

Revisão

Competências e atribuições do fisioterapeuta na Atenção Primária à Saúde

Competences and attributions of the physical therapist in the Primary Health Care

Mara Lisiane de Moraes dos Santos*, Arthur de Almeida Medeiros*, Adriane Pires Batiston*, Elenir Rose Jardim Cury Pontes*, Fernando Pierette Ferrari*, Janainny Magalhães Fernandes**, Talita Abi Rios**, Nayara de Araújo Muzili**, Vinicius Santos Sanches**

.....
*Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, **Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Resumo

Introdução: A formação dos profissionais da saúde deve estar alinhada aos sistemas de saúde e ao modelo de atenção à saúde vigente nos países. No Brasil, o modelo de atenção é orientado pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Entretanto, no âmbito da formação em fisioterapia ainda existem lacunas na definição das competências e atribuições do fisioterapeuta na APS e Saúde da Família. **Objetivo:** Sistematizar as competências e atribuições dos fisioterapeutas na APS identificadas na literatura nacional e internacional. **Material e métodos:** Revisão de literatura abrangendo APS/Saúde da Família e fisioterapia de 1969 até os dias atuais. **Resultados:** Os autores indicam a atenção fisioterapêutica na APS em ações de promoção, prevenção, reabilitação individual e coletivamente, atuação em grupos populacionais específicos, além de ações orientadas pelos atributos da APS, educação permanente, vigilância epidemiológica e controle social. Há também destaque sobre o perfil dos profissionais para o trabalho em equipe, comunicação, liderança, resiliência, ética e postura crítica e reflexiva. **Conclusão:** As atribuições do fisioterapeuta devem articular ações específicas do núcleo do saber ao processo de trabalho nas equipes, bem como incorporar ações de responsabilidade compartilhada com todos os trabalhadores da saúde abarcando os princípios da APS.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, saúde da família, Fisioterapia.

Abstract

Introduction: The education of health professionals must be in agreement with the health systems and with the present health care model in the countries whose professionals are graduated. In Brazil, the health care model is oriented by the Primary-Health-Care (PHC) principles. However, in the formation in physical therapy there are still blanks within the definition of the competences and attributions of the physical therapist in the PHC. **Objective:** Systematize the competences and attributions of the physical therapists in the PHC identified in the national and international literature. **Methods:** Systematic literature review covering PHC/Family Health and physical therapy since the 1969 until the current days. **Results:** The authors point out the physiotherapeutic care in the PHC in actions of promotion, prevention, rehabilitation individually and collectively, operating in specific population groups, besides the actions oriented by the PHC's attributes, permanent education in health, epidemiological surveillance and social control. There is also a highlight about the professional profiles related to team work, communication, leadership, ethical resilience and critical and reflexive posture. **Conclusion:** The physical therapists' attributions must articulate specific actions to the process of work in teams, as well as incorporate actions of shared responsibility with all the health workers including PHC's principles.

Key-words: primary health care, family health, Physical Therapy.

Recebido em 20 de novembro de 2013; aceito em 30 de janeiro de 2014.

Endereço para correspondência: Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Curso de Fisioterapia, Cidade Universitária, Avenida Senador Filinto Müller, 2443, 79080-190 Campo Grande MS, E-mail: maralisi@globocom

Introdução

A formação dos profissionais da saúde está em destaque desde a realização do estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, publicado em 1910 pelo médico Abraham Flexner, o Relatório Flexner (*Flexner Report*) [1]. Este relatório é considerado o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos EUA, com profundas implicações não só para a formação médica, como para outras profissões da saúde em todo o mundo, cujas escolas incorporaram os mesmos princípios em seus processos formativos [2]. No Relatório Flexner foi proposto um modelo de formação fundamentado pela racionalidade científica, fragmentado, com ênfase nas doenças e nas causas biológicas, na superespecialização, priorizando o ensino de procedimentos e tendo os laboratórios e hospitais como locais privilegiados para o ensino. Os currículos eram divididos em ciclo básico, realizado em laboratórios, seguido de um ciclo clínico ou profissionalizante, realizado em hospitais [3].

No âmbito da formação em Fisioterapia, ainda hoje é muito comum o modelo ciclo básico e ciclo profissionalizante, orientado por especialidades médicas, abordagem clínica compartimentalizada, prevalecendo o saber-fazer, o *executar procedimentos de fisioterapia*, de forma acrítica e não reflexiva, desconectados das necessidades de saúde das pessoas, da realidade epidemiológica do Brasil [2,4].

Entretanto, esse modelo de formação é incompatível com as atuais demandas da saúde em todo o mundo. A transição epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida da população, o aumento de doenças crônico-degenerativas e dos problemas associados à vida nas cidades levaram ao colapso dos sistemas de saúde cujas ações eram centradas exclusivamente na cura das doenças. Diante disso, diferentes modelos assistenciais foram propostos e implementados, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), com ações integradas e articuladas de promoção à saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação [5]. No Brasil, o Sistema Único de Saúde preconiza um modelo assistencial orientado pelos princípios da APS: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilidade, humanização, trabalho em equipe e participação social [6].

Nesta conjuntura, as mudanças na formação dos profissionais da saúde têm sido amplamente discutidas. Há recomendações de que o processo formador na saúde empregue estratégias educacionais visando o melhor desempenho dos sistemas de saúde por meio da adaptação das competências de cada categoria profissional a contextos específicos, aproveitando o conhecimento global e visando sistemas de saúde mais organizados e eficientes, e práticas de atenção à saúde mais resolutivas [7,8].

No Brasil, uma importante ação em direção à mudança na formação em saúde foi a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde. As DCN

dos cursos de Fisioterapia propõem uma formação generalista, humanística, crítica e reflexiva, qualificando o egresso para atuar no sistema de saúde vigente no País - o SUS - em todos os níveis de atenção. Trazem também a proposta da formação orientada por competências e habilidades [9]. O conceito de competência implica na mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes, com uma abordagem dialógica em que se articulam tarefas e recursos cognitivos, afetivos, atitudinais e psicomotores [10].

Embora as DCN da Fisioterapia recomendem a formação nos três níveis de atenção, e que a reestruturação dos modelos de atenção no Brasil sejam orientados pelos princípios da APS, ainda hoje a centralidade da formação e das práticas dos fisioterapeutas está nas ações de reabilitação individual realizadas em serviços de média e alta complexidade, com atenção especializada em ambulatórios e hospitais [11]. Sem a formação adequada para o trabalho na APS, a atuação do fisioterapeuta nesse nível de atenção tem sido limitada, reproduzindo o modelo em que os atendimentos individualizados e especializados estão na centralidade da atenção fisioterapêutica.

Um dos fatores que contribui para a perpetuação desse modelo de formação e de atenção – distantes dos princípios da APS – é a falta da definição de quais são as competências e atribuições do fisioterapeuta que atua nesse nível de atenção. As discussões sobre as competências e atribuições de outras profissões da saúde para a atuação na APS estão avançadas, estabelecidas tais competências para diferentes núcleos de saber [9,12]. Entretanto, no âmbito da Fisioterapia as competências para atuação na APS ainda não estão claramente estabelecidas, embora no Brasil, há algum tempo, a categoria reivindique a inserção nas equipes de Saúde da Família (ESF) [13], e em diferentes países essa discussão já esteja adiantada. Assim, é necessário que o conhecimento acerca dessa temática seja sistematizado e compartilhado, para que o debate entre os diferentes atores envolvidos no cuidado fisioterapêutico na APS avance, culminando em uma proposta que subsidie a formação e as práticas profissionais neste nível.

Nesta perspectiva, nosso objetivo é realizar uma revisão da literatura e apresentar uma sistematização das competências e atribuições dos fisioterapeutas na APS e Estratégia de Saúde da Família (modelo definido para o fortalecimento da APS no Brasil), identificadas na literatura nacional e internacional.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura em que foram analisados artigos de periódicos, dissertações e teses nacionais e internacionais indexadas nas bases de dados: Scielo, Lilacs, Pubmed e Bireme, bem como portarias, documentos de organizações de classe, consensos nacionais e internacionais. Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores e cruzamentos: Atenção Primária à Saúde e Fisioterapia; Programa de Saúde da Família e Fisioterapia; Saúde da Família

e Fisioterapia. Para ampliar, utilizamos também buscas com “palavras do título”, com os seguintes termos: atribuição, competências e/ou habilidades da fisioterapia e atenção básica ou atenção primária à saúde ou estratégia de saúde da família. As buscas foram realizadas nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 1969 (regulamentação da profissão de fisioterapia no Brasil) até os dias de hoje.

Nesta revisão não foram incluídos os artigos com abordagem sobre as competências do fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma vez que as competências dos profissionais do NASF são distintas das competências dos fisioterapeutas que integram a equipe ampliada de Saúde da Família ou que atuam na APS em outros países.

Resultados e discussão

Após a busca textual nas bases de dados a partir das palavras-chave e descritores foram encontrados 15 artigos, 1 dissertação, 1 tese, 1 documento do Ministério da Saúde, 3 documentos nacionais e 7 documentos de entidades de classe internacionais abordando as atribuições e competências do fisioterapeuta na APS.

Antes de apresentarmos os resultados referentes à fisioterapia, cabe destacar as atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica no País, conforme a Política Nacional de Atenção Básica [6]:

- **São atribuições comuns a todos os profissionais:** I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe,...; II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita,... III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local,...; IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; ... e de vigilância à saúde; V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória ...; VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe...; IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe...; XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; XII - participar das atividades de educação permanente; e XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.”

Com base na literatura disponível, constatamos que, se por um lado há consenso entre muitos autores sobre deter-

minadas competências e atribuições do fisioterapeuta na APS, por outro ainda há opiniões bastante distintas sobre esse assunto. Observou-se também que temas como gestão, clínica ampliada, elaboração de projetos terapêuticos singulares e preceptoria nas ações de integração ensino-serviço não foram mencionados pelos autores. Os resultados podem ser visualizados nos Quadros 1 e 2, nos quais estão apresentados o que a literatura traz sobre as competências e atribuições do fisioterapeuta na APS (Quadro 1) e sobre as características/perfil do fisioterapeuta para atuar na APS (Quadro 2).

Parece existir um consenso entre os autores quanto ao objeto de trabalho da fisioterapia na APS, garantindo a funcionalidade do movimento humano como objeto de intervenção deste núcleo de saber. Desta forma, a sistematização das atribuições específicas, encontradas nesta revisão, seja quando apresentada por ciclos de vidas, ou a partir de critérios epidemiológicos, demonstram inúmeras possibilidades de garantir a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, famílias ou grupos populacionais, por meio da intervenção fisioterapêutica.

O oferecimento deste núcleo de saber para a contribuição no trabalho das ESF tem se tornado premente quando voltamos nosso olhar para o perfil epidemiológico da população e para as necessidades de saúde das pessoas, que demonstram a busca pela produção de saúde e de qualidade de vida como um critério essencial na constante busca da sociedade moderna por saúde e bem estar.

Este núcleo de saber, da mesma forma que todos inseridos neste nível de atenção, deve garantir,

“a articulação de suas ações integrando a recuperação, a prevenção de incapacidades elou doenças e a promoção da saúde, intervindo não só no indivíduo, mas também no coletivo. Programar suas ações levando em consideração os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais que podem intervir no processo saúde-doença. As visitas domiciliares que realiza devem ter uma abordagem familiar, não centrada no indivíduo acometido por alguma doença, mas compartilhar a responsabilidade da intervenção com todos os membros, buscando soluções mais eficientes e próximas da realidade da família” [26].

Mediante a todos os aspectos inerentes ao fazer do fisioterapeuta na APS identificados na literatura, sistematizamos estas atribuições em duas categorias: a primeira que diz respeito em garantir a especificidade do cuidado fisioterapêutico neste nível de atenção que denominaremos de *atribuições integradoras*, no sentido da integração destas especificidades ao processo de trabalho das ESF; e a segunda que pretende garantir a ampliação do olhar da equipe, ao agregar mais um núcleo de saber a ações que devem ser compartilhadas por serem de responsabilidades de toda a equipe, sobre os desafios de saúde do território em questão, que chamaremos de *atribuições integradas*.

Quadro I - Sistematização das competências e atribuições do fisioterapeuta que atua na APS e respectivos autores.

Competências e atribuições	Autores
Desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde	Brasil, 2002 [9]; Delai et al, 2011 [14]; Baena, Soares, 2012 [15]; Freitas, 2006 [16]; Australian Physiotherapy Council, 2006 [17]; WCPT, 2003 [18]; Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007 [19]; CPA, 2007 [20]; Wellington NZ, 2008 [21]; CPA, 2012 [22]; Bispo Jr, 2010 [23]; Servicio Andaluz de Salud, 2003 [24]; Barbosa et al, 2010 [25]; Aveiro et al, 2011 [26]; Naves, Brick, 2011 [27]; Faria, Santos, 2011 [28]; Neves, Aciole, 2011 [29]; Formiga, Ribeiro, 2012 [30]; Rezende et al., 2009 [31]; Brasil et al., 2005 [32]; Trelha et al., 2007 [33]; Gallo, 2005 [34]; Pereira et al., 2004 [35]
Prestar assistência integral à população	Brasil, 2002 [9]; Delai et al, 2011 [14]; Barbosa et al, 2010 [25]; Bispo Jr, 2010 [23]; Aveiro et al, 2011 [26]; Neves, Aciole, 2011 [29]; Formiga e Ribeiro, 2012 [30]; Rezende et al., 2009 [31]; Gallo, 2005 [34]; Pereira et al., 2004 [35]
Atuar de maneira interdisciplinar através do trabalho em equipe	Brasil, 2002 [9]; Baena, Soares, 2012 [15]; Freitas, 2006 [16]; Bispo Jr, 2010 [23]; Resolução nº 80/87 [36]; Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007 [19]; Wellington NZ, 2008 [21]; Barbosa et al, 2010 [25]; Aveiro et al, 2011 [26]; Naves, Brick, 2011 [27]; Faria, Santos, 2011 [28]; Portes et al, 2011 [37]; Formiga, Ribeiro, 2012 [30]; Rezende et al., 2009 [31]; Pereira et al., 2004 [35]
Fomentar a participação e controle social, estando sempre em contato com a comunidade e líderes sociais	Delai et al, 2011 [14]; Freitas, 2006 [16]; Australian Physiotherapy Council, 2006 [17]; WCPT, 2003 [18]; Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007 [19]; Wellington NZ, 2008 [21]; CPA, 2012 [22]; Barbosa et al, 2010 [25]; Rocha, Kretzer, 2009 [38]; Pereira et al., 2004 [35]
Atuar em territórios definidos, na unidade, domicílio, escolas e comunidade	Delai et al, 2011 [14]; Freitas, 2006 [16]; Servicio Andaluz de Salud [24], 2003; Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007 [19]; Aveiro et al, 2011 [26]; Brasil et al., 2005 [32]; Pereira et al., 2004 [35]
Realizar detecção precoce e redução de riscos a partir de atividades de prevenção, promoção e reabilitação de distúrbios cinesiofuncionais e ações em grupos populacionais	Brasil, 2002 [9]; Delai et al, 2011 [14]; Australian Physiotherapy Council, 2006 [17]; Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007 [19]; Aveiro et al, 2011 [26]; Rocha, Kretzer, 2009 [38]; Brasil et al., 2005 [32]; Gallo, 2005 [34]; Pereira et al., 2004 [35]
Articular suas ações integrando a recuperação, a prevenção de incapacidades e/ou doenças e a promoção da saúde, intervindo tanto no âmbito individual quanto no coletivo	Brasil, 2002 [9]; Aveiro et al, 2011 [26]; Faria, Santos, 2011 [28]; Neves, Aciole, 2011 [29]; Formiga, Ribeiro, 2012 [30]; Rocha, Kretzer, 2009 [38]
Tratar e reabilitar usuários por meio de intervenções específicas da fisioterapia	Brasil, 2002 [9]; Delai et al, 2011 [14]; Projeto de Lei Nº 6206/09[13], de 2009; WCPT, 2003 [18]; Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007 [19]; CPA, 2007 [20]; CPA, 2012 [22]; Bispo Jr, 2010 [23]; Servicio Andaluz de Salud, 2003 [24]; Barbosa et al, 2010 [25]; Aveiro et al, 2011 [26]; Naves, Brick, 2011 [27]; Neves, Aciole, 2011 [29]; Formiga, Ribeiro, 2012 [30]; Rocha, Kretzer, 2009 [38]; Brasil et al., 2005 [32]; Trelha et al., 2007 [33]; Gallo, 2005 [34]; Pereira et al., 2004 [35]
Realizar avaliação, diagnóstico e prescrição fisioterapêutica individual e coletiva, prevenção de doenças e complicações, promoção da saúde, reabilitação individual e coletiva, dominar teorias e práticas, bem como a programação e uso de recursos fisioterápicos	Brasil, 2002 [9]; Resolução Nº. 80/1987 [36]; Brasil, 1969 [40]; Bispo Jr, 2010 [23]; Viana, 2005 [39]; Aveiro et al, 2011 [26]; Rocha, Kretzer, 2009 [38]
Educação permanente	Brasil, 2002 [9]; Barbosa et al, 2010 [25]; Viana, 2005 [39]
Vigilância em saúde, epidemiológica e dos distúrbios cinesiofuncionais	Bispo Jr, 2010 [23]; Delai et al, 2011 [14]; Portes et al, 2011 [37]
Participar de reuniões em equipe, planejar ações, projetos e atividades para a população e para a formação e reciclagem de recursos humanos, bem como participar de órgãos colegiados de saúde	Rocha, Kretzer, 2009 [38]; Portes et al, 2011 [37]; Neves, Aciole, 2011 [29]; Pereira et al., 2004 [35]

Encaminhamentos para serviços de referência e contrarreferência	Brasil, 2002 [9]; Aveiro et al, 2011 [26]; Gallo, 2005 [34]; Pereira et al., 2004 [35]
Participar ativamente da elaboração e execução das políticas públicas de saúde	Barbosa et al, 2010 [25]
Atuar de maneira intersetorial e praticar o acolhimento	Portes et al, 2011 [37]; Pereira et al., 2004 [35]
Atuar nos diferentes ciclos de vida (Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Homem, Saúde do Idoso), Saúde do Trabalhador e grupos com distintas afecções (como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Acidente Vascular Encefálico, Traumas, Paralisia Cerebral, pacientes acamados e vulneráveis)	Delai et al, 2011 [14]; Baena, Soares, 2012 [15]; Freitas, 2006 [16]; Australian Physiotherapy Council, 2006 [17]; WCPT, 2003 [18]; Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007 [19]; CPA, 2007 [20]; Wellington NZ, 2008 [21]; CPA, 2012 [22]; Bispo Jr, 2010 [23]; Servicio Andaluz de Salud, 2003 [24]; Barbosa et al, 2010 [25]; Viana, 2005 [39]; Aveiro et al, 2011 [26]; Formiga, Ribeiro, 2012 [30]; Brasil et al., 2005 [32]; Pereira et al., 2004 [35]

Quadro II - Sistematização do perfil do fisioterapeuta para atuar na APS e respectivos autores.

Perfil/Características	Autores
Ter pensamento crítico e reflexivo, com capacidade de levantar problemáticas, propor soluções e realizar tomada de decisões	Brasil, 2002 [9]; Barbosa et al, 2010 [25]; Viana, 2005 [39];
Capacidade de se comunicar em diversas situações	Brasil, 2002 [9]; CPA, 2012 [22]; Baena, Soares, 2012 [15]; Viana, 2005 [39];
Liderar, dirigir e supervisionar serviços e profissionais	Brasil, 2002 [9]; Brasil, 1969 [40]; CPA, 2012 [22];
Saber trabalhar em equipe	Brasil, 2002 [9]; Bispo Jr, 2010 [23]; Servicio Andaluz de Salud, 2003 [24]; Baena, Soares, 2012 [15]; Freitas, 2006 [16]; Resolução nº 80/87 [36]; Asociación Española de Fisioterapeutas, 2007 [19]; Barbosa et al, 2010 [25]; Viana, 2005 [39]; Formiga, Ribeiro, 2012 [30]; Pereira et al., 2004 [35]
Saber fazer, dialogar e ouvir	Formiga, Ribeiro, 2012 [30]; Viana, 2005 [39]
Ser flexível, ativo, ter responsabilidade, comprometimento ético, criatividade, respeito mútuo.	Brasil, 2002 [9]; Viana, 2005 [39]
Compartilhar saberes e desenvolver metodologias participativas	Viana, 2005 [39]
Ser agente transformador da realidade	Neves, Acirole, 2011 [29]

Dessa forma, conforme os achados, podemos elencar como *atribuições integradoras*, especialmente:

- Avaliação, diagnóstico e prescrição de serviços fisioterapêuticos;
- Atenção domiciliar aos restritos ao domicílio, por doenças crônicas, traumas, deficiências físicas ou transtornos respiratórios;
- Construção de linha de cuidado que permita a integralidade do cuidado e a produção da autonomia das pessoas com deficiência e necessidades especiais;
- Cuidados paliativos as situações extremas de cronicidade;
- Orientações e cuidados posturais em adolescentes e jovens;
- Atenção as crianças com atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor e orientações às mães e à família;
- Detecção precoce de distúrbios cinético-funcionais e promoção de ações educativas e de prevenção;
- Orientações e cuidados preparatórios para o parto e puerpério;

- Orientações ergonômicas e adequação de ambientes laborais ou não;
- Resgate da qualidade de vida dos cuidadores domiciliares;
- Assistência às alterações de ambientes e mobiliários para favorecer a mobilidade e acessibilidade;
- Grupos de idosos para treino de equilíbrio, coordenação e realização de práticas corporais para evitar acidentes como quedas, para prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus.
- Cinesioterapia e ginástica laboral para diminuir prevalência de lesões crônicas laborais;
- Na saúde mental, promoção de práticas de cinesioterapia/atividade física, de atividades lúdicas, de memória e de concentração, em grupo, que favoreçam a socialização.
- Promoção e participação de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações da APS.

- Grupos terapêuticos para melhoria do desempenho cardiorrespiratório e físico-motor;
- Ações de vigilância em saúde e epidemiológica, focadas na detecção de doenças incapacitantes e distúrbios cinético-funcionais;

No segundo rol de atribuições, aquelas que são compartilhadas entre os diferentes profissionais, realizadas em equipe ou não, aqui denominadas de *atribuições integradas*, elencamos, especialmente:

- Visitas domiciliares;
- Consultas compartilhadas;
- Grupos terapêuticos;
- Ações de educação popular em saúde;
- Campanhas e ações de estímulo ao modo de viver saudável;
- Acolhimento;
- Educação permanente;
- Ações de vigilância epidemiológica e em saúde;
- Articulação com as redes de atenção à saúde, criando e potencializando os sistemas de referência e contrarreferência e as linhas de cuidado, produzindo a continuidade da atenção.
- Participação em conselhos de saúde e estímulo aos usuários para exercerem o controle social;

Apesar desta tentativa de elencar ou sistematizar as atribuições da Fisioterapia nas Equipes de Saúde da Família, conforme o levantamento da literatura, sabemos que a determinação destas atribuições depende, exclusivamente, das condições epidemiológicas do território, das condições de vidas das pessoas que vivem neste espaço, da estrutura e da constituição da rede social local, com seus dispositivos e equipamentos e da articulação com a equipe de saúde local e com as lideranças da população.

Sendo assim, estas atribuições podem se restringir ou se adequar as necessidades de saúde local, ou mais ainda, desdobrar-se em outras inúmeras possibilidades de fazer, dependendo da capacidade de articulação, integração, inovação e manuseio dos recursos do profissional que detém o conhecimento deste núcleo de saber.

Conclusão

O cenário de atuação da APS apresenta-se incondicionalmente como integrador de ações, o que demanda trabalho multiprofissional e em equipe. Norteados pela integralidade do cuidado e pelos determinantes de saúde, este campo se configura, como um espaço de integração entre os diferentes núcleos de conhecimento da saúde, articulados com as ciências humanas e sociais e com as singularidades de cada indivíduo, família ou grupo populacional. Por outro lado, há características bastante definidas, especialmente nas populações mais vulneráveis dos aglomerados urbanos e com consequente cobertura da APS que, advindas das condições

já explicitadas do perfil epidemiológico contemporâneo, demandam uma atenção bastante apropriada aos saberes e fazeres do profissional fisioterapeuta.

Assim, quando se propõe a analisar as condições em que vivem as pessoas e em que situações elas realizam seus afazeres, sejam eles relacionados às atividades de vida diária, vida prática ou de vida social, articulados com as possibilidades de comprometimento ou de melhoria da funcionalidade na execução destas atividades, permite-se a abertura de uma rica gama de “fazeres” e atribuições para a Fisioterapia no sentido de garantir melhor desempenho físico - funcional e melhor qualidade de vida a essas pessoas.

Neste sentido, nos parece claro que o que impõe resistência aos agentes formadores de priorizarem este cenário no processo formativo esteja mais relacionado ao desenvolvimento de competências atitudinais, relacionais e de conhecimento ampliado da sociedade e das políticas públicas, do que propriamente de entender as infinitas possibilidades de desenvolvimento de atribuições e/ou de cuidados fisioterapêuticos neste campo.

Estamos falando do trabalho em equipe, da interferência dos determinantes de saúde, da articulação com os equipamentos sociais do território, do conhecimento da estruturação das redes de atenção em saúde, da articulação com as políticas educacionais e sociais, de ferramentas e competências apropriadas para a educação em saúde, para a escuta, para a construção de vínculos, entre outros.

Trata-se aqui, do deslocamento necessário de cenários já tradicionalmente consolidados com a prática fisioterapêutica tradicional individualizada e centrada em procedimentos, para um cenário, onde o novo se faz no cotidiano. Assim se caracteriza a APS, como um espaço que permite a inovação, a criação e o desenvolvimento de diferentes ou novas tecnologias de cuidado, sendo a gestão da clínica e do cuidado, competências indispensáveis.

Dessa forma, pretendemos contribuir para o avanço das experiências na formação de fisioterapeutas para a APS e consequentemente garantir maior inserção deste profissional nas equipes de saúde da família por meio de uma proposta que abarque as atribuições e características do fisioterapeuta na APS, considerando-se que os demais profissionais, gestores e usuários ainda não tem claramente estabelecido quais são as possibilidades de ações da Fisioterapia neste nível de atenção. Ressaltamos que não temos a pretensão de finalizar a discussão, mas sim que seja um ponto de reflexão que possa deflagrar um debate mais aprofundado sobre quais são, efetivamente, as competências do fisioterapeuta na APS. Tal sistematização se faz relevante para nortear os profissionais que atuam na APS, como também para nortear as competências que devem ser desenvolvidas durante o processo formativo do fisioterapeuta para este nível de atenção, acompanhando as mudanças sanitárias no país e favorecendo práticas alinhadas aos princípios do SUS.

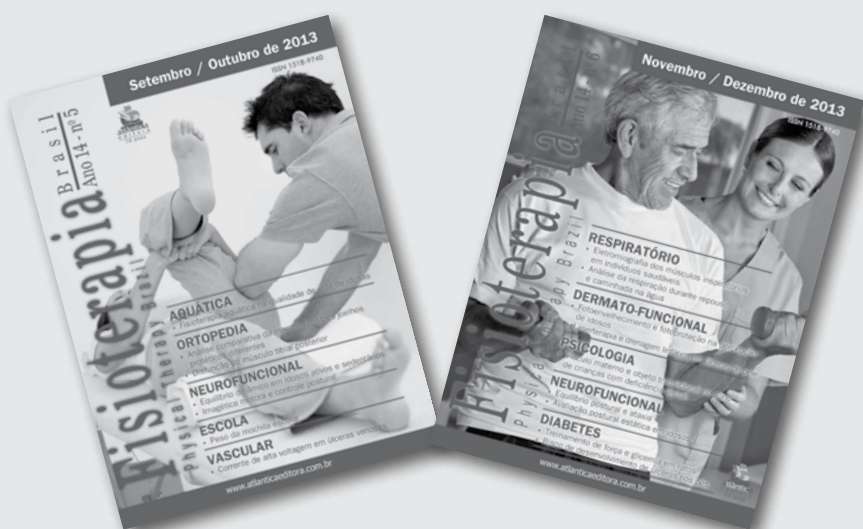
Referências

- Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4).
- Santos, MLM; Lanza, FC. Formação do Fisioterapeuta Intensivista: aonde se está e aonde se quer chegar. In: Dias CM, Martins JA, eds. Programa de Atualização em Fisioterapia Intensiva Adulto (PROFISIO). Porto Alegre: Artmed/Panamerciana; 2010. p. 99-133.
- Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Médica 2008;32(4):492-9.
- Rocha VM, Caldas MJ, Araújo FRO, Ragasson CAP, Santos MLM, Batiston AP. As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas (ABENFISIO). Fisioter Bras 2010;11(5):4-9.
- Stewart J, Haswell K. Primary Health Care in Aotearoa, New Zealand: challenges and opportunities for physiotherapists. New Zealand Journal of Physiotherapy 2007;35(2):48-53.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 2010; 376:1923-58.
- Abagano, N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fonte; 2000.
- Brasil. Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 4 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília: Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação; 2002.
- Perrenoud, P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
- Bispo Junior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. Hist Cienc Saude-Manguinhos 2009;16(3):655-88.
- PAHO/WHO. Renewing Primary Health Care in the Americas. Washington : OPAS; 2007
- Projeto de Lei Nº 6206/09, de 2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade de inserção do fisioterapeuta nas equipes da Estratégia Saúde da Família (2009).
- Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. Ciênc Saúde coletiva 2011;16(1).
- Baena CP, Soares MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. Fisioter Mov 2012;25(2):419-31.
- Freitas MS. A Atenção Básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2006.
- Australian Physiotherapy Council. Australian Standards for Physiotherapy 2006; 82p.
- World Confederation for Physical Therapy. Primary Health Care and Community Based Rehabilitation: Implications for Physical Therapy based on a survey of WCPT's Member Organizations and a literature review. WCPT Briefing Paper. London: WCPT; 2003.
- Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF). Documento marco para el rediseño de la Fisioterapia en Atención Primaria. Madrid: AEF; 2007.
- Canadian Physiotherapy Association (CPA). Primary Health Care – A Resource Guide for Physical Therapists. Alberta: Alberta Physiotherapy Association; 2007. 19p
- Engaging in Primary Health Care: Report of Primary Health-care Working Party. Wellington NZ: New Zealand Society of Physiotherapists; 2008.
- Canadian Physiotherapy Association (CPA). Position Statement - Physiotherapists in Primary Health Care Teams. Alberta: Alberta Physiotherapy Association; 2012.
- Bispo-Junior JP. Fisioterapia e Saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciênc Saúde Coletiva 2010;15(Supl.1):1627-36.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2003.
- Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. Fisioter Mov 2010;23(2)323-30.
- Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(1):1467-78.
- Naves CR, Brick VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(1):1525-34.
- Faria L, Santos LAC. As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. Hist Cienc Saúde-Manguinhos 2011;18(1):227-40.
- Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. Interface - Comunic Saude Educ 2011;15(37):551-64.
- Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do Fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Rev Bras Ciênc Saúde 2012;16(2):113-22.
- Rezende M, Moreira MR, Amância Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Ciênc Saúde Coletiva 2009;14(1):1403-10.
- Brasil ACO, Brandão JAM, Silva MON, Gondim Filho VC. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral-Ceará. RBPS 2005;18(1):3-6.
- Trelha CL, Silva DW, Lida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). Revista Espaço para a Saúde 2007;8(2):20-25.
- Gallo DLL. A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária [Dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2005.
- Pereira FWA, Manguieira JO, Monteiro MPA, Vêras MS, Vanessa VCSL, Barrocas TCP, et al. A Inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. Sonare 2004;5(1):93-100.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFITTO. Resolução Nº. 80, de 9 de Maio de 1987. 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. 1987.

37. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. Rev APS 2011;14(1):111-19.
38. Rocha EF, Kretzer MR. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. Rev Ter Ocup 2009;20(1):59-67.
39. Viana SBP. Competências dos fisioterapeutas para a Atenção Básica em Saúde da Família [Dissertação]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2005.
40. 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, Brasília, DF, 14 out. 1969. Seção I, p. 3658.

Anuncie aqui!

Fisioterapia Brasil



anuncie@atlanticaeditora.com.br