

Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a fisioterapia na atenção primária

Lícia Assunção Cogo* Caroline Silva de Freitas** Joane Severo
Ribeiro*** Maria Saleti Lock Vogt**** Silvana Basso Miolo*****

Resumo: A inserção do fisioterapeuta na atenção primária à saúde é um processo em construção, e tem-se no trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) um canal para que isto ocorra, pois este estabelece um elo entre a Fisioterapia e a comunidade, verificando necessidades de vida diária dos indivíduos. Avaliou-se a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a fisioterapia na atenção primária, com o objetivo de explorar a compreensão dos ACS sobre as possibilidades de atuação da fisioterapia na atenção primária para ampliar a atuação fisioterapêutica na atenção básica, e ampliar a interação entre estas profissões. Participaram como sujeitos, 11 ACS pertencentes a três Unidades de Saúde de Santa Maria/RS, estas acolhem ações do Projeto PET-Saúde UFSM/UNIFRA. Utilizou-se um questionário composto de dois blocos, o primeiro com cinco questões fechadas de identificação geral, o segundo com três questões abertas de ordem ocupacional. Conclui-se que a integração com os agentes representa uma possibilidade importante e viável para potencializar as ações fisioterapêuticas na atenção básica.

Descritores: Fisioterapia, Agente Comunitário de Saúde, Atenção primária

Community health agents' perception on Physiotherapy in primary care

Abstract: The physiotherapist's insertion in primary health care is an ongoing process, and in the community health agent's (CHA) work is the key piece for this to occur, since the CHA establishes a link between Physiotherapy and the community, verifying daily life's needs of the individuals. Community health agents' perception on physiotherapy in primary care was evaluated, with the objective of exploring CHAs' comprehension on the possibilities of physiotherapy's performance in primary care to expand physiotherapy performance in primary care, and increase the interaction between these professions. Eleven (11) CHAs, who belong to three Health Units of Santa Maria/RS, participated in this study as subjects. The Health Units receive actions from PET Project – Health UFSM/UNIFRA. A questionnaire composed by two blocks was used. The first block consisted in five closed questions of general identification, and the second in three open questions of occupational order. It was concluded that the integration with the agents represents an important and viable possibility to potentiate physiotherapy's actions in primary health care.

Descriptors: Physiotherapy, Community Health Agent, Primary Care

*Mestre Distúrbio da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

**Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

***Mestranda em Ciências da Reabilitação na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

****Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Brasília (UNB), Brasília, DF, Brasil

*****Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução

De acordo com a Declaração de Alma-Ata de 1978¹, a Atenção Primária de Saúde (APS) é assistência sanitária posta ao alcance de todos, com sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou um Manual para a organização da Atenção Básica (AB), a fim de orientar a estruturação desta, e define: “Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”². Esse documento estabelece que a atenção deve estar baseada nos princípios do SUS: integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social³.

A Constituição Federal de 1988⁴ preconiza a garantia de saúde para todos, diretamente relacionada à implantação do SUS e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes por todos os profissionais e órgãos envolvidos. Neste cenário o fisioterapeuta tem um espaço e papel a desempenhar para a efetivação de um sistema de saúde universal e equitativo, objetivando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a educação continuada e a participação popular. Muito embora a lógica reabilitadora da profissão durante muito tempo excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, dificultando o acesso da população³.

As Diretrizes Curriculares Nacionais⁵, para os cursos de graduação em saúde, situam-se no conjunto de mudanças no sistema de saúde que passaram a exigir um perfil diferenciado dos profissionais. Estes devem ser capazes de trabalhar em equipe, incorporar uma visão epidemiológica e valorizar a participação social da comunidade. Para integrar aos princípios propostos pelo SUS, a Fisioterapia, com base nas orientações das DCN, deve formar profissionais capacitados a lidar com promoção de saúde e prevenção de doenças, além da assistência curativa e reabilitadora.

Com o objetivo de avançar na reorganização da AB, em sintonia com os preceitos do SUS, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, e a partir da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006⁶, passa a ser considerado não mais um programa e sim como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O fisioterapeuta não faz parte da equipe básica da ESF, porém está inserido na AB fazendo parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pela Portaria nº1065, de 04 de julho de 2005⁷. Este acompanhamento é feito não apenas para uma unidade, o que dificulta o vínculo do profissional com a comunidade e com a equipe.

O trabalho na equipe de Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os profissionais de saúde e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). De acordo com Silva e Dalmaso⁸, a ideia que apoia a inserção do ACS nas equipes envolve um conceito que o agente é o ser que estabelece o elo entre a comunidade e o sistema de saúde. É o contato preferencial dos usuários com o sistema².

Um conjunto de documentos normatiza a integração do ACS no SUS: a Portaria nº 1.886/1997⁹ aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário e do PSF, o Decreto nº 3.189/1999¹⁰ fixou as diretrizes para o exercício da atividade, a Lei nº 10.507/2002¹¹ (revogada) instituiu a profissão de ACS e a Lei nº 11.350/2006¹² que regulamenta a profissão. A esse profissional cabe realizar atividades, individuais ou

coletivas, de prevenção de doenças e promoção da saúde sob a supervisão do gestor local do SUS, que compreende a Secretaria Municipal de Saúde.

Os agentes são considerados a mola propulsora para a consolidação do SUS, eles conhecem as necessidades, pois, como residem na sua área de atuação, convivem com o dia-a-dia do povo, compartilham os mesmos anseios e possuem semelhantes características socioculturais. Eles são uma ponte de ligação entre a população e o serviço de saúde⁸. Podem estar vinculados por duas situações distintas em relação à rede do SUS, ligados a uma UBS tradicional ou ligados a uma Unidade de Saúde da Família, como integrante da equipe de saúde.

O trabalho do agente é o ponto importante para que o profissional fisioterapeuta possa atuar na atenção primária. Quando esse profissional, que está em contato direto com os usuários, se depara com a realidade verificando as necessidades de vida diária e as limitações daqueles, ele tem condições de identificar demandas de saúde em que a Fisioterapia poderá auxiliar. Assim, o mesmo tem a possibilidade de apresentar demandas à equipe para efetuar os encaminhamentos necessários. Fato este confirmado através de pesquisa realizada em 2010, que identificou o ACS como sendo o maior levantador de demanda para a atuação fisioterapêutica na AB¹³.

Historicamente, a atuação do fisioterapeuta era entendida como assistência curativo-reabilitadora, de atenção terciária, na concepção dos autores, porém, sabe-se que estando inserido na APS reveste-se de grande valia para ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde¹⁴.

Mendes e Teixeira¹⁵ realizaram um trabalho sobre a atuação do fisioterapeuta no NASF. Estes concluíram que após a inclusão do fisioterapeuta houve uma mudança no olhar sobre a fisioterapia ampliando o campo de ação da visão reabilitadora para as áreas de prevenção, promoção e educação em saúde. Tal estudo vem a colaborar com a mudança de concepção sobre a fisioterapia.

Atualmente, o fisioterapeuta deve integrar a equipe de saúde, cuja formação científica habilita-o a atuar desenvolvendo ações não só de tratamento e reabilitação, mas também de prevenção e avaliação, utilizando nessas ações, programas de orientações e promoção da saúde, além do uso dos tradicionais agentes físicos¹⁶. Essa compreensão da ação profissional em fisioterapia está expressa também no dizer de Ragasson et al.¹⁷, que a fisioterapia apresenta uma missão primordial de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem, na promoção e na educação em saúde e no atendimento domiciliar.

Diversos trabalhos vêm ressaltando a importância da visão preventiva da fisioterapia e de sua inserção na atenção básica, tanto do ponto de vista acadêmico como profissional¹⁸⁻²¹.

Atuar na APS requer do profissional a compreensão de que as ações específicas de uma única profissão já não são suficientes para dar conta dos problemas que comprometem a saúde das coletividades, mesmo que se trabalhe em uma perspectiva interdisciplinar²². Tanto o ACS quanto o fisioterapeuta são profissionais importantes na composição de uma equipe de saúde na AB, pois tais profissionais contribuem para a qualificação das ações de saúde junto com a comunidade e para a efetividade de um sistema de saúde universal, integral e equitativo¹³.

Atuar tendo como meta a promoção e a manutenção da saúde é uma opção que traz implicações de ordem social, econômica e política, uma vez que promover e manter saúde pressupõe assegurar moradia, emprego, alimentação, lazer, alterar as relações de trabalho e enfrentar as opressões que marcam nossa sociedade. Isto extrapola a capacidade de um profissional resolver a complexidade de um problema/situação através de ações individuais e, exige do profissional um envolvimento coletivo com a população e com outros profissionais da equipe²².

O objetivo geral deste estudo foi explorar a compreensão dos ACS, pertencentes à área de abrangência do Projeto PET-Saúde UFSM/UNIFRA/2009*, sobre as possibilidades de atuação da Fisioterapia na Atenção Primária para ampliar a atuação fisioterapêutica na atenção básica, e ampliar a interação entre estas profissões.

*PET- Saúde UFSM/UNIFRA/2009 é um programa do Ministério da Saúde desenvolvido para a realização da inserção de acadêmicos dos cursos da área da saúde em equipe multiprofissional da Atenção Básica, bem como a realização de pesquisas neste meio. O projeto foi desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Maria em parceria com o Centro Universitário Franciscano na Rede Básica de Saúde no Município de Santa Maria-RS, em 2009.

Metodologia

Este estudo é uma pesquisa do tipo descritiva que, segundo Leopardi²³, caracteriza-se pela necessidade de informações sobre uma situação desconhecida. Participaram como sujeitos, 11 ACS pertencentes as três Unidades de Saúde da região centro-leste de Santa Maria/RS, que acolhem ações do Projeto PET Saúde UFSM/UNIFRA.

Os dados foram coletados por questionário (em anexo 1) composto por dois blocos de perguntas. O primeiro com cinco questões fechadas de identificação geral e o segundo com três questões abertas de ordem ocupacional. Essas solicitavam sobre o conhecimento do ACS sobre a Fisioterapia, a atuação do Fisioterapeuta na AB e o seu contato com a Fisioterapia. Em uma reunião da equipe de saúde das unidades participantes foi explicado o objetivo da pesquisa e realizada a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido, aos voluntários que aceitavam participar da pesquisa foi distribuído o questionário, o qual deveria ser preenchido e devolvido as pesquisadoras. Os dados foram analisados de forma quantitativa para o primeiro bloco e qualitativamente para as questões seguintes.

A análise quantitativa foi realizada através da média aritmética par os dados idade e tempo de serviço e porcentagem quanto ao grau de instrução. Com relação aos dados qualitativos foi realizado levantamento de toda semelhança entre as respostas e categorizadas.

A seleção dos trechos foi realizada conforme a relevância das informações. As categorias das questões foram interpretadas e confrontadas com a literatura²⁴. Para a preservação da identidade dos sujeitos, os mesmos foram identificados através de números.

A pesquisa foi desenvolvida em observância da resolução 196/96 do Ministério da Saúde²⁵. Integraram o estudo os sujeitos que aceitaram e concordaram mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob o número de CAEE 0211.0.243.000-09.

Resultado e Discussão

Os dados de identificação definem um perfil dos participantes, estes expressam que a totalidade dos participantes são mulheres. A maioria encontra-se na faixa etária dos 40 a 50 anos (54,54%), entretanto na faixa dos 20 a 40 anos encontrou-se 36,36%, e apenas 9,1% tinham acima de 50 anos. A média do tempo de serviço foi de 5,36 anos. Com relação à escolaridade 54,54% das participantes cursaram o Ensino Médio Completo, 18,18% possuíam curso técnico e 27,27% concluíram o Ensino Superior. Outros estudos que envolveram a mesma categoria profissional corroboram com os resultados encontrados nesta pesquisa²⁶⁻²⁸. Tal fato demonstra que os sujeitos desta pesquisa possuem um considerável nível de escolaridade, bem como um tempo de serviço razoável na função, o que lhes permite uma compreensão sobre a área de saúde.

Apesar de a lei exigir apenas o ensino fundamental, os resultados do estudo denotam o empenho dos agentes em aprimorar seus estudos já que mais de 45% foram além do que é exigido. Contudo sobre esse aspecto Bornstein²⁹, investigou a percepção do ACS sobre a formação necessária para o cumprimento de suas atribuições dentro da equipe, constatou que para o agente comunitário o ensino fundamental seria suficiente, e que o bom desempenho profissional não estaria relacionado ao seu nível de formação, mas ao aprendizado adquirido no dia-a-dia de trabalho, considerando o conhecimento no contexto daquela população estudada.

Quanto ao conhecimento sobre o fazer da fisioterapia identifica-se que os resultados vêm ao encontro do senso comum presente no ideário histórico da profissão. Percebe-se que é recorrente o conceito de que a profissão está centrada no aspecto reabilitador, como pode se verificar nos seguintes dizeres:

“O profissional desenvolve atividades físicas com os pacientes que possuem algum problema na locomoção, articulações (...)” (sujeito 2).

“Ele ajuda a recuperação de lesões físicas pessoas de toda idade, deficientes, atletas, idosos, etc.” (sujeito 10).

“Serve para estimular os membros.” (sujeito 9)

Ao reportar-se sobre a história da profissão de fisioterapia no Brasil identifica-se a sintonia com estas concepções sobre o exercício profissional. O início da Fisioterapia tem como marco o período de 1950, devido a grande incidência da poliomielite havia muitos indivíduos portadores de sequelas motoras, que necessitavam da reabilitação para voltar à sociedade. Neste mesmo contexto, uma grande quantidade de pessoas era mutilada por acidentes de trabalho, o que demandava a uma expressiva faixa populacional a necessidade de reabilitação para reintegrar-se no sistema produtivo. Na década de 60, cria-se o curso superior de Fisioterapia, assim começam a surgir as primeiras definições sobre a atuação da fisioterapia, porém todas dão ênfase na reabilitação e também como ramo de trabalho e não como ciência³⁰.

Cardoso³¹ afirma que o fisioterapeuta até pouco tempo atrás apresentava pouco destaque profissional na APS, os currículos dos cursos existentes no Brasil priorizavam a ação curativa em detrimento do modelo assistencial vigente, dificultando de sobremaneira a inserção do fisioterapeuta na Saúde Pública. Neste contexto apresenta, também, que o conceito de saúde vem transformando-se ao longo das últimas décadas, principalmente, no tocante ao modelo de saúde adotado, passando de um modelo hospitalocêntrico, curativo e

reabilitador, para um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e principalmente contando com a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais da saúde. Neste sentido, entende-se saúde não como o avesso da doença, mas como a busca do equilíbrio do ser humano, devendo, portanto, romper os estreitos limites da assistência curativa.

Por outro lado, já aparecem algumas expressões que refletem a noção de promoção de saúde e prevenção como ações da Fisioterapia, conforme se observa a seguir:

“Realização de orientações nas residências das famílias (...)”(sujeito 5).

“ (...) grupos de Fisioterapia para a comunidade, projeto de caminhada (...)” (sujeito 4)

Nesta direção, Brasil et al.³² expressam que as atividades de fisioterapia na ESF são desenvolvidas no serviço de saúde e no domicílio, aí estão incluídas o reconhecimento da área descentralizada e das potencialidades da comunidade, atividades coletivas/grupais. O fisioterapeuta, também, pode abranger o seu trabalho nas áreas de saúde da mulher, do idoso e da criança e trabalhar na capacitação de cuidadores, com orientações sobre cuidados posturais e saúde em geral.

De acordo com Rezende et al.³³ muito além de tratar e reabilitar, o fisioterapeuta tem o dever de agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para que este possa exercer suas atividades laborativas e da vida diária da maneira mais completa possível.

Ao se explorar a respeito do trabalho do profissional fisioterapeuta dentro da equipe multiprofissional, observa-se a seguinte compreensão:

“... o profissional de Fisioterapia acaba sendo um parceiro para a saúde do paciente podendo ajudar a melhorar a qualidade de vida.” (sujeito 1)

Essa ideia se soma ao dizer de Pinho et al.³⁴, que dentre as atribuições do fisioterapeuta destaca a sua atuação multiprofissional e integral através de ações interdisciplinares e intersetoriais. Existe participação nas visitas e atendimentos domiciliares, grupos operativos, acolhimentos, reuniões, palestras e práticas educativas assim como na utilização de um sistema de referência e contra-referência que encaminha os pacientes a outras unidades do SUS, quando são exigidos tratamentos fisioterapêuticos de maior complexidade.

Loures e Silva¹³ identificaram uma interface entre as atuações do ACS e do fisioterapeuta, evidenciando que existe uma interação entre esses profissionais e uma relação de integração entre suas atividades, o que vem a fortalecer o trabalho em equipe dentro da atenção básica.

Resultados obtidos a partir de um estudo com profissionais de ensino superior da ESF pode identificar o reconhecimento da relevância da prática fisioterapêutica na atenção primária e o desejo das equipes de saúde acerca da inserção deste trabalhador em suas equipes de saúde. Este reconhecimento pode ser entendido como o compromisso das ESF em oferecer à população uma assistência cada vez mais direcionada à integralidade³⁵. Estes resultados vêm de encontro aos achados da presente pesquisa.

Com relação ao universo da atuação da Fisioterapia na Atenção Básica, o cunho reabilitador aparece com frequência nas possibilidades de trabalho com reabilitação de idosos, deficientes, acamados e atletas, de acordo com as citações a seguir:

“...atendimentos para participantes que estão enfermos...” (sujeito 1).

“Pela necessidade de pacientes acamados, que fazer reabilitação pós-cirúrgica, idosos, hipertensos e diabéticos...” (sujeito 2).

“...acamados...pessoas que possuem sequelas devido a traumas ou mal-formações.” (sujeito 9).

“...acamados, idosos e deficientes.” (sujeito 10)

Dentre as atuações da fisioterapia na atenção básica, Freitas³⁶ enfatizou que o atendimento domiciliar é uma característica comum e bastante presente, isto inclui o atendimento de acamados, observação recorrente nas falas dos profissionais entrevistados. Ragasson et al.¹⁷, Haas³⁷ e Ferreira et al.³⁸ concordam que é no domicílio que o profissional amplia suas fronteiras de intervenção, conhece o cotidiano familiar o que auxilia nas orientações sobre modificações ambientais e no uso de equipamentos adaptativos

A inserção do fisioterapeuta no universo da APS é um processo em construção, associado, principalmente a criação da profissão, cuja atuação se caracteriza, tradicionalmente, no âmbito da reabilitação, restringindo, portanto, a uma pequena parcela o seu objeto de trabalho, que consiste em tratar a doença e suas sequelas¹⁷.

Há percepções que avançam com um caráter mais de promoção e prevenção traduzindo-se em orientações aos usuários e grupos de exercício físico, como segue nos trechos abaixo:

“ Mais um profissional que vem a somar para a comunidade ser mais atendida porque com orientações primária os pacientes não precisam enfrentar espera na fila...” (sujeito 7).

“...prevenir...” (sujeito 1)

“...prevenção de doenças...grupos de alongamento e de orientação individual...” (sujeito 8).

De acordo com Loures e Silva¹³ é possível destacar que os profissionais atuam de forma interdisciplinar com a equipe de saúde da unidade e visam objetivos comuns: promoção da saúde, prevenção de doenças, contribuição para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e integralidade da assistência. Também possuem atuações semelhantes, como a visita domiciliar, ações educativas e orientações com abordagem individual e coletiva, realizadas nos domicílios e na comunidade. De acordo com Freitas³⁶, o fisioterapeuta também desempenha o papel de mediador entre o usuário e a equipe, o que reforça a característica da atenção básica.

Na última questão, onde se procurava saber se as ACS já haviam tido algum contato com a Fisioterapia na Atenção Básica, 100% das participantes responderam afirmativamente. A grande maioria já vivenciou atividades conjuntas com acadêmicos, residentes ou com um profissional contratado pelo município. No convívio com acadêmicos do estágio curricular, através de projetos e da inserção da Residência Multiprofissional e com outras atividades desenvolvidas nas unidades pesquisadas.

Como se pode perceber o contato do ACS com a Fisioterapia se dá, na maioria das vezes, por meio de estudos acadêmicos, como no trabalho de Ribeiro et al.³⁹ que realizaram uma pesquisa qualitativa com 12 ACS vinculados a equipes de ESF em João Pessoa-PB. O trabalho foi o resultado de uma pesquisa-ação que analisou uma possibilidade de integração dos ACS na assistência fisioterapêutica na atenção básica, através de reuniões de discussão e capacitação, bem como de orientações individuais. A maioria dos ACS reconheceu que as ações desenvolvidas possibilitaram uma mudança em suas práticas, beneficiando a população.

As DCN⁵ para os cursos da saúde propiciam não só a possibilidade de vivência do acadêmico no âmbito do SUS, mas também trazem a possibilidade do profissional do

sistema, entre eles o ACS, de obter um contato direto com os graduandos proporcionando assim uma aproximação ensino-serviço. Como demonstra Ribeiro⁴⁰ quando relata que o projeto de extensão Fisioterapia na Comunidade é um espaço de experimentação da construção do alargamento da atuação em fisioterapia, onde a interação com outros profissionais e com os moradores locais faz com que os acadêmicos reflitam sobre as possibilidades de enfrentamento dos problemas de saúde desta população.

Os programas de residência multiprofissional em saúde, com ação na Rede de Atenção Básica, vêm com a proposta de reforçar este contato, proporcionando ao fisioterapeuta mais um espaço de vivência para a ampliação do seu conhecimento. Trás também o trabalho em equipe e ao mesmo tempo uma nova oportunidade ao profissional da Atenção Básica de contato com profissões que muitas vezes não se encontram no quadro de funcionários da unidade onde ele está vinculado.

Conclusão

A inclusão do profissional de Fisioterapia nos serviços de atenção básica é um processo ainda em construção, a fim de quebrar paradigmas de uma concepção centrada na reabilitação. Isto possibilita uma aproximação entre o fisioterapeuta e a população, atuando em conjunto com a equipe promovendo assim uma melhora na qualidade de vida da comunidade. Esta mudança de concepção do fisioterapeuta vem na direção de um agir social, com ênfase na promoção de saúde e prevenção.

Faz-se necessário o fortalecimento das mudanças na formação profissional, subsidiadas pelas novas DCN, para que se possa formar o profissional da saúde e não da doença. Os programas incentivados pelo Ministério da Saúde, como as Residências e Especializações Multiprofissionais em Saúde da Família, abrem espaço para novas conquistas profissionais, pois dessa forma, podem-se evidenciar a importância do trabalho desenvolvido em equipe e capacitar de forma adequada os recursos humanos na área da saúde.

Constata-se que a integração com os agentes representa uma possibilidade importante e viável para potencializar as ações fisioterapêuticas na atenção básica. Isto facilita ao fisioterapeuta uma melhor integração com a comunidade e a divulgação dos serviços prestados.

Conclui-se que os ACS de saúde possuem uma percepção inicial reabilitadora da profissão, porém com o convívio entre esses profissionais e acadêmicos dos cursos de Fisioterapia no âmbito da atenção básica, já vem se percebendo uma mudança de conceito. O conceito de prevenção está sendo agregado ao conceito reabilitador inicial da profissão.

Dessa forma, o ACS pode contribuir para a ampliação da atuação do fisioterapeuta na atenção básica a saúde, auxiliando na captação de usuários do serviço, bem como na divulgação dos espaços e serviços prestados pela profissão.

Apesar de existir o entendimento da ação do fisioterapeuta na atenção básica por parte de alguns ACS, vale ressaltar a importância do desenvolvimento de ações que possam divulgar a profissão e das suas áreas de atuação dentre os agentes para ampliar essa compreensão, bem como ampliar a interação entre as profissões.

Responsabilidades individuais dos autores

Todos os autores trabalharam juntos durante a elaboração do projeto, sua execução e produção do artigo.

Referências Bibliográficas

1. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. [acesso em 2010 out 28]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>.
2. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Vol. 4, 2006. [acesso em 2009 ago 19]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/04.pdf>>.
3. Ribeiro KQS. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde- Reflexões a partir de uma experiência universitária. Revista Fisioterapia Brasil. 2002 Set/Out; 3 (5):311-318.
4. BRASIL. Constituição da república federativa do Brasil de 1988. [acesso em 2011 mai 1]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>.
5. BRASIL. Resolução CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. [acesso em 2010 dez 10]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne>>.
6. BRASIL. Portaria 648, março de 2006. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Diário Oficial da União. [acesso em 2008 jan 22]. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>.
7. BRASIL. Portaria nº1065/GM de 4 de julho de 2005. [acesso em 2013 jul 15]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1065.htm>>.
8. Silva JA; Dalmaso, A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface- Comuni, Saúde, Educ. 2002, fev; 6(10):75-96.
9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS) - Portaria Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. [acesso em 2011 mai 1]. Disponível em: <<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/pdf-geral/Portaria%20n%BA%201886%20Programas%20de%20ACS%20PACS%20&PSF.htm>>.
10. BRASIL. Decreto Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. [acesso em 2011 mai 1]. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Decreton3.189.pdf>>.
11. BRASIL. Lei No 10.507 - de 10 de julho de 2002. [acesso em 2011 mai 1]. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10507.htm>>.
12. BRASIL. Lei Nº 11.350 - de 5 de outubro de 2006. [acesso em 2011 mai 1]. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11350.htm>>.
13. Loures LF; Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. Ciên. Saúde Colet. 2010 15(4):2155-2164
14. Silva DJ; RosMA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Ciên. Saúde Colet. 2007, Nov/Dez; 12(6): 1673-1681.
15. Mendes DS; Teixeira, M. Atuação do fisioterapeuta no NASF. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, 2013, pág. 406.
16. Gallo DLL. A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária. [Dissertação de mestrado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Saúde Coletiva; 2005.

17. Ragasson CAP. et al. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: Reflexões a partir da prática profissional. Experiência baseada na Residência em Saúde da Família (RSF), desenvolvida na UNIOESTE- campus Cascavel em parceria com o Ministério da Saúde. [acesso em 2009 ago8]. Disponível em: <http://www.crefito5.org.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf>.
18. Sarno MM; Rosa AMF; Silva CA; Silva RG; Oliveira RAS. Atuação conjunta ESF e NASF – experiência de um ano. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, 2013, pág. 403.
19. Rosa LAS; Silveira W; Oliveira MA; Freitas MS. Relato de experiência da fisioterapia na clínica da família Felipe Cardoso. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, 2013, pág. 926.
20. Cury MB; Leal SRA; Moura PM; Silva SAC. Relato do processo de trabalho do NASF, Jacareí, SP, Brasil. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade, 2013, pág. 939.
21. Freitas MS. Atuação da Fisioterapia na Atenção Básica: ressignificando a prática profissional. III CIC. Palestras. Pág.69 a 73.
22. Almeida AB. et al. A Fisioterapia na Atenção Básica a partir de uma experiência de educação popular. V Colóqui Internacional Paulo Freire –Set 2005, Recife.
23. Leopardi MT. et al. Metodologia da Pesquisa em Saúde. Santa Maria: Pallotti, 2001.
24. Minayo, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ªed. São Paulo: Hucite, Abrasco, 1999.
25. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. [acesso em 2011 mai1]. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>.
26. Barros DF. Avaliação da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. [Dissertação de mestrado]. Brasília ; Universidade de Brasília, Ciências da Saúde; 2006.
27. Alves KVG. O que sabe o agente comunitário de saúde? [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2009.
28. Sossai LCF; Pinto IC; Mello DF. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. Ciência Cuidado e Saúde. 2010, Abr/Jun; 9(2):228-237.
29. Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes.[Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Saúde Coletiva; 2007.
30. Barros FBM. Fisioterapia, Poliomielite e Filantropia: A ABBR e a formação dos fisioterapeutas no Rio de Janeiro (1954-1965). [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, História das Ciências e da Saúde; 2009. [acesso em 2011 mai1]. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/tesefabiobatalha.pdf>>.
31. Cardoso K. O fisioterapeuta como agente transformador na atenção básica. Publicado em 10/05/07. [acesso em 2009 ago8]. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/variedades/agente_karina.htm>.
32. Brasil ACO. et al. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral-Ceará. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2005; 18(1):3-6.
33. Rezende M; Moreira MR; Filho AA; Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. Ciên. Saúde Colet. 2009; 14(1):1403-1410.
34. Pinho CM. Considerações sobre a atuação do fisioterapeuta em unidades de saúde de Belo Horizonte. Unicentro Newton Paiva BH/MG. Revista Fisiobrasil. 2007, Jul/Ago;84:18-22.
35. NovaisBKLO; Brito GEG. Percepção sobre o trabalho do Fisioterapeuta na atenção primária. Rev APS. 2011 out/dez; 14(4): 424-434.
36. FreitaS MS. A Atenção Básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Saúde Coletiva; 2006.

37. Haas D. A evolução da assistência a saúde pública no Brasil e a interação da fisioterapia no contexto atual. [Trabalho de conclusão de curso]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2003.
38. Ferreira FN. et al. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. Rev Saúde Com.2005; 1(1):35-43.
39. Ribeiro KSQS. et al. A participação de agentes comunitários de saúde na atuação da Fisioterapia na Atenção Básica. Revista APS. 2007, Jul/Dez; 10(2):156-168.
40. Ribeiro KSS. A experiência na extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. Cad. Cedes, Campinas. 2009, Set/Dez; 29(79):335-346. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

Lícia Assunção Cogo

Endereço para correspondência — Av. Monsenhor Pascoal Gomes Libreloto, 199. Parque Dom Antônio Reis, CEP:97065-290, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: liciacogo@hotmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3119506096648952>

Recebido em 03 de abril de 2012.

Aprovado em 24 de julho de 2013.