

Artigo original**A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde - Reflexões a partir de uma experiência universitária*****The physiotherapist participation in the primary health care - Reflections based on an university experience***

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

.....

Fisioterapeuta graduada pela URNe, Mestre em Educação CE/UFPB, Professora da disciplina de Fisioterapia Preventiva no curso de Fisioterapia da UFPB.

Palavras-chave:
fisioterapia,
atenção primária,
saúde pública.

Key-words:
physical therapy,
primary care,
public health.

Resumo

A inserção da fisioterapia nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, uma vez que sua forma mais tradicional de atuação acontece em serviços de nível secundário e terciário. Buscando analisar os limites e possibilidades que emergem nessa atuação da Fisioterapia, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, cuja análise evidenciou possibilidades de atuação voltadas tanto para a reabilitação, quanto para ações de proteção da saúde. As dificuldades dizem respeito a questões relativas à gestão do sistema de saúde e à formação acadêmica do fisioterapeuta.

Abstract

The physiotherapist insertion in the health primary care services is a process in construction, once that it has a traditional actuation in services of second and third levels. Intending to analyze the limits and possibilities that emerge in this actuation it was developed a qualitative approach, where became evident possibilities of an actuation toward as to the rehabilitation process as to actions of health protection. The difficulties refer to questions concerning to health system management and to physiotherapist academic formation.

Artigo recebido em 15 de agosto, aprovado em 30 de agosto.

Endereço para correspondência: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Av. Umbuzeiro, nº 91, Manaíra, 58038-180, João Pessoa - PB, e-mail: depfis1@ccs.ufpb.br.

Introdução

A Atenção Primária, também conhecida como Medicina Comunitária, Atenção Básica e Cuidados Primários em Saúde, surgiu como uma necessidade de expandir o acesso aos serviços de saúde a grandes parcelas da população, que vinham sendo excluídas do processo, pelo modelo assistencial baseado na medicina científica, que era hegemônico na primeira metade do século XX. Esse modelo tem como características, a ênfase na assistência curativa, a tecnificação do ato médico, a exclusão de práticas alternativas e o individualismo.

Na organização dos serviços de saúde no Brasil, predominou, até a década de 1970, a tendência de destinar o maior aporte de recursos à rede hospitalar, cujos serviços eram prestados predominantemente pela rede privada credenciada. Isso determinou uma concentração dos atendimentos nesse nível de atenção e uma sobrecarga, com uma demanda que poderia ser atendida em serviços de menor complexidade.

Nas últimas décadas, muitos esforços foram envidados no intuito de reorganizar a assistência no sistema público de saúde, com ênfase para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Em 1999, o Ministério da Saúde lançou o Manual para a Organização da Atenção Básica, a fim de orientar a estruturação desse nível de atenção, e define que “Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” [3]. Esse documento estabelece que a atenção deve estar baseada nos princípios do SUS, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersectorialidade, humanização do atendimento e participação social.

Essa lógica de priorizar a Atenção Primária se contrapõe à ênfase nos hospitais e requer uma mudança de concepção quanto ao modelo assistencial, uma vez que, ao contrário do que tem ocorrido, ela não deve ser orientada pela idéia de uma assistência simplificada destinada a minimizar os problemas de saúde da população pobre. Pelo contrário, ela se apresenta como uma grande complexidade, como destaca Mendes, citado por Medina,

Aquino & Carvalho [5]. Para estes autores, Atenção Primária à Saúde é “o nível de menor densidade e maior complexidade tecnológica, porque se utiliza, por um lado, de poucos recursos de baixo custo, no que se refere a equipamentos diagnósticos e terapêuticos, e, por outro lado, incorpora instrumentos tecnológicos advindos das ciências sociais (antropologia, sociologia e história) e humanas (economia, geografia, etc) na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual”.

Pressupõe ainda que os profissionais de saúde tenham, não apenas competência técnica, mas também uma compreensão alargada dos problemas de saúde e o entendimento de que a assistência à saúde é muito mais do que assistência à doença. Requer também uma compreensão de saúde que ultrapasse a visão biológica tradicional. Esse entendimento se contrapõe à visão que muitas pessoas têm de que a saúde pública é o local onde atuam profissionais pouco qualificados, sendo na realidade uma atuação que exige uma qualificação mais aprimorada e que envolve conhecimentos de áreas diversas da que a maioria dos profissionais de saúde estão familiarizados, a exemplo do estudo das ciências humanas e sociais que é fundamental nesse tipo de atuação.

A forma como a Fisioterapia vem se inserindo na rede pública de saúde sofre influência do seu surgimento, pois teve sua gênese e evolução caracterizadas pela atuação na reabilitação. Surgindo, inicialmente, como uma especialidade da medicina tornou-se, posteriormente, uma profissão autônoma, mas seguindo a lógica da especialidade, foi enquadrada, em termos de hierarquia na organização do sistema de saúde, em serviços de atenção secundária e terciária. Essa lógica de distribuição, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, o que tem acarretado uma grande dificuldade de acesso da população a esses serviços.

Na medida em que se tornou mais conhecida e que se ampliaram as áreas de intervenção da Fisioterapia, houve um aumento na demanda por esses serviços, porém a oferta não aumentou na mesma proporção. O atendimento restrito, principalmente aos centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, vem ocasionando uma

demanda reprimida nesses locais, onde há listas de espera em que as pessoas aguardam durante meses por atendimento. Há um outro agravante no que diz respeito ao acesso ao tratamento fisioterapêutico, que é a dificuldade que grande parte dos usuários tem de se deslocar para esses serviços. Essa dificuldade se torna mais importante, tanto em função das limitações físicas que muitos apresentam, como também do ponto de vista econômico, uma vez que esse atendimento pressupõe repetidas idas ao serviço, deslocando-se por longas distâncias, o que representa, além do esforço físico, despesas com transporte.

Essas dificuldades, muitas vezes impossibilitam o acesso ao tratamento, pois há ocasiões em que a pessoa, mesmo conseguindo uma vaga no serviço de fisioterapia, não tem condições financeiras e/ou físicas de se deslocar continuamente até o serviço, perdendo a oportunidade de recuperação e agravando o problema.

A preocupação em expandir o acesso ao tratamento fisioterapêutico à população que dele necessita, vem suscitando debates e impulsionando experiências de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária, buscando construir um modelo de atuação neste nível de atenção, que não costuma ser tradição na prática fisioterapêutica. Neste sentido é que desenvolvemos uma pesquisa de mestrado, que teve como objetivo analisar as possibilidades e limites de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde, tomando por base a experiência de um projeto de extensão universitária denominado Fisioterapia na Comunidade. Este projeto é desenvolvido pelo curso de Fisioterapia da UFPB desde 1995 e, atualmente, é realizado nas comunidades do Grotão e Maria de Nazaré, que ficam localizadas em áreas periféricas do município de João Pessoa, junto às Equipes de Saúde da Família lá atuantes. São realizadas atividades de atendimento fisioterapêutico domiciliar e na Unidade de Saúde da Família (USF), ações educativas coletivas e trabalhos com grupos de idosos, hipertensos, diabéticos e gestantes.

Muitos questionamentos acerca dos limites e possibilidades de atuação do fisioterapeuta vieram à tona no desenrolar das atividades desse projeto. Essas questões evidenciaram a carência de definições claras quanto ao nosso papel na Atenção Primária, e revelaram a

predominância do caráter reabilitador da formação profissional do fisioterapeuta, com todas as limitações impostas pela lógica fragmentada da especialidade. Por outro lado, tornaram claras algumas possibilidades que essa atuação apresenta, motivada pelo desejo de disponibilizar o atendimento fisioterapêutico à população. São estas questões que iremos abordar em seguida.

Material e métodos

A opção metodológica desta pesquisa foi por uma abordagem qualitativa, do tipo observação participante. Essa escolha foi feita devido a dificuldade de se trabalhar com números, quando caminhamos para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores [7].

A pesquisa foi desenvolvida nas Comunidades do Grotão e Maria de Nazaré, no período de março de 1998 a julho de 2000. Foram utilizados na coleta de dados os seguintes instrumentos: anotações no diário de pesquisa; entrevistas semi-estruturadas, realizadas com os estudantes que participaram do projeto Fisioterapia na Comunidade e com moradores da comunidade; o registro de uma oficina de avaliação do projeto, que foi realizada em maio de 2000; e pesquisa bibliográfica, onde se buscaram informações referentes a outras experiências de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária no Brasil.

A análise dos dados teve como ponto central a organização do material, com base em categorias de análise, que foram definidas a partir de dimensões da análise através dos temas emergentes, em torno dos quais circulam os conteúdos da pesquisa [11], sendo que algumas delas foram propostas a partir dos objetivos da pesquisa, enquanto que outras emergiram durante a leitura do material.

Resultados e discussão

Possibilidades de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária: formas de atuação antigas se mantêm ao mesmo tempo em que outras se revelam

O levantamento das experiências de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde, assim como os dados empíricos desta pesquisa, mostram que esta atuação tem se caracterizado,

primordialmente, por atividades relacionadas à reabilitação, uma vez que essa é a necessidade mais premente da população, sendo também, a função mais conhecida do fisioterapeuta. Entretanto, outras formas de atuação, visando também à manutenção da saúde, vêm sendo desenvolvidas de forma pontual. De uma maneira geral, elas têm se constituído em: atendimento fisioterapêutico a pessoas que necessitam de reabilitação, seja nas unidades de saúde ou no domicílio; atuação em grupos de escola de posturas, de hipertensos, de diabéticos, de gestantes e prevenção de incapacidades em hanseníase.

Os relatos das experiências, que estão buscando estruturar serviços de fisioterapia na rede básica, mostram alternativas que têm sido adotadas para atender à necessidade de reabilitação da população, num contexto em que o número de fisioterapeutas é reduzido. O atendimento dos clientes que conseguem se deslocar para o serviço de saúde é realizado individualmente ou em grupo. O trabalho com grupos tem se mostrado como uma possibilidade de atuação da Fisioterapia na Atenção Básica, em que se pode adequar às necessidades dos usuários e a disponibilidade de profissionais, podendo representar uma estratégia de atender a uma demanda que não tem possibilidade de ser atendida individualmente. Essa medida, que já foi adotada em serviços de atenção secundária e terciária, pode contribuir no sentido de ampliar o atendimento a um maior número de pessoas do que seria possível no atendimento individual.

Os grupos, sendo formados por pessoas que têm problemas semelhantes, proporcionam uma identificação entre seus participantes e o compartilhamento das estratégias de enfrentamento desses problemas, formando uma rede através da qual as pessoas se incentivam mutuamente. Além de atender a uma necessidade da demanda por atendimento, o trabalho em grupo também facilita o tratamento, uma vez que cria um estímulo aos participantes, representando uma oportunidade de se enriquecer o tratamento, através da troca de experiências e do trabalho lúdico que essa forma de intervenção possibilita. Esse modelo de atendimento também pode agir como um elemento motivador à continuidade do tratamento, pois, à medida que o processo de reabilitação se prolonga, muitos usuários

sentem-se desestimulados para fazer os exercícios individualmente.

O atendimento domiciliar, por sua vez, é uma atividade que se mostra imprescindível ao trabalho na Atenção Primária, pois é nesse nível de atenção que nos deparamos com a realidade das pessoas que precisam de atendimento fisioterapêutico e não podem se deslocar ao serviço. Esse atendimento requer do profissional uma disponibilidade de tempo maior para sua realização do que no serviço de saúde, pois, além do tempo necessário ao deslocamento para o domicílio, o atendimento nestas circunstâncias torna-se mais demorado em função da necessidade de adaptação dos procedimentos às condições do ambiente. Nesse contexto, a orientação ao cuidador e aos agentes de saúde, tem sido a solução apontada para assegurar a continuidade e dar uma maior intensidade ao tratamento.

Essa possibilidade se evidencia em algumas experiências como a dos fisioterapeutas dos municípios de Vitória – ES [8] e Camaragibe – PE [9], nos quais se destaca a participação de agentes de saúde e familiares no tratamento fisioterapêutico.

A integração destes sujeitos no processo de reabilitação, representa uma possibilidade concreta e viável de expandir o tratamento fisioterapêutico na Atenção Básica. Os agentes comunitários de saúde (ACS), por estarem convivendo cotidianamente com os usuários dos serviços fisioterapêuticos, têm melhores condições de acompanhar a realização freqüente das orientações apresentadas pelo fisioterapeuta, assegurando que elas sejam realizadas corretamente e de forma regular.

As propostas de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária sempre se apresentam como tendo o objetivo de desenvolver ações que, além de reabilitar, também estejam voltadas para a manutenção da saúde, ou pelo menos, a prevenção de seqüelas, mas enfrentam dificuldades em encaminhar essas atividades. Questionamentos têm sido feitos a respeito da possibilidade de uma atuação de caráter preventivo. O termo preventivo é aqui utilizado para evidenciar uma intervenção mais precoce no processo saúde-doença, embora, a reabilitação também esteja incluída em um nível de prevenção.

Na experiência do projeto Fisioterapia na Comunidade, essa dificuldade ficou evidente.

Iniciamos no projeto com o intuito de fazer ações preventivas para além da reabilitação, porém, à medida que o trabalho foi ficando mais conhecido, houve uma maior solicitação por parte das pessoas da comunidade e dos agentes de saúde, aumentando a demanda por reabilitação. Com isso, ficamos mais detidos no tratamento em detrimento das ações mais preventivas, pois havia uma necessidade sentida por esse tipo de assistência. Percebemos que, com esta atitude, corríamos o risco de estar reforçando a postura de atuação limitada à intervenção no nível da reabilitação, que desde o princípio buscávamos modificar, no sentido de também promovermos ações voltadas para a manutenção da saúde.

Torna-se evidente que, para transpor os limites da reabilitação, tão enfatizada na formação do fisioterapeuta, precisamos superar os limites impostos pela escassez de recursos materiais e de profissionais nas unidades básicas de saúde. É necessário, ainda, um maior empenho na organização de ações mais preventivas, de modo a priorizá-las num contexto em que há uma demanda gritante por atendimento de reabilitação.

É esse esforço que se percebe nos relatos das experiências de serviços da rede básica que estão implantando a Fisioterapia. Desse modo, em meio aos questionamentos daqueles que buscam novas formas de atuação para a profissão, além da reabilitação, novas possibilidades vão se delineando. Na estruturação desses serviços, as ações vão se organizando em torno de temas específicos, selecionados, freqüentemente, em função da demanda local. Percebe-se, assim, que em algumas experiências há um direcionamento à atuação com idosos, em outra, são desenvolvidas ações mais voltadas à criança ou aos hipertensos etc.

Durante esse tempo em que desenvolvemos o projeto Fisioterapia na Comunidade, várias possibilidades de atuação se apresentaram para a Fisioterapia nos espaços de Atenção Primária em Saúde (APS), somadas à reabilitação. O trabalho com a Escola de Posturas é a atividade que vem acontecendo de forma mais regular. Apesar da dificuldade de difundir melhor a proposta na comunidade, aos poucos os participantes vão fazendo sua divulgação, ao sentir os resultados que essa atividade proporciona. A orientação postural tem sido

realizada em alguns espaços como ruas da comunidade, escola e grupo de idosos. Essas são atividades com as quais a Fisioterapia já está bastante familiarizada e que estão presentes na maioria dos relatos de atuação na Atenção Básica, buscando prevenir ou minimizar os problemas decorrentes das disfunções posturais.

O conhecimento relativo à orientação postural vem sendo bastante discutido e praticado nos cursos de Fisioterapia, destacando-se enquanto abordagem de cunho mais preventivo num panorama curricular essencialmente direcionado à reabilitação. Esse fato vem exercendo forte influência na atuação do fisioterapeuta na APS, na medida em que as atividades de orientação postural têm representado um ponto de partida para ações preventivas. Em um contexto em que o fisioterapeuta trilha novos caminhos e busca construir modalidades de intervenção, que possam se integrar a uma perspectiva de manutenção da saúde, essa atividade se consolida como uma possibilidade de atuação. Isso se torna bem evidente quando comparamos o desenvolvimento de atividades de orientação postural com a integração da Fisioterapia em outras ações, a exemplo do trabalho com hipertensos e com gestantes, cuja abordagem na formação acadêmica é mais recente e ainda incipiente. Nessas atividades, a atuação da Fisioterapia ainda está se consolidando e, muitas vezes, os papéis do fisioterapeuta e do educador físico se confundem na medida em que ambos trabalham com exercícios visando a manutenção da saúde.

Constata-se, assim, que a atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária pressupõe uma adequação de sua prática à realidade desse nível de atenção à saúde e às necessidades da população. Requer, também, uma reflexão contínua de suas ações, no sentido de uma práxis que possibilite que, ao trilhar esses caminhos, o profissional possa delinear novos contornos de atuação.

Limitações para a atuação da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde

No processo de construção da atuação da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS), vêm surgindo dificuldades que, de certa forma, são próprias de uma nova forma de atuação profissional. Algumas dificuldades dizem respeito à possibilidade de oferta de

serviços de fisioterapia na Atenção Básica, enquanto que outras são referentes à formação acadêmica do fisioterapeuta que, não priorizando essa abordagem, forma profissionais despreparados para atuar nesse nível de atenção à saúde.

Do ponto de vista da oferta de serviços, uma das dificuldades diz respeito ao entendimento dos gestores de saúde quanto a disponibilizar serviços de fisioterapia na rede básica. Discutindo essa questão, um fisioterapeuta fez a seguinte afirmação: *“os gestores falam de interdisciplinaridade, mas na hora de aplicar os recursos querem economizar. É inviável, na lógica do sistema, ter fisioterapia em todas as unidades básicas de saúde”*.

Isso traduz uma grande contradição no sistema de saúde. Desde a Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata (Relatório de Alma-Ata, 1978), que se traçou como meta para solucionar os problemas de saúde dos países subdesenvolvidos, um maior investimento na APS. Revela, também, as distorções a que são submetidas as soluções apontadas nestes encontros, em decorrência da falta de prioridade para as políticas sociais. Que maior investimento é esse, que após mais de 20 anos não se conseguiu estruturar as unidades básicas de saúde (UBS), com o mínimo necessário a oferta de um atendimento digno à população, tanto do ponto de vista de recursos materiais quanto de profissionais? Considerando o que é chamado de “a lógica do sistema”, fica realmente difícil, com os recursos que atualmente são destinados à Atenção Básica, oferecer serviços de fisioterapia.

Precisamos analisar a situação das pessoas que necessitam de atendimento fisioterapêutico, que é um tipo de tratamento contínuo, ou seja, que requer diversas sessões por um tempo razoavelmente longo, em serviços que estão agrupados em centros de reabilitação, distante da residência dos usuários, tendo listas de espera enormes. Como poderão essas pessoas ter acesso ao atendimento de Fisioterapia, se “a lógica do sistema” inviabiliza a existência de fisioterapia nas UBS, que são os serviços mais próximos e mais acessíveis aos usuários?

Quem conhece a realidade das pessoas que moram nos bairros de periferia e nas favelas, sabe da dificuldade que é o deslocamento de uma pessoa que tem uma deficiência física mais grave para os serviços de fisioterapia. Todo

portador de deficiência física, mesmo residindo em bairros mais centrais, já encontra muita dificuldade de se deslocar em função das barreiras arquitetônicas. Na periferia o problema se agrava, pois as ruas, que em muitas áreas são becos bastante acidentados, impedem o acesso de automóveis e dificultam o deslocamento em cadeiras de rodas.

Não há como falar em equidade na oferta dos serviços de fisioterapia, num contexto de diferenças sociais tão marcantes. As dificuldades de acesso a esses serviços são infinitamente maiores para os sujeitos das camadas populares, de modo que o processo distributivo tem que ser necessariamente desigual, requerendo uma discriminação positiva a fim de que se possam reduzir as desigualdades [2]. Isso significa que, na implantação de novos serviços de fisioterapia, devem ser adotados critérios de distribuição dos mesmos, que venham a beneficiar prioritariamente as pessoas que têm maior dificuldade de acesso a eles.

No que se refere às dificuldades de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária relacionadas à formação acadêmica do fisioterapeuta, observa-se que essa formação não o prepara e nem o incentiva a atuar nesse nível de atenção. Esta formação é direcionada, principalmente, para o atendimento em centros de reabilitação e hospitais, num enfoque eminentemente voltado à reabilitação, e com uma estrutura curricular preocupada com a abordagem de doenças que deixam seqüelas reabilitáveis. Os relatos dos estudantes entrevistados evidenciam bem essas dificuldades decorrentes da escassa experiência na Atenção Básica durante o percurso acadêmico.

A dificuldade do fisioterapeuta em desenvolver as atividades na Atenção Básica se apresenta, inclusive, na reabilitação, por conta da escassez de recursos terapêuticos. A parca ou inexistente experiência de atuação na rede básica, encontra elevado número de fisioterapeutas despreparados para atuar nesse nível, estando capacitados a atuar em serviços melhor estruturados em termos de recursos. Isso tem ocasionado uma certa imobilidade nesses profissionais, pois se sentem limitados na realização do tratamento fisioterapêutico naquelas circunstâncias. Soma-se a isso, a dificuldade que é lidar com a nova realidade

do atendimento domiciliar numa comunidade pobre. Além do fato desses profissionais não estarem preparados para essa atuação, existe o aspecto de que eles costumam ver, como modelo legítimo de prática profissional, os serviços com muita tecnologia, causando frustração a atuação na APS, pois é um trabalho que costuma ser “desvalorizado socialmente, financeiramente e marcado pela escassez de recursos” [12].

Imaginemos um profissional que passou cerca de cinco anos na universidade, aprendendo e praticando métodos e técnicas de reabilitação. Esse sujeito aprendeu a aplicar os diversos recursos terapêuticos aos quadros clínicos com que se depara, executando-os nos espaços próprios com relativa infra-estrutura, buscando o máximo de habilidade na execução da técnica e sem muita percepção das condições de vida do cliente. Indo para serviços de rede básica, o fisioterapeuta é deslocado daquele espaço conhecido de atendimento, onde contava com recursos que facilitavam o procedimento. Situa-se, agora, mais próximo da realidade daquelas pessoas, deparando-se com questões que aparentemente não dizem respeito a sua profissão. Há uma peculiaridade do tratamento fisioterapêutico que é a continuidade que ele tem nos casos mais crônicos, fazendo com que haja um contato permanente e contínuo entre o profissional e os clientes. Então, quando esse profissional é requisitado para atender pessoas no domicílio, ele se vê forçado a conviver com os problemas daquela família e da comunidade e, se antes, em outros espaços, já se favorecia a formação de vínculos afetivos entre eles, agora esses vínculos se ampliam para a família e a comunidade. Isso o leva a se envolver com os seus problemas, suas alegrias e conflitos, o que muitas vezes causa angústia no profissional e o distancia dos usuários. Essa aproximação, ao mesmo tempo em que pode aprofundar os vínculos, também torna mais evidentes as diferenças de classe, de crenças e de valores entre o profissional e as pessoas da comunidade, podendo ocasionar em alguns profissionais uma aversão a posturas que favoreçam uma aproximação maior.

Outra dificuldade é na definição do papel do fisioterapeuta na prevenção primária. O trabalho na rede básica pressupõe uma atuação que não se limite à prevenção em nível terciário, mas também, e principalmente, a realização de

atividades de promoção e proteção da saúde. Embora a produção científica da Fisioterapia na área de Atenção Primária seja ainda reduzida, encontram-se relatos de experiências de atuação nesse espaço, e alguns retratam exatamente essa dificuldade. Afonso [1], no artigo *Fisioterapia na Atenção Primária*, coloca o questionamento, que surgiu na experiência por ela relatada, de como se poderia trabalhar com prevenção primária, considerando-se o contexto da situação de saúde do país e o objeto de estudo e trabalho do fisioterapeuta, que é voltado principalmente para o curativo, a reabilitação. Ela observa que “a formação discente parece não estar voltada para a questão da prevenção, mas sim, prioritariamente, para as técnicas de tratamento reabilitadoras”. Evidencia-se, desse modo, uma indefinição por parte dos fisioterapeutas de qual o seu papel no nível primário de prevenção em saúde.

Na prática de atuação na Atenção Básica, a limitação na atuação do fisioterapeuta à reabilitação envolve, ainda, outros fatores, dentre eles: o número insuficiente de profissionais disponíveis, a urgência de tratamento para pessoas com seqüelas, que acaba “forçando” uma priorização do tratamento em detrimento da prevenção e o tempo despendido no atendimento fisioterapêutico. Entretanto, a dificuldade que este profissional tem em valorizar a importância da sua atuação, no sentido de prevenir tanto quanto reabilitar, também tem grande influência nessa restrição.

Apesar dessa limitação, já há atualmente uma tentativa de revisão e alargamento dessa perspectiva, através da atuação visando também à promoção e manutenção da saúde. A própria definição atual da Fisioterapia, sendo como a “ciência da saúde voltada ao estudo, prevenção e terapêutica dos distúrbios cinéticos funcionais de órgãos e sistemas do corpo humano” [6], já significa um avanço, uma vez que faz referência à prevenção de distúrbios no corpo humano e não apenas ao tratamento dos mesmos, como tínhamos anteriormente, quando a Fisioterapia era definida apenas “como tratamento de pacientes incapacitados por doenças, traumatismo ou perda de uma parte do corpo, através de exercícios terapêuticos, calor, frio, água, luz, eletricidade, ultra-som ou massagem” [10]. Entretanto, na prática, a ênfase maior ainda é para o tratamento de seqüelas.

Considerações finais

A pesquisa proporcionou uma maior clareza quanto às possibilidades de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária (APS), no sentido de que possam ser desenvolvidas ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde. Embora a formação acadêmica seja deficiente nesse sentido, percebe-se, nos relatos de experiências de Fisioterapia na APS e na atuação do projeto Fisioterapia na Comunidade, que os fisioterapeutas inseridos neste nível de atenção, estão construindo um caminho de atuação que busca uma diretriz em torno da manutenção da saúde. Um exemplo disso, é a semelhança entre essas atuações, que vão desenvolvendo ações de reabilitação, ao mesmo tempo em que buscam integrar-se aos programas já existentes nos serviços, como o programa de diabetes, hipertensão, hanseníase, entre outros. Nessa construção, a orientação postural tem se mostrado como o espaço de prevenção, onde o fisioterapeuta se sente mais à vontade para desenvolver suas atividades, visando à manutenção da saúde, estando presente em praticamente em todos os trabalhos de prevenção.

Em meio aos limites e possibilidades de atuação da Fisioterapia na Atenção Básica, estão os sujeitos das classes populares, excluídos do acesso adequado ao cuidado com a sua saúde.

Cohn [4], afirma que: *“Neste país cabe às populações socialmente condenadas elaborar a sua capacidade de utilização da rede, precária e eternamente insuficiente, para ter acesso à assistência à doença, reiterando a sua condição de desigualdade para ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, para à sua maneira conquistar o ‘direito à saúde’”*.

No tocante à Fisioterapia, essa elaboração da utilização dos serviços por parte da população acaba sendo mais complicada, pois, além do desconhecimento que ainda há em relação a esse tratamento, existe uma reduzida oferta de serviços e uma dificuldade de deslocamento dos usuários. Isso tudo resulta no aumento da limitação física, na medida em que as seqüelas

vão se agravando, e em uma vida já repleta de limitações, decorrentes das condições sócio-econômicas, esse sujeito se vê privado de mais um direito, o de locomover-se.

Enfatizamos que, na organização da Fisioterapia na Atenção Primária, é necessário um redirecionamento e uma reorientação da prática fisioterapêutica, no sentido de adequar as atividades, considerando a disponibilidade de profissionais e as necessidades locais, para que ações preventivas e curativas possam ser desenvolvidas de modo a atender as necessidades da população.

Referências

1. Afonso JL. Fisioterapia na Atenção Primária em Saúde. Ícone 1994; 2: 45-75.
2. Almeida C. Saúde e Equidade nas Reformas Contemporâneas. Saúde em Debate 2000; 24:6-21.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Manual para Organização da Atenção Básica. Brasília, 1999.
4. Cohn A. et al. A Saúde como Direito e como Serviço. 2ª edição. São Paulo: Cortez; 1999.
5. Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate 2000; 21: 15-28.
6. Menezes RG. Entrevista à Revista Fisio&Terapia 1998; 2: 12-14.
7. Minayo M C S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª edição. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO; 1998.
8. O Coffito. São Paulo, set/2000. Trimestral.
9. O Coffito. São Paulo, mar/2001. Trimestral
10. Shestak R. Fisioterapia Prática. 3ª ed. São Paulo: Manole;1980.
11. Spink MJ. Desvendando as Teorias Implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In Guareschi PA , Jovchelovitch S (orgs). Textos em Representações Sociais. 2ª edição. Petrópolis: Vozes; 1995.
12. Vasconcelos EM. A Medicina e o Pobre. São Paulo: Edições Paulinas; 1987.