3 4 5	Dor nas coxas
Ausência de dor nas pernas	1 2 3 4 5	Dor nas pernas
Ausência de dor nos pés	1 2 3 4 5	Dor nos pés
Ausência de dores nos braços, nos punhos e nas mãos	1 2 3 4 5	Dor nos braços, punhos e mãos
Ausência de dor no tórax	1 2 3 4 5	Dor no tórax
Facilidade para caminhar	1 2 3 4 5	Dificuldade para caminhar
Facilidade para respirar	1 2 3 4 5	Dificuldade para respirar

Facilidade nos cuidados de higiene pessoal	1 2 3 4 5	Dificuldade nos cuidados de higiene pessoal
Facilidade nas atividades laborais / do lar	1 2 3 4 5	Dificuldade nas atividades laborais / do lar
PONTUAÇÃO FINAL	_____ TOTAL	CLASSIFICAÇÃO FINAL: _____
Observações:		

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A RESOLUBILIDADE DESEJÁVEL À FISIOTERAPIA NA AB

Pontuação de 17 até 21	RESOLUBILIDADE DE 100% a 80%	ÓTIMO
Pontuação de 22 até 24	RESOLUBILIDADE DE 70% a 60%	BOM
Pontuação de 25 até 27	RESOLUBILIDADE DE 50% a 40%	REGULAR
Pontuação de 28 até 85	RESOLUBILIDADE DE 30% a 0%	RUIM

*AS CLASSIFICAÇÕES INDIVIDUAIS DEVEM SERVIR DE BASE PARA CONSTRUÇÃO DO PANORAMA GERAL DA ÁREA ADSCRITA, SEGUNDO A MÉDIA GERAL A SER CLASSIFICADA CONFORME A MESMA TABELA ACIMA.

APÊNDICE B – MENSAGENS ELETRÔNICAS PARA ESPECIALISTAS

CONVITE A PARTICIPAR DA VALIDAÇÃO DA PROPOSTA E ENVIO DA PROPOSTA

CONVITE A PARTICIPAR DA VALIDAÇÃO DA PROPOSTA

Meus Respeitosos Cumprimentos ao/à Sr./Sra.

Sou Fernanda Alves Carvalho de Miranda, fisioterapeuta e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pela Dra. Josimari Telino de Lacerda.

Minha dissertação trata de uma **Proposta de Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde**, e conforme percurso metodológico estabelecido **convido Vs. Senhora a participar da avaliação da proposta** construída com base nas publicações sobre experiência da fisioterapia na AB em consonância com as diretrizes deste nível de atenção, estabelecidas nas normas do SUS, e com referenciais teóricos do primeiro nível de atenção à saúde.

Aguardo retorno, em caso de aceite, para encaminhar instrumento com proposta a ser avaliada.

Desde já agradeço sua colaboração. Cordialmente.

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

ENVIO DA PROPOSTA

Meus Respeitosos Cumprimentos ao/à Sr./Sra.

Conforme contato prévio e aceite, encaminho instrumento de avaliação da Proposta de Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde.

Maiores informações sobre a proposta, o objetivo da proposta e metodologia desenvolvida, além das orientações de preenchimento do instrumento, estão contidas no documento anexo.

Aguardo retorno em até 15 dias com suas contribuições, para consolidação dos dados.

Desde já agradeço sua colaboração. Cordialmente.

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 2ª ETAPA OFICINA DE CONSENSO

Florianópolis, julho de 2011.

A Excelentíssima Dra. / Ao Excelentíssimo Dr.

Aproveitando a oportunidade, agradeço sua fundamental participação no desenvolvimento da “PROPOSTA DE ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE”. Apresento neste momento o consolidado das contribuições dos experts respondentes a partir de suas avaliações.

Este é o segundo momento de meu estudo onde peço que conheça e avalie as modificações feitas nesta proposta a partir das contribuições feitas, inclusive as de vossa excelência. Peço atenção para o preenchimento dos espaços reservados para explanação de sua avaliação final (“PARECER DO EXPERT”). Sua participação é fundamental para análise crítica e contribuição à construção final de uma proposta viável e factível.

Desde já agradeço sua colaboração e aguardo seu **retorno no prazo de 10 dias (até o dia 01/08)**, para poder encerrar minha jornada e obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, ainda no próximo mês.

 <p>Dra. Josimari Telino de Lacerda Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal de Santa Catarina Orientadora</p>	 <p>Fernanda A. Carvalho de Miranda Fisioterapeuta Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Obs.: Favor reenviar este material em formato que julgar mais adequado (PDF, docx, doc ou impresso), para o email fernandaoak@hotmail.com, ou no endereço Rua Padre Rohr, 2140 Sambaqui Florianópolis/SC CEP 88051-400 em meu nome com pagamento no recebimento.

**LISTA COM LEGENDAS* DE EXPERTS QUE PARTICIPARAM
DA AVALIAÇÃO DA PROPOSTA
RESPONDENTES E NÃO RESPONDENTES**

<u>Código do Expert Avaliador</u>	<u>Aceite</u>	<u>Retorno</u>
1º Expert do Serviço – S1*	SIM	SIM
2º Expert do Serviço – S2*	SIM	SIM
3º Expert do Serviço – S3*	SIM	SIM
4º Expert do Serviço – S4*	SIM	NÃO
5º Expert do Serviço – S5*	SIM	SIM
6º Expert do Serviço – S6*	SIM	SIM
1º Expert da Academia – A1*	SIM	SIM
2º Expert da Academia – A2*	SIM	SIM
3º Expert da Academia – A3*	SIM	NÃO
4º Expert da Academia – A4*	SIM	SIM
5º Expert da Academia – A5*	SIM	SIM
6º Expert da Academia – A6*	SIM	NÃO
7º Expert da Academia – A7*	SIM	SIM
1º Expert do CREFITO/SC – C1*	SIM	NÃO
2º Expert do CREFITO/SC – C2*	SIM	NÃO

DOS QUAIS 5 SÃO MÉDICOS DE FAMÍLIA E 10 SÃO FISIOTERAPEUTAS

PROPOSTA DE ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

<u>Organização da Proposta em Dimensões, Sub-Dimensões e Divisões</u>
DIMENSÃO PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO BÁSICA (AB) PARA A FISIOTERAPIA
a. Integralidade e Hierarquização
b. Territorialização e Adscrição de Clientela
c. Participação da Comunidade
DIMENSÃO ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA
a. Atribuições Organizacionais
a.1 Reconhecimento da Área Adscrita e Vigilância em Saúde
a.2 Planejamento e Monitoramento das Ações
a.3 Atuação Multiprofissional e Interdisciplinar
b. Atribuições Técnico-Operacionais
b.1 Ciclo Vital
b.2 Condições de Saúde
b.3 Saúde do Trabalhador

CONSOLIDADO DAS CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES DA PROPOSTA

Orientações Para Avaliação

Este documento tem a mesma disposição do quadro apresentado na página anterior, com as seguintes sessões:

1. Título da dimensão, sub-dimensão ou divisão;
2. Explicação das contribuições dos experts avaliadores enviadas no primeiro momento da pesquisa;
3. Apresentação da frequência simples dos pareceres dados à primeira versão da proposta;
4. Local para expor parecer sobre a versão atual da proposta (POR FAVOR, NÃO DEIXE DE PREENCHER O “PARECER DO EXPERT”);
5. Texto final (quando não teve alteração e/ou contribuição ao item considerado); ou justificativas para as alterações acolhidas ou não alterações, texto original e texto alterado (com alterações destacadas em amarelo).

DIMENSÃO PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO BÁSICA (AB) PARA A FISIOTERAPIA

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES: nesta dimensão não foram feitas contribuições ou sugestões de alteração.

INDICAÇÃO VÁLIDA (70%)

PARCIALMENTE VÁLIDA (10%)

PARECER DO EXPERT

() Estou de acordo com a versão final

() Tenho observações com relação à versão final: _____

Texto Final

Visando uma atuação em consonância com os princípios a serem desenvolvidos nas unidades básicas de saúde, o fisioterapeuta deve atender a estes princípios conforme colocação a seguir.

SUB-DIMENSÃO

a. Integralidade e Hierarquização

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S2 - Para que o fisioterapeuta execute ações de promoção de saúde seria necessário que estivesse integrado com uma comunidade a tal ponto que pudesse executar ações intersetoriais e de estímulo da participação social, no entanto, apesar desse papel poder ser realizado por qualquer profissional, não justificaria ser realizado pelo fisioterapeuta frente aos

outros membros da equipe. O mesmo para o acolhimento, que tem função de oferecer o primeiro contato, não tem necessidade, ou viabilidade de ser executada pelo fisioterapeuta. O restante eu concordo.

S6 - Como dito, o fisioterapeuta deve utilizar os recursos instrumentais e de conhecimento compatíveis e disponíveis com a atenção básica. Não deve substituir um serviço especializado.

A7 - Concordo plenamente, principalmente no que se refere a conexão mencionada com os serviços especializados, pois o que vemos é o encaminhamento e “esquecimento” daquele usuário, por não ser mais atendido na AB.

INDICAÇÃO VÁLIDA (80%)	
PARCIALMENTE VÁLIDA (10%)	
PARECER DO EXPERT	
<input type="checkbox"/> Estou de acordo com a versão final	
<input type="checkbox"/> Tenho observações com relação à versão final: _____	
Justificativa das Alterações: Houve questionamento sobre o acolhimento e atuação do fisioterapeuta em atividades de promoção. Explicamos que atividades de promoção podem e devem ser praticadas por qualquer profissional e o entendimento é de que o fisioterapeuta possa compor o grupo de forma pertinente, contribuindo com atividades de sua competência quando apropriado. Acrescentamos no texto a compreensão do acolhimento como um dos elementos essenciais à atuação ética dos profissionais de saúde e não como um local ou momento específico de triagem, para melhor esclarecimento da proposição.	
Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
A prática assistencial do fisioterapeuta deve buscar desenvolver práticas que integrem a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, principalmente cinético-funcional individual e coletiva. Deve desenvolver escuta qualificada e acolhimento, esgotando as possibilidades diagnósticas e de intervenção com recursos instrumentais e conhecimento	O fisioterapeuta deve buscar desenvolver práticas que integrem a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, com foco na saúde cinético-funcional individual e coletiva. Caso a equipe ou o próprio fisioterapeuta constata a necessidade de atendimento fisioterapêutico clínico característico à atenção secundária, o profissional deve

<p>técnico disponíveis neste nível de atenção é outra conduta a ser seguida. Deve fazer a conexão com serviços especializados disponíveis na rede de assistência, encaminhar e acompanhar o caso.</p>	<p>discutir o caso com a equipe e fazer a conexão com serviços especializados disponíveis na rede de assistência, encaminhar e acompanhar o caso, respeitando a organização do serviço em rede local ou regional. Além de acompanhar o caso periodicamente, com o usuário e a equipe a que este foi referenciado, para identificar a possibilidade ou necessidade de alocação do usuário aos grupos de reabilitação, prevenção de agravos à saúde ou de práticas corporais já desenvolvidas em sua comunidade.</p> <p>Todas as ações do fisioterapeuta devem ser discutidas e acordadas entre os profissionais envolvidos na atenção básica onde atuarem, buscando contribuir para o desenvolvimento de objetivos e planejamento de ações comuns, considerando a comunidade e indivíduos como protagonistas da atuação de todo profissional da saúde.</p> <p>Em sua atuação, deve desenvolver escuta qualificada e acolhimento, esgotando as possibilidades diagnósticas e de intervenção com recursos instrumentais e conhecimento técnico disponíveis neste nível de atenção. O acolhimento descrito nessa proposta tem por referência a diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que prevê tal prática como postura ética profissional, assumida em todos os</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>espaços e momentos de atuação, implicando na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo saúde-doença, assumindo a responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SUB-DIMENSÃO

b. Territorialização e Adscrição de Clientela

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S2 - As atividade de territorialização e diagnóstico comunitário não necessitam ser realizadas por um fisioterapeuta. Essas atividades de grupo semanais não dão conta da realização de territorialização. A equipe pode fazer o diagnóstico comunitário levando em consideração os aspectos aqui levantandos, desde que seja matriciado por uma equipe que tenha o fisioterapeuta como apoio.

S3 - Acredito que essa determinação na distribuição de 1 fisioterapeuta para 3 equipes é o ideal, mas não sei o quanto isso é viável pensando como gestão. Também sugiro um maior tempo para planejamento das atividades lembrando que discutir os casos com cada equipe de saúde da família em separado, participar de reuniões mensais das unidades básicas e ainda o planejamento das ações entre os fisioterapeuta e demais profissionais que possam a atuar no matriciamento como profissionais de Ed. Física, Psicólogos, Farmacêuticos, Assistentes Sociais, etc. Sejam esses profissionais vinculados às equipes NASF's ou não acredito que esses momentos de discussão entre os profissionais são de grande importância para o desenvolvimento das atividade em um mesmo território. Uma outra discussão interessante é a pactuação das atividades dos profissionais fisioterapeutas de um mesmo município sejam padronizadas, sempre levando em consideração a demanda local, para isso a necessidade de reuniões de planejamento, como também entre fisioterapeutas que atuam em diferentes níveis de complexidade (profissionais da A.P.S. com outros da Média Complexidade/ atenção secundária). Levar em conta o tempo para evolução dos prontuários e deslocamento entre as atividades pois muitas atividades nem sempre ocorrem dentro das unidades, como escolas, centros comunitários, salões paroquiais, sem

contar nas visitas domiciliares. Confirmar a nomenclatura mais adequada: visitas “domiciliares” ou “domiciliárias”.

S5 - Achei muito bom o modelo de inserção do fisioterapeuta na ESF porém deve se atentar para a realidade de cada equipe. Por exemplo existem equipes com muita demanda de idosos acamados e com poucas gestantes assim maior tempo deve ser dedicado a população idosa acamada em detrimento das gestantes.

S6 - Excelente. Até então eu não tinha visto nada tão sistematizado sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção básica. Acredito que a maior dificuldade de colocar esse planejamento na prática é que as equipes costumam puxar muito o fisioterapeuta para as visitas domiciliares e ainda existe alguma resistência quanto ao trabalho em grupo.

A1 - A carga horária do profissional se somar por 3 ultrapassa a regida por lei para o fisioterapeuta que é de 30 horas semanais. Não seria melhor ser revisto este cronograma de carga horária?

A5 – “Grupo de Fisioterapia para Portadores de Doenças Crônico-Degenerativas” Deixar mais claro a clientela alvo; “Grupo de Fisioterapia na Escola” Qual nível?; “Grupo de Fisioterapia para Trabalhadores” Qual o tipo de trabalho – terá carga física ou mental?; Vc precisa ter maior entendimento e foco sobre os grupos que farão parte do estudo.

A7 - Concordo parcialmente, pois esta carga horária, na minha prática diária (são 09 anos) é insuficiente e precisa ser melhor distribuída, principalmente entre o grupo de idosos, visitas domiciliares e programação e planejamento das atividades.

INDICAÇÃO VÁLIDA (50%)

PARCIALMENTE VÁLIDA (40%)

PARECER DO EXPERT

Estou de acordo com a versão final

Tenho observações com relação à versão final: _____

Justificativa das Alterações: As modificações foram feitas para melhor definir questões importantes como a territorialização, que pode ter contribuição do fisioterapeuta e sempre em concordância ao planejamento da equipe, que também deve ter o envolvimento de todos os outros profissionais que atuarem na atenção básica. Por ser uma proposta, buscou-se desenvolver o ideal, pois a proposta do NASF, tal como está posta inviabiliza uma atuação resolutiva e integral de qualquer profissional da saúde por prever número elevado de equipes de

saúde da família onde o profissional apoiador deverá atuar. Um dos experts questionou a adequação do termo domiciliar ou domiciliária, concordando com a sugestão, substituiu-se a denominação assumida nesta proposta inicial (domiciliária) para evitar dúvidas. Porém, mantém-se a proposta de atuação na visita domiciliar do fisioterapeuta na atenção básica, que compreende ações pontuais e que tenham como principal intenção a educação e orientação no processo saúde-doença, e que não configure assistência domiciliar em fisioterapia correspondente à atenção secundária. Evitando assim o paternalismo assistencial e a postura do Estado enquanto vigília domiciliar (MERHY et al., 2003). Entende-se por assistência domiciliar em fisioterapia pertinente a atenção secundária à saúde, atendimentos com frequência de 2 a 3 vezes na semana, com duração pré-definida (40 minutos a 1 hora) e proposta terapêutica centrada na reabilitação. Quanto à carga horária optou-se pela remodelação da proposta de alocação de horas por equipe, partindo da sugestão de um dos experts, por não se ter considerado na proposta inicial, a norma do COFFITO quanto à máxima semanal para o fisioterapeuta (Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994 que fixa a jornada de trabalho dos profissionais de fisioterapia em 30 horas semanais). Tal modificação contribui também para o não engessamento da atuação, cabendo ao fisioterapeuta acordar com sua equipe sobre as necessidades e viabilidades locais. Acolhemos assim todas as sugestões apresentadas pelos experts.

Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
<p>A territorialização constitui principal instrumento da vigilância em saúde. O processo de territorialização deva ser construído com a participação da equipe e população envolvidas. O que caracteriza a coresponsabilização da população e profissionais de saúde sobre o reconhecimento de riscos à saúde, potencialidades das ações preventivas de doenças e promotoras de saúde. Deve ser um processo contínuo, já que as relações e mesmo ambiente</p>	<p>A territorialização constitui principal instrumento da vigilância em saúde. Este processo deve ser construído com a participação dos profissionais que atuam na Atenção Básica e população envolvidas. O que caracteriza a coresponsabilização desses atores sobre o reconhecimento de riscos à saúde, potencialidades das ações preventivas de doenças e de promoção. Deve ser um processo contínuo, já que as relações e o ambiente se modificam a todo o</p>

modificam a todo o momento e devem ser acompanhadas. Seguindo o pensamento de Merhy et al (2003) sugere-se a adoção de tecnologias leves e leves-duras para a prática de territorialização. A tecnologia leve refere-se à possibilidade de construção do vínculo e adoção de práticas de acolhimento no processo de territorialização. E as tecnologias leves-duras no campo da fisioterapia referem-se ao conhecimento em biomecânica e cinética funcional que ajudará no processo de reconhecimento do território acerca: acessibilidade e deslocamento dos indivíduos com limitações de deambulação ou de exposição a riscos à comunidade em geral.

A adscrição é definida a partir de uma proposta de agenda de atuação junto a grupos conforme o quadro abaixo:

Atuação Programada	Carga Horária Semanal Alocada
Grupo de Fisioterapia para Gestante	1 hora semanal dividido em dois encontros de 30 minutos de duração.
Grupo de Fisioterapia para Idoso	3 horas semanais divididas em

momento e tais alterações devem ser acompanhadas. Seguindo o pensamento de Merhy et al. (2003) sugere-se a adoção de tecnologias leves e leves-duras para a prática de territorialização. A tecnologia leve refere-se à possibilidade de construção do vínculo e adoção de práticas de acolhimento no processo de territorialização. O fisioterapeuta deve assumir a tecnologia leve em sua atuação, tal como referida. As tecnologias leves-duras correspondem ao conhecimento técnico de cada profissional que contribui para a resolubilidade neste nível de atenção, mas que não utilizem recursos dispendiosos, característicos da atenção secundária. No campo da fisioterapia referem-se ao conhecimento em biomecânica e cinética funcional no processo de reconhecimento do território acerca da saúde dos indivíduos e comunidades, suas condições de trabalho, transporte, lazer e ambiente domiciliar, avaliando a acessibilidade e deslocamento dos indivíduos, principalmente os que apresentarem limitações de deambulação. O fisioterapeuta deve assumir a postura de parceria com todos os profissionais envolvidos na assistência em atenção básica onde atuar. Apoiando a equipe para o reconhecimento das condições de saúde cinético funcional e possíveis riscos. Desenvolvendo a

	três encontros de 1 hora de duração.	<p>territorialização em acordo com a equipe.</p> <p>Para definir o parâmetro populacional de responsabilidade e de atuação do fisioterapeuta na atenção básica, propõe-se a relação um fisioterapeuta para três equipes de saúde da família com base em uma agenda de atuação apresentada no quadro abaixo:</p>
Grupo de Fisioterapia para Portadores de Doenças Crônico-Degenerativas (principalmente diabetes Mellitus, hipertensão)	2 horas semanais divididas em dois encontros de 1 hora de duração.	
Grupo de Fisioterapia na Escola	2 horas semanais divididas em dois encontros de 1 hora de duração.	
Grupo de Fisioterapia para Trabalhadores	3 horas semanais divididas em três encontros de uma 1 hora de duração.	
Programação e Planejamento das Atividades com Equipes	1 hora semanal distribuída conforme planejamento de reuniões das equipes onde atuar.	
Visitas Domiciliárias	1 hora semanal distribuída conforme	

Atuação Programada	Carga Horária Semanal Alocada
Atividades de Educação em Saúde, Assistência em Grupos (Ciclo Vital, Condições de Saúde e Saúde do Trabalhador).	6 horas
Planejamento das Ações; Reunião com Equipe e Outros Profissionais Envolvidos na AB; Ações de Apoio à Equipe de Saúde da Família.	2 horas
Visita Domiciliar	2 horas
Carga Horária Semanal (por equipe)	10 horas

	necessidade reconhecida pelas equipes.	Estas atividades totalizam uma carga horária de 10 horas semanais por equipe de saúde da família e justificam a proposta de 1 profissional fisioterapeuta para 3 equipes de saúde da família.
Carga Horária Semanal (por equipe)	11 horas	
Estas atividades totalizam uma carga horária de 11 horas semanais por equipe de saúde da família acrescida indicando uma relação de 1 profissional fisioterapeuta para 3 equipes de saúde da família.		

C. Participação da Comunidade

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S2 - Desde que seja realizado pelo fisioterapeuta de forma matriciada. E repito, se o conceito de promoção utilizado é o da carta de Ottawa, o fisioterapeuta tem limitações para desenvolver atitudes promotoras dentro do seu campo profissional, a não ser que extrapole essas ações, e estejam integrados à equipe em tempo integral, o que não é viável.

S3 - Segue o mesmo entendimento do item anterior, apenas com a concordância da equipe.

S6 - Concordo que a participação da comunidade dever estar entre os princípios. Entretanto, a proposição de encontros com a comunidade não deve ser uma iniciativa isolada do fisioterapeuta, e sim integrada de toda equipe. E o papel do fisioterapeuta, tal como dos demais profissionais, é de estimular a participação nos conselhos comunitários ou outras estâncias de representação, incentivar a autonomia dos indivíduos e a promoção da saúde. As melhorias do ambiente relacionadas à saúde cinético-funcional não constituem incentivo a participação da comunidade, são ações preventivas. Podem se aproximar das ações promotoras de autonomia se forem realizadas a partir dos conceitos de Reabilitação Comunitária, método de trabalho que se caracteriza pela participação da comunidade na construção de equipamentos facilitadores de acessibilidade e modificadores do ambiente.

A5 - É preciso esclarecer com mais detalhes a forma de atuação prática. Quais estratégias serão utilizadas?

INDICAÇÃO VÁLIDA (70%)

PARCIALMENTE VÁLIDA (30%)

PARECER DO EXPERT

Estou de acordo com a versão final

Tenho observações com relação à versão final:

Justificativa das Alterações: O matriciamento, abordagem sugerida por um dos experts avaliadores da proposta inicial, tem sua fundamentação na Portaria N° 154 de 24 de janeiro de 2008, onde prevê e orienta parte da atuação do fisioterapeuta e outras categorias profissionais junto às Equipes de Saúde da Família, cujo lócus é a AB. Segundo a mesma portaria, a prática do fisioterapeuta, e de outros profissionais previstos neste documento, está orientada a: atuar em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família; compartilhar as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado; responsabilizar-se sobre a atuação e reforço das diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (Portaria do NASF; <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>).

Esta proposta não se opõe a estas especificações da portaria, mas busca reforçar e facilitar a compreensão do fisioterapeuta quanto às práticas técnicas e postura profissional. Porém, a palavra “matriciamento” não foi utilizada intencionalmente. Entende-se que “matriciamento” pode dar entendimento a, no mínimo, dois outros conceitos contrários ao explicitado no documento do NASF: preceptoria e matricial. Preceptoria como adjetivo de mestre de alguma atuação ou prática; e matricial, relativo à matriz, sendo este adjetivo referente a algo primordial, principal ou que dá origem. Outro aspecto considerado para não ser utilizada a denominação “matriciamento”, complementar ao anterior, está em compreender-se que a atuação de profissional de qualquer área não é, e nem pode ser, superior à outra ou detentora de saber absoluto. Todo e qualquer profissional, interdisciplinarmente e/ou intersetorialmente, deve manter a postura de compartilhamento de saberes e práticas técnicas (em ações comuns nos territórios, atendimentos e intervenções em conjunto, encaminhamentos a outros níveis de atenção à saúde; ou troca de conhecimentos entre apoiadores e ESF), mas que visem sempre o benefício ao protagonista da atuação, o usuário do sistema. Portanto, é que se compreende que a postura e prática profissional denominada “matriciador”, como na proposta

Política do NASF, pode ser assumida por todo profissional da saúde independente do nível de assistência em que atue, desde que com a intencionalidade de ampliar perspectivas resolutivas às queixas e necessidades dos usuários, e que não necessariamente exclua ou exima o profissional “matriciador” da assistência direta. A portaria do NASF e todas as políticas do SUS orientam exatamente esta postura e atuação de compartilhamento interprofissional e em rede, mas entende-se que a palavra “matriciador” deve ser substituída pela palavra “apoiador”, como a própria portaria sugere em seu objetivo e nomenclatura, Núcleo de **Apoio** à Saúde da Família. Considerando o exposto é que optamos pela não utilização da expressão “matriciamento” e “matriciador”.

Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
<p>O processo de reconhecimento e propostas de intervenção do fisioterapeuta deve voltar-se à participação efetiva dos usuários, assim como ocorre nas Equipes de Saúde na Família. Os fisioterapeutas devem desenvolver encontros com a comunidade para reconhecimento desta e esclarecimento de suas competências e atribuições na saúde cinético-funcional do ser humano. Tanto no reconhecimento dos riscos que envolvem o processo saúde-doença, quanto sobre as possibilidades de prevenção de doenças e atitudes promotoras de saúde que a associação desse profissional aos usuários pode desenvolver. Estimular a participação da comunidade nos Conselhos Comunitários de Saúde, orientando-os quanto às melhorias do ambiente, especialmente as relacionadas à saúde cinético-funcional no território adscrito e</p>	<p>O processo de reconhecimento e propostas de intervenção do fisioterapeuta, como em todas as categorias profissionais envolvidas na atenção básica à saúde, deve voltar-se à participação efetiva dos usuários estimulando a atuação nos conselhos comunitários ou outras estâncias de representação, incentivar a autonomia dos indivíduos e a promoção da saúde, em conformidade com o planejamento interdisciplinar. Os fisioterapeutas devem desenvolver encontros com a comunidade para reconhecimento de sua atuação e esclarecimento de suas competências e atribuições na saúde cinético-funcional do ser humano. Tanto no reconhecimento dos riscos que envolvem o processo saúde-doença, quanto sobre as possibilidades de prevenção de doenças e atitudes promotoras de saúde que a associação desse profissional aos usuários pode desenvolver.</p>

<p>acessibilidade à Unidade de Saúde, meios de transporte, domicílios etc.. Estimular a utilização e fazer uso dos espaços sociais para aproximação à população e desenvolvimento de práticas educativas, preventivas de agravos à saúde e promotoras da saúde da comunidade adscrita são também atribuições dos fisioterapeutas em associação à(s) equipe(s) em que atuar.</p>	<p>Estimular a participação da comunidade nos Conselhos Comunitários de Saúde, orientando-os quanto às melhorias do ambiente, especialmente as relacionadas à saúde cinético-funcional no território adscrito e acessibilidade à Unidade de Saúde, meios de transporte, domicílios, orientando sobre os meios políticos e sociais para viabilização da transformação ambiental. Estimular a utilização e fazer uso dos espaços sociais para aproximação à população e desenvolvimento de práticas educativas, preventivas de agravos à saúde e promotoras da saúde da comunidade adscrita são também atribuições dos fisioterapeutas em associação à(s) equipe(s) e profissionais com os quais atuarem. Para essa aproximação e atuação na comunidade o fisioterapeuta deve, junto à equipe interdisciplinar, identificar centros comunitários, encontros e festividades da comunidade, cooperativas locais, e todos os espaços utilizados por esses usuários em que possa contribuir para a participação da comunidade.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DIMENSÃO ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S2 - A justificativa é crítica ao modelo hegemônico, mas não é propositiva, ou seja, não estão claras as atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária (essa semana será lançada a nova política que muda o nome de atenção básica para atenção primária no Brasil)

INDICAÇÃO VÁLIDA (70%)	
PARCIALMENTE VÁLIDA (30%)	
PARECER DO EXPERT	
<input type="checkbox"/> Estou de acordo com a versão final <input type="checkbox"/> Tenho observações com relação à versão final: _____	
Justificativa das Alterações: A apresentação desta dimensão é a de justificar o desenvolvimento de uma proposta de atuação pelos profissionais da saúde e em conformidade ao modelo assistencial proposto pelo SUS que deve ser seguido também pelo fisioterapeuta, consciente e intencionalmente em sua atuação profissional. A partir da contribuição do expert, foi reconhecido que a última frase do texto original é desnecessária para a proposta, pois tem a função de justificar a avaliação pelos pares. A crítica realizada pelo expert proporcionou também a contribuição à ampliação do texto com inclusão de proposição a esta dimensão, para além da crítica ao modelo biomédico isolada.	
Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
<p>O processo que envolve a assistência à saúde e as inter-relações estabelecidas entre os envolvidos proporcionam ao profissional da saúde a liberdade de produzir seu trabalho conforme o modelo assistencial que lhe parecer melhor. E para modificar o modelo assistencial hegemônico, centrado na clínica e assistência individual e curativa, é necessário repensar as práticas, neste caso a do fisioterapeuta. Esta modificação requer empenho de todos os envolvidos além de pactuação entre os fisioterapeutas, para que a mudança ocorra de acordo com as atribuições e competências destes profissionais. Pois a normatização verticalizada (estabelecida unicamente pelas políticas públicas) pouco atenderá</p>	<p>O processo que envolve a assistência à saúde e as inter-relações estabelecidas entre os envolvidos proporcionam ao profissional da saúde a liberdade de produzir seu trabalho conforme o modelo assistencial que lhe parecer melhor. E para modificar o modelo assistencial hegemônico, centrado na clínica e assistência individual e curativa, é necessário repensar as práticas, neste caso a do fisioterapeuta. Esta modificação requer empenho de todos os envolvidos além de pactuação entre os fisioterapeutas, para que a mudança ocorra de acordo com as atribuições e competências destes profissionais. A práxis do fisioterapeuta na atenção básica deve considerar a complexidade biopsicossocial do</p>

<p>as necessidades da população sob a ótica destes profissionais, aproveitando suas reais potencialidades assistenciais.</p>	<p>desenvolvimento dos processos de saúde e doença dos indivíduos e comunidades que assistir. O profissional deve perceber que sua competência técnica, sobre a saúde cinético-funcional do ser humano, pode ampliar a resolubilidade da assistência neste nível de atenção à saúde, desde que tenha postura de compartilhamento de saberes com outros profissionais e com a própria população. Além de deixar a assistência exclusivamente individual, centrada na especificidade clínica para a atenção secundária.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SUB-DIMENSÃO

a. Atribuições Organizacionais

Divisão

a.1 Reconhecimento da Área Adscrita e Vigilância em

Saúde

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S2 - Ações de vigilância devem ser matriciadas, e não executadas pelo fisioterapeuta.

S3 - Quando foi enumerado os agravos à saúde que o profissional fisioterapeuta deve dar maior atenção senti a falta dos portadores de necessidades especiais (deficiência física e/ou mental). Quando é relatado a importância do “reconhecimento e acolhimento das necessidades locais” a mesma pode ser feita através do conhecimento do perfil dos pacientes que aguardam o atendimento especializado para Fisioterapia (média complexidade/atenção secundária). A partir desse conhecimento podem ser criadas estratégias de atividades na A.P.S. aos pacientes que aguardam em filas de espera para o atendimento especializado através de p.ex.: “orientações de uso de materiais e exercícios simples para amenização de quadro algico e instalação de incapacidades. Essa abordagem pode ser de forma coletiva a pacientes que apresentam as mesmas disfunções cinético-funcionais p. ex. Orientações posturais e para alívio de dor a pacientes com alterações na

coluna com queixas algicas em conjunto com a ESF – Conforme é descrito pela mestranda no item “b” - Atribuições Técnico-Operacionais **A5** - Seria interessante fazer fluxogramas/organogramas para que fique mais didática e prática a exposição de seu trabalho. Recursos gráficos tornam a leitura mais fácil.

INDICAÇÃO VÁLIDA (90%)	
PARCIALMENTE VÁLIDA (0%)	
PARECER DO EXPERT	
<input type="checkbox"/> Estou de acordo com a versão final <input type="checkbox"/> Tenho observações com relação à versão final: _____	
Justificativa das Alterações: As modificações foram feitas conforme sugestões dos experts. Porém não foi realizada modificação de apresentação neste momento, conforme a sugestão para desenvolvimento de organograma ou qualquer outro recurso visual. Mas estudaremos a possibilidade de alteração da forma do produto final, desde que assegurado o não engessamento da proposta e consequente atuação dos profissionais que possam usufruir deste trabalho.	
Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
<p>A investigação pode ser realizada diretamente, individual ou coletivamente junto aos usuários; e/ou indiretamente com auxílio de outros profissionais da equipe durante suas atuações profissionais, anotando queixas algicas, deformidades ou hábitos de vida que coloquem em risco a saúde cinético-funcional dos usuários e encaminhando à fisioterapia (Agentes Comunitárias de Saúde podem utilizar o instrumento de investigação proposto e apresentado no Apêndice 1); e/ou ainda com observação na sala de espera da unidade de saúde, em escolas, empresas e indústrias,</p>	<p>A investigação pode ser realizada diretamente, individual ou coletivamente junto aos usuários; e/ou indiretamente com auxílio de outros profissionais da equipe durante suas atuações profissionais, anotando queixas algicas, deformidades ou hábitos de vida que coloquem em risco a saúde cinético-funcional dos usuários e encaminhando à fisioterapia (Agentes Comunitárias de Saúde podem utilizar o instrumento de investigação proposto e apresentado no Apêndice 1); e/ou ainda com observação na sala de espera da unidade de saúde, em escolas, empresas e indústrias,</p>

visitas domiciliares, espaços sociais etc..

O diagnóstico cinético-funcional deve ser realizado com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação de suas ações. O fisioterapeuta deve buscar identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, principalmente, relativos à saúde cinético-funcional, inclusive aqueles próprios ao trabalho, a partir dos quais devem ser identificadas as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

O fisioterapeuta deve desenvolver a vigilância em saúde conforme orientações já estabelecidas sobre o processo de territorialização. Preservando a co-responsabilização pela saúde individual e coletiva deste território.

Conforme as políticas públicas já implantadas e que priorizam o controle e redução de agravos à saúde, o fisioterapeuta deve dar maior atenção à vigilância em:

- Doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes Mellitus;
- Doenças infecto-contagiosas como tuberculose e hanseníase;
- Saúde da criança e do adolescente;

visitas domiciliares, espaços sociais; com estudo diagnóstico de demanda à atenção secundária à saúde nesta especialidade.

O diagnóstico cinético-funcional deve ser realizado com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação de suas ações. O fisioterapeuta deve buscar identificar grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, principalmente, relativos à saúde cinético-funcional, inclusive aqueles próprios ao trabalho, a partir dos quais devem ser identificadas as situações a serem acompanhadas no planejamento local. A avaliação sobre as condições de saúde das comunidades e indivíduos devem ser levadas às reuniões com as equipes, com as quais atuar. Nestas ocasiões deve discutir sobre a necessidade e viabilidade da organização e desenvolvimento de ações em grupos assistenciais preventivos a doenças frequentes e reabilitadoras às doenças prevalentes na comunidade (por ciclo vital, condições de saúde e saúde do trabalhador), que objetivem a ampliação da resolubilidade assistencial neste nível de atenção à saúde e consequente redução de demanda à atenção secundária.

O fisioterapeuta desenvolverá a vigilância em saúde conforme orientações já estabelecidas sobre o processo de

<ul style="list-style-type: none"> • Saúde da mulher, em especial na gestação; • Saúde do idoso; • Saúde do trabalhador. <p>Sem negligenciar o reconhecimento e acolhimento das necessidades locais.</p>	<p>territorialização. Preservando a co-responsabilização pela saúde individual e coletiva deste território.</p> <p>Conforme as políticas públicas já implantadas e que priorizam o controle e redução de agravos à saúde, o fisioterapeuta deve dar maior atenção à vigilância em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doenças crônico-degenerativas como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes Mellitus; • Doenças infecto-contagiosas como tuberculose e hanseníase; • Portadores de deficiências físicas; • Saúde da criança e do adolescente, considerando também o Programa Saúde na Escola; • Saúde da mulher, em especial na gestação; • Saúde do idoso; • Saúde mental; • Saúde do trabalhador. <p>Centrando sua programação no reconhecimento e acolhimento das necessidades locais acordadas com as equipes e profissionais envolvidos na atenção básica à saúde.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Divisão

a.2 Planejamento e Monitoramento das Ações

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

A7 - Oportunizar horários de assistência conforme a necessidade e/ou possibilidade dos usuários” se torna muito difícil quando temos

prefeituras lançando concursos para fisioterapeutas oferecendo um salário de R\$ 600,00 (aqui no nordeste) para que o mesmo trabalhe 20h e ainda prestando o serviço em cerca de 4 Unidades de Saúde da Família. Resumindo: onde está o respeito para com esta categoria e com um serviço de qualidade em consonância com os princípios do SUS?

INDICAÇÃO VÁLIDA (80%)
PARCIALMENTE VÁLIDA (10%)
PARECER DO EXPERT
() Estou de acordo com a versão final
() Tenho observações com relação à versão final: _____
Justificativa das Alterações: manteve-se o descrito inicialmente por compreender que contribuição que esta sub-dimensão recebeu de expert disserta sobre um problema trabalhista (incoerência salarial com a competência e responsabilidade deste profissional e sua demanda na atuação) que não compõe interesse de discussão deste trabalho, apesar de sua importância.
Texto Final
<p>O planejamento deve estar pautado no diagnóstico situacional a ser desenvolvido com foco na família e comunidade identificando as necessidades e realidades do território adscrito.</p> <p>Sendo a capacidade física e funcional do corpo humano objeto de estudo e práxis e em concordância ao exposto, o fisioterapeuta deve realizar a atenção integral em saúde cinético-funcional (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva às famílias, aos indivíduos e grupos específicos, de acordo com o planejamento local, buscando produzir impactos positivos apropriados à saúde da população adscrita.</p> <p>Quanto às ações coletivas, o fisioterapeuta deve aproveitar intervenções já existentes que envolvam membro ou membros da equipe multidisciplinar junto à(s) equipe(s) que atuar, a fim de ampliar o vínculo à equipe e para o melhor reconhecimento das atribuições e contribuições que o fisioterapeuta pode trazer para equipe e comunidade e ampliar a resolubilidade da(s) equipe(s) frente às condições de saúde da população adscrita.</p> <p>Em casos de reconhecimento de necessidade local ainda não contemplada pela equipe e/ou que seja de relevância identificada na territorialização e vigilância epidemiológica desenvolvidas pelo fisioterapeuta, este profissional deve discutir com a(s) equipe(s) para</p>

planejamento e intervenção pertinentes aos riscos ou condições de saúde observados.

As intervenções fisioterapêuticas, podem ainda seguir as orientações desenvolvidas na AB por ciclos de vida, condições de saúde, saúde do trabalhador, saúde mental, saúde do homem etc.

Os locais de desenvolvimento das ações coletivas podem e devem ocorrer utilizando espaços já compartilhados pelas populações alvo como, por exemplo, escolas municipais e estaduais quando o fisioterapeuta trabalhar com crianças em idade escolar; ou em indústrias e empresas quando atuar com propostas de prevenção de LER/DORT; em centros comunitários quando atuar com população idosa ou grupos de gestantes etc..

Todas as ações devem ser divulgadas na comunidade com antecedência mínima de um mês. Esta atitude viabiliza tempo hábil para agendamento e realização da avaliação, diagnóstico cinético-funcional (DCF) segundo Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) dos usuários interessados. Além da possibilidade que o fisioterapeuta terá de identificar casos pertinentes a ação ou de encaminhamento a outros profissionais e mesmo níveis de assistência. Uma semana antes o fisioterapeuta e/ou outro profissional, deve contatar os usuários interessados para reiterar sua participação. Oportunizar horários de assistência conforme a necessidade e/ou possibilidade dos usuários.

Avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados atingidos devem compor o processo de planejamento e programação das ações.

Desenvolver recursos humanos para o monitoramento e avaliação de seu processo de trabalho na AB e o impacto na saúde dos indivíduos, famílias e população adscrita também deve fazer parte da rotina de atuação (melhor estabelecida no item Equipe Multiprofissional).

O profissional deve desenvolver e estimular a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

O monitoramento das atividades e repercussões da intervenção fisioterapêutica à vida dos envolvidos deve ser de interesse da equipe de saúde e, neste caso, em especial a atuação dos fisioterapeutas. Por isso sugere-se a aplicação de questionários com os participantes ao final das atividades, assim podem-se verificar quais informações foram aprendidas, quais necessidades foram ou não atendidas. Estes dados contribuirão para melhoria dos processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos nas práticas assistências.

Divisão

a.3 Atuação Multiprofissional e Interdisciplinar

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S2 - Precisa estar melhor definido o papel do ACS, considerando que ele seja um profissional de nível médio. E agentes promotores de saúde utilizando de forma errada de acordo com o conceito ampliado de saúde. Se pensarmos em ações integradas de saúde, eles fazem prevenção e não promoção.

<p>INDICAÇÃO VÁLIDA (80%) PARCIALMENTE VÁLIDA (20%)</p>
<p>PARECER DO EXPERT <input type="checkbox"/> Estou de acordo com a versão final <input type="checkbox"/> Tenho observações com relação à versão final: _____</p>
<p>Justificativa das Alterações: apenas um expert conferiu observação a esta sub-dimensão. Porém não foi considerado seu posicionamento por entender-se que ocorreu equívoco na leitura desse texto, pois este avaliador apontou a não competência do ACS para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, mas o texto não apresenta tal afirmação.</p>
<p>Texto Final</p> <p>O fisioterapeuta deve desenvolver uma postura interdisciplinar, compartilhando com seus colegas profissionais da saúde saberes pertinentes as suas competências e visando compor ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.</p> <p>Sua contribuição e participação na formação e capacitação continuada da equipe e categorias profissionais fazem parte do desenvolvimento desta inter-relação. O fisioterapeuta deve compartilhar com profissionais graduados a resolubilidade de queixas ligadas à saúde cinético-funcional dos usuários, orientando quanto aos principais recursos terapêuticos que a equipe pode dispor para ampliação da resolubilidade de casos agudos e crônicos que ainda não dispõe de assistência especializada (atenção secundária de saúde). E mesmo contribuir para a discussão quanto à necessidade de referenciamento ou não de cada caso a outros níveis de atenção à saúde.</p> <p>Os Agentes Comunitários de Saúde são profissionais competentes para a realização da investigação domiciliar quanto às condições de saúde individual e coletiva. Essa categoria profissional da AB pode ser grande aliado na atuação fisioterapêutica para a investigação quanto à saúde cinético-funcional da população adscrita à</p>

equipe. Porém, para isso o fisioterapeuta necessita capacitar estes profissionais para o reconhecimento e levantamento de distúrbios cinético-funcionais na comunidade durante as visitas domiciliares. Pode capacitar também para prestar orientações quanto às modificações ambientais para redução de risco à saúde das famílias e seus membros durante suas visitas.

As capacitações podem ser intersetoriais, como no caso de professores/pedagogos da rede municipal e estadual quanto o reconhecimento e orientações em desvios posturais e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor infantil. Essa estratégia seria formadora de agentes promotores da saúde em ambiente escolar, podendo a equipe de saúde prestar consultorias periódicas e capacitações, fortalecendo a transdisciplinariedade.

Sub-Dimensão

b. Atribuições Técnico Operacionais

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

A7 - Concordo plenamente. Ótima justificativa esta acima

INDICAÇÃO VÁLIDA (80%)
PARCIALMENTE VÁLIDA (10%)
PARECER DO EXPERT
() Estou de acordo com a versão final
() Tenho observações com relação à versão final: _____
Justificativa das Alterações: a única alteração realizada foi para ajustar o já acordado na sub-dimensão territorialização e adscrição de clientela no que se refere a assistência domiciliar em fisioterapia na AB, retirando-se o termo “domiciliária”.
Texto Final
As ações da fisioterapia neste nível de atenção devem priorizar ações coletivas, sem negligenciar a atenção individual. Porém, deve ter o cuidado de não estabelecer assistência pertinente à atenção secundária caracterizada pela assistência individual distribuídas em sessões pré-estabelecidas com intervalos não superiores há 2 dias e por médio a longo prazo (meses a anos). Nesta mesma lógica deve contemplar a assistência domiciliar sem atuar como atenção secundária à saúde. Quanto à assistência domiciliar em fisioterapia na atenção básica, caracterizada pela visita em domicílio, deve ocorrer quando identificada a necessidade e discutida previamente com a equipe. Por ocasião da assistência domiciliar o fisioterapeuta da AB deverá identificar riscos à

saúde, orientações relevantes ao cuidado e assistência a ser mantida pela família (melhor descrita nas atribuições por Ciclo Vital, item b.1) Identificada a necessidade de assistência domiciliar pertinente à atenção secundária à saúde, o fisioterapeuta deverá referenciar tal usuário ao nível de atenção pertinente às necessidades do usuário, mantendo o acompanhamento sobre a evolução do caso e vínculo conforme exposto nesta proposta no princípio de integralidade e hierarquização.

Antecedendo as práticas assistenciais fisioterapêuticas, os usuários participantes devem passar por avaliações:

- avaliação das condições biopsicossociais que incluem as condições de vida, moradia e trabalho do indivíduo, relações com familiares e seu papel neste contexto, necessidades, desejos e anseios nesta intervenção e de vida;
- avaliação cinético funcional e estabelecimento de diagnóstico cinético-funcional (DCF) conforme Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF);
- e serem cadastrados na Unidade de Saúde que ofertar o serviço.

A reavaliação deve ocorrer seguindo as mesmas orientações sempre que o fisioterapeuta perceber adequado, e necessariamente ao final do ciclo de atividades propostas. Por ocasião da avaliação devem ser apresentadas opções de horários para realização da atividade proposta para que o fisioterapeuta identifique os horários e dias da semana que a maior parte da população alvo puder comparecer e participar efetivamente das atividades.

As práticas fisioterapêuticas em grupos podem seguir o modelo da “Escola de Coluna”, seguindo a lógica de educar os participantes sobre anatomia e cinesiologia pertinentes ao tema do grupo e do processo saúde-doença envolvidos. Em outro momento são apresentadas medidas preventivas aplicáveis ao dia a dia e auto-cuidado. Por fim os participantes são instruídos sobre os exercícios de alongamento, fortalecimento e relaxamento, na teoria e prática além de instigados a manterem o programa por pelo menos 3 vezes na semana em domicílio. Essas atividades podem ser desenvolvidas durante encontros semanais, dias intercalados ou seguidos. O importante é que o fisioterapeuta consiga manter o vínculo e o interesse de seus participantes pelas atividades, por isso é interessante manter uma metodologia educacional que viabilize a troca de experiência e saberes entre seus participantes. O número de participantes irá depender do número de profissionais envolvidos para coordenação e orientação das atividades. É importante ressaltar que a parte teórica e prática dos exercícios são de competência

da fisioterapia, mas a todo o momento outros profissionais da saúde podem e devem compor a equipe coordenadora, bem como esta proposta pode ser agregada a uma já existente ou substituída (como citado anteriormente sobre o trabalho multiprofissional e interdisciplinar).

Divisão

b.1 Ciclo Vital

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S3 - Muito interessante essa descrição. Uma das coisas que mais me chamou a atenção é a preocupação com os cuidadores que usualmente não são contemplados nas abordagens fisioterapêuticas. Faço uma ressalva, a falta da descrição das ações na Saúde do Adulto como um todo, ondem contemplaria a saúde da mulher (já contemplada) e a saúde do homem (baseado na política nacional de atenção integral a saúde do homem). Mesmo sendo uma política “nova” (2008), acredito ser uma tendência a abordagem da saúde do adulto como um todo e não somente a saúde da mulher. O termo saúde do homem já foi utilizado pela mestrandia no item “a.2 Planejamento e Monitoramento das Ações”.

A5 - Sugere referência mais atual da Escola de Posturas (mas é a data da formação da escola que é citada e não a fonte). Na saúde do cuidador questiona como será instrumentalizado.

A7 - Concordo plenamente. Eu, inclusive tenho uma aula semelhante a estas colocações que vc defende aqui. Eu acrescentaria em Saúde da Criança (é uma realidade que observamos aqui em algumas comunidades) a necessidade de orientar as mães quanto ao manejo da criança com infecções respiratórias agudas e também os cuidados que se deve ter no ambiente domiciliar para evitar o surgimento de crises de asma, p. ex.

INDICAÇÃO VÁLIDA (90%)

PARCIALMENTE VÁLIDA (10%)

PARECER DO EXPERT

Estou de acordo com a versão final

Tenho observações com relação à versão final: _____

Justificativa das Alterações: A ausência de orientações específicas sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde do homem justifica-se pela metodologia assumida na construção desta proposta. Pois em nenhum dos estudos considerados para a construção foram especificadas as práticas a serem desenvolvidas com esses usuários. Além de considerar

que o homem esteja incluído na abordagem ao adulto, idoso e trabalhador. A observação feita por outro expert sobre a referência que foi utilizada para a Escola de Posturas apresentada (data não atual), teve o intuito de reafirmar sua teórica original e não variações de seu trabalho, compreendendo a importância de apontá-la como uma das primeiras teóricas da fisioterapia, fato que é oculto em muitas publicações que preferem fazer entender que foram outros profissionais de outras categorias que criaram a Escola de Postura. Mas foi incluída a referência do estudo que divulga a autoria desta escola.

Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
<p>Na saúde da criança, o fisioterapeuta pode atuar com recém-nascidos visando o acompanhamento integral à saúde desses indivíduos por intermédio de ações a serem desenvolvidas com grupos de gestantes e/ou puérperas e ainda de pais e responsáveis por crianças com até 5 anos de idade, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • orientações aos pais e cuidadores quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança para identificação de atrasos e distúrbios precocemente; • orientar e estimular a prática de massagens como a Shantala, atividades lúdico-terapêuticas para bebês normais e com atraso do desenvolvimento. <p>Crianças em idade escolar o fisioterapeuta pode realizar grupos com o objetivo de desenvolver atividades que estimulem a curiosidade da criança quanto à constituição de seu corpo e</p>	<p>Na saúde da criança, o fisioterapeuta pode atuar com recém-nascidos visando o acompanhamento integral à saúde desses indivíduos por intermédio de ações a serem desenvolvidas com grupos de gestantes e/ou puérperas e ainda de pais e responsáveis por crianças com até 5 anos de idade, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • orientações aos pais e cuidadores quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança para identificação de atrasos e distúrbios precocemente; • orientar e estimular a prática de massagens como a Shantala, atividades lúdico-terapêuticas para bebês normais e com atraso do desenvolvimento; • orientações aos pais quanto o manejo da criança com infecções respiratórias agudas; • realizar orientações aos pais com temas sobre o cuidado

<p>funções, focando especial atenção na postura nas diferentes posições (sentada, deitada, de pé e trocas de posturas). Esse trabalho deve, preferencialmente, ser integrado às atividades escolares e co-participação dos professores.</p> <p>A assistência fisioterapêutica na saúde da mulher deve considerar as diversas transformações que esses indivíduos ultrapassam, tais como o ciclo gestacional, incluindo planejamento familiar, gestação, parto e puerpério; climatério e terceira idade. Na gestação o fisioterapeuta pode realizar grupos de mulheres e familiares (especialmente pais) com os seguintes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • orientações quanto às modificações corporais durante o período gestacional; • orientações para atividades cinesioterapêuticas regulares nos encontros e continuidade pela usuárias em domicílio; • orientações para o alívio das principais queixas algicas comuns a este período; • orientações posturais no cuidado com o recém nascido e durante a amamentação; • treino de musculatura perineal para preparação para o parto e continuidade desses exercícios em domicílio (pelas próprias usuárias). <p>No puerpério o fisioterapeuta</p>	<p>no ambiente domiciliar para prevenção de crises de asma, acidentes etc.</p> <p>Crianças em idade escolar o fisioterapeuta pode realizar grupos com o objetivo de desenvolver atividades que estimulem a curiosidade da criança quanto à constituição de seu corpo e funções, focando especial atenção na postura nas diferentes posições (sentada, deitada, de pé e trocas de posturas). Esse trabalho deve, preferencialmente, ser integrado às atividades escolares e co-participação dos professores.</p> <p>A assistência fisioterapêutica na saúde da mulher deve considerar as diversas transformações que esses indivíduos ultrapassam, tais como o ciclo gestacional, incluindo planejamento familiar, gestação, parto e puerpério; climatério e terceira idade. Na gestação o fisioterapeuta pode realizar grupos de mulheres e familiares (especialmente pais) com os seguintes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • orientações quanto às modificações corporais durante o período gestacional; • orientações para atividades cinesioterapêuticas regulares nos encontros e continuidade pela usuárias em domicílio; • orientações para o alívio das principais queixas algicas comuns a este período; • orientações posturais no
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

pode realizar atividades com os seguintes objetivos:

- realizar levantamento quanto à prevalência de puérperas incontinentes e com diástase superior a 2 cm dos músculos retos abdominais;
- diante desses dados realizar encontros semanais para acompanhamento e orientações de atividades cinesioterapêuticas a serem realizadas em domicílio pelas usuárias para fortalecimento, tratamento e prevenção desses problemas de saúde comuns neste período;
- orientações quanto a exercícios de alongamento e relaxamento de musculaturas sobrecarregadas no cuidado com o recém nascido e amamentação além de analgesias por termoterapia e automassagem.

Em idade adulta e terceira idade é comum identificar mulher incontinentes, por isso o mesmo acompanhamento destinado às gestantes e puérperas a estes casos deve ser instituído.

As ações destinadas aos idosos, o fisioterapeuta deve atuar buscando a recuperação e manutenção de atividades de vida diária de modo independente e ativo desses usuários. De modo geral o fisioterapeuta pode atuar nesta população com:

- desenvolvimento e ensino de

cuidado com o recém nascido e durante a amamentação;

- treino de musculatura perineal para preparação para o parto e continuidade desses exercícios em domicílio (pelas próprias usuárias).

No puerpério o fisioterapeuta pode realizar atividades com os seguintes objetivos:

- realizar levantamento quanto à prevalência de puérperas incontinentes e com diástase superior a 2 cm dos músculos retos abdominais;
- diante desses dados realizar encontros semanais para acompanhamento e orientações de atividades cinesioterapêuticas a serem realizadas em domicílio pelas usuárias para fortalecimento, tratamento e prevenção desses problemas de saúde comuns neste período;
- orientações quanto a exercícios de alongamento e relaxamento de musculaturas sobrecarregadas no cuidado com o recém nascido e amamentação além de analgesias por termoterapia e automassagem.

Em idade adulta e terceira idade é comum identificar mulher incontinentes, por isso o mesmo acompanhamento destinado às gestantes e puérperas a estes casos deve ser instituído.

<p>atividades cinesioterapêuticas para ganhos de amplitude de movimentos com alongamentos e fortalecimentos musculares, além de orientações e exercícios posturais (com base na Escola de Postura de 1969);</p> <ul style="list-style-type: none"> • orientações quanto aos riscos ambientais a quedas e fraturas na 3ª idade, auxiliando a reconhecerem esses riscos em suas casas. <p>É comum que a equipe de atenção básica identifique, nos diferentes ciclos de vida dos indivíduos, a necessidade de visitas domiciliares. Nestas ocasiões o fisioterapeuta deve estar atento à avaliação ambiental, avaliação física e funcional do paciente e do cuidador informal (quando ocorrer).</p> <p>Durante estas visitas o fisioterapeuta deve estar atento a observar a rotina familiar nas relações, nas condições sanitárias, de segurança, salubridade e atividades domésticas. A postura a ser assumida é a de colaborador na facilitação das rotinas orientando quanto às conseqüências de determinadas posturas e atividades para a biomecânica corporal. Buscando sempre alternativas viáveis física e financeiramente para os indivíduos envolvidos. Um</p>	<p>As ações destinadas aos idosos, o fisioterapeuta deve atuar buscando a recuperação e manutenção de atividades de vida diária de modo independente e ativo desses usuários. De modo geral o fisioterapeuta pode atuar nesta população com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • desenvolvimento e ensino de atividades cinesioterapêuticas para ganhos de amplitude de movimentos com alongamentos e fortalecimentos musculares, além de orientações e exercícios posturais (com base na Escola de Postura de 1969 (ANDRADE, ARAÚJO & VILAR, 2005)); • orientações quanto aos riscos ambientais a quedas e fraturas na 3ª idade, auxiliando a reconhecerem esses riscos em suas casas. <p>É comum que a equipe de atenção básica identifique, nos diferentes ciclos de vida dos indivíduos, a necessidade de visitas domiciliares. Nestas ocasiões o fisioterapeuta deve estar atento à avaliação ambiental, avaliação física e funcional do paciente e do cuidador informal (quando ocorrer).</p> <p>Durante estas visitas o fisioterapeuta deve estar atento a observar a rotina familiar nas relações, nas condições sanitárias, de segurança, salubridade e</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

instrumento de análise ergonômica que pode ser utilizado pelo fisioterapeuta para identificar rapidamente as condições cinético funcionais dos moradores do domicílio visitado é o “Questionário Bipolar/QBP” proposto por Deliberato (2002) e adaptado para a AB. Ele possui este nome por apresentar pares de respostas contraditórias reciprocamente (Apêndice 2). Quanto ao olhar do fisioterapeuta a este ambiente sugere-se:

- Analisar o ambiente: disposição dos móveis, cômodos, portas, janelas, corredores, degraus e escadas, identificando facilidades e dificuldades de acesso e movimentação dos familiares no imóvel. Especial atenção quando a família possuir membro com dificuldade de locomoção e/ou cadeirante, protetizado ou fizer uso de algum tipo de órtese, para dar especial atenção às possibilidades de intervenção no ambiente que facilitem o dia a dia deste indivíduo e desenvolvimento de sua autonomia.
- Analisar o mobiliário: identificar se a mobília atende as necessidades ergonômicas dos membros da família, reconhecendo necessidades de modificações no mobiliário

atividades domésticas. A postura a ser assumida é a de colaborador na facilitação das rotinas orientando quanto às consequências de determinadas posturas e atividades para a biomecânica corporal. Buscando sempre alternativas viáveis física e financeiramente para os indivíduos envolvidos. Um instrumento de análise ergonômica que pode ser utilizado pelo fisioterapeuta para identificar rapidamente as condições cinético funcionais dos moradores do domicílio visitado é o “Questionário Bipolar/QBP” proposto por Deliberato (2002) e adaptado para a AB. Ele possui este nome por apresentar pares de respostas contraditórias reciprocamente (Apêndice 2). Quanto ao olhar do fisioterapeuta a este ambiente sugere-se:

- Analisar o ambiente: disposição dos móveis, cômodos, portas, janelas, corredores, degraus e escadas, identificando facilidades e dificuldades de acesso e movimentação dos familiares no imóvel. Especial atenção quando a família possuir membro com dificuldade de locomoção e/ou cadeirante, protetizado ou fizer uso de algum tipo de órtese, para dar especial atenção às possibilidades de intervenção no ambiente que

<p>ou utilização de banquetas, almofadas, travesseiros etc. que tornem o ambiente mais adaptado às necessidades dos indivíduos. É importante que o fisioterapeuta passe orientações sobre posturas nas atividades domésticas, de vida diária, cuidados pessoais, trabalhos manuais (por trabalho ou hobby) e ao dormir para todos os membros da família.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Domicílios em que um ou mais indivíduos possuem limitações de locomoção: o fisioterapeuta deve identificar estes indivíduos e orientar para a participação de intervenções em grupos que já estejam disponibilizados pela equipe de saúde e que visem à melhora das condições de saúde desse indivíduo; deve orientar quanto às atividades cinesioterapêuticas que podem ser desenvolvidas em seu próprio domicílio (sempre que possível orientar junto a um familiar que ficará responsável por observar se a prática está sendo efetuada adequadamente, conforme orientações do fisioterapeuta); e fazer a referência a serviço especializado quando identificar necessidade. 	<p>facilitem o dia a dia deste indivíduo e desenvolvimento de sua autonomia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisar o mobiliário: identificar se a mobília atende as necessidades ergonômicas dos membros da família, reconhecendo necessidades de modificações no mobiliário ou utilização de banquetas, almofadas, travesseiros etc. que tornem o ambiente mais adaptado às necessidades dos indivíduos. É importante que o fisioterapeuta passe orientações sobre posturas nas atividades domésticas, de vida diária, cuidados pessoais, trabalhos manuais (por trabalho ou hobby) e ao dormir para todos os membros da família. • Domicílios em que um ou mais indivíduos possuem limitações de locomoção: o fisioterapeuta deve identificar estes indivíduos e orientar para a participação de intervenções em grupos que já estejam disponibilizados pela equipe de saúde e que visem à melhora das condições de saúde desse indivíduo; deve orientar quanto às atividades cinesioterapêuticas que podem ser desenvolvidas em seu próprio domicílio (sempre que possível orientar
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Quanto à intervenção no espaço domiciliar o fisioterapeuta poderá orientar sobre a melhor disposição do leito para que estimule e facilite a movimentação ativa do indivíduo; quanto à necessidade de manter o ambiente com iluminação mesmo durante a noite para evitar quedas caso o indivíduo levante-se; orientar para que torne a área transitáveis com mínimo de obstáculos possíveis e se necessário com apoios estratégicos (como cadeiras e barras de apoio nas paredes); que evitem a utilização de tapetes e quando necessários que sejam antiderrapantes (ex.: podem-se adaptar os que a família já dispõe com a colocação de pedaços de EVA costurados às pontas do tecido).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados os bebês e crianças menores: observar a presença de quinas e orientar para que sejam protegidas com material emborrachado ou acolchoado; orientar para a proteção de tomadas com fitas isolantes ou móveis que dificultem a visualização pelas crianças; identificar a existência de crianças com refluxo ou que apresentem sintomas para orientar sobre a adaptação do 	<p>junto a um familiar que ficará responsável por observar se a prática está sendo efetuada adequadamente, conforme orientações do fisioterapeuta); e fazer a referência a serviço especializado quando identificar necessidade. Quanto à intervenção no espaço domiciliar o fisioterapeuta poderá orientar sobre a melhor disposição do leito para que estimule e facilite a movimentação ativa do indivíduo; quanto à necessidade de manter o ambiente com iluminação mesmo durante a noite para evitar quedas caso o indivíduo levante-se; orientar para que torne a área transitáveis com mínimo de obstáculos possíveis e se necessário com apoios estratégicos (como cadeiras e barras de apoio nas paredes); que evitem a utilização de tapetes e quando necessários que sejam antiderrapantes (ex.: podem-se adaptar os que a família já dispõe com a colocação de pedaços de EVA costurados às pontas do tecido).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados os bebês e crianças menores: observar a presença de quinas e orientar para que sejam protegidas com
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

posicionamento do colchão (inclinação de 30-40°); verificar se os espaços entre duas barras dos berços tenham no mínimo 4,5 cm e no máximo 6,5 cm para evitar que a cabeça, ombro ou mão do bebê fique preso (conforme orientações do INMETRO). Orientar os pais e/ou responsáveis a deixarem suas crianças sempre em espaços seguros e visíveis, mas com liberdade para explorarem suas habilidades e mundo ao redor para que tenham um desenvolvimento neuropsicomotor saudável.

Quanto à saúde do cuidador devem ser considerados:

- aspectos emocionais;
- queixas osteomioarticulares;
- atividades referentes ao cuidado;
- grau de parentesco com o paciente;
- nível de entendimento em relação aos cuidados e expectativas com relação ao prognóstico funcional do paciente;
- orientações quanto aos cuidados e prevenção de maiores comorbidades;
- orientações posturais e facilitação no manuseio adequado do paciente durante trocas de posturas e acomodações para diminuir sobrecarga osteomioarticular;

material emborrachado ou acolchoado; orientar para a proteção de tomadas com fitas isolantes ou móveis que dificultem a visualização pelas crianças; identificar a existência de crianças com refluxo ou que apresentem sintomas para orientar sobre a adaptação do posicionamento do colchão (inclinação de 30-40°); verificar se os espaços entre duas barras dos berços tenham no mínimo 4,5 cm e no máximo 6,5 cm para evitar que a cabeça, ombro ou mão do bebê fique preso (conforme orientações do INMETRO). Orientar os pais e/ou responsáveis a deixarem suas crianças sempre em espaços seguros e visíveis, mas com liberdade para explorarem suas habilidades e mundo ao redor para que tenham um desenvolvimento neuropsicomotor saudável.

Quanto à saúde do cuidador devem ser considerados:

- aspectos emocionais;
- queixas osteomioarticulares;
- atividades referentes ao cuidado;
- grau de parentesco com o paciente;
- nível de entendimento em relação aos cuidados e expectativas com relação ao prognóstico funcional do

<ul style="list-style-type: none"> • orientações quanto a exercícios de relaxamento e alongamento das principais musculaturas envolvidas no processo de cuidado e medidas de alívio de algias musculares no cuidador; • orientações quanto a possíveis adaptações do ambiente e redução de riscos de acidentes por mobiliário inadequado; • incentivo e valorização do trabalho do cuidador contribuindo para uma melhor compreensão do seu papel sem abdicar de sua vida pessoal. <p>O fisioterapeuta deve priorizar, em todas as situações, a participação em ações já existentes na comunidade, desenvolvidas ou não pela equipe de saúde local; ações coletivas também deve ser foco de atuação para favorecer o desenvolvimento das relações sociais entre os participantes e equipe com facilitação da troca de saberes e experiências (abordagem já defendida nesta proposta).</p>	<p>paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • orientações quanto aos cuidados e prevenção de maiores comorbidades; • orientações posturais e facilitação no manuseio adequado do paciente durante trocas de posturas e acomodações para diminuir sobrecarga osteomioarticular; • orientações quanto a exercícios de relaxamento e alongamento das principais musculaturas envolvidas no processo de cuidado e medidas de alívio de algias musculares no cuidador; • orientações quanto a possíveis adaptações do ambiente e redução de riscos de acidentes por mobiliário inadequado; • incentivo e valorização do trabalho do cuidador contribuindo para uma melhor compreensão do seu papel sem abdicar de sua vida pessoal. <p>O fisioterapeuta deve priorizar, em todas as situações, a participação em ações já existentes na comunidade, desenvolvidas ou não pela equipe de saúde local; ações coletivas também deve ser foco de atuação para favorecer o desenvolvimento das relações sociais entre os participantes e equipe com facilitação da troca de saberes e experiências (abordagem já defendida nesta proposta).</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Divisão

b.2 Condições de Saúde

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S3 - Aumento os pacientes com sequelas do A.V.E. Lembrando que atualmente as doenças cerebrovasculares são as maiores causas de mortalidade no Brasil e mais importante é a grande quantidade de indivíduos que não vão a óbito, mas apresentam inúmeras sequelas, gerando um elevado número de pacientes a permanecerem com algum grau de dependência para as atividades da vida diária – AVD's.

S5 - Apontamento muito interessante! Vale ressaltar na proposta que essas são intervenções recorrentes na maioria das realidades, mas que as realidades e necessidades locais devem prevalecer às descritas na proposta. "As atividades devem priorizar a realidade local e necessidades da população. O foco não deve ser em programas ou "grupos" da população."

S6 - Certamente as doenças citadas devem ser focadas pelo fisioterapeuta e pela equipe de saúde, mas acredito que devem estar incluídas duas outras condições de saúde – artrose e lombalgia. A artrose faz parte da saúde do adulto e do idoso e é objeto de dúvidas frequentes da população (o que é artrose? Não tem cura? Ela passa de um lugar para outro no corpo?). A lombalgia por ser epidêmica e multifatorial.

A4 - Inserir doenças reumáticas (OA, AR, FM etc)

INDICAÇÃO VÁLIDA (60%)	
PARCIALMENTE VÁLIDA (40%)	
PARECER DO EXPERT	
<input type="checkbox"/> Estou de acordo com a versão final	
<input type="checkbox"/> Tenho observações com relação à versão final: _____	
Justificativa das Alterações: as alterações foram feitas a partir das sugestões dos experts.	
Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
As patologias Crônico-Degenerativas e Infecto-Contagiosas às quais o fisioterapeuta deve dedicar maior atenção (sem negligenciar as necessidades locais) são: Hipertensão Arterial Sistêmica;	As patologias Crônico-Degenerativas e Infecto-Contagiosas às quais o fisioterapeuta deve dedicar maior atenção (sem negligenciar as necessidades locais) são: Hipertensão Arterial Sistêmica;

<p>Diabetes Mellitus; Tuberculose; Hanseníase. Com este foco o fisioterapeuta deve realizar o levantamento sobre casos; e buscar identificar as condições cinesioterapêuticas desses usuários em seu território. Obtidos estes dados pode desenvolver grupos com os seguintes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educação, orientação e práticas cinesioterapêuticas, a fim de prevenir e evitar complicações; • prescrever exercícios/técnicas respiratórias de higiene brônquica e melhora da capacidade respiratória (principalmente em casos de risco ou efetivo acometimento deste sistema); • prevenir deformidades osteomioarticulares que levam às incapacidades; • orientações quanto ao uso de próteses e órteses; <p>prevenção de acidentes com usuários com alguma seqüela por DCD.</p>	<p>Diabetes Mellitus; Tuberculose; Hanseníase. Com este foco o fisioterapeuta deve realizar o levantamento sobre casos; e buscar identificar as condições cinesioterapêuticas desses usuários em seu território. Obtidos estes dados pode desenvolver grupos com os seguintes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • educação, orientação e práticas cinesioterapêuticas, a fim de prevenir e evitar complicações; • prescrever exercícios/técnicas respiratórias de higiene brônquica e melhora da capacidade respiratória (principalmente em casos de risco ou efetivo acometimento deste sistema); • prevenir deformidades osteomioarticulares que levam às incapacidades; • orientações quanto ao uso de próteses e órteses; <p>prevenção de acidentes com usuários com alguma seqüela por DCD.</p> <p>O fisioterapeuta deve estar atento a outros agravos à saúde prevalentes na realidade onde atuar e em acordo com as prioridades estabelecidas pelas equipes multiprofissionais com as quais atuar. Mantendo atenção para necessidades recorrentes neste período de transição epidemiológica a que o Brasil se encontra, tais como: alterações e</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	algias posturais; doenças reumáticas; usuários com sequelas neurológicas por acidentes vasculares cerebrais, automobilísticos; alterações cardíacas e vasculares.
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Divisão

b.3 Saúde do Trabalhador

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S6 - Gostaria de adicionar que também é papel do fisioterapeuta a identificação e notificação de locais de trabalho que estejam oferecendo risco à saúde dos trabalhadores. Essa identificação ocorre até mesmo pela demanda espontânea, que vem com as queixas de dor osteomioarticular relacionadas ao trabalho e, com o passar do tempo, percebe-se que várias queixas vieram do mesmo local de trabalho (por exemplo, supermercado imperatriz).

A4 - DESTACOU os termos educativas e preventivas

A5 - Seria interessante a realização da AET e seguir os critérios das NR. Terás um trabalho e tanto para fazer isso.

A7 - Concordo plenamente e acrescentaria que o fisioterapeuta também teria a responsabilidade de fazer acompanhamento àqueles trabalhadores portadores de necessidades especiais, visando prevenir outras disfunções e otimizar sua capacidade residual.

INDICAÇÃO VÁLIDA (60%)	
PARCIALMENTE VÁLIDA (40%)	
PARECER DO EXPERT	
<input type="checkbox"/> Estou de acordo com a versão final	
<input type="checkbox"/> Tenho observações com relação à versão final: _____	
Justificativa das Alterações: A sugestão sobre o acompanhamento aos trabalhadores portadores de necessidades especiais foi modificada conforme adequação ao nível de atenção primária. Quanto ao trabalho interdisciplinar, foi modificado para não caracterizar preferência ou exclusão de categorias profissionais. A capacitação dos trabalhadores e contratantes exposta nesta versão, por sugestão de expert, foi acrescentada como atuação educativa por compreender-se que a implantação de assistência nas empresas e indústrias deve permanecer como responsabilidade das empresas conforme CLT, NR6, NR9, NR17.	
Texto Original	Texto Alterado (com destaques)

	para os pontos alterados)
<p>Na saúde do trabalhador o fisioterapeuta pode auxiliar a equipe de saúde no desenvolvimento de atividades educativas em saúde com trabalhadores das empresas e indústrias que compõe o território adscrito. Visando orientar trabalhadores a desenvolverem senso crítico e proativo para modificações e adaptações de seu ambiente de trabalho a fim de evitar o desenvolvimento de LER/DORT.</p> <p>Pode ainda, desenvolver grupos educativos para a prática de exercícios cinesioterapêuticos e automassagem para alívio das principais queixas algicas da população trabalhadora adscrita. E, sempre que possível articular suas ações em associação ao profissional de educação física.</p> <p>No ambiente laboral o fisioterapeuta deve seguir a análise proposta por Deliberato (2002):</p> <p>g) Análise descritiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados gerais da função • Dados pessoais • Dados do posto de trabalho • Dados específicos da função <p>h) Análise biomecânica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balanço e equilíbrio • Sobrecarga manual • Estresse mecânico das 	<p>Na saúde do trabalhador o fisioterapeuta pode auxiliar a equipe de saúde no desenvolvimento de atividades educativas em saúde com trabalhadores das empresas e indústrias que compõe o território adscrito. Visando orientar trabalhadores a desenvolverem senso crítico e proativo para modificações e adaptações de seu ambiente de trabalho. Desenvolver trabalho de educação em saúde com os funcionários portadores de necessidades especiais ou não e contratantes, quanto aos cuidados necessários para a prevenção de agravos à saúde relacionados às atividades laborais como, por exemplo, LER/DORT. Fundamentando sua conduta e ações educativas na Norma Regulamentadora 17 (NR 17) sobre ergonomia, Norma Regulamentadora 9 (NR9) que estabelece sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais e Norma Regulamentadora 6 (NR6) sobre Equipamentos de Segurança, Equipamentos de Proteção Individual (EPI's).</p> <p>Pode ainda, desenvolver grupos educativos para a prática de exercícios cinesioterapêuticos e automassagem para alívio das principais queixas algicas da população trabalhadora adscrita. E, sempre que possível articular suas ações em associação a outras</p>

<p>partes do corpo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimentação manual de cargas • Postura habitual <p>i) Análise ambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga térmica • Fadiga auditiva • Conforto ambiental (velocidade do ar, umidade e temperatura efetiva) • Fadiga visual <p>j) Análise organizacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga física • Fadiga mental • Risco de acidente • Risco de LER/DORT <p>k) Análise do layout:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliário • Equipamentos e acessórios • Dimensionamento • Composição <p>l) Análise antropométrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estatura • Peso • Índice de massa corporal • Alturas • Comprimentos e alcances • Larguras e profundidades • Perímetros • Envergadura. 	<p>categorias profissionais envolvidas.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

Divisão

Apêndice 1

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S2 - Esta contribuição está intimamente ligada a questões já suscitadas em análises anteriores.

S5 - Como a expert trabalha na AB, muito provavelmente compreende que o ACS não terá ou competência ou tempo para mais esta atividade.

A5 - Foi validado?

INDICAÇÃO VÁLIDA (80%)	
PARCIALMENTE VÁLIDA (10%)	
PARECER DO EXPERT	
<input type="checkbox"/> Estou de acordo com a versão final <input type="checkbox"/> Tenho observações com relação à versão final: _____	
Justificativa das Alterações: diante da diversidade de contribuições, buscou-se convergir todas em orientações gerais que possam minimizar o enrijecimento de atuação do fisioterapeuta, a sobrecarga de trabalho às profissionais ACS e desvirtuar suas competências, além de possível exclusão a tomada de decisão pactuada entre os profissionais envolvidos. Quanto à validação do instrumento, entendemos que este seria um produto desta oficina que tem por objetivo validar a proposta integralmente incluindo o instrumento em apêndice.	
Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
Orientar o olhar das ACS por ocasião da visita domiciliária quanto à saúde cinético-funcional dos indivíduos.	Este instrumento pode ser utilizado interdisciplinarmente na atuação com as equipes de saúde da família. Porém, é importante considerar a realidade local e acordar com as demais categorias envolvidas sobre a aplicabilidade e benefícios que tais instrumentos podem trazer para suas práticas assistenciais.

Divisão

Apêndice 2

CONTRIBUIÇÕES DOS EXPERTS AVALIADORES:

S3 - Inicialmente sugiro a reflexão para saber se a observação é sobre o domicílio ou se ao paciente que está no domicílio, levando em consideração se o paciente é restrito ao leito ou ao domicílio (não tem condições de sair do portão/porta de casa). Não sei se posso fazer isso, mas sugiro a importância do uso de um instrumento que avalie o nível de dependência dos pacientes, que podem estar associados a carga de cuidado que o mesmo necessita. Sugeriria o domínio motor da Medida de Independência Funcional (MIF), instrumento esse traduzido para o

português-Brasil e validado no Brasil (RIBERTO, et al. 2004). Essa medida tem como resultado um valor quantitativo do nível de dependência do paciente. Também coloco a ressalva no tempo para realização da visita domiciliar para aplicação dos instrumentos, por isso não sei responder o quanto é interessante essa avaliação tão minuciosa.

INDICAÇÃO VÁLIDA (80%)	
PARCIALMENTE VÁLIDA (10%)	
PARECER DO EXPERT	
<input type="checkbox"/> Estou de acordo com a versão final <input type="checkbox"/> Tenho observações com relação à versão final: _____	
Justificativa das Alterações: considerando a contribuição feita por expert o texto foi modificado.	
Texto Original	Texto Alterado (com destaques para os pontos alterados)
Nortear a observação do fisioterapeuta sobre o domicílio do(s) usuário(s) por ocasião da assistência domiciliária.	Assim como o anterior, este instrumento pode ser utilizado interdisciplinarmente na atuação com as equipes de saúde da família. Mantendo-se a atenção em considerar a realidade local e acordar com as demais categorias envolvidas sobre a aplicabilidade e benefícios que tais instrumentos podem trazer para suas práticas assistenciais. Este instrumento contém aspectos a serem observados pelo fisioterapeuta no domicílio dos usuários, independente de sua capacidade de locomoção. Por isso o fisioterapeuta deve ser crítico-reflexivo para utilizar o instrumento conforme a necessidade percebida. Para não tornar o processo enrijecido, exaustivo e pouco resolutivo.

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DO PERIÓDICO: ARTIGO I

Ciência & Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa*
ISSN 1678-4561 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política editorial](#)
- [Seções da publicação](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcq.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000

caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.
6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).
7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).
9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o

objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Ilustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF" ¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious

diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil
Tel.: +55 21 2290-4893 / 3882-9151**



revscol@fiocruz.br

ANEXO B – NORMAS DO PERIÓDICO: ARTIGO II



ISSN 1809-2950 versão impressa

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e Política](#)
- [Forma e Preparação de Manuscritos](#)
- [Envio de Manuscritos](#)

Escopo e Política

Processo de julgamento

Todo manuscrito enviado para *FISIOTERAPIA E PESQUISA* é examinado pelo Conselho Editorial, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da Revista. Os manuscritos que não estiverem de acordo com estas normas serão devolvidos aos autores para adequação antes de serem submetidos à apreciação dos pares. Em seguida, o manuscrito é apreciado por dois pareceristas de reconhecida competência na temática abordada, garantindo-se o anonimato de autores e pareceristas. Dependendo dos pareceres recebidos, os autores podem ser solicitados a fazer ajustes (no prazo de um mês), que serão examinados para aceitação. Uma vez aceito, o manuscrito é submetido à edição de texto, podendo ocorrer nova solicitação de ajustes formais ù nesse caso, os autores têm o prazo máximo de duas semanas para efetuá-los. O não-cumprimento dos prazos de ajuste será considerado desistência, sendo o artigo retirado da pauta da Revista. Os manuscritos aprovados são publicados de acordo com a ordem cronológica do aceite na secretaria da Revista.

Responsabilidade e ética

O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores. Artigos de pesquisa envolvendo sujeitos humanos devem indicar, na seção Metodologia, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes (de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos). As pesquisas com humanos devem trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação pela respectiva Comissão de Ética em Pesquisa, que deve estar registrada no Conselho Nacional de Saúde. Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais do/s autor/es do manuscrito.

Forma e Preparação de Manuscritos

Preparação dos manuscritos

1 Apresentação

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter *no máximo 25 mil* caracteres com espaços.

2 A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres)
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo;
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo, (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica etc.), faculdade, universidade, cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em "d)"; no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título (a Revista *não* indica em quem nem em qual instituição o título foi obtido);
- d) endereços postal e **eletrônico** do autor principal;
- e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo, se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- g) no caso de estudos com seres humanos, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro internacional.

3 Resumo, *abstract*, descritores e *key words*

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Recomenda-se seguir a norma NBR-68, da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) para redação e apresentação dos resumos: quanto à extensão, com o máximo de 1.500 caracteres com espaços (cerca de 240 palavras), em um único parágrafo; quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões; quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão. O resumo e o *abstract* são seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *key words* (sugere-se a consulta aos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH - Medical Subject Headings do Medline (www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).

4 Estrutura do texto

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal: a) Introdução, estabelecendo o objetivo do artigo, justificando sua relevância frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado; b) em Metodologia, descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística - lembrando que apoiar-se unicamente nos testes estatísticos (como no valor de *p*) pode levar a negligenciar importantes informações quantitativas; c) os Resultados são a sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica,

em geral com apoio em tabelas e gráficos cuidando tanto para não remeter o leitor unicamente a estes quanto para não repetir no texto todos os dados dos elementos gráficos; d) na Discussão, comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores; e) a Conclusão sumariza as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados e Discussão.

5 Tabelas, gráficos, quadros, figuras, diagramas

São considerados *elementos gráficos*. Só serão apreciados manuscritos contendo *no máximo cinco* desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida apreensão do comportamento de variáveis complexas, e *não* para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso, em legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações vêm em legenda, a seguir ao título.

6 Remissões e referências bibliográficas

Para as remissões no texto a obras de outros autores adota-se o sistema de numeração seqüencial, por ordem de menção no texto. Assim, a lista de referências ao final não vem em ordem alfabética. Visando adequar-se a padrões internacionais de indexação, para apresentação das referências a Revista adota a norma conhecida como de Vancouver, elaborada pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org), também disponível em www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Alguns exemplos:

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: Edusp; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini OP, editor. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p.64-85.

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. Rev Saude Publica. 1988;32:71-8.

Riera HS, Rubio TM, Ruiz FO, Ramos PC, Castillo DD, Hernandez TE, et al. Inspiratory muscle training in patients with COPD: effect on dyspnea and exercise performance. Chest. 2001;120:748-56. [nomear até seis autores antes de "et al"]

Rocha JSY, Simões BJB, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. Rev Saude Publica [periódico on-line] 1997 [citado 23 mar 1998];31(5). Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/~rsp>.

Correia FAS. Prevalência da sintomatologia nas disfunções da articulação temporomandibular e suas relações com idade, sexo e perdas dentais [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia,

Universidade de São Paulo; 1991.

Sacco ICN, Costa PHL, Denadai RC, Amadio AC. Avaliação biomecânica de parâmetros antropométricos e dinâmicos durante a marcha em crianças obesas. In: VII Congresso Brasileiro de Biomecânica, Campinas, 28-30 maio 1997. Anais. Campinas: Ed. Unicamp; 1997. p.447-52.

7 Agradecimentos

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

Envio de Manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos por via eletrônica pelo [site www.mdpesquisa.com.br/FP](http://www.mdpesquisa.com.br/FP). Ao submeter um manuscrito para publicação os autores devem enviar:

- Declaração de responsabilidade, de conflitos de interesse e de autoria do conteúdo do artigo. Os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa e a responsabilidade do(s) autor(es) pelo conteúdo do manuscrito. Ver modelo no [site www.mdpesquisa.com.br/FP](http://www.mdpesquisa.com.br/FP).
- Declaração de transferência de direitos autorais (*copyright*) para *Fisioterapia e Pesquisa*, assinada por todos os autores, com os respectivos números de CPF, caso o artigo venha a ser aceito para publicação (modelo também no [site](#) acima).
- No caso de ensaio clínico, informar o número de registro validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no [site](http://www.icmje.org/faq.html) do ICMJE: www.icmje.org/faq.html.

[[Home](#)] [[Sobre a Revista](#)] [[Corpo Editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

© 2009 *Fisioterapia e Pesquisa*

Rua Cipotânea, 51
Cidade Universitária
05360-160 - São Paulo, SP - Brasil
Tel.: (11)3091-8416
Fax.: (11)3091-7462



revfisio@usp.br