

FISIOTERAPIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Raízes e Desafios

Cristine Brandenburg

Fisioterapeuta graduada em Fisioterapia pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC/RS; cursa Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE/CE; Mestranda em Educação Brasileira Universidade Federal do Ceará – UFC/CE; Bolsista CNPq. Desenvolve pesquisas com ênfase em Educação, Úlceras por Pressão, Incontinência Urinária, Cão terapeuta em Idosos Institucionalizados, Ações para o Envelhecimento com Qualidade de Vida e Saúde Pública.

E-mail: cristine_brandenburg@hotmail.com

Aline Barbosa Teixeira Martins

Fisioterapeuta graduada pela Universidade de Fortaleza UNIFOR – CE. Especialista em Fisioterapia Dermato-Funcional pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR/CE. Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR/CE. Docente da Faculdade Nordeste – FANOR/CE e da Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO/CE.

E-mail: alinebate@yahoo.com.br

José Rogério Santana

Graduado em Pedagogia (UFC). Mestre em Educação Brasileira (UFC). Doutor em Educação Brasileira (UFC). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Ceará no Instituto UFC Virtual trabalhando com Educação a Distância (EaD). Integrante do Núcleo de Pesquisa História e Memória (UFC). Possui experiência na área de Educação, com ênfase em Tecnologia Educacional, Educação a Distância e Ensino de Matemática, atuando principalmente nos seguintes temas: informática educativa, educação a distância, educação matemática, geometria dinâmica e formação de professores. Também desenvolve trabalhos sobre a relação Imagem e Memória na perspectiva da Pedagogia das Imagens Culturais.

E-mail: rogerio@virtual.ufc.br

José Carlos Figueiredo Martins

Médico Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará – UFC/CE. Título de Especialista em Medicina Legal e Perícia Médica. Especialista em Medicina do Trabalho. Médico Perito do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Médico auditor da CAMED. Professor do Master Concursos.

E-mail: jcarlosfm2000@yahoo.com.br

O SURGIMENTO DA FISIOTERAPIA COMO CIÊNCIA

A Fisioterapia é uma ciência que teve seus primórdios na Antiguidade (4.000 a.C. e 395 d.C.). Desde aquela época já havia certa ansiedade em abolir doenças por meio de alternativas e utensílios que existiam na época. O peixe elétrico era usado como um recurso em eletroterapia, já as massagens e ginásticas acreditava-se que estava nas mãos dos sacerdotes como fins terapêuticos (REBELATO e BOTOMÉ, 1999).

Em 2.698 a.C., apareceram na China os primeiros registros do uso de meios físicos com o desígnio terapêutico no caso exclusivo da cinesioterapia; logo depois, na Índia. De acordo com Gava (2004) os recursos físicos naturais, como banhos de sol, já eram utilizados como tratamentos medicinais em toda antiguidade.

A fisioterapia surgiu na metade do século XIX na Europa com as primeiras escolas na Alemanha, nas cidades de Kiel, em 1902, e Dresden, em 1918. A fisioterapia surge com grande evidência no cenário mundial na Inglaterra, com os trabalhos de massoterapia desempenhados pelos autores Mendell e Cyriax; os trabalhos de cinesioterapia respiratória realizados por Winifred Linton em Londres e especialmente os trabalhos de fisioterapia neurológica realizados em conjunto com a fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath, que instituíram o método

Bobath, para o tratamento de pacientes com paralisia cerebral (GAVA, 2004).

Segundo Gava (2004) em 1948, em Londres, foi criada a World Confederation for Physical Therapy (WCPT), que se aliou à Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de impulsionar a fisioterapia no mundo.

A FISIOTERAPIA NO BRASIL

A fisioterapia surgiu como uma “especialidade paramédica” (HOUAISS, 2001) com o objetivo de reabilitar e preparar pessoas fisicamente lesadas nas grandes guerras, em acidentes de trabalho ou por doenças oriundas das condições sanitárias precárias para o retorno à vida produtiva ou, pelo menos, atenuar seu sofrimento quando não fosse possível reabilitá-las (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Em 1929, na Santa Casa de Misericórdia, em São Paulo, teve início a fisioterapia no Brasil e o primeiro curso para formação de técnicos. Em 1959, foi instituída a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF), que se filiou ao World Confederation for Physical Therapy (WCPT), cuja meta era procurar o auxílio técnico, científico e sociocultural para a ampliação da profissão. Em 1963, o fisioterapeuta passa a ser auxiliar do médico, só podendo trabalhar sob supervisão do mesmo (UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO).

No Brasil, foi criada como profissão de nível superior em outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, que, em seu art. 3º, estabeleceu que “é atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.” (BRASIL, 1969).

Em 1975, a partir da criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFITTO), pela Lei nº 6.316, começou-se o processo de regulamentação da profissão de Fisioterapia. O Conselho tinha como uma das suas principais atividades a de exercer função normativa, e emitiu, em fevereiro de 1978, a Resolução COFITTO nº 08, aprovando as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta. Após refletir sobre o movimento da saúde vigente, definiu-se como atos desse profissional, “planejar, programar, ordenar, coordenar, executar e supervisionar métodos e técnicas fisioterápicos que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária.” (BRASIL, 1978).

Em relação ao Decreto-Lei nº 938/69, a Resolução COFITTO nº 08/78 ampliou consideravelmente o campo de atuação do fisioterapeuta, tanto em relação aos níveis de assistência (prevenção primária, secundária e terciária) quanto também no foco da atenção, passando a apreender a saúde do indivíduo como um todo e não mais apenas no que diz respeito à sua capacidade física.

A partir do momento em que os fisioterapeutas ampliaram seu campo de atuação e mostraram-se aptos a contribuir, também, na prevenção primária, criou-se a necessidade de rever e reestruturar sua prática. O processo de transformação, no entanto, ficou incompleto, na medida em que faltou atribuir a si, na regulamentação, ações de educação em saúde e prevenção de doenças (REZENDE *et al.* 2009; MENDES e MORAIS, 2002; SILVA, TRELHA e ALMEIDA, 2005).

Em maio de 1987, após a 8º CNS, a Resolução COFFITO nº 80, por meio de atos complementares, buscou ampliar

as atribuições do fisioterapeuta expressas na Resolução nº 08/78, numa perspectiva que procurou adequar a Fisioterapia ao novo momento do cenário sanitário brasileiro.

Dentre as considerações da Resolução nº 80, deve ser destacada aquela que alude ao objeto de estudo e trabalho do fisioterapeuta:

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. (BRASIL, 1987).

Visto por esse ângulo, o fisioterapeuta deve atuar em interação com outros profissionais, para melhor compreender e poder interferir positivamente, com o intuito de ampliar e de tornar mais rica e prazerosa a relação permanente do indivíduo com seu ambiente.

É também papel do fisioterapeuta refletir conjuntamente com os usuários dos serviços de saúde sobre a própria relação com o seu corpo mediante o espaço, ou seja, o meio em que vive e outras pessoas, de modo a fazê-los com que sejam conscientes dos seus próprios atos na manutenção da sua saúde. Dessa forma será possível realizar ações que visem à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

Esta consideração atesta o fisioterapeuta como sendo um profissional capaz de atuar na atenção básica, ou seja, o primeiro nível de atenção do sistema de assistência à saúde, articulado com os demais, com o intuito de garantir mais acesso aos cuidados e integralidade da atenção. Permanece,

assim, em consoante com a Declaração de Alma-Ata de que os cuidados primários “têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Veiga *et al* (2004) afirmam que em meados do século XX, houve a necessidade de expandir e melhorar nos atendimentos oferecidos à população, no sentido de transformar o modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador em um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e, principalmente, que incluísse a participação da comunidade e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais de saúde.

Foram muitas as propostas para instituir uma rede de serviços direcionada às atenções primárias à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, começando pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) foi criado em 1980, no entanto não foi posto em prática. Em seguida, pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982, foi cumprida a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), um artifício de grande prestígio para o seguimento de descentralização da saúde (BRASIL, 2006).

Em março de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, percebeu-se a necessidade evidente de modificações no setor da saúde, responsabilizando o Estado pela

garantia de saúde a todo cidadão brasileiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Esta conferência influenciou significativamente dois processos que tiveram início em 1987: no Executivo, a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), com a concentração de poder nas secretarias estaduais de saúde e início do desmonte do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (CARVALHO, MARTIN e CORDONI, 2001) e, no Legislativo, a elaboração da Constituição de 1988 (MENDES, 1995).

Na constituição de 1988, com a finalidade de se modificar a desigualdade à saúde da população o Ministério da Saúde assume o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil a partir de um referencial de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados (SILVA, TRELHA, ALMEIDA, 2005).

Surge então, pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, o SUS que torna obrigatório o atendimento à população gratuitamente. Dele, fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisas, onde todos têm direito a consultas, exames e internações, nas unidades que são vinculadas aos SUS, sejam elas públicas ou privadas (BRASIL, 1988).

De acordo com Rezende *et al* (2009) o SUS, resultado de um processo de lutas políticas e setoriais capitaneadas pelo movimento sanitário brasileiro, tem a missão de garantir a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Propõe, como horizonte, a superação dos limites do

modelo médico-assistencial privatista, que tem como bases a especialização do profissional e a ênfase na doença e no processo de cura.

O SUS é uma forma de organização do sistema de saúde do país, baseado nos princípios da integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade. Possui como modelo a atenção integral à saúde, diferenciando-se do modelo de atenção à saúde anterior, que era centrado na doença.

O SUS é financiado com capital arrecadado por impostos e contribuições sociais pagos pela população e dispõe dos recursos do governo federal, estadual e municipal; tem como objetivo tornar-se um importante mecanismo de promoção à igualdade na prestação de serviços, suprindo as necessidades da saúde da população, oferecendo serviços com qualidades adequadas às situações, independentemente da classe social.

O SUS destina-se à promoção da saúde, tendo como prioridade as ações preventivas, democratizando os esclarecimentos importantes para que a população conheça seus direitos e riscos quanto à saúde. O controle do acontecimento da doença, o aumento e a propagação (vigilância epidemiológica), o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos e higiene, são algumas das responsabilidades de atenção do SUS. Quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para atender à demanda de uma determinada região, se contrata o setor privado, através de convênios de prestação de serviço ao estado (BRASIL, 2004).

Os níveis de atenção à saúde são classificados em primário, secundário e terciário, sendo que o primário compreende as ações voltadas para medidas preventivas,

no campo da educação e da informação, junto a pessoas, grupos e a comunidade em geral. O nível secundário se refere às formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce. O nível terciário inclui o atendimento de serviços hospitalares, institucionais, comunitários e a organização dos serviços de saúde, envolvendo maior grau de complexidade, a fim de adequar a atenção aos casos de violência em termos de tratamento ou reabilitação (GOMES, SILVA e NJAINE, 1999).

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Com intuito de melhorar a saúde do cidadão brasileiro, em 1991 foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo principal de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil (BRASIL, 1998).

Surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), com a proposta de reorientar o modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoções de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. Desde seu surgimento, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, porém, para ser sustentada, necessita de um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida (BRASIL, 2006).

O PSF é desenvolvido de acordo com as características e problemas de cada localidade para atender à saúde do indivíduo e da família dentro do contexto da comunidade e elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (DOMINGUEZ, 1998).

O PSF, respeitando as diretrizes do SUS, propõe um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e a promoção da saúde familiar. De acordo com Souza (1999) o PSF passa a ser a consolidação do SUS. A proposta do programa vem conquistando adeptos, sendo uma estratégia que destaca a abordagem multiprofissional e ações preventivas de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2004).

É formado por uma equipe mínima multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACSs) e cirurgiã-dentista. Outros profissionais podem ser incluídos de acordo com as necessidades locais. A lógica de trabalho está baseada na atuação em área delimitada e seus profissionais devem adequar-se a uma nova forma de trabalho em tempo integral e em equipe com participação da comunidade e com inclusão do planejamento na prática individual (MARGUES e MENDES, 2002).

As equipes da Saúde da Família devem estar preparadas para conhecer a realidade das famílias sob sua cobertura, com relação aos indicadores sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais essa população está exposta; elaborar juntamente com a comunidade planos

locais para enfrentamento dos problemas de saúde; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea; desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde locais (BRASIL, 2001).

Com a implantação do PSF, observou-se a necessidade e importância da inserção do fisioterapeuta na equipe, visando mais promoção e prevenção da saúde, melhorando assim a qualidade de vida (COSTA e MENEZES, 2000).

A ATUAL SITUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O fisioterapeuta pode atuar em todos os níveis de atenção à saúde, sendo estes primário, secundário e terciário, dentro da equipe interdisciplinar. Contudo, em função de aspectos de ordem político-econômica e organizacionais, sua ocupação é pouco transmitida e subutilizada. Todavia, vagarosamente, demonstrações isoladas em algumas regiões brasileiras mostram que a inserção da fisioterapia no Programa de Saúde da Família abrihanta ainda mais a atenção de saúde da população (BRASIL *et al.*, 2005).

A atuação do fisioterapeuta não se limita apenas ao setor curativo e de reabilitação; as ações de prevenção e educação em saúde são essenciais para a melhora da qualidade de vida da população e as intervenções no atendimento domiciliar podem levar à positividade na relação do paciente com o meio, tanto físico quanto social (MACIEL *et al.*, 2005).

De acordo com Maciel *et al.* (2005) o potencial do fisioterapeuta é mostrado pelos trabalhos que vêm sendo

realizado no PSF, instituídos na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde são incluídas as mais diversas atividades, como: grupos de gestantes, grupos de postura, grupos de saúde da criança, grupo de idosos, grupos para trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho e de doenças do trabalho, grupos de escolares, grupos de diabéticos e hipertensos, grupos para portadores de hanseníase etc.

Também conforme Ferreira *et al.* (2005), a fisioterapia pode proceder junto à equipe, realizando atendimentos domiciliares em pacientes acamados ou impossibilitados, realizando atividades para que consigam desenvolver suas atividades de vida diária (AVD), melhorando a qualidade de vida e evitando possíveis complicações. A participação da fisioterapia na saúde coletiva compõe-se de uma contribuição imperativa que pode viabilizar mais decisão junto a outros profissionais.

Em seu estudo, Ferreira *et al.* (2005) definem que a participação da fisioterapia na saúde coletiva estabelece-se em uma cooperação imperativa, que pode viabilizar mais decisão em conjunto com outros profissionais.

Pereira *et al.* (2004) e Tesserolli (2003) especificam que o fisioterapeuta deve ter a habilidade de adaptar ações e instrumentos terapêuticos de acordo com os recursos disponíveis na comunidade. O profissional fisioterapeuta na equipe de saúde da família realiza também atividades educativas, como palestras, em que necessita de habilidade em comunicação, além da necessidade de prover orientações diversas.

A atuação do fisioterapeuta nas UBS e nos domicílios vai além da atenção direta ao paciente, mantendo contato com a família, propondo a educação e capacitação dos

membros da família para os cuidados com o paciente (FELÍCIO *et al.*, 2005).

Hoje, a presença escassa do Fisioterapeuta no PSF é questionada. Sob o ponto de vista crítico, seria de suma importância a inserção deste profissional no programa, com o objetivo de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das diversas enfermidades. Esses profissionais devem se identificar com a proposta de trabalho do PSF, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupos, tendo cada um que conhecer os limites de competências e a responsabilidade operacional como profissional e sua inserção nas atividades da equipe (SOUZA e CARVALHO, 2003).

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

A proposta atual do Ministério da Saúde para a inserção do fisioterapeuta na estratégia Saúde da Família é que seja realizada através dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), criados pela Portaria nº 1.065/GM, de 4 de julho de 2005.

Contudo, considerando o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), a melhoria da qualidade e a resolubilidade da Atenção Básica, foi criado em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS n. 154, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência (BRASIL, 2008).

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as prá-

ticas em saúde nos territórios sob responsabilidade delas, agindo diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que o NASF está cadastrado (BARBOSA *et al.*, 2008; MONKEN e BARCELLOS, 2005; BRASIL, 2008).

De acordo com Brandão *et al.* (2008) o NASF mostra-se como sendo o espaço ideal para a inserção da Fisioterapia na Atenção Básica principalmente por considerar o usuário na sua integralidade, envolvendo questões relacionadas à saúde como moradia, saneamento básico, renda, lazer, acesso aos serviços de saúde. Este conceito não está limitado apenas à doença, mas sim à saúde e a qualidade de vida. Neto e Menezes (2000) afirmam que a operacionalização do NASF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos seus princípios e diretrizes fundamentais com o objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral.

É determinado que o NASF seja classificado em duas modalidades distintas (NASF 01 ou NASF 02), ficando vetada a implantação das duas modalidades no mesmo município. Assim, poderão compor o NASF 01: médico acupunturista, assistente social, professor de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional, podendo estes ser alocados de acordo com a necessidade do município. A regra é ter no mínimo cinco categorias profissionais em cada NASF 01. Já a modalidade NASF 02 pode ser composta por no mínimo três profissionais das seguintes categorias: assistente social, profissional da Educação Física,

farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sendo esta modalidade permitida apenas para municípios com menos de 100 mil habitantes ou que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado (BRASIL, 2008; CONASS, 2007).

Os profissionais que compõem as equipes do NASF preenchem seis categorias distintas, seguindo as normas da portaria: fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, nutricionista, preparador físico e psicólogo. Estas categorias foram escolhidas por causa da demanda reprimida de pacientes para essas áreas e pelos diversos agravos à saúde crônicos, incapacitantes e sociais dos territórios definidos no município (BARBOSA *et al.*, 2008).

Em consonância com a Portaria, estabeleceu-se que o NASF não é porta de entrada do serviço na rede, ficando como uma equipe integrada ao PSF, no qual serve de referência para os médicos, enfermeiros e odontólogos da unidade. Os demais profissionais da rede ficaram impossibilitados de encaminhar pacientes diretamente para as categorias profissionais do NASF sem que esse passe por uma consulta na ESF referente à sua área de abrangência (BARBOSA *et al.*, 2008).

A FISIOTERAPIA NA SAÚDE PÚBLICA

De acordo com Ribeiro (2002), o modo como o fisioterapeuta vem se inserindo na rede pública de saúde está ligado ao seu surgimento, pois teve início e evolução baseada na reabilitação. Assim, os serviços de fisioterapia acabaram sendo excluídos da rede básica, acarretando uma

grande dificuldade de acesso da população a esses serviços. Atualmente, o papel do fisioterapeuta está centrado em um profissional que se insira nos três níveis de atenção à saúde, inclusive na atenção básica, recuperando a funcionalidade e prevenindo disfunções cinético-funcionais.

Para a conquista desses saberes e práticas, o fisioterapeuta apresenta especificidades que podem vir a contribuir para enfrentar o desafio da integralidade do SUS como destaca Barros (2002, p. 9):

O Fisioterapeuta encontra-se, atualmente, reorientando a sua formação, com ética, competência técnica e maturidade social para o atendimento às demandas prioritárias em saúde da nossa população. As armas deste profissional são as próprias mãos, a inteligência, a emoção e a natureza, que se completam e se apóiam em estratégias técnico-científicas de educação, participação popular, prevenção, tratamento, desenvolvimento e recuperação da saúde através de diagnósticos funcionais, diagnósticos coletivos e sociais, abordagens corporais entre outras.

A partir do seu objeto de atuação – o movimento humano – a fisioterapia responde, com suas práticas, aos estudos epidemiológicos acerca dos fatores de risco para as doenças não transmissíveis. Dessa forma, o fisioterapeuta torna-se imprescindível em estimular a população a adotar modos de vida não sedentários, com o objetivo de prevenir doenças cardiovasculares e os agravos em decorrência de hipertensão arterial e diabetes mellitus (BRASIL, 2004).

Diante disto, as ações preventivas da fisioterapia podem colaborar para a redução do consumo de medicamentos, estimulando ações em grupos e a formação de redes de apoio social. Dessa forma, possibilitará a participação

ativa dos usuários do SUS na construção de projetos terapêuticos individuais e na identificação das práticas a serem desenvolvidas em determinada comunidade.

A população assistida e a Fisioterapia podem estar unidas na construção de uma política local inovadora e inclusiva, permitindo que a comunidade, mesmo diante de situações de agravo ou doença, possam manter a sua integridade funcional.

Assim, estabeleceu-se que o fisioterapeuta está apto a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em saúde pública, contribuindo com o planejamento, a investigação e os estudos epidemiológicos; participar de câmaras técnicas de padronização de procedimentos em saúde coletiva; avaliar a qualidade, a eficácia e os riscos à saúde decorrentes de equipamentos de uso fisioterapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, E. G. FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. *et al.* *Projeto do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família*. Secretaria Municipal de Saúde: Departamento de Atenção à Saúde. Governador Valadares: [s.n.], 2008.
- BARROS, FBM. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.
- BRANDÃO, A. C. S. *et al.* A fisioterapia na atenção básica: atuação com gestantes em caráter coletivo. *Revista Fisioterapia Brasil*, v. 9, n. 2, mar./abr. 2008.
- BRASIL, A. C. O. *et al.* O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. *RBPS*, 2005, v. 18, n. 1, p.3-6.

_____. Decreto-Lei nº 938. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1969, 14 out.

_____. Resolução COFFITO nº 08. Aprova as normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1978. 13 nov.

_____. Ministério da Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde, 8ª Conferência Nacional de Saúde/ Relatório Final-1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. Resolução COFFITO nº 80. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 08, relativa ao exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1987. 21 maio.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990.

_____. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. *Programa de Saúde da Família*. Brasil, Brasília, 2001.

_____. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS*. Brasília, 2004.

_____. *Núcleo de Saúde Integral*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção básica: saúde da família*. [site na Internet]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>.> Acesso em: 3 ago. 2006.

_____. *Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde-prósuaúde*. Brasília: MS; 2005.

_____. Ministério da Saúde. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica/Saúde da Família – Brasil 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria e estabelece os critérios para credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. 2008. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab> Acesso em: 7 out. 2007.

CARVALHO, B. G. MARTIN, G. B. CORDONI, JR. LA. Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. SOARES, D. A. CORDONI JR., L. A. (Org.). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL; 2001.

CONASS. Núcleos de apoio à saúde da família. 2007. Acesso em: 25 jul. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>.

COSTA, N.; MENEZES, M. *A implantação da unidade de saúde da família*. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. 2000.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

DOMINGUEZ, BNR. *O Programa de Saúde da Família – como fazer*. São Paulo: Parma; 1998.

FELÍCIO, D. N. L.; FRANCO, A. L. V.; TORQUATO. M. E. A. et al. *Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador*. *RBPS*, 2005, v. 18, n. 2, p. 64-69.

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário Eletrônico Aurélio*. Versão 5.11. Curitiba: Positivo Informática Ltda, 2004.

FERREIRA, F. N.; LEÃO I; SAQUETO. M. B; FERNANDES, M. H. *Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato*

de caso de uma paciente com AVE. *Rev. Saúde.Com*, 2005, v. 1, n. 1, p. 35-43.

GAVA, M, V. Retrospectiva da formação do fisioterapeuta no Brasil. In: GAVA, M, V. (Org.). *Fisioterapia: história, reflexões e perspectivas*. São Bernardo: Metodista; 2004. p.27-30.

GOMES R; SILVA. C. M. F. P; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Cien. Saude Colet*, 1999, v. 4, n. 1, p. 171-181.

MACIEL, R. V. *et al*. Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de fisioterapia. *Fisioterapia em Movimento* 2005, v. 18, n. 1, p. 11- 17.

MENDES E. C; MORAIS, M. I. D. M. O Papel do Fisioterapeuta em Saúde Pública no Século XXI – Uma Abordagem em Parasitologia. In: BARROS, F. B. M. (Org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

MONKEN, M. BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, 2005, v. 21, n. 3, p. 898-906.

NETO C.; MENEZES; M. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

PEREIRA, F. W. A. *et al*. A Inserção da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE. *Sonare*, Sobral, ano 5, n.1, p.93-100, fev./mar. 2004.

REBELATTO, J, R; BOTOMÉ, S. P. As alterações na concepção do objeto de trabalho em Fisioterapia em diferentes

momentos de sua constituição. In: _____. *Fisioterapia no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Manole; 1999. p. 31-32.

REZENDE, M; MOREIRA, M. R; FILHO, A. A; TAVARES, M. F. L. A equipe multiprofissional da Saúde da Família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciência & Saúde de Coletiva*, v. 14 (Supl.1), p.1403-1410, 2009.

RIBEIRO, KS. Q. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioterapia Brasil*, v. 3, n.5, p.311-318, 2002.

SILVA, D. W; TRELHA, C. S; ALMEIDA, M. J. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família. *Olho Mágico*, 2005, v. 12, n. 1, p. 15-19.

SOUZA, R. A; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudo Psicológico*, 2003, v. 8, n. 3, p. 515.

TESSEROLLI, S. L. *A inserção do fisioterapeuta no programa saúde da família*. Monografia (Especialização). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2003.

Universidade de Ribeirão Preto. *Histórico da fisioterapia no Brasil*. Disponível em: <http://fisioterapia.unaerp.br>>. Acesso em: out. 2006.

VEIGA, A. C; NEVES, C. A. S; MONTAGNA, P; KANDA, S. S; VALENÇA, S. S. Atuação do fisioterapeuta na unidade básica de saúde. *Fisioter. Bras.* 2004, v. 3, p. 246-49.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: World Health Organization; 1978.