

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANELISE POLIANA LISBOA

A INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
PONTA GROSSA-PR

PONTA GROSSA
2014

ANELISE POLIANA LISBOA

INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE
PONTA GROSSA-PR

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientador: Prof. Valéria Cabral Neves.

PONTA GROSSA
2014

RESUMO

Apesar do avanço nas ações de saúde, passando de um modelo curativo para um modelo assistencial, e as transformações do conceito de saúde, o fisioterapeuta ainda é visto como reabilitador, atuando apenas nos níveis secundário e terciário devido à falta de informação dos gestores, população e próprios profissionais quanto às potencialidades do fisioterapeuta, afastando-o das atividades preventivas. Entretanto, diversos estudos apontam inúmeros benefícios à população e à própria gestão quanto à sua atuação na rede básica, portanto, o objetivo deste trabalho foi identificar as possibilidades de inclusão deste profissional na atenção básica, através do Programa Saúde da Família, em Ponta Grossa/PR. Estudo do tipo descritivo de característica qualitativa, pois visa descrever a situação atual da saúde do município e identificar campos de atuação do fisioterapeuta, ressaltando os benefícios da sua inserção na atenção básica. Observou-se que, apesar da grande demanda e dos benefícios que poderia trazer a atuação da fisioterapia nas equipes de saúde, não há a inclusão deste profissional na atenção primária e nenhuma proposta futura. Entretanto, o município passa por um momento favorável de investimentos, e o momento é oportuno para que a gestão, juntamente com os profissionais, definam estratégias para a inserção de fisioterapeutas para atuar na prevenção e promoção à saúde, juntamente com as equipes de saúde, tendo em vista a grande demanda, de forma a garantir acesso a um atendimento de qualidade, diminuindo as filas em hospitais, internações, a mortalidade e morbidade, e consequentemente diminuindo gastos públicos e em contrapartida oferecendo um atendimento integral, em consonância com os princípios do SUS.

Palavras-chave: Fisioterapia, Atenção Básica, Programa Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	1
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO.....	3
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO	3
2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	4
3. METODOLOGIA	10
4. A ORGANIZAÇÃO	11
4.1 DESCRIÇÃO GERAL	11
4.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	12
5. PROPOSTA.....	13
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA	13
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO	14
5.3 RECURSOS	14
5.4 RESULTADOS ESPERADOS	15
5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO CORRETIVAS.....	15
6. CONCLUSÃO	16
7. REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação/Problemática

Através da Constituição de 1988 a saúde passou a ser entendida como direito social universal e dever do Estado, de forma que a criação de um Sistema Único de saúde (SUS) se deu seguindo as diretrizes de descentralização, integralidade e participação popular (Trelha, 2007). Segundo Ragasson (2004), a garantia de saúde para todos está relacionada à implementação do SUS e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. Neste contexto, o Programa Saúde da Família (PSF) estabeleceu-se como processo de priorização do SUS, com objetivo ampliar o acesso a atenção à saúde da família (Brasil, 2005; Delai e Wisniewski, 2011; Trelha, 2007).

O Ministério da Saúde (2001) destaca a importância de uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de atender diferentes demandas. Para a inserção de outros profissionais, Machado (2006) propõe a implantação dos Núcleos de Atenção Integral, dando autonomia aos municípios para a contratação de equipes multiprofissionais em apoio às equipes do PSF.

O fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância na atenção básica, como nas equipes de saúde da Família, porém, sua inserção se faz de forma lenta, sendo excluído por muito tempo da rede básica (Ribeiro, 2002; Trelha, 2007; Silva, 2005). Entretanto, diversos estudos apontam a importância deste profissional nas ações de prevenção e promoção à saúde e seus resultados positivos na qualidade de vida da população, diminuindo a demanda de atendimento em níveis de maior complexidade, reduzindo os gastos públicos e colaborando com a mudança do modelo assistencial (Castro, Cipriano e Martinho, 2006; Trelha, 2007), além de garantir o acesso da população com limitações e dificuldades de se locomover a uma unidade de saúde, por motivos físicos ou econômicos (Costa et al, 2009). Neste contexto, cabe ao fisioterapeuta, juntamente com a equipe e os gestores locais, planejar e desenvolver estratégias para contemplar ações de reabilitação, de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A atuação do fisioterapeuta no nível primário poderia fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para garantir a integralidade (Delai e Wisniewski, 2011; Harris et al, 2007).

Ponta Grossa passou por avanços e retrocessos quanto à organização do setor de saúde, sendo que só a partir da implementação do Programa de Saúde da Família em 2001 que o município vem se aproximando do modelo assistencial característico do SUS (Balestrin, 2008).

Atualmente, o município vive um momento de fortalecimento da atenção primária, através de investimentos e ações da atual gestão que priorizam a saúde básica e a prevenção, tendo como partida o Plano Municipal de Saúde, sendo este o momento ideal para discutir a importância da inserção do fisioterapeuta na atenção básica do município.

1.2 Objetivo Geral do trabalho

Identificar as potencialidades e possibilidades de atuação do fisioterapeuta no programa saúde da família no município de Ponta Grossa, apontando os benefícios gerados à população e à gestão da saúde municipal pela inserção deste profissional na atenção básica.

1.3 Justificativas do objetivo

Diversos estudos ressaltam a importância da inserção do fisioterapeuta na atenção básica, identificando como profissional essencial nas ações voltadas à promoção e prevenção da saúde juntamente com as equipes de saúde da família. Nos municípios em que já existe a participação deste profissional, os benefícios junto à população são evidentes, entretanto, por se tratar de ações recentes, pelo desconhecimento de gestores, profissionais e população em geral, muitas dificuldades são encontradas, sendo que, em muitos municípios, o serviço de fisioterapia no âmbito de saúde pública municipal, é ofertado apenas em clínicas particulares conveniadas com o SUS, enfatizando o modelo curativo e distanciando este profissional das ações preventivas, causando filas e demora na espera por atendimento, indo contra as diretrizes do SUS e dificultando o acesso da população a esse serviço de grande importância para a integralidade das ações em saúde.

2. Revisão teórico-empírica

A Constituição de 1988 transformou o conceito de saúde, sendo entendido, a partir de então, como direito social universal e como dever do Estado. Nesta perspectiva, foi criado um Sistema Único de saúde (SUS), organizado segundo as diretrizes de descentralização, a integralidade das ações e a participação popular (Trelha, 2007).

Em 1991 foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994 estabeleceu-se o Programa Saúde da Família (PSF), como processo de priorização do SUS, sendo de responsabilidade municipal e tendo como objetivo ampliar o acesso a atenção à saúde da família, melhorando a qualidade de atenção à população e garantindo a equidade os serviços básicos de saúde (Brasil, 2005).

O PSF surgiu propondo rever práticas, valores e conhecimentos, ampliando ações dos profissionais e aumentando as possibilidades de atuação, exigindo assim novas habilidades e aptidões (Delai e Wisniewski, 2011; Trelha, 2007). O programa é formado por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e cirurgião dentista. De acordo com a necessidade local outros profissionais podem ser incluídos (Trelha, 2007).

O Ministério da Saúde (2001) também destaca a importância das ações que interferem no processo saúde-doença serem realizadas por uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas, capazes de atender diferentes demandas.

Para Machado (2006), no desenho brasileiro de equipe mínima há sugestões que autorizam vários outros tipos de equipe desde que cumpram as diretrizes propostas pelo SUS. Machado (2006) reconhece a necessidade de outros profissionais e propõe a implantação dos Núcleos de Atenção Integral, aprovada na Comissão Intergestores Tripartite, propondo aos municípios a contratação de equipes multiprofissionais em apoio às equipes de Saúde da Família.

Neste contexto, as transformações do conceito de saúde, passando do modelo curativo e reabilitador para um modelo assistencial, de promoção e prevenção da saúde, com participação popular e interdisciplinariedade de diversos profissionais exigiu novas competências profissionais e com isso desencadeou a

criação de novas diretrizes curriculares para os cursos na área da saúde (Ragasson, 2004; Delai e Wisniewski, 2011).

Segundo Ragasson (2004), a garantia de saúde para todos, preconizada na Constituição Federal de 1988, está relacionada à implementação do SUS e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes. Torna-se evidente a necessidade do fisioterapeuta para que se possa efetivar um sistema de saúde universal, integral e equitativo, objetivando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a educação continuada e a participação popular (Ragasson, 2004).

A fisioterapia foi instituída no Brasil como profissão de nível superior em 1969, conquistando autonomia profissional, no entanto, sua atuação continua destinada às ações reabilitadoras devido à sua origem, decorrente das grandes guerras. No Brasil, a fisioterapia implantou-se como solução para os altos índices de acidentes de trabalho existentes (Trelha, 2007; Rebelatto e Botomé, 1999).

Rezende (2007) considera que a fisioterapia acompanhou as mudanças nos conceitos de saúde que impulsionaram a criação do SUS, ressaltando a mudança de objeto de estudo e trabalho, através da Resolução COFFITO nº 80 de 1987, passando então a focar o movimento humano em si e todas as suas formas de expressão e potencialidades.

Para entender o papel da fisioterapia é necessário conhecer o perfil epidemiológico da população, ou seja, as principais causas de morbidade e mortalidade da população (Bispo Junior, 2010).

No Brasil, no decorrer do século XX pode-se observar a mudança no perfil da mortalidade da população, com diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e aumento dos óbitos por doenças do aparelho circulatório, doenças neoplásicas e por causas externas (Bispo Junior, 2010).

As mudanças no perfil epidemiológico e as transformações no sistema de saúde no país impõem novos desafios e responsabilidades aos fisioterapeutas.

O fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância na atenção básica, como nas equipes de saúde da Família, entretanto, sua inserção se faz de forma lenta em um constante processo em construção, devido principalmente à criação da profissão, e essa conceitualização excluiu por muito tempo os serviços da fisioterapia da rede básica, acarretando grande dificuldade de acesso a esse serviço pela população e impedindo o profissional de atuar na atenção primária (Ribeiro, 2002; Trelha, 2007; Silva, 2005).

Diversos estudos apontam a importância deste profissional nas ações de prevenção e promoção à saúde e seus resultados positivos na qualidade de vida da população, diminuindo a demanda de atendimento em níveis de maior complexidade, reduzindo os gastos públicos e colaborando com a mudança do modelo assistencial (Castro, Cipriano e Martinho, 2006; Trelha, 2007). Outro benefício a se considerar é o atendimento domiciliar, garantindo o acesso da população mais carente aos serviços de fisioterapia, como pacientes com dificuldade de se locomover a uma unidade de saúde, por motivos físicos ou econômicos (Costa et al, 2009).

Em Londrina, os agentes comunitários mapearam a região e constataram grande demanda de pacientes, principalmente acamados, surgindo a necessidade de um profissional que atendesse essa demanda. Em 2002, o fisioterapeuta foi incluído no PSF da cidade, iniciando o atendimento com os pacientes acamados e ampliando a grupos específicos como hipertensos, diabéticos, asmáticos e gestantes, para prevenção e promoção à saúde (Trelha, 2007).

Segundo Trelha (2007), os atendimentos fisioterápicos em Londrina são realizados de forma individual e em grupo e por meio de visitas domiciliares, através de encaminhamento médico ou por triagem feita por enfermeiros e ACS da equipe, e aqueles que necessitam de atendimento mais especializado são encaminhados a outros serviços.

Os fisioterapeutas incluídos no PSF de Londrina trabalhavam 30 horas semanais, com uma média de atendimento diário de 17 pacientes cada, com duração de 20 a 30 minutos. A ação educativa e preventiva se dava por meio de palestras e há convênios com universidades para o atendimento à população através de estágios supervisionados (Trelha, 2007).

Delai e Wisniewski (2011) ainda destaca um aspecto de interesse dos gestores quanto ao retorno de recursos que o serviço traria através da incorporação do fisioterapeuta no PSF, em adequação às Normas Operacionais Básicas (NOBs). Dessa forma, os municípios usufruem dos recursos federais, no nível local, pela produção apresentada.

Entretanto, Bispo Junior (2010) destaca que os profissionais enfrentarão dificuldades para atuação na atenção básica, como a grande demanda por assistência em reabilitação e a dificuldade de acesso da população. Cabendo ao fisioterapeuta, juntamente com a equipe e os gestores locais, planejar e desenvolver

estratégias para contemplar ações de reabilitação, de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Brasil (2005) relata a estrutura da fisioterapia no PSF no município de Sobral no Ceará, dividida em macro e microáreas, cada um com um nível de atenção mais direcionado, mas ainda sem incluir os atendimentos individuais na unidade e domiciliares. Aponta também que este profissional enfrenta dificuldades em sua prática diária, como número insuficientes de profissionais, falta de recursos físicos e materiais e desconhecimento da população e dos gestores quanto às funções desenvolvidas pelo fisioterapeuta, sendo visto ainda como reabilitador, curativo, advindo do processo histórico da criação do curso e de sua formação acadêmica.

Ainda em sua pesquisa, Brasil (2005) enfatiza a importância do trabalho preventivo do fisioterapeuta, revelando que sua atuação gera satisfação da população e se traduz em um novo modelo de atenção que privilegia a promoção, prevenção e recuperação da saúde coletiva.

Os municípios encontram dificuldades para garantir o acesso da população a outros níveis de atenção, como também no estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência. Neste contexto, a atuação do fisioterapeuta no nível primário poderia fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para garantir a integralidade (Delai e Wisniewski, 2011; Harris et al, 2007).

Delai e Wisniewski (2011) em seu estudo para mapear a inserção do fisioterapeuta no PSF dos municípios da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, constatou que nenhum fisioterapeuta está inserido no PSF e que muitos municípios não disponibilizam o serviço e quem necessita tem que se deslocar ao Centro de Referência na cidade-sede da CRS em questão, tornando muitas vezes o tratamento inviável, indo contra os princípios do SUS.

Na medida em que a fisioterapia se tornou mais conhecida e ampliaram as áreas de intervenção, houve um aumento da demanda, porém a oferta não acompanhou o crescimento na mesma proporção. O atendimento restrito vem ocasionando uma demanda reprimida, gerando listas de espera nas quais as pessoas aguardam durante meses por atendimento. Outra dificuldade no acesso é o deslocamento dos usuários para esses serviços, tanto em função das limitações físicas como também econômicas (Ribeiro, 2002).

Em cidades onde o fisioterapeuta atua nas unidades básicas de saúde (UBS) em conjunto com a Estratégia Saúde da Família (ESF), foram identificadas algumas dificuldades em sua atuação como: número insuficientes de profissionais e baixa carga horária que não atende à grande demanda, falta de espaço físico para atendimentos nas UBS, falta de materiais, desconhecimento por parte da população e dos gestores públicos sobre as competências deste profissional e falta de reconhecimento do fisioterapeuta em relação à atuação preventiva e participação tão importante quanto as demais profissões da área da saúde inseridas no PSF. (Brasil, 2005; Delai e Wisniewski, 2011).

Costa *et al* (2009), em seu estudo realizado no município de Maracanaú em Fortaleza-Ceará, identificou 51 equipes de saúde da família e apenas 3 fisioterapeutas para atender as 50.969 famílias cadastradas no PSF. Relatando ser um reflexo da pequena experiência na atenção primária, resultando em desconhecimento por parte de outros profissionais, gestores e pela própria população das possibilidades de atuação do fisioterapeuta (Viana, 2003).

Dentro de uma equipe interdisciplinar, o fisioterapeuta pode desenvolver atividades em todos os níveis de atenção, entretanto sua função é pouco divulgada. Experiências em algumas regiões do país evidenciam que a inserção deste profissional no PSF desenvolve e enriquece os cuidados de saúde da população (Brasil, 2005).

Observa-se na atuação do fisioterapeuta no PSF um maior percentual de ações voltadas à promoção e prevenção à saúde, na realização de atendimentos em grupos de gestantes, pacientes acometidos por hanseníase, grupo de idosos, crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, nas doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), crianças em idade escolar, doentes crônicos, pacientes acamados, entre outros. (Barros, 2002; Brasil, 2005).

Na pesquisa de Costa *et al* (2009), os diagnósticos mais frequentes no atendimento do fisioterapeuta foram diabetes, seqüela de doença vascular cerebral, hipertensão, traumatismo crânio-encefálico, compressão medular com tetraparesia e Alzheimer.

A falta de fisioterapeutas atuando na atenção básica e mais especificamente nas equipes do PSF pode estar vinculada ao desconhecimento por parte dos gestores da competência destes profissionais, a falta de representatividade pelo Conselho de classe e Conselho Intergestores Tripartite para divulgar o interesse

dos profissionais em fazerem parte das equipes, falta de conhecimento por parte dos próprios profissionais no que diz respeito à sua atuação nas unidades básicas de saúde, devido à sua própria formação, vontade política, ou mesmo a falta de divulgação para a população das ações da fisioterapia de promoção e prevenção à saúde, tendo em vista que este profissional é ainda visto como atuante apenas na reabilitação (Delai e Wisniewski, 2011; Trelha, 2007).

Segundo Trelha *et al* (2002), o desenvolvimento de políticas de saúde que insiram e valorizem o trabalho do fisioterapeuta dentro das equipes de saúde são necessárias para integrar o profissional à comunidade.

O Projeto de Lei nº 4261/2004 inclui os profissionais de fisioterapia no PSF, porém, a forma de inserção encontra-se indefinida, uma tentativa do Ministério da Saúde são os Núcleos de saúde Integral (NSI), compostos por três modalidades: atividade física e saúde, saúde mental e reabilitação, oferecendo apoio de maior complexidade às equipes de saúde da família, criando uma rede de referência e contra referência dos atendimentos prestados (Silva e Da Ros, 2007; Rodrigues, 2008).

3. Metodologia

Levantar e descrever a atual organização de saúde em Ponta Grossa. Para tal foram utilizados dados municipais sobre saúde do município disponíveis nos sites da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde, DATASUS e COFFITO. Verificar por meio destes dados as possibilidades de inclusão do fisioterapeuta, seus benefícios para a população e gestão.

4. A Organização

4.1 Descrição geral

De acordo com dados do Ministério da Saúde referentes a julho de 2013, Ponta Grossa possui 317.339 habitantes, sendo que 44% da população (aproximadamente 140 mil pessoas) estão cadastradas no programa saúde da família. A cidade conta com 53 unidades básicas de saúde e 41 equipes de saúde da família. Ponta Grossa possui 376 fisioterapeutas, de acordo com o CREFITO, e 90 clínicas (dados atualizados em 25/09/13).

As equipes do Programa em Ponta Grossa são formadas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, zeladores e agentes comunitários de saúde que possuem rotina de atendimento de gestantes, diabéticos, hipertensos, idosos, visitas domiciliares, além de atendimentos domiciliares e consultas marcadas.

A organização do setor de saúde de Ponta Grossa próximo do modelo assistencial instituído com o SUS começou a ter a atenção da administração apenas em 2001, quando foi implantado o PSF com progressiva ampliação até 2004 (Balestrin, 2008). Na administração seguinte a rede hospitalar teve maior destaque nos investimentos e as equipes do PSF sofreram alterações, como a retirada dos assistentes sociais e farmacêuticos.

Em 1991 foi criado o Conselho Municipal de Saúde, mas a participação da população ainda não era efetiva, sendo mais expressiva a partir de 2001 com a criação dos Conselhos Locais de Saúde e também o Conselho Municipal deixou de ser presidido pelo Secretário Municipal de Saúde.

Segundo Balestrin (2008), no município de Ponta Grossa, em relação aos princípios do SUS, percebe-se momentos de avanços e de retrocessos, como na troca das administrações 1985/1988 para a administração 1989/1992, quando as ações em saúde comunitária foram interrompidas para privilegiar ações mais centradas na medicina curativa. Como também na troca da administração 2001/2004 que privilegiava investimentos em atenção básica para a administração 2005/2008 que tornou a investir na rede hospitalar, privilegiando a saúde curativa (Balestrin, 2008).

A partir do Plano Municipal de Saúde, divulgado no início deste ano, a atual gestão da cidade assumiu compromisso em investir em atenção básica, objetivando o investimento em unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, a ampliação do PSF, do quadro de funcionários e capacitação. Está previsto a contratação de profissionais para o Hospital da Criança, incluindo fisioterapeutas, e implantação de Núcleo de Atenção em Saúde da Família para o ano de 2014.

4.2 Diagnóstico da situação-problema

Na cidade de Ponta Grossa, os serviços de fisioterapia realizados pelo SUS são prestados através de clínicas particulares conveniadas, onde há a necessidade de um encaminhamento através de consulta médica, este paciente então se dirige a uma unidade básica de saúde, onde ele entra numa fila e aguarda sua vez, podendo esperar meses pelo atendimento.

As unidades de saúde direcionam suas ações preventivas a grupos específicos dependendo das necessidades locais, pode-se observar que grande parte atende pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes, além de gestantes e idosos.

A maioria das mortes em Ponta Grossa ocorre devido a doenças cardiovasculares, além de que 20% dos internamentos são por falta de atenção básica a pacientes com doenças crônicas.

5. Proposta

5.1 Desenvolvimento da proposta

Este trabalho visa demonstrar a importância da inserção do fisioterapeuta na atenção básica para o município de Ponta Grossa, tendo em vista a dificuldade de acesso da população a esse serviço. Este profissional deve atuar nas Unidades Básicas de Saúde em parceria com as equipes do PSF, com atendimentos domiciliares e em grupo.

A fisioterapia possui a facilidade de que a falta de materiais e espaço físico não impedem sua atuação, sendo o profissional a chave para um atendimento de qualidade, portanto, apesar de recursos materiais e físicos facilitarem seu trabalho, um alto investimento em infraestrutura não é necessário.

Ponta Grossa possui número suficiente de profissionais para atender à população, bem como recursos necessários para contratação, sendo que, em relatório divulgado pela Prefeitura de Ponta Grossa, através da Secretaria de Saúde, houve aumento do investimento na atenção básica em relação à 2012, sendo que em 2014 a Secretaria receberá maior aporte financeiro para melhorar o atendimento atenção básica, com o intuito de reduzir complicações e filas em hospitais, fortalecendo o setor de saúde básica de forma que os hospitais atuem apenas na resolução de problemas emergenciais ou urgentes, já que o primeiro atendimento, com consultas e acompanhamento para evitar agravamentos é incumbência das unidades de saúde.

Neste contexto, a inserção do fisioterapeuta nas equipes de saúde da família de Ponta Grossa tende a favorecer o alcance dos objetivos propostos pela gestão municipal, facilitando o acesso da população, auxiliando na elaboração de programas de prevenção e promoção da saúde, sendo inclusive uma área rica para acadêmicos realizarem seus estágios, através de parcerias, colaborando também para a formação de futuros profissionais.

5.2 Plano de implantação

Inicialmente deve ser realizado um levantamento da demanda em potencial, através da análise de dados coletados dos cadastros das famílias do PSF e da demanda espontânea da unidade de saúde, para identificar número de pacientes acamados, com limitações físicas, com doenças crônicas, idosos, gestantes, entre outros, para direcionar os trabalhos de prevenção e promoção no atendimento coletivo e os atendimentos individuais em domicílio.

Tendo o número de pacientes a serem atendidos pode-se distribuir corretamente a quantidade de profissionais e a carga horária a ser definida para determinada demanda em cada bairro.

Os fisioterapeutas devem atuar juntamente com a equipe de saúde da família, através de encaminhamento médico ou mesmo por triagem da enfermagem e ACS.

Com a implantação de Núcleo de Atenção em Saúde da Família proposta no Plano Municipal de Saúde, poderá ser criado um sistema de referência e contra-referência, para que se tenha um atendimento mais especializado em casos complexos.

5.3 Recursos

Deverá haver a contratação de fisioterapeutas, por meio de concurso em número adequado para atender a demanda. A gestão municipal já está planejando a contratação de profissionais para atuar nas equipes de saúde da família e de fisioterapeutas em nível hospitalar. Ampliar esta contratação para as unidades de saúde fortalece as ações que visam priorizar a atenção básica, reduzindo filas em hospitais, internamentos e taxas de mortalidade e morbidade, e conseqüentemente, diminuindo os gastos públicos.

Os atendimentos poderão ser realizados em domicílio e em lugares públicos, como praças, associações, entre outros, sem a necessidade de estruturar um espaço físico específico de início.

5.4 Resultados esperados

Através da inserção do fisioterapeuta na atenção básica do município buscase maior integralidade das ações de saúde, aumentando a resolutividade do atendimento primário, voltado à prevenção e promoção, de forma a trazer maior qualidade à população e diminuindo o número de atendimentos nos níveis mais complexos. Pesquisas voltadas para a satisfação da população e controle dos índices de internamentos, de mortalidade e morbidade, podem ser úteis para monitorar a eficácia das ações de fisioterapia.

5.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo corretivas

Tendo como base dados de outros municípios que já disponibilizam os serviços de fisioterapia na rede básica, podem ocorrer dificuldades no atendimento deste usuário. Geralmente estas deficiências ocorrem devido à grande demanda, falta de recursos físicos e materiais e a falta de conhecimento de gestores e da população. Além disso, ocorre também a desinformação quanto às ações preventivas que podem ser desenvolvidas por este profissional. Para que tal fato não ocorra, é necessário um estudo aprofundado das possibilidades de inserção do fisioterapeuta na atenção básica pela gestão municipal, tomando conhecimento de todas as suas potencialidades, buscando, juntamente com os profissionais e órgãos de classe, dar condições para este profissional atuar tanto na reabilitação, como na prevenção e promoção da saúde, através da elaboração de programas.

A informação à população também é necessária, bem como, um estudo do número ideal de profissionais e a adequada carga horária para atender toda esta população. Dominguez (1998) ressalta que a recomendação na abrangência da unidade básica seja de 600 a 1000 famílias por equipe ou no máximo, 4500 habitantes, sendo assim, um fisioterapeuta não pode ficar responsável por um número muito elevado de famílias, com o risco de diminuir a qualidade do atendimento, sobrecarregar o profissional e dificultar o acesso a este serviço.

Assim, o município disponibilizará de atendimento de qualidade à população, explorando todas as potencialidades deste profissional e contribuindo para a integralidade das ações em saúde no município.

6. Conclusão

Tendo em vista a experiência de outras cidades, a contratação de fisioterapeutas para atuar no núcleo de atenção no município, e não apenas em hospital, mostra-se viável à gestão diante dos expostos neste trabalho, sendo passo inicial para a inclusão destes profissionais nas equipes de saúde da família atuantes nas unidades básicas, de forma a garantir à população um atendimento de qualidade em consonância com os princípios de integralidade, universalidade e equidade que norteiam a implementação do SUS.

Sabe-se que o processo de inclusão do fisioterapeuta na atenção básica é recente e muitas dificuldades ainda serão encontradas, entretanto, sua atuação quanto à melhoria da qualidade do atendimento preventivo e de promoção à saúde são indiscutíveis. Com o tempo, por meio de experiências e diálogo entre profissionais e gestores, haverá adequação quanto aos serviços prestados e as necessidades da população, entretanto, o passo inicial deve ser dado.

Apesar de muito de discutir sobre a inserção do fisioterapeuta, ainda há um longo caminho a percorrer. Conforme destaca Rodrigues (2008): “as complexidades e os desafios que emergem da aproximação da Fisioterapia e das Políticas de Saúde nas práticas cotidianas ainda que tardia, é absolutamente necessária”.

Portanto, este projeto pretende ampliar a discussão sobre o tema, buscando gerar discussões sobre as potencialidades do fisioterapeuta e as possibilidades no município de Ponta Grossa. Mesmo após a inserção deste profissionais, os estudos devem continuar a ser realizados, objetivando a prestação de atendimento de qualidade à população.

7. REFERÊNCIAS

BALESTRIN, M.F.;BARROS, S.A.B. A política de saúde no município de Ponta Grossa-PR a partir da constitucionalização do SUS. Emancipação, Ponta Grossa, 8(1): 105-117, 2008. <<http://www.uepg.br/emancipacao>> acesso em 30/09/13.

BARROS, F.B.M. (org). O Fisioterapeuta na Saúde da População: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

BISPO Jr, J.P. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciência e Saúde Coletiva,15(Supl 1): 1627-1636, 2010.

BRASIL, A.C.O et al. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. Revista Brasileira em Promoção da Saúde (UNIFOR), Fortaleza, v. 18, n.1, p. 3-6, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CASTRO, S.S.;CIPRIANO Jr, G.;MARTINHO, A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. Fisioter Mov. 2006;19(4):55-62.

COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional), 1987. Resolução nº 80, de 09 de maio. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO nº 37, relativa ao registro de empresas nos conselhos regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, nº 093, Seção I, Pág. 7609.

COSTA, J.L. et al. A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. Revista Ciência e Saúde, Porto Alegre, v.2, n.1, p.2-7, 2009.

DELAI, K.D.S.; WISNIEWSKI, M.S.W. Inserção do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, 16(supl. 1):1515-1523,2001.

DOMINGUEZ, B.N.R. Programa de Saúde da Família: como fazer. São Paulo: Parma, 1998.

HARRIS, M. et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. Rev. Panam. Salud Públ. / Pan Am. J. Public Health 2007; 21(2/3):96-10.

MACHADO, K. Equipe mínima, dilemas e respostas. Radis 2006; 51:8-10.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA. Atenção Básica é Prioridade para a Secretaria Municipal de Saúde. Publicado por Imprensa em Quinta-feira – 11/04/2013. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/14331>> acesso em 03/10/13.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA. Saúde: Prefeitura dará Prioridade a Atenção Básica. Publicado por Imprensa em terça-feira – 05/02/2013. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/node/14007>> acesso em 07/10/13.

RAGASSON, C.A.P. et al. Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir da Prática Profissional [monografia online]. Cascavel; Unioeste. [citado 2004 Abr 10]. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoespsf.rtf>> acesso em 25/09/2013.

REBELATTO, J.R.;BOTOMÉ, S.P. Fisioterapia no Brasil – Fundamentos para uma Ação Preventiva e Perspectivas Profissionais. 2ed. São Paulo: Manole Ltda; 1999.

REZENDE, M. Avaliação da Inserção do Fisioterapeuta na Saúde da Família de Macaé/RJ: A Contribuição deste Profissional para a Acessibilidade da População Idosa às Ações de Saúde da Equipe. Um Estudo de Caso. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

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

RODRIGUES, R.M. A Fisioterapia no Contexto da Política de Saúde no Brasil: Aproximações e Desafios. Perspectivas Online (Campos dos Goitacazes), v. 02, p. 104-109, 2008.

SILVA, D.J. e DA ROS, M.A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Ciência e Saúde Coletiva, 12(6):1673-1681, 2007.

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

TRELHA, C.S. *et al.* O processo de trabalho do profissional fisioterapeuta. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v.4, n.1, p. 15-21, 2002.

TRELHA, C.S. *et al.* O Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v.8, n.2, p.20-25, 2007.

VIANA, S.O. *et al.* Fisioterapia na Atenção Primária: uma experiência de integração entre ensino, serviço de saúde e assistência à comunidade. *Ver Bras Fisioter.* 2003;7(2):159-65.