

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E FISIOTERAPIA DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Sabine Fiedler, Gabriela Gevaerd Muller,
Sílvia Luci de Almeida Dias, Alexandra Marinho Dias**

Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) - Centro de Ciências da Saúde – Curso de Fisioterapia
R. Uruguai, 458, Bloco 25 A- térreo – Centro – Itajaí/SC
alexandradias@univali.br , silvyadias@gmail.com

Resumo- A Atenção Básica de Saúde é composta de algumas ações ou atividades básicas de saúde e tem como aliada o Programa de Saúde da Família (PSF), desde 1994, quando ocorreu sua implantação. Tendo como apoio a equipe matricial núcleo de atenção integral à saúde da família (NAISF), que tem por finalidade ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde. O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência da participação da fisioterapia no PSF, bem como no atendimento domiciliar. O PSF configura uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculos entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. Tal relação de trabalho é baseada na interdisciplinaridade. É onde podemos inserir a fisioterapia como sendo essencial na participação do atendimento domiciliar.

Palavras-chave: programa de saúde da família, atendimento domiciliar, fisioterapia, interdisciplinaridade.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

O Brasil constitui-se atualmente palco de transformações profundas no que se refere à política de saúde. Desde a década de 80 vem sendo implementado um processo de descentralização do sistema de saúde, cujos autores principais são os agentes locais, ou seja, os prestadores de serviços de saúde públicos e privados, os profissionais de saúde e os usuários do sistema. A estes cabe tanto a autonomia para desenvolver programas e estratégias mais adequadas à sua realidade quanto a responsabilidade de conduzir e executar as políticas e ações de saúde, de acordo com a demanda e pontualidades identificadas (KLEBA, 2005).

A Atenção Básica de Saúde é composta de algumas ações ou atividades básicas de saúde como: educação em saúde prevenindo doenças; atendimento aos problemas relacionados à alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; imunização; combate a enfermidades endêmicas locais; tratamento de doenças e traumatismos comuns e distribuição dos medicamentos comuns (ALEIXO, 2002).

Através da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, criou-se este programa de Atenção Básica a Saúde, que tem a finalidade de propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e

desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos. Hoje, configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo Brasil, carregando enorme potencial para estruturar, de forma consistente, a Atenção Básica em nosso país (ALEIXO, 2002; TELES; PEDROSA, 2001).

A promulgação da nova Constituição Brasileira, em 1988, tinha como lema: “*Saúde é direito de todos e dever do Estado*”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da *universalidade, equidade e integralidade* (ROSA; LABATE, 2005).

O PSF configura uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculos entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Sob essa perspectiva, o papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. Tal relação de trabalho, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não-aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma nova abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de

uma equipe (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

A interdisciplinaridade contempla o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho em conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições. O investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde (SAUPE *et al.*, 2005). O apoio a equipe matricial NAISF, que tem por finalidade ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção à saúde.

A assistência hospitalar tem sido freqüentemente questionada por apresentar uma abordagem tecnicista, descontextualizada da história de vida dos usuários. Esses aspectos têm reforçado a necessidade de implementação de ações de saúde voltadas para uma prática mais humanizada, em que se respeitem os direitos do usuário, com preservação de suas relações familiares e valores socioculturais. têm-se buscado alternativas à intervenção hospitalar, destacando-se as ações de assistência ambulatorial e, de forma ainda muito incipiente no Brasil, abordagens no contexto domiciliar. São estratégias racionalizadoras que visam a uma redução da demanda por atendimento hospitalar ou à redução do período de permanência dos pacientes internados, mas que incluem, também, uma preocupação com uma humanização da atenção. Assim, a Assistência Domiciliar (AD) tem surgido como uma modalidade alternativa de atenção à saúde (REHEM, 2005).

Através do aumento da demanda da necessidade do atendimento em domicílio e do acompanhamento aos indivíduos que necessitam desta assistência, podemos afirmar que o papel do Fisioterapeuta se faz indispensável no Programa de Saúde da Família, à medida que se estabeleçam condutas fisioterapêuticas preventivas. A introdução de comportamento educativo e profilático do Fisioterapeuta em Saúde Pública se estabelece no sentido de promover à população melhores condições de vida (RODRIGUES, 2000).

A freqüência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde instalado no Brasil (KARSCH, 2003).

O fisioterapeuta, como cientista clínico do movimento, é capaz de identificar e medir os distúrbios de movimento, elaborar, implementar e

avaliar as estratégias fisioterapêuticas apropriadas. O tratamento do paciente deve visar a recuperação daquelas habilidades inerentes ao gênero e a faixa etária a qual o indivíduo pertence utilizando além das técnicas e métodos específicos para o tratamento, exercícios que simulem as atividades funcionais, como: alimentar-se, despir-se e vestir-se adequadamente, deslocar-se até os locais necessários ou almejados, comunicar-se e participar de atividades sociais e familiares bem como as habilidades voltadas às tarefas laborais e domésticas (STOKES, 2000).

A partir disto torna-se possível o início de um pensamento que permeia a associação do conceito de doença, insinuando que pode ser ampliado o objeto de trabalho dos profissionais da área da saúde, através de que, uma vez definida a “doença”, pode-se imaginar o que mais, além ou para substituir o tratamento medicamentoso, para contribuir com um processo de “cura” dos indivíduos (CUNHA, 2005).

O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência da participação da fisioterapia no PSF, bem como no atendimento domiciliar.

Metodologia

Este trabalho trata-se de um relato de experiência, vivido por estagiárias do Curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí, através das visitas domiciliares realizadas no período de Estágio, sob supervisão de professor.

Foram realizadas cinco visitas domiciliares ao paciente E.B.S., 64 anos, incluído no Programa de Saúde da Família (Itajaí/SC), da ESF 09, micro área 05 e família 16, casado e a sua ocupação atual é aposentado.

As visitas contemplaram inicialmente conversas sobre as patologias, como ocorreu, o que foi realizado de tratamento até o momento, como o paciente se sente atualmente, o que mais o incomoda e quais atividades ele necessita de maior ajuda ou quais não consegue realizar sozinho. Em todos os encontros eram verificados sinais vitais como: pressão arterial, freqüência respiratória e freqüência cardíaca. Realizamos uma avaliação do domicílio para a verificação de possíveis ajustes, principalmente, quanto a mobília, visando a prevenção de quedas e facilitação do deslocamento ativo e independente do paciente em sua casa.

Em todas as visitas era solicitada a presença da esposa, principal e importante componente no desenvolvimento da saúde e bem-estar deste paciente, pois é ela quem tem o maior convívio e auxilia no que não pode ser executado de forma independente.

Resultados

Observou-se ao longo das visitas que as orientações dadas estavam sendo executadas da forma que foram prescritas. Os exercícios de motricidade fina demonstraram resultados importantes logo no início, sendo que inicialmente o paciente conseguia pegar grãos maiores como de feijão e milho, e logo evoluiu para grãos menores como de arroz. Bem como a realização dos exercícios de respiração freno-labial e a utilização correta do equipamento caseiro de ZEEP – Pressão Zero ao Final da Expiração (subaquático) sendo uma expiração forçada que auxilia no carreamento de secreção. Estão sendo realizados estudos para comprovar a eficácia da ZEEP no recrutamento alveolar, porém nada se tem de certo para afirmar esta função.

Todas as atividades prescritas eram realizadas diariamente. E isso pôde ser confirmado através de alguns aspectos relevantes que obtiveram melhora como o já citado anteriormente, com a evolução da motricidade fina, maior recrutamento da musculatura diafragmática durante a respiração, algumas modificações quanto o mobiliário (foi verificada a retirada de alguns tapetes, principalmente no quarto e no banheiro).

Discussão

É de conhecimento de todos que após um evento patológico que irá deixar seqüelas crônicas existe a necessidade de um acompanhamento fisioterapêutico para recuperar e/ou manter algumas funções que são muito importantes para uma boa qualidade de vida. Visto que esta qualidade de vida, muitas vezes relaciona-se com a independência funcional, realização das atividades básicas de vida diária, bem-estar físico, psicológico e social, boa interação familiar/social e participação com o meio em que vive. E é por isso que percebemos que ao realizar o atendimento em domicílio a realidade de vida do paciente fica mais próxima, muito mais facilmente compreensível para nós, onde podemos perceber as suas reais limitações e assim realizar adaptações, através do nosso conhecimento técnico, para melhoria de suas condições, melhorando a sua percepção de qualidade de vida.

Além da colaboração com a realização das orientações, o paciente e a esposa eram extremamente criativos, ou seja, a cada visita éramos surpreendidos com alguma alteração feita na casa ou algum equipamento caseiro que ambos criaram para a facilitação da realização dos exercícios propostos. Demonstrando assim que a fisioterapia em um serviço de atenção básica pode levar ao empoderamento da família de tal forma a mesma participar de forma mais ativa do que o esperado, inclusive, ensinando-nos algumas

coisas, de certa forma. A fisioterapia deve realizar educação em saúde e empoderamento da família para que haja uma consciência a fim de mudar os hábitos de vida. O empoderamento pode ser definido como uma ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades em ganhar controle sobre suas vidas, tanto na comunidade como na sociedade como um todo (TAVOLARO, 2007)

De grande relevância, ressaltamos as orientações quanto a adequação do mobiliário e atividades cotidianas que foi realizada logo na primeira visita domiciliar. A retirada de tapetes, colocação de barras no banheiro e ao lado da cama no quarto, uso de auxiliar para a marcha em terrenos irregulares (principalmente), o levantar e sentar-se corretamente da cama. Sempre enfocando a importância dessas mudanças e ao longo das visitas foram sendo destacadas as melhorias, procurando incentivar e parabenizar pela boa participação, procurando sempre motivar ainda mais os familiares e o paciente.

Para que se perceba, por parte de autoridades, a necessidade de inserção do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família precisamos colocar em prática nossos conhecimentos, demonstrando que a tendência contemporânea exige profissionais que, além do domínio técnico, apresentem uma formação geral, ou seja, cidadãos capazes de integralmente prestarem atenção à saúde de outros cidadãos, através do trabalho em equipe e na forma de uma atenção humana e sensível (SIMONETTI, 2002).

A experiência da participação juntamente com a ESF tornou possível a verificação de mais um campo a ser mais explorado em nossa profissão (Fisioterapia). Através destas visitas domiciliares pode-se perceber que o paciente, bem como a família, estava satisfeita com o trabalho que estava sendo realizado, e sabiam exatamente o que a fisioterapia poderia trazer de benefícios.

O atendimento fisioterapêutico dentro de uma unidade de atenção básica tem como principais objetivos a educação e promoção da saúde. Visando prevenir a instalação de patologias, proporcionando melhor qualidade de vida quando há ou não a instalação de alguma enfermidade e levar informação a população para que haja maior participação e conscientização.

Apesar de termos observados algumas dificuldades, vale ressaltar a importância das visitas no que se diz respeito a adequada realização das dinâmicas de exercícios e orientações propostas, bem como a correção de algumas atividades já realizadas pelo paciente.

Conclusão

As visitas domiciliares possibilitaram a percepção de um campo de trabalho com

possibilidades de intervenção terapêutica tanto voltada para a reabilitação, quanto para ações preventivas e de promoção à saúde da população através de atividades individuais ou coletivas, incluindo ou não a participação no PSF.

Referências

- ALEIXO, J. L. M. A atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 01, n. 01, jan a jun, p. 1-16, 2002.

- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

- DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, n. 34, v. 3, p. 316-319, 2000.

- KARSCH, Ursula M.. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

- KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005.

- REHEM, Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, set/jan 2005

- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-americana Enfermagem**, nov/dez, 2005.

- RODRIGUES, R. M. **A fisioterapia no Programa de Saúde da Família de Macaé**. 2000

- SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, set/dez, p. 521-536, 2005.

- SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Health habits and risk factors in hypertensive patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, 2002.

- STOKES, M. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Editorial Premier, 2000.

- TELES, J. B. M.; PEDROSA, J. I. S. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

- TAVOLARO, P.; PEREIRA, I. M. T. B.; PELICIONI, M. C. F. *et al.* Empowerment as a way to prevent work-related health conditions in slaughterhouse workers. **Rev. Saúde Pública**, Abr., v. 41, n.2, p.307-312, 2007.