

A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde

Interface between the work of the community health agent and physiotherapist in the basic health care

Liliany Fontes Loures¹
Maria Cecília de Souza Silva²

Abstract *The study is intended to identify the actions of the physiotherapist and community health agent in the context of the integration of their performances in the basic health care. A systematic review was performed with the purpose of knowing what are these performances, and then list them. The interest came from the “Supervised Training in the Primary Health Care” and the observation of their acts. From a law review and updated scientific works related to this subject, we noted that both, community health agent and physiotherapist, are important professionals in the composition of a health team, once they contribute to the qualification of the health actions among the community and the effectiveness of an universal, integral and equitable health system. Lastly we found that there is an interaction between these professionals and integration among their activities.*

Key words *Community health agent, Physiotherapy, Basic health care, Professional performance, Professional interaction, Systematic review*

Resumo *O estudo tem o objetivo de identificar as ações do fisioterapeuta e do agente comunitário de saúde na perspectiva da integração de suas atuações na atenção básica à saúde. Realizou-se uma revisão sistemática com o propósito de conhecer quais são essas atuações e, posteriormente, relacioná-las. O interesse surgiu durante o “Estágio Supervisionado em Atenção Primária à Saúde” e da observação de suas atuações. A partir da revisão de legislações e de trabalhos científicos atualizados acerca do assunto, verificou-se que tanto o agente comunitário de saúde quanto o fisioterapeuta são profissionais importantes na composição de uma equipe de saúde, pois contribuem à qualificação das ações de saúde junto à comunidade e à efetividade de um sistema de saúde universal, integral e equitativo. Ao final, constatou-se que há uma interação entre esses profissionais e uma integração entre suas atividades.*

Palavras-chave *Agente comunitário de saúde, Fisioterapia, Atenção básica à saúde, Atuação profissional, Interação profissional, Revisão sistemática*

¹Fundação de Apoio ao Hospital Universitário, UFJF. Rua Catulo Breviglieri 46, Santa Catarina. 36036-110 Juiz de Fora MG.

lilianyfl@yahoo.com.br

²Clínica de Fisioterapia Neuro & Fisio.

Introdução

A crescente valorização da atenção básica à saúde (ABS) estimula o aprofundamento do conhecimento e entendimento da assistência prestada à população neste nível, com o qual tivemos um contato mais próximo durante o estágio curricular, realizado em duas unidades básicas de saúde (UBS), na cidade de Juiz de Fora (MG), em que havia a atuação do fisioterapeuta.

O estágio se processou em UBS com características distintas. Enquanto uma implantava o Programa Saúde da Família (PSF), com a participação direta do agente comunitário de saúde (ACS), a outra não dispunha do programa nem da presença desse profissional. A participação direta do ACS nas atividades desempenhadas pela fisioterapia na UBS nos impressionou e, a partir dessa experiência, surgiu o interesse de estudar as ações do ACS e do fisioterapeuta.

A ABS, primeiro nível de atenção à saúde segundo o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é definida como “a porta de entrada”, o contato primário e preferencial da população com os profissionais da saúde. É guiada pelos princípios defendidos pelo SUS – universalidade, integralidade e equidade –, enfatiza o trabalho em equipe e engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolvem promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação¹⁻⁴.

A partir da década de noventa, em busca da reorientação, expansão e qualificação da ABS, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF⁵.

Em 1991, o PACS foi institucionalizado com uma função prioritariamente materno-infantil⁶ e sua implantação foi considerada inovadora, pois estimulava a participação ativa de agentes sociais na execução de políticas públicas de saúde, iniciando a vinculação da população com os serviços⁷.

O PSF, criado em 1994, foi operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas UBS⁵. 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), sendo que o ACS foi inserido pelo PACS⁸. Diferentemente dos outros integrantes da equipe, o ACS é, obrigatoriamente, oriundo da comunidade, o que remete a aspectos de solidariedade, liderança e conhecimento da realidade social que o cerca, evidenciando um perfil mais social do que burocrático ou técnico^{7,9}.

Entretanto, somente em 1997, o MS, através da Portaria nº 1.886/GM, aprovou as normas e diretrizes para a regulamentação da implantação e operacionalização do PACS e do PSF¹⁰. Em seguida, com a crescente ampliação das ações do ACS, surgiu a necessidade de reconhecer sua identidade profissional e seus direitos trabalhistas e sociais. Isto acarretou na edição do Decreto nº 3.189/99, que fixou as diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde¹¹ e, em 2002, na criação da profissão agente comunitário de saúde, através da Lei nº 10.507¹².

Diferentemente do ACS, o fisioterapeuta não é um profissional que integra a equipe mínima proposta para o PSF, mas vem conquistando seu espaço desde a última década, podendo integrar uma equipe multiprofissional de apoio às equipes de Saúde da Família de acordo com as necessidades locais do município¹³.

Em decorrência das grandes transformações demográficas e epidemiológicas, e com a implantação do PSF, percebeu-se a necessidade e a importância da inserção do fisioterapeuta na equipe, visando maior prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida da comunidade¹⁴.

Portanto, estudar a interface do trabalho do ACS e do fisioterapeuta faz-se relevante pela possível relação existente entre esses profissionais na ABS, e também pelas repercussões que a existência desta relação poderão representar no contexto da intervenção em uma UBS, onde se busca a integração das ações de cada profissional para o alcance de um objetivo maior: a saúde da população usuária.

Diante do exposto, este estudo pretende identificar as ações do fisioterapeuta e do ACS, na perspectiva da integração das atuações destes profissionais na ABS da população. No entanto, não se pretende discutir o caminho percorrido pela fisioterapia na busca de sua inserção na ABS, sendo este um assunto amplo e um processo que ainda está em andamento e tem sido amplamente debatido.

Metodologia

Este trabalho é uma revisão sistemática sobre as atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta e pelo agente comunitário de saúde na ABS.

Iniciou-se este processo realizando uma busca de referências com os unitermos “agente comunitário de saúde”, “atividades do agente comunitário de saúde”, “fisioterapia na atenção

primária à saúde”, “fisioterapia na atenção básica à saúde”, “fisioterapeuta no Programa Saúde da Família” e “fisioterapeuta na atenção primária”, nos bancos de dados Bireme, LILACS, SciELO e Google Acadêmico, sem fazer restrições.

A busca de referências foi realizada nos meses de março a maio, outubro e novembro do ano de 2007 e, após a busca, os documentos foram selecionados seguindo os seguintes critérios para inclusão: texto completo, publicação posterior ao ano de 2000 e possuir informações relevantes sobre os profissionais/profissões em questão.

Para se ter o conhecimento da legislação, como portarias, decretos e leis, referente a estes profissionais, acessamos o endereço eletrônico do Ministério da Saúde, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Ministério da Educação e, ainda, a Biblioteca Virtual de Saúde, na qual encontramos algumas cartilhas formuladas pelo próprio MS, e o Banco de Teses/Capes.

Todas as referências incluídas foram fichadas e avaliadas quanto à relevância para esta revisão. Após identificarmos as ações e as intervenções próprias destes profissionais na ABS, relacionamos todas as atividades desempenhadas por ambos e, posteriormente, listamos e descrevemos estas atividades a fim de identificar a interface entre as ações destes profissionais.

Resultados

Foram selecionadas 35 referências que abordam a atuação do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta, sendo 60% (21) sobre a do ACS e 40% (14) sobre a do fisioterapeuta. E entre as referências sobre a atuação do fisioterapeuta, foram encontradas cinco que relatam uma relação entre o trabalho do ACS e do fisioterapeuta, representando 35,71%.

Atuação do agente comunitário de saúde

As legislações relevantes com relação à atuação do ACS na ABS são: a Portaria nº 1.886/GM de 1997, que aprova as normas e diretrizes para a regulamentação da implantação e operacionalização do PSF e do PACS¹⁰; o Decreto nº 3.189 de 1999, que fixa as diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde¹¹; a Lei nº 10.507 de 2002, que caracteriza as atividades desenvolvidas e os requisitos necessários para o exercício desta profissão¹²; e a Portaria nº 648/GM de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de dire-

trizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e o PACS⁴.

Além das legislações, existem as cartilhas formuladas pelo MS, as quais fazem menção ao ACS: “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”⁸, de 1997; “Programa agentes comunitários de saúde”¹⁵, de 2001; e “Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde”⁹, de 2004.

Na Portaria nº 1.886/GM¹⁰, o MS estabelece as atribuições básicas dos ACS. Porém, em 2006, esta portaria foi uma das que foram revogadas pela Portaria nº 648/GM⁴, a qual descreve as atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ABS, sendo caracterizadas por uma atuação vinculada à saúde da comunidade, que proporciona um atendimento humanizado e integral e se responsabiliza pela população. Esta portaria ainda reitera as competências do ACS descritas nas legislações citadas^{11,12} e descreve, de forma ampla, as atribuições específicas desse profissional, sendo elas: registrar as famílias de sua micro-área; estar em contato permanente com a comunidade, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares, e desenvolvendo ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; manter a equipe informada de todos os dados coletados; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e orientá-los quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade.

Da mesma forma, as cartilhas^{8,9,15} formuladas pelo MS descrevem as atividades do ACS e as agrupam em cadastramento/diagnóstico das pessoas da comunidade; mapeamento e identificação da localização das residências das áreas de risco; realização das visitas domiciliares, caracterizadas como o principal instrumento de trabalho dos ACS; ações junto à unidade; ações coletivas para mobilizar a comunidade, através de reuniões e encontros com diferentes grupos (gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos de situação de risco ou de portadores de doenças comuns); atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e ações intersetoriais, como educação e cidadania/direitos humanos.

Nogueira *et al.*¹⁶ apresentaram o perfil ocupacional do ACS e listaram suas atividades típicas, assim como foram descritas pelas carti-

lhas^{8,9,15}. Destacaram, ainda, a importância do papel social exercido pelo ACS, ao atuar como mediador entre distintas esferas de organização da vida social.

Bornstein e Stotz¹⁷ descreveram que o papel desse profissional como mediador é uma unanimidade, tanto no que se refere à mediação entre o serviço e a comunidade como entre diferentes saberes.

Nunes *et al.*¹⁸ também demonstraram a função de mediador do ACS, posicionado entre a comunidade e a equipe de saúde, e o seu caráter híbrido e polifônico, marcado pelo fato de ser aquele que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha e ser formado com base em referenciais biomédicos. Reconheceram, ainda, o movimento bidirecional dos ACS que, de um lado, informam à população “modos de fazer” e, de outro, fornecem aos profissionais de saúde elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde e necessidades da comunidade.

Os mesmos autores¹⁸ descreveram e constataron o papel de tradutor que o ACS desempenha, mediando o universo técnico-científico específico com o saber popular. Com base nestes conceitos evidenciados por Nunes *et al.*¹⁸, Silva e Trad¹⁹ identificaram o movimento bidirecional dos ACS, e Levy *et al.*²⁰ verificaram o papel de tradutor do ACS nas comunidades estudadas.

No estudo de Levy *et al.*²⁰, os ACS relataram que realizavam encaminhamentos à UBS, visitas domiciliares, cadastramento das famílias, trabalho de prevenção e, ainda, um agente comunitário definiu sua atuação como sendo a de um psicólogo, de um amigo.

Na perspectiva do aspecto relacional dos ACS, Nunes *et al.*¹⁸ e Fabri e Waidman²¹ também destacaram essa relação de amizade e confiança estabelecida pelo agente com a comunidade, a fim de melhor alcançar os seus objetivos e estabelecer o nível de aproximação necessário.

Em um estudo de caso, Friedrich e Pierantoni²² verificaram que as atividades essenciais dos ACS são as visitas às famílias cadastradas, a mobilização da comunidade de forma que esta resolva seus problemas com a equipe do PSF, a orientação quanto a medicações, a identificação de indivíduos ou famílias que necessitem de atendimento domiciliar e de grupos educativos.

Fortes e Spinetti²³ identificaram que o ACS deve estar capacitado a estabelecer relações que favoreçam o levantamento de informações sobre a saúde individual e familiar da comunidade. Em seus relatos, os ACS definiram suas atuações

como informar o usuário sobre as questões administrativas e organizacionais dos serviços, propor medidas preventivas, facilitar o acesso e orientá-lo para a utilização adequada dos serviços de saúde.

Ferraz e Aerts²⁴ verificaram que, entre as atividades desempenhadas pelos ACS, pode-se destacar a visita domiciliar e a educação em saúde. Nas atividades educativas, as orientações que mais costumam prestar às famílias são referentes à higiene, ao calendário vacinal, aos cuidados com recém-nascidos, puérperas e gestantes e ao uso correto das medicações. Além disso, realizam o acompanhamento de idosos, crianças, gestantes, puérperas e grupos de risco e também auxiliam a equipe dentro das UBS.

Em um estudo com profissionais pertencentes à equipe do PSF, Pedrosa e Teles²⁵ destacaram que o trabalho dos ACS estava centrado no foco domiciliar e acompanhamento dos grupos de risco, tendo eles a consciência de que trabalham com ações de promoção da saúde e prevenção de doença, desenvolvendo práticas de educação e imunização.

Silva²⁶ percebeu que há concordância entre as orientações do MS para o trabalho dos ACS e o trabalho realizado por estes profissionais nas UBS. As ações básicas de saúde desenvolvidas são descritas como realizar visitas domiciliares, desenvolver atividades de educação em saúde individual ou coletiva, estimular a organização comunitária e promover reuniões de grupos para a discussão de necessidades sentidas pelos moradores de sua microárea de atuação.

Fabri e Waidman²¹ relataram a responsabilidade dos ACS para com sua comunidade, identificando também que esse profissional executa suas atribuições conforme foi capacitado, mas destacaram que possuem uma responsabilidade maior, não sendo apenas a de cumprir ações em saúde. O ACS tem o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida da família com a qual se compromete, a responsabilidade de buscar soluções para as necessidades detectadas.

Silva e Santos²⁷ também verificaram que as ações dos ACS estão de acordo com o que foi delimitado pelas diretrizes governamentais. Além disso, identificaram que essas ações extrapolam as prescritas em seu leque de competências, mas as atividades educativas, descritas pelos autores como mola mestra das ações dos ACS, não são desempenhadas de maneira ampla.

Em sua conclusão, Nogueira *et al.*¹⁶ também destacaram que os ACS realizam tarefas que não se restringem ao campo da saúde, caracterizan-

do-os como um trabalhador genérico, de identidade comunitária, que tem sua atividade ancorada em um perfil social composto por sua capacidade de liderança e ajuda solidária intracomunitária, constituindo-se um trabalhador *sui generis*.

Fabri e Waidman²¹ definiram que, de todas as atribuições do ACS, a de realizar visitas domiciliares é a principal função. Afirmaram que é neste momento que ocorre o elo entre a equipe e a comunidade e se iniciam todas as ações desempenhadas pela equipe de saúde, pois a família faz um vínculo com o ACS e isto a faz participar com maior interesse das ações de saúde. Dessa forma, destacaram que o ACS é o observador e o elo de informação entre a equipe e a família. Silva e Santos²⁷ também colocaram que as visitas domiciliares são uma atividade de grande impacto no trabalho do ACS, ocupando quase que integralmente sua jornada de trabalho.

Em seu trabalho, Zancheta *et al.*²⁸ trouxeram a visão crítica e os impasses que os ACS encontram na prática de seu trabalho, os quais restringiram sua função ao controle de doenças crônicas ou à prevenção de outras, pois se vêem impossibilitados de promover a saúde.

Silva e Santos²⁷ também descreveram que há uma prevalência de atividades que reforçam o modelo biomédico e apontaram para a necessidade de maior engajamento em atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, pois no conjunto das competências do ACS essas atuações são importantes.

Já Fabri e Waidman²¹ defenderam que o acúmulo de função do ACS, além de fazer deste um novo profissional de saúde, o faz um profissional de nível médio que pouco conhece de doença, pois é capacitado para disseminar conceitos de prevenção e saúde, divulgando mais informações sobre saúde do que sobre doença.

Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde

As legislações relevantes sobre a atuação do fisioterapeuta na ABS são a COFFITO-10, que aprova o Código de Ética Profissional²⁹ em 1978; a COFFITO-80 em 1987, que complementa a COFFITO-8 e a COFFITO-37³⁰ e a Resolução CNE/CES 4, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia³¹ em 2002.

A Resolução COFFITO-10²⁹ define como responsabilidade fundamental do fisioterapeuta prestar assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde

de e, como membro de uma equipe de saúde, participar de programas de assistência à comunidade, em âmbito nacional e internacional. A COFFITO-80³⁰ também defende esta inserção em uma equipe de saúde e a atuação desse profissional nos diversos níveis de assistência à saúde com a mesma responsabilidade e com objetivos de preservar, promover, aperfeiçoar ou adaptar, através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida.

As Diretrizes Curriculares³¹ retomam essa capacidade de atuar em todos os níveis de atenção à saúde e reafirmam os objetivos defendidos pela COFFITO-80³⁰. Além disso, definem como competências e habilidades gerais desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo e, no trabalho em equipe multiprofissional, estar apto a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade.

Freitas¹⁴, após análise minuciosa das resoluções do COFFITO, observou que não há referências concretas que apontem para a inserção da fisioterapia na ABS como campo de trabalho, sendo isto definido com as Diretrizes Curriculares. Uma vez que as definições desta inserção são um fato recente, ainda se encontram algumas dificuldades para uma legítima caracterização da atuação neste nível de atenção, como destacou Silva³² em seu trabalho sobre a fisioterapia na atenção básica do idoso. Entretanto, esse autor³² ressaltou que algumas possibilidades de atuação se tornaram claras, já que alguns dos estudos revistos por ele defenderam objetivos semelhantes da fisioterapia nesta área de atuação, como a promoção da saúde e da qualidade de vida da população.

Em decorrência de algumas características do trabalho da fisioterapia na ABS serem diferentes das realizadas em outros níveis de atenção à saúde, Freitas¹⁴ salientou que a profissão teve que agregar novos valores à sua prática e destacou algumas características dessa atuação: as intervenções são em domicílios, escolas, salões das UBS, igrejas, praças, etc.; o atendimento não é exclusivamente individualizado, incorporando-se a este o atendimento em grupo; as ações são voltadas para a prevenção e promoção da saúde e a prática profissional é baseada em decisões coletivas, numa perspectiva interdisciplinar.

Este mesmo autor, em outro trabalho publicado em 2000³³, Almeida *et al.*³⁴ e Ragasson *et al.*³⁵ destacaram que as contribuições dadas pelo fisioterapeuta podem ser tanto de forma interdisciplinar quanto específica e esta última em grupos ou de forma individual.

Segundo Ragasson *et al.*³⁵, o fisioterapeuta, atuando de forma integrada à equipe, destina-se a planejar, implementar, controlar e executar políticas, programas, cursos, pesquisas ou eventos em Saúde Pública; de forma específica, contribui para a execução de ações de assistência integral às famílias em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, com o foco em atendimento domiciliar, pediátrico, direcionado à mulher e às patologias específicas e em atividades voltadas à terceira idade e aos obesos.

Gallo³⁶ fez referência às atribuições do fisioterapeuta na equipe, descritas por Ragasson *et al.*³⁵, e descreveu que a atuação deste profissional, em Londrina, é desenvolvida nos domicílios e nas UBS, e se volta para a visita e orientação fisioterapêutica aos indivíduos acamados, o atendimento pediátrico, a realização de ginástica laboral com os funcionários das UBS e para o atendimento em grupo de terceira idade, diabéticos e hipertensos.

Ribeiro¹ e Almeida *et al.*³⁴, ao descreverem experiências no “Projeto Fisioterapia na Comunidade”, reafirmaram a participação de acadêmicos de fisioterapia de forma integrada à equipe de saúde em uma UBS e de forma específica. Ambos expuseram as diversas formas de atuação desenvolvidas: visitas e atendimentos domiciliares, atendimento individual com foco na reabilitação, participação em grupos de gestantes, idosos, hipertensos e de coluna.

Nessa perspectiva, Ribeiro¹ destacou o trabalho com grupos, que tem se mostrado como uma grande possibilidade de atuação da fisioterapia na ABS, representando uma das estratégias de atender a uma grande demanda e a motivar à continuidade do tratamento; o atendimento domiciliar, como atividade imprescindível no trabalho na ABS, pois é nesse nível de atenção que se depara com a realidade das pessoas; e a orientação postural, como o espaço de prevenção visando à manutenção da saúde.

No entanto, confessou que, apesar das atuações preventivas e educativas constituírem uma importante demanda, não conseguiam focar a atuação nessa perspectiva, pois dava-se prioridade aos atendimentos individuais e às visitas por existir uma maior demanda por esse tipo de atendimento. Tal fato também foi destacado por Trelha *et al.*³⁹.

Freitas³³ também descreveu a atuação do fisioterapeuta integrada à equipe e de forma específica, defendendo a inserção do fisioterapeuta na ABS. Como ação específica, destacou o aten-

dimento domiciliar e relatou que, além da utilização de recursos terapêuticos específicos, era estimulada a intervenção no meio em que o paciente vive, assim como abordagens educativas ao paciente e aos seus familiares.

Em seu trabalho de revisão, Haas³⁷ expôs apenas a atuação específica do fisioterapeuta, destacando a intervenção em grupo e o atendimento domiciliar. Concluiu que este profissional pode atuar junto à população na prevenção, cura, reabilitação e na manutenção da integridade física.

Sampaio³⁸, ao descrever a atuação de estagiários de fisioterapia em uma UBS, dividiu as intervenções desenvolvidas pela fisioterapia em dois tipos: programas, dirigidos a toda a comunidade e normatizados pelo MS ou pela Secretaria Municipal de Saúde, e serviços, voltados para o indivíduo e a família, e propostos de acordo com a demanda de cada Centro de Saúde. Dentre os programas, relatou a inserção da fisioterapia no de hipertensos, diabéticos e crianças portadoras de asma. Quanto aos serviços, atendiam à demanda espontânea com avaliações e tratamento individuais, atividades em grupo com pacientes portadores de patologias crônicas da coluna, atividade física para a terceira idade e para gestantes e visitas domiciliares.

Trelha *et al.*³⁹ trouxeram relatos de fisioterapeutas, que caracterizaram sua atuação em assistência, educação, prevenção de doenças e agravos, e promoção da saúde da população, atendendo de forma individual ou em grupo e por meio de visitas domiciliares.

Dentre as atuações da fisioterapia na ABS, Freitas¹⁴ enfatizou que o atendimento domiciliar é uma característica comum e bastante presente. Ragasson *et al.*³⁵ o descreveram como imprescindível ao fisioterapeuta, pois é o momento em que a realidade das pessoas é visualizada, a realização das atividades de vida diária e suas limitações são analisadas e os encaminhamentos e orientações são indicados. E Haas³⁷ citou que, ao chegar no domicílio, o profissional tem suas fronteiras de intervenção ampliadas, tendo a oportunidade de avaliar o ambiente onde o paciente reside, obter várias informações que auxiliam nas intervenções terapêuticas adicionais, modificações ambientais e equipamento adaptativo. Ferreira *et al.*⁴⁰ destacaram que a presença na residência alcança conhecimentos mais fidedignos do cotidiano familiar, o que torna a intervenção mais eficaz e mais específica.

Segundo afirmou Freitas¹⁴, o trabalho da fisioterapia possui um grande potencial mediador, podendo funcionar como um elo entre a comunidade e a equipe de saúde, favorecendo a identi-

ficação dos problemas que devem ser considerados por toda a equipe na elaboração das ações de saúde.

Hass³⁷ e Ragasson *et al.*³⁵ enfatizaram a importância da presença deste profissional na ABS e sua contribuição para efetivar um sistema de saúde universal e equitativo, objetivando a promoção da saúde, prevenção de doenças, cura, reabilitação, manutenção da integridade física, educação continuada e a participação popular, sendo caracterizado por Ragasson *et al.*³⁵ como um agente multiplicador de saúde. Ainda neste contexto, Ferreira *et al.*⁴⁰ defenderam que a atuação fisioterapêutica na comunidade obedece a Constituição Brasileira de 1988, artigo 196. Tal intervenção contribui para uma assistência integral e equânime, diminuindo ou prevenindo riscos à saúde, como defende esta lei. Também reafirmaram que a presença do fisioterapeuta na comunidade obedece aos princípios do atual modelo de saúde, tendo em vista que oferece subsídios para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação e, conseqüentemente, promove a melhoria da qualidade de vida da população.

Agente comunitário de saúde e fisioterapeuta

Freitas¹⁴, ao fazer o relato de um caso, expôs que tal caso necessitou de uma maior participação de toda a equipe de saúde e destacou a atuação da agente comunitária como impulsionadora de todo o processo que envolve a atuação interdisciplinar.

Este mesmo autor³³, em 2000, descreveu que a eleição dos pacientes acamados, que seriam atendidos pelo projeto, era realizada a partir de uma listagem elaborada pelos ACS, que os identificava através de busca ativa em suas respectivas microáreas.

Gallo³⁶ também descreveu que as visitas domiciliares da fisioterapia eram realizadas após uma triagem prévia dos ACS.

Em seu estudo, Sampaio³⁸ destacou que a contratação dos ACS possibilitou a ampliação da atividade de visita domiciliar realizada pelos acadêmicos de fisioterapia, pois os ACS faziam o levantamento dos casos e os discutiam com os acadêmicos e realizavam o acompanhamento dos pacientes e de seus familiares.

Ribeiro¹ expôs que o treinamento de agentes comunitários e familiares para colaborar no processo de reabilitação representa uma enorme contribuição para a evolução e eficácia do tratamento, além de favorecer a continuidade deste. Enfa-

tizou que esse treinamento torna-se uma complementação que amplia as atividades e, possivelmente, confere mais qualidade ao tratamento.

Defendeu, também, que o fato do ACS conhecer a realidade social e familiar do paciente em tratamento favorece a adequação dos procedimentos à disponibilidade e às necessidades dos indivíduos. Chegou a descrever a participação dos agentes como imprescindível, caracterizando sua colaboração tanto nas ações de reabilitação, quanto nas atividades educativas de caráter mais preventivo.

Esse mesmo autor¹, ao relatar uma experiência profissional, colocou que os ACS e líderes comunitários favoreceram a inserção dos fisioterapeutas na comunidade. Ainda fez referência à atuação da fisioterapia em outra região, onde o atendimento domiciliar é complementado pelo monitoramento dos agentes, que observam as orientações dadas e acompanham o paciente no intervalo entre as visitas do fisioterapeuta.

Discussão

A maioria dos estudos destacaram a função do ACS e outros, a atuação do fisioterapeuta na ABS; porém, poucos identificaram e relataram a interação das ações entre eles. Em relação à atuação profissional na ABS, a do ACS está melhor definida e descrita, comparada a do fisioterapeuta. E os trabalhos que relataram experiências da atuação do fisioterapeuta trouxeram que este estava vinculado à UBS que implantava o PSF.

Verificou-se que há concordância entre os objetivos da atuação do fisioterapeuta descritos nos trabalhos e legislações. Em relação às atuações do ACS, também observou-se uma concordância, como foi descrito por Fabri e Waidman²¹, Silva²⁶, Silva e Santos²⁷.

Além disso, Nogueira *et al.*¹⁶, Fabri e Waidman²¹ e Silva e Santos²⁷ destacaram que as ações do ACS vão além do campo da saúde, sendo caracterizado por Nogueira *et al.*¹⁶ como um trabalhador *sui generis*. Há semelhança entre as descrições dos autores ao se referirem a uma característica peculiar e caracterizadora do ACS, a de estar entre a comunidade e a equipe de saúde, entre o saber popular e o científico, promovendo a integração entre eles. Através de diferentes denominações, os autores¹⁶⁻²¹ fazem alusão a esta característica.

Mas Nogueira *et al.*¹⁶ ainda ampliaram esta característica, destacando que o ACS possui um papel de mediador social, resumindo-o como um elo entre os objetivos das políticas sociais do Es-

tado e os objetivos próprios da comunidade, entre a capacidade de autoajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado, entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde, entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas.

Bornstein e Stotz¹⁷ concluíram que o papel de mediador do ACS é uma ideia comum, tanto no que se refere à mediação entre a equipe e a comunidade como entre os diferentes saberes, o que está de acordo com o observado nesta revisão.

Como foi descrito por Freitas¹⁴, o papel de mediador também é uma característica da atuação do fisioterapeuta na ABS, pois quando este profissional entra no domicílio, tem um contato mais próximo com o paciente e a família, possibilitando a ampliação de suas ações e o conhecimento sobre a realidade em que se insere o indivíduo, além de compartilhar essas informações com os outros profissionais da equipe.

A partir das atuações dos profissionais estudados nesta revisão, é possível destacar que atuam de forma interdisciplinar com a equipe de saúde da UBS 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. Há coincidência com relação ao público-alvo dos grupos, estando voltados principalmente para gestantes, puérperas, recém-nascidos, crianças, adolescentes, idosos, grupos de situação de risco ou de portadores de patologias crônicas.

Dentre as atuações, as direcionadas ao domicílio são destacadas como a principal atividade realizada por ambos os profissionais.

Fabri e Waidman²¹, Silva e Santos²⁷ e a cartilha referente ao PACS¹⁵ colocaram a visita domiciliar como a principal função do ACS. Da mesma maneira, o atendimento domiciliar foi destacado como de grande importância para a atuação do fisioterapeuta na ABS, por Freitas¹⁴, Ragasson *et al.*³⁵, Haas³⁷ e Ferreira *et al.*⁴⁰. O contato com o usuário em seu domicílio foi enfatizado por todos esses autores como uma característica facilitadora da relação entre o profissional e o usuário/família, pois possibilita a aquisição de informações mais fidedignas do cotidiano familiar, tornando a intervenção mais eficiente. O contato mais próximo com o usuário é o que faz desses profissionais mediadores potenciais, pois

prestam assistência integral ao indivíduo e mantêm uma relação interprofissional que fortifica o trabalho em equipe em uma UBS.

As ações do ACS que auxiliam a atuação do fisioterapeuta na ABS são a de acompanhar as famílias de sua respectiva microárea, orientá-las quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis na UBS, desenvolver ações que busquem sua integração com a população e desta com a equipe e identificar indivíduos ou famílias com necessidade de atendimento domiciliar e de grupos educativos.

O vínculo que o ACS estabelece com a comunidade, colocando-se até como um amigo^{18, 20, 21}, facilita ao fisioterapeuta a identificação de usuários que precisam de avaliação e/ou tratamento e a divulgação do serviço de fisioterapia prestado à comunidade, como foi descrito por alguns autores^{1, 14, 33, 36, 38} ao relatarem suas experiências em relação à atuação da fisioterapia na ABS.

Apesar de existir concordância entre as atuações descritas nas legislações e as realizadas na prática pelo ACS e pelo fisioterapeuta, alguns autores fizeram considerações quanto ao foco de atuação desses profissionais. Há discordância relacionada às ações realizadas pelo ACS: Silva e Santos²⁷ e Zancheta *et al.*²⁸ relataram que as atividades têm um maior vínculo às doenças e Fabri e Waidman²¹ descreveram que esse profissional é mais capacitado a divulgar conceitos de prevenção e saúde.

Diante do que foi descrito por Ribeiro¹ e Treilha *et al.*³⁹, relativo ao foco de ações, também se pôde constatar um desequilíbrio nas atuações do fisioterapeuta na ABS, já que as ações de prevenção possuem abordagem menor.

Então, a partir da revisão realizada e da abordagem em alguns trabalhos^{1, 7, 14, 35, 37, 40}, verificou-se que tanto o ACS quanto o fisioterapeuta são profissionais importantes na composição de uma equipe de saúde na ABS, pois contribuem para a qualificação das ações de saúde junto à comunidade e a efetividade de um sistema de saúde universal, integral e equitativo.

Considerações finais

Conforme o propósito desta revisão, através da caracterização das ações próprias do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde, tanto em relação ao que é descrito nas legislações quanto nos trabalhos que destacam conceitos, observações e vivências, identificamos a existência de ações semelhantes e

complementares entre esses profissionais.

Desta forma, verificamos que há interface entre as atuações do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta, evidenciando que há uma interação entre esses profissionais e uma integração entre suas atividades, o que fortalece um preceito tão enfatizado nas definições de atenção básica, o trabalho em equipe.

Colaboradores

LF Loures e MCS Silva participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Ribeiro KSQS. *Fisioterapia na comunidade: buscando caminhos na atenção primária à saúde a partir de um projeto de extensão universitária* [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2001.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z*. [site da Internet] [acessado 2007 mai 02]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz>
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Cartilha Entendendo o SUS*. [site da Internet] [acessado 2007 abr 14]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf
4. Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 28 mar.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. [site da Internet] [acessado 2007 abr 14]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>
6. Poz MRD. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)* 2002; 6(10):75-94.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite*. [site da Internet] 2002 [acessado 2007 mai 22]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0240_M.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial* 1997 [site da Internet] [acessado 2007 mai 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde*. [site da Internet] 2004 [acessado 2007 mai 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf
10. Brasil. Portaria nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a aprovação das normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 1997; 18 dez.

11. Brasil. Decreto nº 3.189 de 4 de outubro de 1999. Dispõe sobre a fixação das diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1999; 04 out.
12. Brasil. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2002; 10 jul.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca*. Relatório Final. [site da Internet] 2004 [acessado 2007 nov 15]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf
14. Freitas MS. *A Atenção Básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares re-significando a prática profissional* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa agentes comunitários de saúde (PACS)*. [site da Internet] 2001 [acessado 2007 mai 22]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>
16. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. *A vinculação institucional de um trabalhador "sui generis": o agente comunitário de saúde*. Texto para discussão nº 735. [site da Internet] 2000 [acessado 2007 maio 24]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf
17. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):259-268.
18. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002; 19(6):1639-1646.
19. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)* 2004/2005; 9(16):25-38.
20. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):197-203.
21. Fabri CA, Waidman MAP. Visita domiciliar: a atividade do agente comunitário de saúde no programa saúde da família. *Fam Saude Desenv*. 2002; 4(2):106-118.
22. Friedrich DBC, Pierantoni CR. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. *Physis* 2006; 16(1):83-97.
23. Fortes PAC, Spinetti SR. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do programa de saúde da família. *Saude soc* 2004; 13(2):70-75.
24. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):347-355.
25. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev. Saude Publica* 2001;35(3):303-311.
26. Silva ABF. *A supervisão do agente comunitário de saúde: limites e desafios para a enfermagem* [dissertação]. Ponta Grossa (PR): Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2002.
27. Silva MHS, Santos MR. Perfil de atividades dos agentes comunitários de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família da zona norte de Juiz de Fora. *Rev. APS* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2007 set 19]; 8(2): [cerca de 18 p.]. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/v008n2.htm>
28. Zanchetta M, Leite L, Perreault M, Lefebvre H. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde – estudo etnográfico. *Online braz. j. nurs*. [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2007 mar 27];4(3):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=74>
29. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Aprovação do Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO-10 de 3 de julho de 1978. Disponível em: <http://www.coffito.org.br>
30. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Complementação da COFFITO-8 e COFFITO-37 e outras providências. Resolução COFFITO-80 de 9 de maio de 1987. Disponível em: <http://www.coffito.org.br>
31. Brasil. Resolução CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne>
32. Silva APG. *A fisioterapia na atenção primária do idoso: uma revisão da literatura* [dissertação]. Franca (SP): Universidade de Franca; 2005.
33. Freitas MS. A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora. In: Barros FBM, organizador. *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil; 2000.
34. Almeida AB, Oliveira AMB, Ribeiro KSQS. A fisioterapia na atenção básica a partir de uma experiência de educação popular. In: *Anais do V Colóquio Internacional Paulo Freire*; 2005; Recife.
35. Ragasson CAP, Almeida DCS, Comparin K, Mischiaty MF, Gomes JT. *Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional*. [site da Internet] [acessado 2007 mai 11]. Disponível em: http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf
36. Gallo DLL. *A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária* [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2005.
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 (PR): Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2003.
38. Sampaio RF. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma unidade básica de saúde. *Fisioter Mov*; 2002; 15(1):12-23.
39. Trelha CS, Silva DW, Iida LM, Fortes MH, Mendes TS. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). *Espaço saúde* 2007; 8(2):20-25.
40. Ferreira FN, Leão I, Saqueto MB, Fernandes MH. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. *Rev Saude Com*. 2005; 1(1):35-43.

Artigo apresentado em 02/01/2008

Aprovado em 27/06/2008