



# **INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DE LONDRINA**

Alessandra S. O.  
Ana Maria F.  
Célio Guergoletto Jr.  
Clésio Alves Ribeiro  
Daiany A. P.  
Felipe Fernandes  
Gláucia G. S.  
Gustavo S. B.  
Gracielle S. N.  
Karina S. A. P.  
Raquel B. S.  
Renata G. T.  
Vilma M. B.  
Zaid W. C. L.

## **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

---

Londrina

2006

# **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Alessandra S. O.  
Ana Maria F.  
Célio Guergoletto Jr.  
Clésio Alves Ribeiro  
Daiany A. P.  
Felipe Fernandes  
Gláucia G. S.  
Gustavo S. B.  
Gracielle S. N.  
Karina S. A. P.  
Raquel B. S.  
Renata G. T.  
Vilma M. B.  
Zaid W. C. L.

Trabalho apresentado à Fabianne  
a matéria de Metodologia da  
Pesquisa

Prof<sup>a</sup> Fabianne

---

Londrina

2006

## RESUMO

O Programa Saúde da Família começou com um movimento em 1966 nos Estados Unidos, quando alguns comitês formados pela AMAR (América Medical Association) elaborou documentos médicos de família em curso de pós-graduação.

Este programa foi adotado por alguns países, entre eles o Brasil, que o fez para melhorar a saúde da população e sua qualidade de vida, com capacidade e rapidez para entender as necessidades da população. O Brasil apresentou interesse por este programa por ele reduzir gastos na área da saúde e prevenir doenças.

A equipe do PSF tem que trabalhar em conjunto, porque cada um deles tem um papel fundamental, com os pacientes. Uns curam, outros auxiliam, outros ensinam e etc.

O PSF ainda precisa de outros profissionais especializados para estar completo. Assim como o fisioterapeuta, o nutricionista, o dentista, e etc.

No caso do fisioterapeuta por exemplo, ainda há muitos preconceitos por associarem o profissional como reabilitador, sendo que sua função é prevenir, assistir e ensinar, o paciente.

Em alguns lugares já se encontra a presença do fisioterapeuta no PSF, mas ainda há muito o que fazer, para sua inserção ser completa.

Palavras-chave: Programa Saúde da Família. Fisioterapeuta. Reabilitação.

## **ABSTRACT**

The Programa Saúde of the Family began with a movement in 1966 in the United States, when some committees formed by LOVING (Medial America Association) it elaborated medical documents of family in masters degree course.

This program was adopted by some countries, among them Brazil, that made him/it to improve the health of the population and his/her quality of life, with capacity and speed to understand the needs of the population. Brazil presented interest for this program for him to reduce expenses in the area of the health and to prevent diseases.

The team of PSF has to work together, because each one of them has a fundamental paper, with the patients. Some cure, others aid, others teach and etc.

PSF still needs other specialized professionals to be complete. As well as the physiotherapist, the nutritionist, the dentist, and etc.

In the physiotherapist's case for instance, there are still many prejudices for they associate the professional as reabilitador, and his/her function is previnir, assitenciar and to teach, the patient.

In some places he/she already meets the physiotherapist's presence in PSF, but there is still a lot what to do, for his/her insert to be completes.

Key-Words: Program Health of the Family. Physiotherapist. Rehabilitation.

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família é um movimento que se estruturou em 1966, nos EUA, quando alguns comitês formados pela American Medical Association elaboraram documentos de médicos de família em cursos de pós-graduação (FONTINELE, 2003).

O principal propósito (subjetivo) é o de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, ou melhor dizendo: afastar as famílias carentes, incômodas que são para os dados estatísticos de governos e pelo emergente, dos centros de assistência especializada e voltados para uma assistência tecnicista e prioritariamente curativa .

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

O PSF foi criado no Brasil em 1994 pelo ministério da saúde com o intuito de levar a saúde para mais perto da família, e com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (COSTA NETO; MENEZES, 2000).

Tem como objetivos conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características

sociais; visitar famílias para levar informações de saúde, alimentação, higiene, etc.; resolver problemas de pessoas acamadas ou deficientes físicos, que muitas vezes tem dificuldade de ir até um centro de saúde; orientar gestantes sobre a importância do pré-natal e do aleitamento materno, tendo como objetivo diminuir o índice de mortalidade infantil: observar famílias de forma abrangente, como se alimenta, a higiene, se as crianças estão freqüentando escolas (BRASIL, 2002).

Outro fator importante também vinculado ao PSF, está à inserção do fisioterapeuta, junto aos demais membros da equipe. São poucos os lugares que já existem fisioterapeutas no PSF, porque muitos ainda associam o fisioterapeuta como reabilitador, quando na verdade o seu papel é educar, prevenir e dar assistência à família. Além disso quando o fisioterapeuta se depara realmente com as condições de vida do paciente (moradia, alimentação, atividades e limitações diárias), seu “diagnóstico” e suas orientações ficam mais precisas (RIBEIRO, 2002).

## 2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO PSF

**O conceito de saúde, nas últimas décadas, vem passando por intensas transformações, principalmente no que diz respeito ao modelo de saúde adotado, passando de um modelo hospitalocêntrico, curativo e reabilitador, para um modelo assistencial promotor de saúde, preventivo e principalmente contando com a participação popular e a interdisciplinaridade dos diferentes profissionais de 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 (CHAMMÉ, 1988).**

Até o final do século passado, o Brasil tinha uma forma de atuação sistemática sobre saúde da população. A economia, na virada do século, era essencialmente agrícola e as divisas necessárias para o crescimento do país eram provenientes principalmente da exportação agrícola (FONTINELE, 2003).

Assim, o foco da atenção do governo brasileiro situava-se, estrategicamente, no que podemos chamar “rotas de mercadorias”, ou seja, os corredores, portos e estradas, por onde eram transportadas as primeiras cargas para exportação e importação, principalmente os do Rio de Janeiro e Santos. Além disso, era importante para o estado criar condições para incrementar a política de imigração, incentivando a incorporação de mão-de-obra imigrante para as culturas existentes. Nesse sentido foram tomadas as primeiras providências pelo então presidente Rodrigues Alves que, em 1902, lança o Programa de Saneamento do Rio de Janeiro e o Combate à Febre Amarela Urbana em São Paulo. Verifica-se que as primeiras iniciativas do governo em atenção à saúde dão a partir de interesse meramente mercantis.

As regiões que não tinham alguma importância estratégica para a economia do país ficavam abandonadas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Frente a isso, pode-se afirmar que até então o Brasil não possui nenhuma política voltada para a atenção à saúde.

A estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários.

Para que uma associação da comunidade possa contratar os profissionais do programa, é necessário, em alguns municípios, que cumpram uma série de formalidade, tais como registro, periodicidade e atas de reuniões, balanço financeiro. Dessa forma, o programa incentiva uma maior organização e institucionalidade dos mecanismos de representação da comunidade, aumentando, portanto, as possibilidades de participação e controle da população sobre ações públicas.

A função da Equipe de Saúde da Família (ESF) é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhado integralmente à saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. A atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual, através da promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada (PAIN; ALVES FILHO, 1988).

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Básico de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integridade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica da Família, a qual trabalha com base nos princípios de caráter substitutivo a qual o PSF não significa criação de novas unidades de saúde, exceto em área totalmente desprovida das mesmas; integridade e hierarquização onde a unidade de Saúde está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência,

denominado atenção básica; territorialização e cadastramento da clientela, a qual unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população; equipe multiprofissional na qual cada equipe do PSF é composta, no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). A unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade (FONTINELE, 2003).

### **3. ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES BÁSICAS**

A equipe do PSF constitui de um médico que atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, e desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população; um enfermeiro que supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio; o auxiliar de Enfermagem que realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária; e os agentes comunitário de saúde que fazem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionam melhores condições de saúde e de vida.

#### 4. O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NO PSF.

A estratégia de saúde da família propõe uma nova dinâmica para uma estruturação dos serviços de saúde, bem como, para a suas relações com a comunidade construindo-se um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo.

Alguns autores consideram que uns problemas mais importantes que a estratégia enfrenta para a sua consolidação e ampliação esta na área dos recursos humanos. Eles dizem que não há profissionais competentes para atuar na área. A formação do fisioterapeuta deve estar voltada para a saúde da população comprometendo-se com o individuo e sua família considerando realidade social.

**O Sistema Único de Saúde tem apresentado resultados positivos nos propósitos de universalização, descentralização e ampliação de cobertura dos serviços de saúde. Avança com mais dificuldade na garantia da qualidade, equidade e na resolutividade das assistências ambulatorial e hospitalar, principalmente pela falta de profissionais habilitados a prestarem assistência integral de saúde (BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M.,2001).**

Por isso as faculdades de fisioterapia devem proporcionar cursos de aperfeiçoamento para que depois os estudantes de fisioterapia saiam bons profissionais e consigam solucionar problemas, trazendo uma reabilitação do seu paciente.

## **5. IMPLANTAÇÃO DO PSF**

A implantação do programa de Saúde da Família depende, antes de tudo, da decisão política da administração municipal, que deve submeter à proposta ao Conselho Municipal de Saúde e discutir o assunto com as comunidades a serem beneficiadas, com as seguintes etapas: identificar as áreas prioritárias para a implantação do programa; mapear o número de habitantes em cada área; calcular o número de equipes e de agentes comunitários necessários; adequar espaços e equipamentos para a implantação e o funcionamento do programa; solicitar formalmente à secretaria estadual de saúde a adesão do município ao PSF; selecionar, contratar e capacitar os profissionais que atuarão no programa (FONTINELE, 2003).

## 6. ADESÃO

O município para aderir ao PSF deve estar habilitado em alguma condição de gestão (NOB/93 ou NOB/96) é critério básico para implantação de estratégia da Saúde da Família. O município que decide optar pelo PSF, enquanto estratégia de reorientação do seu modelo de atenção básica. Esse projeto deve ser posteriormente submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde. Considerando apto nesse nível, será realizado o cadastramento das unidades de Saúde da Família, segundo regulamentação da Norma Operacional Básica em vigência.

Já a Secretaria de Estado da Saúde submete sua proposta de adoção da estratégia de Saúde da Família à apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Para viabilização da proposta, devem ser pactuadas as estratégias de apoio técnico aos municípios, bem como a inclusão de seu financiamento na programação dos tetos financeiros dos estados e municípios. Cabe à instância de gestão estadual assumir, através de assessorias, as atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação das unidades de Saúde da Família, a co-responsabilidade pela implantação da estratégia de Saúde da Família, bem como o processo de capacitação e educação continuada dos profissionais envolvidos.

Hoje 75% das cidades brasileiras são beneficiadas pelo PSF. Entre elas podemos citar, Duque de Caxias onde é possível encontrar grupos ecléticos.

Belo Horizonte que começou em 1999 com um projeto piloto, de 22 equipes em 22 dos 129 Centros de Saúde existentes. Só em 2002, foi realmente implantado o PSF, com a equipe já completa (PAIXÃO, 2005); Ceará já com 11

anos de implantação, vem apresentando grandes melhorias como redução no número da mortalidade infantil, aumento do índice de aleitamento materno e na ampliação da cobertura pré-natal (BRASIL, 2005).

Maracanaú onde foi implantado o PSF em 1997. Hoje ela possui 21 unidades básicas de saúde e 46 equipes responsáveis pela cobertura de quase 90% da população. Em 22 dessas equipes além da formação tradicional, também compõe esse grupo um dentista e auxiliar de consultório odontológico. Através do PSF, o número de casos de doenças como os diabéticos aumentou mais de 50% (passou de 1.272 em 1999 para 2.800 em 2004); os hipertensos passaram de nenhum em 1997 e 1998 para 10 mil em 2004. Para o médico Raimundo Queiroz, que trabalha há 28 anos na prefeitura de Maracanaú isso não é reflexo de pouca eficiência do programa.

O que aumentou foi à procura dos doentes e o número de diagnósticos, de pessoas tratadas. Se a pessoa tem hanseníase, por exemplo, mesmo que no estado inicial, e não veio procurar orientação médica, o programa vai a casa dela, identifica a doença e indica medicação adequada (MAURO, 2005).

Curitiba que começou com um projeto piloto em 1991. Hoje possui 45 Unidades de Saúde da Família, e todas estas possuem equipes de Saúde Bucal. Outro grande benefício que o PSF trouxe a Curitiba, foi à queda da mortalidade infantil, baixando de 14,73 mortos por mil nascidos vivos em 1999, para 11,2 em 2004; e também transmissão do vírus da AIDS, caindo de 9% para 0,6%, no mesmo período (PATRÍCIO, 2005).

## **7. CONCLUSÃO**

O PSF responde a uma nova concepção de saúde. Está voltado para a qualidade de vida e os diversos fatores que a colocam em risco, propõem uma ampliação do lócus da intervenção de saúde.

Com o novo contexto de ações descentralizadas verifica-se que a presença do fisioterapeuta é muito importante para a comunidade na qual ele se preocupa em reabilitar e dar total assistência ao paciente necessita, podendo atuar nas práticas hospitalares ambulatoriais. Mesmo sabendo que as dificuldades encontradas ainda são muitas, por não considerarem a presença do fisioterapeuta no PSF, tratando-o como reabilitador, e sabendo que na verdade seu papel é de prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem.

Para integrar aos princípios propostos pelo SUS, a fisioterapia como campo de conhecimento e prática, deve formar profissionais que sejam capazes de atuar na promoção de saúde e prevenção de doenças, além da assistência curativa e reabilitadora.

## Referências

BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M. S. M. **Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais** das equipes de Saúde da Família: reflexos a partir da prática no Pólo Paraná. Revista Olho Mágico. Londrina, v.8, n.2, p.17-20, 2001.

CHAMMÉ, S. J. **Saúde e organização social**. Marília: UNESP, faculdade de Educação, Filosofia, Ciências Sociais e da Documentação. 1998.

COSTA NETO; M., M. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Secretária de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

FONTINELE JR. K. **Programa Saúde da Família Comentado**.Goiânia. AB, 2003, p.13 até 18; 21-22.

MAURO, Sílvio. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, vol. VI, n.8, p. 23 até27, out. a dez. de 2005.

PAIXÃO, F. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, vol.VI, n.8, p.06 até19, out. a dez. de 2005.

PATRÍCIO, S. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, vol.VI, num.8, p.58 até 64, out. a dez. de 2005.

RAGASSON, C. A. P. **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. Disponível em:

[www.unioeste.br/projetos/saúdedefamilia/atribuicoespsf.rtf](http://www.unioeste.br/projetos/saúdedefamilia/atribuicoespsf.rtf). Acesso em 23 de Março de 2006.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA, Brasília, Publicação do Ministério da Saúde, n.8, out. a dez. de 2005, 72 p.

