



Práticas Fisioterapêuticas na Atenção Primária

Práticas Fisioterapêuticas na Atenção Primária

Roberta de Melo Roiz

© 2018 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação e de Educação Básica

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Ana Lucia Jankovic Barduchi

Camila Cardoso Rotella

Danielly Nunes Andrade Noé

Grasiele Aparecida Lourenço

Isabel Cristina Chagas Barbin

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Simone Nunes Pinto

Editorial

Camila Cardoso Rotella (Diretora)

Lidiane Cristina Vivaldini Olo (Gerente)

Elmir Carvalho da Silva (Coordenador)

Leticia Bento Pieroni (Coordenadora)

Renata Jéssica Galdino (Coordenadora)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R741p Roiz, Roberta de Melo
Práticas fisioterapêuticas na atenção primária / Roberta de
Melo Roiz. – Londrina : Editora e Distribuidora Educacional
S.A., 2018.
192 p.

ISBN 978-85-522-1164-8

1. Fisioterapia. 2. Atenção primária. 3. Atuação. I. Roiz,
Roberta de Melo. II. Título.

CDD 615

Thamiris Mantovani CRB-8/9491

2018
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 Fundamentação histórica e evolução da fisioterapia	7
Seção 1.1 - História e evolução da fisioterapia	9
Seção 1.2 - Fisioterapia e rede de atenção primária	24
Seção 1.3 - Fisioterapia: atenção primária e ciclos da vida	38
Unidade 2 Epidemiologia, vigilância e atenção à saúde na atenção primária	57
Seção 2.1 - Atenção primária: epidemiologia, homem, meio ambiente e saúde	59
Seção 2.2 - Vigilância e atenção à saúde	71
Seção 2.3 - Abordagem fisioterapêutica e atenção primária	87
Unidade 3 Práticas integrativas e complementares na atenção primária	105
Seção 3.1 - Práticas integrativas e complementares na atenção primária	107
Seção 3.2 - Práticas integrativas e complementares: terapias corporais	119
Seção 3.3 - Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia	133
Unidade 4 Fisioterapia e humanização na atenção primária	149
Seção 4.1 - Humanização: conceito e práticas	151
Seção 4.2 - Humanização: organização, estruturação e cuidados	163
Seção 4.3 - Fisioterapia e humanização	176

Palavras do autor

Caro aluno,

Estamos prestes a entrar em um novo universo de conhecimentos da fisioterapia.

Temos acompanhado a evolução da saúde do Brasil pelo SUS, e a fisioterapia vem participando dessa evolução. A fisioterapia enquanto rede de atenção primária, tem proporcionado promoção e proteção da saúde, através de programas relacionados aos ciclos da vida: mulher, idoso, infância e adolescência, e ainda nos grupos de gestantes, tabagistas, dentre outros. Além dos programas de saúde, o atendimento da fisioterapia tem atuado nas práticas integrativas e complementares e humanização. Assim, os profissionais de fisioterapia terão que ter conhecimento não apenas sobre educação em saúde, mas também sobre epidemiologia, vigilância, meio ambiente e comportamento, humanização, visando qualidade de vida.

Com foco sobre a evolução e atuação da fisioterapia na atenção primária, falaremos neste livro sobre os diversos aspectos relacionados à fisioterapia como profissão e ciência, humanização, atribuições e competências do fisioterapeuta perante a profissão e rede de atenção primária, como as possíveis abordagens terapêuticas nas doenças infectocontagiosas e nas doenças crônicas.

Com base nesses conhecimentos, você será capaz de compreender a importância da fisioterapia na atenção primária, ou seja, entenderá que o fisioterapeuta atua não somente na reabilitação, mas também na proteção e promoção de saúde, visando qualidade de vida; você estará apto, ainda, para entender o processo de humanização e como a fisioterapia se encontra dentro desse processo.

Na primeira unidade deste livro, falaremos sobre a história e evolução da fisioterapia, tanto em relação ao perfil profissional quanto no que tange à ciência, além da fisioterapia no Brasil. Falaremos também como a fisioterapia pode atuar na rede de atenção primária, visando às atribuições e competências, atuação nos ciclos da vida e na saúde do trabalhador. Já na segunda unidade abordaremos sobre epidemiologia na atenção primária, educação em saúde,

comportamento e meio ambiente, além da atuação, promoção e prevenção de doenças infectocontagiosas e crônicas. Na terceira unidade teremos foco nas práticas integrativas e complementares. Vocês terão conhecimento sobre essas práticas no SUS, a classificação e tipos, tais como Yoga, Acupuntura, Chian Gong, Lian Gong, dentre outras; além da história, regulamentação e atuação da fisioterapia perante essas práticas. Na quarta e última unidade conheceremos sobre a Humanização. Seu conceito, estrutura, inserção nas práticas de saúde do SUS, na fisioterapia e na inclusão social das pessoas com deficiências, incapacitadas e desassistidas.

Percebeu como os conhecimentos que você irá aprender por meio deste livro são importantes para sua futura prática profissional?

Fundamentação histórica e evolução da fisioterapia

Convite ao estudo

Nesta unidade falaremos sobre a história e evolução da fisioterapia, perfil tanto profissional quanto científico; também falaremos sobre a fisioterapia no Brasil e na rede de atenção primária. Já imaginou o quanto a fisioterapia evoluiu enquanto profissão e no meio científico? O quanto a fisioterapia contribui para melhoria da saúde e qualidade de vida? O quanto a fisioterapia pode contribuir na atenção primária?

Por meio da leitura desta unidade, você irá conhecer a história e os diversos aspectos envolvidos na evolução e atuação da fisioterapia enquanto saúde, profissão e ciência; atribuições e competências do fisioterapeuta na rede de atenção primária, como atuação nos ciclos de vida e saúde do trabalhador. Essas informações possibilitarão que você compreenda todo o processo histórico e evolutivo da fisioterapia, diferenciar o papel da profissão e ciência, e entender o perfil e atuação do profissional de Fisioterapia na atenção primária.

Para ajudá-lo a compreender melhor os assuntos abordados e aproximá-lo da realidade da Fisioterapia, você será apresentado a uma situação muito interessante; leia-a com atenção, pois esta será utilizada ao longo de toda a Unidade 1. Quando você estiver lendo, tente imaginar a situação e os personagens; você verá como tudo ficará mais próximo da realidade:

Felipe acabou de ver a sua aprovação no vestibular para Fisioterapia e após formado irá atender pacientes acamados no hospital, na UTI e assim, ajudá-los a recuperar o mais rápido possível com a fisioterapia. Passado um mês, chega o primeiro dia, entra na sala de aula e a professora está apresentando o

curso. Muito ansioso e atento às explicações de como funciona todo o processo do curso e da profissão, ficou surpreso ao ouvir o quanto a fisioterapia evoluiu nos últimos anos e o quanto a profissão pode atuar em várias áreas, como em hospitais, clínicas e Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo nas redes de atenção básica, como uma atuação primária, ou seja, na prevenção e promoção de saúde. Felipe realmente ficou curioso e prontamente questionou a professora: como a fisioterapia poderá atuar nesse campo especificamente? Quais pacientes poderão se beneficiar com a fisioterapia na atenção primária? Então quer dizer que a fisioterapia não é só para reabilitar aqueles pacientes que sofreram acidentes, estão com fraturas ou sofreram derrame? A professora Telma sorriu e disse a Felipe que todos esses questionamentos serão respondidos durante o curso, inclusive na disciplina de Práticas Fisioterapêuticas na Atenção Primária, e que ele entenderá melhor todo o contexto da história, evolução e atuação da fisioterapia. Você já presenciou alguma situação semelhante? Ou aconteceu com você? Parece familiar?

Seção 1.1

História e evolução da fisioterapia

Diálogo aberto

Nesta seção falaremos sobre história e evolução da fisioterapia como profissão e ciência, e a fisioterapia no Brasil.

Você já ouviu falar como surgiu a fisioterapia? Como aconteceu o processo de evolução da fisioterapia? Existe diferença dentro da fisioterapia entre profissional da saúde e profissional da ciência? Qual o perfil do profissional de fisioterapia no Brasil?

A professora da disciplina de Práticas Fisioterapêuticas na Atenção Primária passou para os alunos um trabalho sobre a história e evolução da fisioterapia. Felipe e um grupo de colegas tiveram uma ideia de construir uma linha do tempo abordando o tema. Felipe conversando com Carlos entraram em discussão de como e quando surgiu a fisioterapia. Na discussão, os colegas perguntaram como surgiu no Brasil e quando foi. Carlos como um aluno esperto foi logo dizendo: “vamos colocar logo essas perguntas no papel para que a gente não esqueça de pesquisar”. Carlos ainda acrescentou: “vamos colocar também o perfil e papel da fisioterapia no Brasil”. Os colegas disseram: “será que o fisioterapeuta pode ser pesquisador ou só profissional de saúde?” Felipe acha que pode ser os dois, e você, o que acha?

É sobre isso que vamos falar nesta seção do livro.

Não pode faltar

O surgimento da fisioterapia é relativamente recente, mas podemos descrever vários momentos históricos nos quais há indícios que já se fazia reabilitação física. O processo de cura e doença está entrelaçado com a história da Medicina e assim, com o surgimento das profissões da saúde. Os médicos gregos usavam os agentes físicos para fins terapêuticos desde a Antiguidade (4.000 a.C.- 395 d.C.), destacando-se os banhos de sol e a eletricidade gerada pelo peixe elétrico (eletroterapia) para tratar doenças físicas e redução ou

inibição da dor, ou até mesmo para relaxamento. Isso significa que os recursos da natureza já eram usados de forma terapêutica.

Um momento descrito na história aconteceu também na Grécia Antiga, em que havia competições entre gladiadores e a necessidade de treinamento físico. Além disso, muitos se machucavam e era necessário um meio para recuperação. Assim, surgiu a atividade física como recurso terapêutico, ou seja, a cura pelo movimento, denominado de atividade física terapêutica.

Ainda na Grécia Antiga e também em Roma, os filósofos, que também eram médicos, tinham uma visão da relação e interferência do meio ambiente com o homem. Estudiosos como o grego Aristóteles, também chamado de pai da Cinesiologia, descreveu ação dos músculos, já o romano Galeno descreveu os ossos, músculos, nervos e cérebro. Galeno usava o peixe elétrico como recurso terapêutico, além de tratamentos baseados em movimentos do corpo.

Outro acontecimento histórico ocorreu na Europa Medieval, em que as doenças antes tratadas com exercícios terapêuticos passaram a ser reconhecidas como uma punição pelos pecados cometidos ou até mesmo devido à feitiçaria. A doutrina cristã acreditava que as doenças que acometiam as pessoas estavam relacionadas às condições espirituais e o seu tratamento era realizado em hospitais eclesiásticos. Esse tratamento visava práticas de orações e apelação para santos para fins de salvação da alma. Nessa época, as doenças eram reconhecidas como um castigo divino e os deficientes físicos deveriam ser isolados da população.



Refleta

Já imaginou encarar uma doença como sendo de fundo espiritual? Como seria essa visão de doença nos dias atuais? Será que toda doença está relacionada a uma condição puramente física?

O corpo sendo encarado pela comunidade cristã, na época a Igreja Católica, apenas como local para o espírito, fugindo da relação entre corpo e meio ambiente, e entre o corpo e os recursos físicos, leva ao escasso avanço nos estudos da saúde.

Com isso, a medicina entra em declínio e conseqüentemente o surgimento de doenças e epidemias. As doenças começaram a

ser transmitidas de um indivíduo para o outro através do ambiente, isso significa que a Igreja Católica não podia mais negar que as doenças poderiam surgir e se proliferar devido a fatores físicos do meio ambiente. Além disso, os médicos da época compreenderam que além desses fatores físicos, a condição de higiene do ambiente estava diretamente relacionada ao aparecimento das doenças. A população ficou dividida entre o que seria espiritual e o que seria influência ambiental para o surgimento das doenças.

Na época do Renascimento (séculos XVII e XVIII) surgem estudos referentes ao corpo e aos seus cuidados, à saúde e cura das doenças de forma individual. Surgiu a ciência moderna e com isso, o avanço da Medicina. Contudo, apesar desse avanço no campo científico havia uma necessidade de compreender a relação do meio social e político com o processo saúde doença. A higiene como fonte de saúde também era uma preocupação da época.

Ao final do século XVIII, com avanço da industrialização na Europa e crescimento urbano, surgiram problemas sociais e lesões por acidentes de trabalho. Os operários trabalhavam com jornadas de trabalho excessivas, em condições precárias, onde não haviam cuidados com a saúde nem com a segurança de trabalho. Com isso, eles se lesionavam e passaram a ser preocupação, pois operários sem trabalhar, eram afastados e impossibilitados de proporcionar fonte de lucro e riqueza.

A necessidade de reabilitação era evidente, visto que a força de trabalho estava prejudicada e era necessário que eles retornassem o mais rápido possível ao trabalho. A reabilitação era exercida por médicos, enfermeiros, dentre outros profissionais da saúde, ou seja, nessa época não se falava na profissão de fisioterapia, mas já estava sendo traçada com perfil apenas de reabilitação curativa. Isso significa que a fisioterapia estava surgindo com foco na cura, se tornando na época, um campo único da profissão. Isso explica o porquê de a fisioterapia ter permanecido por anos com foco na atenção secundária e terciária.

Continuando com a história da fisioterapia temos um marco que foi o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945. Muitos sobreviventes tiveram como consequência pós-guerra as mutilações, tornando-os potencialmente incapazes de convívio social e retorno aos campos de batalha. Sendo assim, diante dessas condições e associados aos

casos de poliomielite surgiu a necessidade de delegar funções para outros profissionais da saúde que pudessem reabilitá-los de forma mais específica. Esses fatores foram norteadores para o surgimento da formação em fisioterapia.

Vale ressaltar que esses dois marcos, industrialização e pós-guerra, tem como cenários os Estados Unidos e Inglaterra. Esses países foram então, pioneiros na ciência e institucionalização da fisioterapia, de forma que na Inglaterra a massagem foi a conduta que permaneceu por muitos anos, com surgimento de cursos para formação da prática de forma científica, tornando-se uma prática terapêutica com certificação. Era feita pelos enfermeiros, mas com supervisão e prescrição médica.



Refleta

Será que esse seria o motivo pelo qual a fisioterapia ainda é vista como profissão que faz massagem?

Após anos de prática de massagem e a mesma associada a exercícios físicos, eletroterapia termoterapia e hidroterapia, foi necessário ampliar o exame de certificação. Não apenas para massagem, mas para exercícios terapêuticos. Além disso surgiu *The Chartered Society of Massage and Medical Gymnastic* (CSMMG), sociedade voltada a realizar a divulgação e imagem da fisioterapia como ciência, através de encontros e congressos.



Assimile

O 21º Congresso promovido pela CSMMG com os temas 'Reabilitação, fisioterapia e ortopedia', 'O horizonte em ampliação' ocorreu em 1941. Foi importante momento de discussão sobre a inclusão da psicologia no currículo, considerada fator essencial na reabilitação. Discutiu-se sobre a relação entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional, tratando de treinos exclusivos para cada profissão.

A necessidade de aumentar as habilidades e práticas foi intensa, surgindo novos departamentos de tratamento físico nos hospitais na Inglaterra, principalmente para campos de lesão ortopédica e lesão medular e assim, inicia o processo de consolidação do perfil

profissional da fisioterapia. Já nos Estados Unidos a fisioterapia se inicia com a ginástica médica, podendo ser exercida pelos profissionais da enfermagem e da educação física, ou pessoas treinadas por médicos. Os médicos ortopedistas avaliavam, davam diagnóstico dos pacientes e decidiam os recursos que seriam utilizados para reabilitação.

Ainda nos Estados Unidos foi autorizado um seguro financeiro para os soldados sequelados pós-guerra para reabilitação. Assim, foram contratados vários profissionais e unidades padrão de fisioterapia foram construídas nos hospitais com atividades que visavam exercícios passivos e ativos, hidroterapia, massagem, dentre outros. No Walter Reed General Hospital foi criado um programa de treinamento para fisioterapia, um programa com duração de 4 meses com intuito de garantir profissionais bem treinados. Esse programa surgiu em 1922 e marca o início da fisioterapia nos Estados Unidos.

No Brasil há relatos de que a história das práticas de fisioterapia teve influência da vinda da família real porque junto com ela vieram muitos profissionais para atender os portugueses, com conhecimento de recursos naturais para tratar, além das chamadas “Casas de Duchas”, influenciando diretamente no contexto de saúde. De fato, a fisioterapia toma maior expressão no início do século XX, e se relaciona à história da medicina, medicina física e reabilitação.

Além de estar também relacionada com a história da Inglaterra, em que profissionais brasileiros oriundos da cidade de São Paulo fizeram vários intercâmbios e visitas para a Inglaterra com intuito de atualização e conhecimento na área da reabilitação. Os Estados Unidos também influenciaram a fisioterapia no Brasil, tanto no âmbito do ensino quanto da pesquisa, além do campo da terapia.

Concomitante nessa época (1919) houve a criação do Departamento de Eletricidade Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pelo médico Raphael Penteadó de Barros, surgindo as primeiras práticas de fisioterapia. A partir disso, surgem novas aberturas de institutos e cursos para formação em fisioterapia, já que as práticas fisioterapêuticas, massagem, exercícios físicos, eletroterapia, termoterapia e hidroterapia estavam em ascensão.

Em 1951, surgiu o primeiro curso para a formação de profissionais de fisioterapia no Hospital das Clínicas de São Paulo.

O curso tinha duração de um ano, e os profissionais recebiam o título de técnicos em fisioterapia, com foco na reabilitação funcional podiam atuar em centros especializados para pessoas portadoras de incapacidades. Nesses centros, além do técnico em fisioterapia participavam outros profissionais, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre outros, atuando como equipe multidisciplinar, porém todos eram supervisionados por um médico fisiatra.



Exemplificando

Temos a instalação do serviço de fisioterapia no Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho em 1929 para assistir aos usuários do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e também a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), fundada em 1958 para assistir as vítimas sequeladas de poliomielite.

O Brasil dentro do contexto da industrialização se torna o primeiro país na América Latina em acidentes decorrentes do trabalho, trazendo uma necessidade real de meios para reabilitar esses funcionários com o objetivo de retorno ao trabalho e redução de custos para o governo, caso esses funcionários permanecessem muito tempo fora do mercado de trabalho. Isso gerou uma identidade profissional exclusivamente voltada para a recuperação física, o que até os dias de hoje tem se mostrado forte dentro da profissão.

Após a formação do primeiro curso em fisioterapia, foi fundada em 1957 duas associações em São Paulo, a Associação Paulista de Fisioterapeutas (APF) e a Associação Brasileira de Fisioterapeutas (ABF). A ABF ajudou a unir os profissionais de todo o Brasil, sendo dada ajuda técnica, cultural e científica. Isso foi muito importante para o crescimento da profissão no país. Essas duas associações existem até hoje e se tornaram referência na fisioterapia. Outra associação de destaque na história da fisioterapia foi a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). Essa associação fundou a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, em 1956. Essa Escola foi a primeira instituição no país a disponibilizar um curso de graduação em fisioterapia de forma regularizada.

A formação em fisioterapia no Brasil evoluiu de forma lenta nas décadas de 1970 e 1980. Já na década de 1990 elevou consideravelmente o número de cursos e de vagas, chegando a atingir rápida expansão a partir de 1997. A partir de então, a fisioterapia vem crescendo e se consolidando, porém tem menos de 50 anos de regulamentação da profissão.

O primeiro parecer com o objetivo de regulamentar o curso de fisioterapia foi o parecer de nº 388/63, publicado em 1963 por especialistas do Conselho Federal de Educação, pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC). Esse curso continha um minicurrículo, duração de três anos e os profissionais de fisioterapia que ainda eram chamados de técnicos em fisioterapia. Ainda nesse parecer, foram definidas funções para Fisioterapia e Terapia Ocupacional, porém o médico era ainda responsável por indicar e orientar tratamento. Somente no dia 13 de outubro de 1969 foi aprovado o Decreto-Lei nº 938/69, e a fisioterapia se elevou à categoria de curso de nível superior.



Pesquise mais

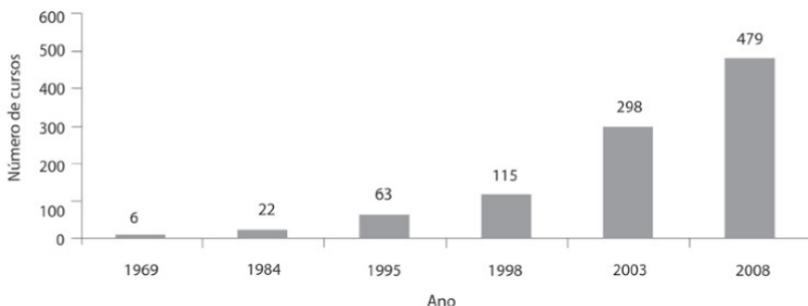
Você sabia que o dia 13 de outubro é comemorado o dia nacional do fisioterapeuta devido ao Decreto-Lei nº 938/69? Nesse decreto consta características e competências da Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Leia o Decreto-Lei e compreenda o perfil traçado da fisioterapia. Fonte: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, leis e decretos. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3317>>. Acesso em: 12 mar. 2018. Você também pode assistir ao vídeo institucional do COFFITO:

<<https://www.youtube.com/watch?v=hEo4tYqK2RI>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

A formação da fisioterapia no Brasil sempre sofreu influência dos contextos sociais, políticos, econômicos, como casos de poliomielite, advento das indústrias e ditadura militar. Após aprovação do Decreto-Lei nº 938/69 existiam no Brasil apenas seis cursos de graduação. No decorrer de 25 anos surgiram mais 16, totalizando 22 cursos em 1984. Nessa época o número de vagas era pequeno, e isso pode ter ocorrido em virtude da ditadura militar, pois havia muita repressão à educação superior e pouca divulgação e conhecimento da população perante a

profissão de fisioterapia. A partir da segunda metade da década de 1990 houve um crescimento no número de vagas e cursos, pois o Estado percebeu a necessidade real de modificar o quadro da escolaridade de nível superior no país. A Figura 1.1 mostra a evolução no número de cursos no Brasil.

Figura 1.1 | Número de cursos de fisioterapia no Brasil, 1969-2008



Fonte: Bispo (2009).

Dentre a formação de novos cursos de fisioterapia surge uma lei importante para a profissão, a Lei nº 6.316, uma lei de 17 de dezembro de 1975, a qual cria e regulamenta o Conselho Federal (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). Atualmente existem 16 CREFITOS, cada um representa um estado brasileiro, sendo que alguns abrangem mais de um estado. Os CREFITO's são importantes para que os profissionais se inscrevam e possam atuar de forma legal, além de ser ponto de apoio para os profissionais em primeira instância, tais como solicitação para registros de certificação em especialização, cursos, residências, regularização da inscrição no Conselho para atuação profissional, declarações sobre regularização perante Conselho, dentre outros.

No dia 3 de julho de 1978, o COFFITO apresentou uma resolução, a Resolução nº 10 de 3 de julho de 1978, a qual aprova o código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os CREFITOS's ficaram responsáveis por cuidar e fazer cumprir os princípios e diretrizes do código de ética. A fisioterapia avança cada vez mais no que tange à regulamentação e atribuições da profissão.



O Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional abrange as responsabilidades fundamentais e relacionadas aos exercícios da profissão, relação do profissional fisioterapeuta com demais colegas e outros profissionais da saúde, relação profissional perante as entidades das classes e honorários profissionais.

Atualmente os cursos de fisioterapia se concentram nas instituições de ensino privadas e em relação à concentração de regiões, o cenário vem mudando, porém a distribuição dos cursos do Sul e Sudeste ainda é maior do que nas regiões do Norte e Nordeste, conforme dados da Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) no site <<http://abenfisio.com.br/instituicoes-de-ensino-em-fisioterapia-no-brasil/>> e <<http://emec.mec.gov.br/>>, neste último podemos observar o mapa do Brasil com as regiões e os respectivos números de cursos de Fisioterapia vigentes.

Em relação à profissão de fisioterapia, hoje está regulamentada nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), mas podemos perceber que culturalmente muitos ainda acreditam que a fisioterapia só atua na reabilitação. Esse pensamento é devido aos muitos fatos e evolução da história da fisioterapia no Brasil e em outros países descritos anteriormente, onde a visão da fisioterapia estava fundamentada apenas na recuperação de doentes.

A fisioterapia atual é vista como ciência da saúde atuando nas redes de atenção em equipes multidisciplinares, com norte na reabilitação, mas também voltada para promoção e proteção da saúde, visando à qualidade de vida e estratégias de adaptações para que o indivíduo consiga retornar às suas atividades de vida diária. O fisioterapeuta, antes dependente de médico para avaliar e traçar conduta, hoje possui autonomia não apenas para avaliar, reavaliar e definir plano de tratamento, mas também conduzir um ótimo diagnóstico fisioterapêutico, ou seja, diagnóstico cinético postural e propor atividades domiciliares. Isso tudo fundamentado em pesquisas científicas e em pesquisas baseadas em evidências, as quais contribui e impulsiona o avanço da fisioterapia como profissão e como ciência.

A integração da fisioterapia de modo formal no meio científico brasileiro, aconteceu no dia 20 de dezembro de 1996, com o primeiro

mestrado brasileiro em fisioterapia na Universidade de São Carlos (UFSCar). O MEC através da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) foi responsável por aprovar o curso. Essa criação do primeiro mestrado em fisioterapia foi crucial para a qualificação *stricto sensu* dos fisioterapeutas no que tange à sua própria área. E assim, a fisioterapia começou a se solidificar com a comunidade científica da grande área de ciências da saúde, dentre elas, a representação formal da área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, o surgimento de Fóruns Nacionais de Pesquisa e Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Fisioterapia e a criação da Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia (ABRAPG-Ft).



Pesquise mais

A fisioterapia ainda precisa aumentar produção científica em revistas nacionais e internacionais, além do número de pesquisadores, com surgimento de novos programas de pós-graduação. Hoje há 12 revistas brasileiras específicas de Fisioterapia. Fonte: Calvalcante CCL, Rodrigues ARS, Dadalto TV, da Silva EB. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. **Fisioter Mov.** 2011 jul./set.; 24(3):513-22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/16.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2018.

Em 5 de abril de 2001 foi fundada a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO). Essa associação tem finalidade de garantir os interesses da Fisioterapia em relação ao ensino, pesquisa e extensão, tanto na graduação quanto na pós-graduação em frente aos órgãos do Governo, às Instituições de Ensino Superior e à sociedade em geral. Tem como alvo a excelência no ensino em todos os níveis, formando fisioterapeutas para atender o Sistema Único de Saúde (SUS) e cuidado integral em saúde. A ABENFISIO trouxe para a profissão mais autonomia e crescimento no que tange o ensino e pesquisa.

Então, reconhecemos que a fisioterapia é uma profissão nova no que diz respeito à legalização, e em se tratando do campo científico é ainda mais recente, com apenas 21 anos de inserção na comunidade científica brasileira. Porém, tem uma ascensão contínua na pesquisa, atualização e qualificação de profissionais, sem esquecer

do reconhecimento da profissão perante a sociedade, Estado e comunidade de profissionais da saúde que já se tornou indiscutível.



Pesquise mais

Pensando em aprimorar os seus conhecimentos sobre a profissão de fisioterapia você pode acessar o site do Conselho Federal de Fisioterapia e terapia Ocupacional. Lá você encontrará leis e decretos importantes para regulamentação e atribuições do fisioterapeuta. Fonte: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, leis e decretos. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=39> e <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=19>. Acesso em: 10 mar. 2018.

Sem medo de errar

No início da seção deste livro, apresentamos um contexto no qual Felipe foi aprovado no vestibular de fisioterapia e tinha muitas dúvidas sobre o curso e profissão de fisioterapia. Logo em seguida, com base nessa conjuntura, descrevemos a seguinte situação-problema:

Foi solicitado pela professora da disciplina de Práticas Fisioterapêuticas na Atenção Primária um trabalho sobre a história e evolução da fisioterapia. Felipe e um grupo de colegas tiveram uma ideia de construir uma linha do tempo abordando o tema. Felipe conversando com Carlos entraram em discussão de como e quando surgiu a fisioterapia. Na discussão os colegas perguntaram como surgiu no Brasil e quando foi. Carlos como um aluno esperto foi logo dizendo: “vamos colocar logo essas perguntas no papel para que a gente não esqueça de pesquisar”. Carlos ainda acrescentou: “vamos colocar também o perfil e papel da fisioterapia no Brasil”. Os colegas disseram: “será que o fisioterapeuta pode ser pesquisador ou só profissional de saúde?” Felipe acha que pode ser os dois, e você, o que acha?

Depois dos conteúdos apresentados nesta seção, você se sente mais preparado para responder a essas perguntas?

Em relação ao surgimento da fisioterapia há relatos na história que a mesma surgiu através de práticas oriundas da influência da vinda da família real, porque junto com ela vieram muitos profissionais para atender os portugueses, com conhecimento de recursos naturais para tratar, além das chamadas “Casas de Duchas”,

influenciando diretamente no contexto de saúde. Porém, sua maior expressão foi em meados do século XX com relação direta com a história da medicina, medicina física e reabilitação. Não podemos esquecer da relação da história da fisioterapia no Brasil com a história da Inglaterra e dos Estados Unidos, os quais influenciaram os profissionais brasileiros no âmbito do ensino, pesquisa, além do campo da terapia.

O segundo questionamento trata sobre perfil e papel da fisioterapia. Fica claro que essa dúvida é comum entre os estudantes e população em geral, pois tem-se a cultura que a fisioterapia é reabilitadora. De fato, isso é influência da história da fisioterapia, mas atualmente está regulamentada nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário), abrangendo a promoção e prevenção da saúde, e o fisioterapeuta possui autonomia não apenas para avaliar, reavaliar e definir plano de tratamento, mas também conduzir um ótimo diagnóstico fisioterapêutico.

A última pergunta diz respeito ao fisioterapeuta ser apenas profissional da saúde ou se pode também ser considerado pesquisador. Essa pergunta é interessante porque há poucos anos a fisioterapia não era vista como ciência, não tinha um papel essencial na pesquisa. Hoje o profissional abrange as duas áreas, como profissional da saúde e pesquisador, e o profissional pesquisador vem ajudando a consolidar a profissão e também traçar planos de tratamento baseados em evidências científicas, promovendo maiores avanços e reconhecimento da profissão.

Avançando na prática

Evolução da fisioterapia

Descrição da situação-problema

Renato é um pesquisador em fisioterapia e em conversa com o sobrinho Pedro que cursa faculdade de fisioterapia, questionou se ele sabia por que o dia 13 de outubro é comemorado o dia nacional do fisioterapeuta e o que se refere a essa decisão pela data. Também perguntou se ele já tinha ouvido falar sobre a ABENFISIO e qual o seu papel perante os profissionais de fisioterapia. Pedro parou para pensar e começou a responder os questionamentos. Diante dessa história o que será que Pedro respondeu ao tio?

Resolução da situação-problema

Pedro ao ser questionado sobre o dia 13 de outubro ser comemorado o dia nacional do fisioterapeuta respondeu que seria devido ao Decreto-Lei nº 938/69, o qual a fisioterapia se elevou à categoria de curso de nível superior. Sendo um importante marco da história da fisioterapia, determinou-se essa data para a comemoração.

Em relação à ABENFISIO ele afirmou que já tinha ouvido falar que era uma associação voltada para garantir os interesses da fisioterapia em relação ao ensino, pesquisa e extensão, tanto na graduação quanto na pós-graduação frente aos órgãos do Governo, às Instituições de Ensino Superior e à sociedade em geral. Além de focar na excelência do ensino em todos os níveis e formar fisioterapeutas para atender o Sistema Único de Saúde (SUS) e cuidado integral em saúde.

Faça valer a pena

1. A formação em fisioterapia no Brasil evoluiu de forma lenta nas décadas de 1970 e 1980. Já na década de 1990 elevou consideravelmente o número de cursos e de vagas, chegando a atingir rápida expansão a partir de 1997. A partir de então, a fisioterapia vem crescendo e se consolidando, porém tem menos de 50 anos de regulamentação da profissão.

Aprecie as afirmativas abaixo e assina a alternativa correta:

- a) Dentre a formação de novos cursos de fisioterapia surge uma lei importante para a profissão, a Lei n. 6.316, uma lei de 17 de dezembro de 1975, a qual cria e regulamenta o Conselho Federal (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO).
- b) Em 1951, surgiu o primeiro curso para a formação de profissionais de fisioterapia no Hospital das Clínicas de São Paulo. O curso tinha duração de um ano, recebendo o título de profissionais em fisioterapia, com foco na reabilitação funcional, podendo atuar em centros especializados para pessoas portadoras de incapacidades.
- c) O primeiro parecer com o objetivo de regulamentar o curso de fisioterapia foi o parecer de nº 388/63, publicado em 1963 por especialistas do Conselho Estadual de Educação, pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC).
- d) A integração da fisioterapia de modo formal no meio científico brasileiro aconteceu no dia 20 de dezembro de 1996, com o primeiro mestrado brasileiro em fisioterapia na Universidade de São Paulo (USP).

e) No dia 3 de julho de 1978, o COFFITO apresentou a Resolução nº 10 de 3 de julho de 1978, a qual aprova o código de Ética Profissional de Fisioterapia, apenas.

2. No Brasil há relatos de que a história das práticas de fisioterapia teve influência da vinda da família real porque junto com ela vieram muitos profissionais com conhecimento de recursos naturais para tratar, além das chamadas “Casas de Duchas”, influenciando diretamente no contexto de saúde. Após essa época, profissionais brasileiros oriundos da cidade de São Paulo fizeram vários intercâmbios e visitas para outros países com intuito de atualização e conhecimento na área da reabilitação, ou seja, houve influência, tanto no âmbito do ensino quanto da pesquisa, além do campo da terapia.

De fato, a fisioterapia toma maior expressão no início do século XX, e se relaciona à história da medicina, medicina física e reabilitação de quais principais países? Assinale a alternativa correta:

- a) Alemanha, Argentina e Portugal.
- b) Argentina, Estados Unidos e Alemanha.
- c) Espanha, Portugal e Itália.
- d) Inglaterra, Estados Unidos e Portugal.
- e) Itália, Estados Unidos e Inglaterra.

3. No dia 3 de julho de 1978, o COFFITO apresentou uma resolução, a Resolução nº 10 de 3 de julho de 1978, a qual aprova o código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os CREFITOS’s ficaram responsáveis por cuidar e fazer cumprir os princípios e diretrizes do código de ética.

No que se refere à abrangência do conteúdo do Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional? Marque a afirmativa correta.

- a) Das responsabilidades fundamentais; do exercício profissional; relação do profissional fisioterapeuta e terapeuta Ocupacional perante os colegas e com demais membros da equipe de saúde; relação profissional perante as entidades de ensino superior; dos honorários profissionais.
- b) Das responsabilidades fundamentais; do exercício profissional apenas da área da reabilitação; relação do profissional fisioterapeuta e terapeuta ocupacional perante os colegas e com demais membros da equipe de saúde; relação profissional perante as entidades das classes; dos honorários profissionais.

- c) Das responsabilidades fundamentais; do exercício profissional; relação do profissional fisioterapeuta e terapeuta ocupacional perante apenas aos demais colegas; relação profissional perante as entidades das classes; dos honorários profissionais e relação profissional perante as entidades das classes e honorários profissionais.
- d) Das responsabilidades e do exercício profissional; relação do profissional fisioterapeuta e terapeuta ocupacional perante os colegas e com demais membros da equipe de saúde; relação profissional perante as entidades das classes; exclui-se os honorários profissionais.
- e) Das responsabilidades e do exercício profissional; relação do profissional fisioterapeuta e terapeuta ocupacional perante os colegas e com demais membros da equipe de saúde; relação profissional perante as entidades das classes; dos honorários profissionais.

Seção 1.2

Fisioterapia e rede de atenção primária

Diálogo aberto

Uma vez que você já conhece sobre a importância da história e evolução da fisioterapia dentro do contexto de graduação, do campo profissional e científico, nesta seção você será apresentado à fisioterapia e rede de atenção primária.

A situação que você já conhece abordada no início da unidade, Felipe passa no vestibular para fisioterapia e no primeiro dia de aula tem muitas dúvidas sobre a profissão, campos de atuação da fisioterapia e em uma das atividades propostas a serem realizadas pelos alunos, Maria e Felipe, foram fazer uma visita na UBS para uma entrevista com a fisioterapeuta Simone, para montar um estudo de caso sobre a fisioterapia na atenção primária. Enquanto esperavam a Simone, os alunos foram convidados a participar de uma reunião da equipe de UBS. Dentre os pontos abordados durante a reunião foi comentado sobre a visita que a Simone fez a um posto do bairro, onde ela avaliou o local de trabalho e a situação dos servidores de lá. Foram destacadas algumas inadequações, como ambiente muito quente e úmido, servidores trabalhando com postura inadequada, dentre outras. Por isso, ela terá que fazer um relatório para ser encaminhado ao responsável do posto com sugestões para mudanças. Ao término da reunião Simone convida os alunos para a entrevista. Felipe inicia questionando como e quando a fisioterapia foi inserida na atenção primária? Como o fisioterapeuta pode atuar na atenção primária? Quais as competências do fisioterapeuta? Por fim, a Maria não resistiu e acabou perguntando porque ela teria ido avaliar um posto de trabalho, fazer relatório sobre local de trabalho e servidores, se isso seria papel do fisioterapeuta.

Não pode faltar

A história da fisioterapia na rede de atenção primária se inicia antes da regularização do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal de 1988. Teve início após a Resolução COFFITO

nº 80 onde buscou ampliar as atribuições do Fisioterapeuta definidas na Resolução 80/87. Segundo a Resolução COFFITO nº 80:

Artigo 1º. É competência do FISIOTERAPEUTA, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de Fisioterapia, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas (RESOLUÇÃO COFFITO 80, 1987).

Essa resolução foi necessária diante do contexto na época em que o Brasil estava vivendo, a Reforma Sanitária, definida como conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. A partir dessa Reforma Sanitária culminou com a universalidade à saúde, ou seja, todos têm direito à saúde e à criação do SUS.

Na época, a fisioterapia tinha atuação limitada, isso se deve ao histórico voltado à reabilitação, recuperação do paciente, fazendo com que a população e sistema de organização de saúde do país corroborasse apenas com esse campo de atuação. Porém, com as mudanças nos índices epidemiológicos e mudanças da saúde no Brasil, como a inserção do SUS, foram necessárias novas perspectivas e responsabilidades dos profissionais de fisioterapia. Isso significa que a fisioterapia começou a fazer parte do processo de qualidade de vida do paciente em conjunto com outros profissionais de saúde visando a uma saúde plena, deixando de ser apenas profissão voltada para as doenças para uma profissão voltada para a rede de atenção primária.



Pesquise mais

Pensando nas mudanças e ampliações do exercício profissional do fisioterapeuta diante das mudanças da saúde no Brasil. Para se inteirar mais pesquise a Resolução nº 80, de 9 de maio de 1987. Fonte: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, leis e decretos. Disponível <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2838>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

O SUS e a fisioterapia vêm tentando acompanhar as mudanças dos índices epidemiológicos no Brasil, dentre estas, destacam-se o aumento da expectativa de vida, o aumento do índice de crescimento populacional e urbano. Em relação aos índices de mortalidade a população brasileira morre menos por doenças infecciosas e parasitárias e mais por doenças do aparelho circulatório, por doenças neoplásicas e por causas externas. Já pensando nos índices de morbidade não houve diminuição de uma dada doença para outra e sim uma superposição de doenças.



Exemplificando

Há uma superposição de doença entre as cargas de doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho circulatório, doenças neoplásicas e causas externas quando se trata do perfil de morbidade da população brasileira.

A partir da década de 1990 os órgãos e instituições que representam a fisioterapia iniciaram um processo de incentivo aos profissionais para participarem da atenção básica à saúde, focando no campo de atuação de promoção, prevenção de saúde e educação em saúde, assistência fisioterapêutica coletiva através da participação na elaboração e implementação de políticas públicas, atuando no controle social, construindo protocolos através de pesquisas, além de integrar a equipe de vigilância sanitária. Também visando um meio para adaptação curricular de acordo com as Diretrizes Curriculares.

Porém, mesmo com todo o apoio e influência, e determinação de que o fisioterapeuta deve exercer em todos os níveis de atenção à saúde, é notória a escassez da divulgação da atuação em nível primário.



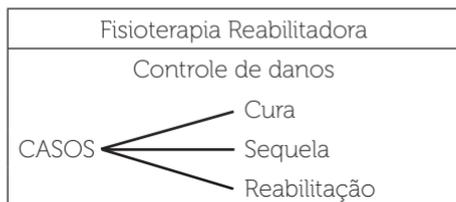
Os níveis de atenção secundário e terciário devem ser planejados a partir da demanda vindo do nível primário, ou seja, a atenção básica é mais do que o oferecimento de uma assistência primária, constitui-se como eixo estruturante do sistema. A atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, que abrange todos os níveis de atenção à saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

O artigo 1º do Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, o qual foi aprovado em 3 de julho de 1978, descreve a assistência ao homem, sendo do campo da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde. Nesse Código também insere a participação da Fisioterapia em programas de assistência à comunidade. Para que os profissionais tenham esse domínio e conhecimento é necessária a inserção da fisioterapia em ações realizadas pelo SUS.

O SUS é baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e intersetorialidade, cujo modelo está focado na atenção integral à saúde, não mais centrado na doença. Esse conhecimento em relação ao SUS e campos de atuação profissional é importante para todos os profissionais de fisioterapia e, apesar de estar no Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional muitos profissionais ainda estão centrados na doença-tratamento.

Esse modelo de fisioterapia reabilitadora levou por muitos anos à atuação da fisioterapia destinada à cura de enfermidades e/ou a reabilitação de sequelas e complicações. Com foco no paciente ou até partes do corpo de forma isolada, dificultando uma visão de promoção e proteção da saúde. Esse modelo de fisioterapia reabilitadora ainda está em muitos cursos de graduação em fisioterapia, visando valorizar a terapêutica, a especialidade, o individual e a utilização de métodos e técnicas com alta tecnologia, ou seja, formando profissionais com uma visão limitada e reducionista, trazendo prejuízos à inserção do profissional fisioterapeuta em ações na atenção primária. No Quadro 1.1 há representação do modelo de fisioterapia reabilitadora.

Quadro 1.1 | Fisioterapia reabilitadora



Fonte: adaptado de Bispo (2010).



Refleta

Como pensar em ações de promoção e prevenção à saúde quando toda a história e prática desenvolvida da fisioterapia até então fundamentada na área acadêmica foi alicerçada com um raciocínio na reabilitação? Na hipervalorização da doença?

A consolidação da relação entre a população e os serviços de saúde do SUS ocorreu através da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994. O PSF abrange ações preventivas de doenças e promoção da saúde no nível de atenção primária em uma abordagem multiprofissional, com atenção voltada para a família. Com objetivo de apoiar as ações da Equipe de Saúde da Família (ESF), no dia de 24 de janeiro de 2008 o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM n. 154. Diante disso, dentre os profissionais, o fisioterapeuta pôde compor o NASF e teve como atribuições ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e assistência à reabilitação, com foco na saúde do idoso, da criança, da mulher, saúde mental e pessoas com deficiência. Os atendimentos de forma individual ou coletiva na unidade básica de saúde ou em domicílio.



Pesquise mais

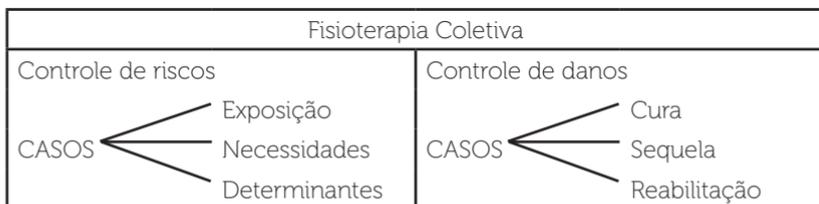
Devido à ampla atuação e os benefícios da intervenção fisioterapêutica houve em tramitação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei (PL) n. 6.206/2009 que abordou a obrigatoriedade da inserção dos fisioterapeutas nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Pesquisa mais sobre esse Projeto. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/704368.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS) ainda está em processo de construção, em função das mudanças epidemiológicas, aumento da expectativa de vida e surgimento do aumento de índices de morbidade já descritas, mostram a importância do profissional fisioterapeuta na APS, além do reconhecimento dos demais profissionais da Equipe de Saúde da Família da necessidade da atuação da Fisioterapia junto à APS, com foco na promoção de saúde.

A promoção de saúde está relacionada não apenas ao fato de abranger ações e condições de vida para a saúde, mas também está voltada à associação de determinantes de saúde, como os fatores ambientais, estilo de vida, fatores genéticos, serviços de saúde, se tornando uma estratégia de produção de saúde e assim, visa à qualidade de vida.

Um novo modelo surge para a fisioterapia, modelo de fisioterapia coletiva. Esse modelo abrange não só a atenção terciária, mas também ações voltadas para a atenção secundária e primária. O modelo de fisioterapia reabilitadora se concentra, quase que exclusivamente, no controle de danos, buscando a cura ou reabilitando indivíduos com sequelas de lesões, restaurando funções. O modelo de fisioterapia coletiva além de atuar no controle de danos, abrange também o controle de risco, ou seja, o controle de fatores que podem interferir no desenvolvimento da doença. No Quadro 1.2 mostra o esquema do modelo de fisioterapia coletiva.

Quadro 1.2 | Esquema do modelo de fisioterapia coletiva



Fonte: adaptado de Bispo (2010).

Esse direcionamento da fisioterapia da atuação para o nível primário e destinado ao pensamento coletivo potencializa os resultados das ações de saúde, pois além de inibir o surgimento e desenvolvimento de doenças evitáveis, busca transformar as condições de vida dos grupos populacionais. O profissional fisioterapeuta deve ter competência para trabalhar em equipe multidisciplinar e saber utilizar conhecimentos de outras áreas do conhecimento, como a geografia, ciências sociais e epidemiologia.



O modelo de fisioterapia coletiva propõe o controle de riscos, os quais a população está exposta. Esses riscos podem ser do campo da educação, social, comportamental, biológica, econômica, dentre outros riscos.

Esse pensamento em atualizar e colocar um profissional completo no mercado de trabalho trouxe mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais, as quais orientam uma construção curricular voltada para um perfil acadêmico e profissional com habilidades, competências e conteúdo, dentro de perspectivas e abordagens atuais, possibilitando a participação e atuação com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS. Assim foram determinadas algumas competências para graduação em fisioterapia, tais como: desafio de trabalhar em grupo; atenção à saúde, acolhimento; educação permanente; tomada de decisões; liderança.

O desafio de trabalhar em grupo requer trabalho em equipe com conhecimento de várias áreas para conseguir atuar na atenção primária. Os profissionais, incluindo o fisioterapeuta, devem atuar pensando no modelo coletivo, com humanização, ética em relação aos membros da equipe e pacientes. Já a atenção à saúde refere-se a todos profissionais que devem estar preparados para atuar em ações de promoção, prevenção e educação em saúde, com ética, bioética, padrões de qualidade, visando à resolução do problema de saúde, no nível coletivo e individual. A Figura 1.2 demonstra um trabalho em equipe na atenção primária.

Figura 1.2 | Fisioterapia na atenção primária



Fonte: <http://prosamim.am.gov.br/wp-content/uploads/2015/09/IMG_9344x.jpg>. Acesso em: 28 maio 2018.

Em se tratando do acolhimento, a palavra refere-se ao “ato de acolher”, e nada mais é do que um meio de trabalho, relacionado às relações humanas e pautada em escutar e valorizar as queixas do indivíduo, valorizando “o ser”, tornando-o sujeito participativo das ações de saúde, reduzindo a ocorrência de doenças. Todos os trabalhadores devem abordar o acolhimento, independentemente do nível de atuação e em se tratando da atenção primária é de suma importância, já que, os níveis de atenção secundário e terciário devem ser planejados a partir da demanda vindo do nível primário.

A educação permanente visa o aprender de forma continuada. Os profissionais o tempo inteiro buscam melhorias na sua formação e na prática, através de troca de experiências, compartilhando o conhecimento tanto para os profissionais da equipe quanto para os futuros profissionais. Enquanto que a competência relacionada a tomada de decisões se refere a tomar iniciativas por condutas mais adequadas envolvendo avaliação, administração e gestão da melhor escolha em relação à eficácia e custo-efetividade da medicação, dos equipamentos, da força de trabalho, dos procedimentos e práticas. E por fim, a competência de liderança envolve a habilidade em decidir algo, responsabilidade, comprometimento, com foco na qualidade de vida da população.

Diante das habilidades do fisioterapeuta em ações da atenção primária dar-se-ão o atendimento individual em todos os ciclos de vida: adulto, criança, adolescente, mulher, idoso, atuando na UBS e domiciliar; saúde da mulher; grupos de gestantes; atuação no climatério; escola de postura; grupos de idosos; doenças crônicas (Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Hanseníase e Tuberculose); saúde do trabalhador; ergonomia; Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) e deficiência física. Todas as ações voltadas para individual e/ou coletivo, visando a promoção, proteção à saúde e educação em saúde, sem deixar de obter o controle de riscos.

Em relação à Saúde do Trabalhador o SUS adotou a Política Nacional da Saúde do Trabalhador (PNST) a fim de definir diretrizes, princípios e estratégias como garantia da atenção integral à saúde do trabalhador. O foco maior se dá em torno da vigilância para que haja a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, além de reduzir índices de doenças ocupacionais.

As habilidades do fisioterapeuta na atenção primária frente à saúde do trabalhador estão centradas nas melhorias do ambiente de trabalho e qualidade de vida. As deficiências ambientais e as interferências em relação aos fatores de risco são pontos cruciais para a saúde do trabalhador.



Exemplificando

Pensando em fatores de riscos à saúde do trabalhador temos ruídos, temperatura, mobiliário, iluminação, e em relação às deficiências ambientais encontramos falta de comunicação entre as pessoas, ausência de desafios intelectuais e falta de atividade muscular.

Esses fatores de riscos e deficiências ambientais influenciam diretamente na saúde do trabalhador, uma vez instalado ou mal administrado gerará danos à saúde do indivíduo afetando de forma crucial a sua qualidade de vida e desempenho no trabalho.

A fisioterapia atua nesses fatores através da ergonomia e ginástica laboral. A ergonomia é uma ciência que investiga e adapta o trabalho, as condições e ambiente de trabalho e os instrumentos às capacidades biomecânicas, antropométricas, fisiológicas e psicológicas. Tem o objetivo de aumentar conforto do trabalhador, a produtividade, reduzir cansaço, stress, manter ambiente de trabalho ideal para o trabalhador. Já a ginástica laboral visa à percepção corporal e consciência postural, além de promover atividades corporais de alongamentos globais, técnicas de relaxamento e fortalecimento para amenização das causas das dores, fadiga e desconfortos no trabalho.

A fadiga muscular pode anteceder as LER (lesão por esforço repetitivo) ou DORT (distúrbios osteoarticulares relacionados ao trabalho), devido ao trabalho repetitivo, posturas e gestos inadequados e trabalho muscular estático. As posturas críticas geralmente estão associadas a ambientes de trabalho mal projetados, que impedem um posicionamento anatômico e fisiológico ideal. A fisioterapia atua nesses casos com ação preventiva.



Alguns movimentos e posturas devem ser evitados no trabalho e também nas atividades de vida diária. A coluna vertebral se torna alvo maior desses movimentos e posturas inadequadas. Você pode entender melhor o porquê da coluna vertebral ser um alvo importante nesse contexto em Prevenção de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. **Boletim de Saúde**; 2005, jan./jun.; v. 19; n. 1, p. 73-80. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v19n1.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018.

Não podemos esquecer que a saúde do trabalhador está relacionada não só aos fatores de risco e deficiências ambientais de trabalho, mas também devido a fatores psicossociais. Em muitos casos de LER/DORT podem estar associados à depressão. Segundo o MS os vínculos entre os fatores psicossociais e as LER/DORT ainda não estão totalmente esclarecidos, porém sabe-se que a origem de afecções do trabalho pode não ser causada por fatores externos, e sim, em ações, o que pressupõe o envolvimento de um indivíduo que a executa. Dessa forma, fica claro que para atuar na saúde do trabalhador se faz necessária uma equipe multidisciplinar.

Sem medo de errar

Dando continuidade à história que contamos sobre o Felipe, no início da seção foi proposta uma situação-problema, envolvendo as seguintes indagações:

Felipe inicia questionando como e quando a fisioterapia foi inserida na atenção primária. Como o fisioterapeuta pode atuar na atenção primária? Quais as competências do fisioterapeuta? Por fim, a Maria não resistiu e acabou perguntando porque ela teria ido avaliar um posto de trabalho, fazer relatório sobre local de trabalho e servidores, se isso seria papel do fisioterapeuta.

Com base no contexto abordado sobre fisioterapia na atenção primária, houve o incentivo de órgãos e instituições que representam a fisioterapia para que os profissionais participassem da atenção básica à saúde, focando no campo de atuação de promoção, prevenção de saúde e educação em saúde, assistência fisioterapêutica coletiva, porém só a partir da implantação do PSF pelo MS, em 1994, que se

iniciou o processo de inserção da fisioterapia na APS. A inserção de fato foi possível em 2008, com a criação do NASF, mediante a Portaria GM n. 154.

Assim, o fisioterapeuta pôde compor o NASF e pôde atuar através de ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e assistência à reabilitação, com foco na saúde do idoso, da criança, da mulher, saúde mental e pessoas com deficiência, além de atendimentos de forma individual ou coletiva na unidade básica de saúde ou em domicílio.

A fisioterapia tem como uma das suas competências elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, além de prescrever técnicas próprias da fisioterapia; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente; dar altas nos serviços de fisioterapia.

Por fim, um dos papéis da fisioterapia na atenção primária está relacionada à saúde do trabalhador, visando qualidade de vida e melhor desempenho no trabalho. A fisioterapia toma medidas de promoção e proteção à saúde, educação em saúde, além da reabilitação, através de avaliação do processo de trabalho, do ambiente de trabalho, identificando as deficiências ambientais e as interferências em relação aos fatores de risco. A fisioterapia pode atuar nesses fatores através da ergonomia e ginástica laboral. A ergonomia é uma ciência que investiga e adapta o trabalho e as condições e ambiente de trabalho, e os instrumentos às capacidades biomecânicas, antropométricas, fisiológicas e psicológicas. Tem o objetivo de aumentar conforto do trabalhador, a produtividade, reduzir cansaço, stress, manter ambiente de trabalho ideal para o trabalhador. Já a ginástica laboral visa à percepção corporal e consciência postural, além de promover atividades corporais de alongamentos globais, técnicas de relaxamento e fortalecimento para amenização das causas das dores, fadiga e desconfortos no trabalho.

Saúde do trabalhador

Descrição da situação-problema

Renata, aluna de fisioterapia está no ponto de ônibus e ao seu lado estão duas mulheres conversando. Uma das mulheres, a Carol, comenta que está sentindo muitas dores no punho e a outra colega comenta que sente dores na coluna lombar. As duas ficaram se questionando se poderia ter exercícios dentro da empresa para ajudá-las, para que não piorassem e assim, não precisarem se ausentar do trabalho. Renata escuta atenta e resolve entrar na conversa. O que será que a Renata respondeu diante dessa conversa?

Resolução da situação-problema

Renata responde afirmando que o fisioterapeuta é um dos profissionais que pode atuar na Saúde do Trabalhador. Ele pode atuar investigando e adaptando as condições e ambiente de trabalho, e os instrumentos às capacidades biomecânicas, antropométricas, fisiológicas e psicológicas. Renata completou dizendo que existe exercício que pode ser promovido pela empresa e, que é chamado ginástica laboral e que essa ginástica busca melhorar a percepção corporal e consciência postural, além de promover atividades corporais de alongamentos globais, técnicas de relaxamento e fortalecimento para amenização das causas das dores, fadiga e desconfortos no trabalho. Isso significa que o fisioterapeuta pode ajudar o trabalhador a evitar lesões, como LER/DORT, ou seja, atua com ação preventiva.

Faça valer a pena

1. O SUS é baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e intersetorialidade, cujo modelo é focado na atenção integral à saúde e não mais centrado na doença. Esse conhecimento em relação ao SUS e campos de atuação profissional é importante para todos os profissionais de fisioterapia e, apesar de estar presente no Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional muitos profissionais ainda estão centrados na doença-tratamento.

I - O modelo de fisioterapia reabilitadora visa valorizar a terapêutica, a especialidade, o individual e a utilização de métodos e técnicas em alta tecnologia, ou seja, formando profissionais com uma visão limitada e reducionista, trazendo prejuízos à inserção do profissional fisioterapeuta em ações na atenção primária.

Porque

II - O modelo de fisioterapia coletiva abrange apenas ações voltadas para atenção secundária e primária. Além de atuar no controle de danos, abrange também no controle de risco, ou seja, no controle de fatores que podem interferir no desenvolvimento da doença.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

2. O SUS adotou a Política Nacional da Saúde do Trabalhador (PNST) a fim de definir diretrizes, princípios e estratégias, como garantia da atenção integral à saúde do trabalhador. O foco maior se dá em torno da vigilância para que haja a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores, além de reduzir índices de doenças ocupacionais. A fisioterapia pode atuar na Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção à saúde.

Em relação à Saúde do Trabalhador assinale a alternativa correta:

- a) As habilidades do fisioterapeuta na atenção terciária adiante da saúde do trabalhador estão centradas nas melhorias do ambiente de trabalho e qualidade de vida.
- b) A fisioterapia atua na Saúde do Trabalhador apenas no campo da ergonomia, onde investiga e adapta as condições e ambiente de trabalho, e os instrumentos às capacidades biomecânicas, antropométricas, fisiológicas e psicológicas.
- c) Pensando em fatores de riscos à saúde do trabalhador temos ruídos, temperatura, mobiliário, iluminação, e a relação com as inadequações ambientais encontramos exclusivamente a falta de comunicação entre as pessoas e falta de atividade muscular.

d) A fisioterapia pode atuar de forma preventiva nas posturas críticas associadas a ambientes de trabalho mal projetados, que impedem um posicionamento anatômico e fisiológico ideal, como na orientação de que alguns movimentos e posturas devem ser evitados no trabalho e também nas atividades de vida diária.

e) A fadiga muscular sempre antecede as LER/DORT devido ao trabalho repetitivo, posturas e gestos inadequados. Segundo o MS os vínculos entre os fatores psicossociais e as LER/DORT ainda não estão totalmente esclarecidos.

3. A história da fisioterapia na rede de atenção primária se inicia antes da regularização do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal de 1988. Teve início após a Resolução COFFITO nº 80 onde buscou ampliar as atribuições do fisioterapeuta definidas na Resolução nº 80/87. Na época a fisioterapia tinha atuação limitada, isso se deve ao histórico voltado à reabilitação, recuperação do paciente, fazendo com que a população e sistema de organização de saúde do país corroborasse apenas com esse campo de atuação.

I. Os órgãos e instituições que representam a fisioterapia através do incentivo aos profissionais para participarem da atenção básica à saúde, focando no campo de atuação de promoção, prevenção de saúde e proteção à saúde.

II. O fisioterapeuta tem como uma das competências legais elaborar o diagnóstico fisioterapêutico, prescrever as técnicas próprias da fisioterapia qualificando-as e quantificando-as, além de dar ordenação ao processo terapêutico.

III. A fisioterapia voltada para atuar no nível primário e destinado ao pensamento coletivo potencializa os resultados das ações de saúde, pois além de inibir o surgimento de doenças evitáveis, busca transformar as condições de vida dos grupos populacionais.

IV. O Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dentre os profissionais, o fisioterapeuta pôde compor o NASF e teve como atribuições ações apenas de prevenção de doenças e promoção da saúde.

É correto apenas o que se afirma em:

a) I e III

b) II e III

c) III e IV

d) I, II e III

e) I, II e IV

Seção 1.3

Fisioterapia: atenção primária e ciclos da vida

Diálogo aberto

Muito bem, agora que você já tem o conhecimento sobre a história e evolução da fisioterapia, rede de atenção primária e atuação da fisioterapia, além da atuação da fisioterapia na saúde do trabalhador, nesta seção você irá entrar nos ciclos de vida e atuação da fisioterapia na atenção primária.

No início da unidade abordamos uma situação na qual um aluno, Felipe, foi aprovado no vestibular para fisioterapia, e que logo no primeiro dia de aula tem muitos questionamentos sobre a fisioterapia, como os campos de atuação.

Na disciplina de Práticas Fisioterapêuticas na Atenção Primária os alunos foram divididos em grupos e realizado sorteio dos temas para construção de folders contendo orientações de promoção e prevenção à saúde. Foram quatro temas sorteados de acordo com o ciclo de vida: infância e adolescência; mulher; homem e idoso. Após o sorteio alguns alunos não gostaram do tema dizendo que o deles estava muito difícil, gerando um desconforto geral. A professora Telma pediu silêncio e explicou: "pessoal, cada tema tem as suas diferenças e não existe tema mais difícil ou mais fácil, cada fase é importante para que todos tenham o conhecimento do papel da fisioterapia nesses ciclos de vida na atenção primária". A professora iniciou a explicação do trabalho: vocês precisarão pesquisar e estudar antes de irem montando os folders informativos: como o fisioterapeuta atua em cada um desses ciclos de vida? Existe diferença da atuação conforme o ciclo? O que o fisioterapeuta precisa saber para atender às necessidades de cada um desses ciclos? Respondida essas perguntas, vocês iniciarão a construção dos folders. Vamos lá?

Não pode faltar

Depois de ler a seção anterior você se questionou como a fisioterapia pode atuar nos ciclos de vida diante da assistência do SUS na atenção primária.

Então, pensando que o SUS propõe ações e serviços de proteção, recuperação e promoção da saúde, sendo prioridade as ações preventivas e que o papel do fisioterapeuta tem como uma das funções atuar na prevenção, sendo previsto pelo código de ética do profissional, é de suma importância que essa atuação seja plena. Contudo, essa função ainda que esteja em processo de construção, a fisioterapia vem tomando forma dentro do contexto referente à atenção primária, participando efetivamente dos programas e serviços da atenção básica.

Dentre os programas, encontramos serviços voltados para ciclos de vida, esses ciclos podem ser divididos em ciclos da infância e adolescência; da mulher; do homem e do idoso.



Assimile

O termo prevenção habilita o fisioterapeuta a atuar na prevenção das doenças. É sua função proporcionar prevenção, assistência individual e coletiva, além da educação na atenção básica em saúde, bem como se inserir em equipes multiprofissionais voltadas para programação, planejamento, controle e execução de programas e projetos.

Englobando a atuação individual no contexto de atenção primária, o fisioterapeuta realiza visitas domiciliares, atendimento individual e orientação aos cuidados. A primeira visita do fisioterapeuta na residência do indivíduo tem caráter de reconhecimento pessoal, condições do local, além de haver a possibilidade de orientações, que pode ser voltada para o próprio indivíduo ou para familiares e/ou responsável.

Em geral o fisioterapeuta pode atuar em ações comunitárias, como ações nas escolas, creches, campanhas, na própria unidade da UBS, pode envolver as crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos. Essas ações podem ser do tipo palestras, encontros, caminhadas, grupos de atividades corporais e acompanhamentos das condições de saúde. Todos direcionados para promoção, prevenção e educação em saúde.

O fisioterapeuta atua no ciclo de vida da infância e adolescente através de programas para orientação e treinamento de pais e/ou responsáveis, tais como, palestras, folhetos informativos, demonstração e ensino de cuidados, dentre outros. Esses programas são importantes porque uma vez que a família obtém conhecimento ganha segurança para manejo da doença, evitando maiores complicações, além de incentivar as mudanças de comportamento e adoção de hábitos de vida saudável, gerando promoção e manutenção da saúde.

Na infância e adolescência, a fisioterapia pode intervir juntamente com equipe de saúde da UBS, na prevenção de acidentes domésticos, cuidados ambientais, na informação e conscientização de imunização, do aleitamento materno, diante das campanhas. Também pode intervir em orientações de higiene e limpeza nasal/inaladores para crianças ou adolescentes com problemas respiratórios, evitando infecções respiratórias. Dessa forma, o fisioterapeuta está inserido numa equipe multidisciplinar atuando na UBS.

Quanto à orientação na atenção primária que compete à fisioterapia dá-se em relação ao suporte ventilatório invasivo ou não invasivo e uso de oxigênio (oxigenoterapia) domiciliar. O fisioterapeuta irá informar e treinar pais/cuidadores quanto ao uso do suporte ventilatório, no caso do suporte não invasivo, dará orientação de como e quando usar e tempo de uso. Na ventilação invasiva, não mexer nos parâmetros, cuidado com a oferta de oxigênio e sempre observar se há obstrução de alguma parte do equipamento, dificultando a saída de ar ou de oxigênio e higiene do equipamento. No caso de acamados, orientar posicionamento, mudando de decúbito para evitar surgimentos de deformidades e escaras, além de indicar órteses de posicionamento.

A fisioterapia também atua nas escolas, gerando promoção de saúde através da ergonomia para que as crianças e adolescentes não tenham problemas e dor na coluna vertebral, surgindo devido ao posicionamento inadequado na postura sentada e também na forma de carregar a mochila. O fisioterapeuta pode dar palestras, entregar folders e/ou demonstrar na sala de aula as formas incorretas e a forma correta de permanecer sentado na carteira e também como carregar a mochila. O fisioterapeuta pode também divulgar e conscientizar os alunos, professores e os pais sobre fatores de

risco, hábitos e comportamentos, como vícios de postura. Orientá-los também a observar algum sinal de desvio postural e/ou dor na região da coluna ao final do dia, caso seja observada algum desvio ou houver dor, procurar ajuda médica e fisioterapia. Orientação e diagnóstico precoce evita mais complicações e afastamento da escola. O fisioterapeuta atua também em palestras voltadas para os adolescentes sobre a prevenção ao uso do álcool, tabaco e demais drogas no organismo.



Pesquise mais

Existe um regulamento para profissionais da saúde atuarem na escola. O Ministério da Educação juntamente com o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu um programa chamado de Passo a Passo – PSE (Programa de Saúde na Escola). Você pode entender melhor como funciona esse programa acessando o link: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2018.

Você também poderá conhecer melhor as alterações posturais, causas e educação postural, acesse o vídeo Cuidados posturais: a prevenção começa nos bancos da escola. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=aJVXWNlhBXk>>. Acesso em: 16 abr. 2018.

O MS lançou uma campanha publicitária sobre o uso do álcool, visando um consumo consciente, sem excesso e com moderação. Foram 3 vertentes da campanha: álcool e trânsito, álcool e juventude e álcool e violência. O consumo de álcool entre crianças e adolescentes vem crescendo, sendo a sociedade e a família grandes facilitadores desse consumo. Os profissionais de saúde podem contribuir com a conscientização da família sobre esse consumo.

A demanda dos homens na UBS ainda tem uma proporção muito menor do que das mulheres. Isso acontece não porque há negligência em relação à forma como os modelos de atenção primária à saúde estão organizados, e nem pensar que isso ocorre por culpa exclusiva dos homens em não cuidar da própria saúde, mas sim uma relação entre ter conhecimento sobre a sua própria saúde, conhecer os serviços de saúde ofertados e diante da necessidade real, a rede de atenção do SUS deve estabelecer uma organização do atendimento das particularidades diante da saúde dos homens.

Há campanhas na atenção primária voltadas para o homem, como o câncer de próstata, divulgação da informação sobre o exame de toque e a importância desse exame para diagnosticar precocemente o câncer.

A fisioterapia pode atuar diante da saúde do homem, junto à equipe de saúde da UBS nas campanhas e até mesmo informando ao indivíduo sobre as campanhas, explicando do que se tratam e a importância para a saúde dele e de toda a família, gerando assim, promoção e educação em saúde, além de campanhas que abrangem não apenas os homens, mas também as mulheres e idosos sobre a prevenção ao uso do álcool, tabaco e demais drogas, e as doenças sexualmente transmissíveis. Essas campanhas de conscientização são promovidas através de palestras, entrega de folders, encontros pela equipe de saúde, divulgação em internet, rádio e televisão.

Em relação ao combate ao fumo, foi determinado o dia Mundial de Combate ao Fumo o dia 29 de agosto. Foi criado pela Lei Federal nº 7.488, em 1986. Essa lei visa apoiar as ações nacionais de mobilização e sensibilização dos brasileiros para os danos causados pelo tabaco.



Refleta

Você sabia que o fumo, além de causar danos ao organismo do fumante, causa danos políticos, sociais, econômicos e ambientais?

No Brasil há um programa chamado de Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), órgão do MS, o qual foca na prevenção e término do uso do tabaco pela população através de ações que modifiquem comportamentos e estilos de vida e assim, promovam uma redução do índice de casos novos e de morte por câncer e doenças relacionadas ao uso do tabaco no Brasil.



Exemplificando

Existem várias doenças que podem ser causadas pelo uso do cigarro: as doenças respiratórias, cardiovasculares, vários tipos de câncer, impotência sexual no homem, infertilidade na mulher, osteoporose, dentre outras.

O governo brasileiro realiza várias campanhas em prol das doenças sexualmente transmissíveis (DST's), tais como o Dia Mundial de Luta com Aids, Dia Nacional de Combate a Sífilis e Campanha de Carnaval, abrangendo toda a população brasileira. Essas campanhas são divulgadas no rádio, televisão, internet através de vídeos de conscientização do uso de preservativos tanto masculino quanto feminino. Você pode se informar sobre todas as campanhas de combate as DST's através do site <<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudo/campanhas>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

A atenção integral da saúde da pessoa idosa vem sendo foco do SUS pelo elevado índice de idosos na população brasileira. Em 1 de janeiro de 2003 foi criado o Estatuto do Idoso, pela Lei nº 10.741. No Capítulo IV artigo 15 desse estatuto, rege:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).



O MS tem focado na saúde do idoso, promovendo ações de saúde para essa população, com a elaboração da Política Nacional de Saúde do Idoso em 19 de outubro de 2006, pela Portaria nº 2.528. Essa política visa promover envelhecimento saudável, melhoria e manutenção da saúde, prevenção de doenças, além da recuperação e reabilitação dos idosos para recuperação da capacidade funcional, para uma maior independência desses idosos nas atividades de vida diária e funções perante a sociedade.



Pesquise mais

O número de idosos vem crescendo no Brasil, em virtude disso, foi criado o site SISAP Idoso, que é fruto da parceria entre a Fiocruz, MS, SUS, Governo Federal e ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde. Nesse site você pode conhecer indicadores de saúde e políticas públicas relacionadas aos idosos, navegue pelo site e conheça mais sobre os idosos. Disponível em: <<https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 5 abr. 2018.

O SUS busca uma abordagem preventiva e intervenção precoce na saúde da pessoa idosa, mas para que isso ocorra é importante uma vigilância de todos os membros da equipe de saúde da família, além dos cuidadores e da família. A equipe de saúde deve buscar entender aspectos físicos, emocionais, econômicos, cognitivos e sociais para conhecer de fato a saúde do idoso e propor estratégias em saúde para este. As atribuições que competem a todos os profissionais da saúde estão voltadas a acolher a pessoa idosa de forma humanizada, num âmbito integral e resolutive, gerando a possibilidade de criar vínculos com ética, respeito e compromisso, entender os hábitos de vida, valores relacionados à religião, ética, cultura do idoso, dos seus familiares e da comunidade, sem esquecer de preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e desenvolver ações educativas relativas à saúde ao idoso, de acordo com o planejamento da equipe.

O SUS proporciona aos idosos as campanhas de vacinação, como a vacina contra influenza (gripe), orientações quanto à prevenção de osteoporose e visita domiciliares. Essas visitas são importantes para os idosos mais debilitados, pois a equipe de saúde pode acompanhar o idoso e ao mesmo tempo orientar medidas para prevenção de quedas.

O SUS também promove programas para hipertensos, diabéticos, obesos, que abrangem não só idosos, mas também homens, mulheres, crianças e adolescentes. Esses programas se fundamentam em promoção e educação em saúde, trocando informações e auxiliando os indivíduos a mudarem seus comportamentos, adotando hábitos de vida saudável, como explicar sobre a importância da realização de atividade física, cuidados com alimentação, uso correto da medicação para um controle da pressão arterial e dos níveis de açúcar e colesterol no sangue, evitando assim, surgimento de doenças piores, que muitas vezes geram debilidade física. Esses programas são divulgados por meio de palestras, campanhas, cartilhas, divulgação de folders pelos próprios integrantes da equipe de saúde.



Pesquise mais

O MS construiu uma cartilha do idoso sobre cuidados com a saúde, alimentação, medicação, prática de atividade física, vacinas, entre outros assuntos. Acesse o link: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>

guia_viver_mais_melhor_melhor_2006.pdf> para conhecer melhor a cartilha. Acesso em: 19 abr. 2018.

Recentemente o MS juntamente com UNA-SUS disponibilizou um aplicativo com cursos gratuitos para auxiliar os profissionais de saúde sobre envelhecimento saudável, disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/una-sus-e-minist%C3%A9rio-da-sa%C3%BAde-lan%C3%A7am-aplicativo-sa%C3%BAde-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

A fisioterapia atua participando desses programas e na visita domiciliar sendo responsável por orientar a família em relação à mobília para evitar quedas, orientado à retirada de tapetes, vasos, que possam ser um risco de quedas para os idosos. Na visita domiciliar quando o idoso é acamado orientar a família sobre a questão da imobilidade, problemas como surgimento de escaras, encurtamentos e deformidades, infecção urinária, pneumonia, dentre outros. Quando o idoso é ativo ele poderá participar de grupos de promoção de saúde que acontecem nas UBS's, as terapias corporais, tais como Lian Gong, Chian Gong, Tai Chi Chuan, dentre outras. Essas terapias visam gerar saúde física e mental, trabalham equilíbrio, coordenação, força e concentração, podem também ser praticadas por homens e mulheres adultas. O ideal é realizar essas terapias corporais ao ar livre, mas podem ser realizadas em ambiente fechado, no caso da terapia corporal Chian Gong pode ser adaptada e ser realizada na posição sentada. A seguir uma imagem da população idosa realizando Chian Gong sentada. Figura 1.3.

Figura 1.3 | Idosos na prática da terapia corporal Chian Gong adaptada



Fonte: acervo pessoal da autora.

As atividades corporais são realizadas com orientação profissional e possuem vários benefícios. No Quadro 1.3 a seguir há alguns benefícios oriundos das atividades corporais listados pelo MS.

Quadro 1.3 | Benefícios das atividades corporais/atividade física

Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência
Melhor utilização da glicose
Melhora o perfil lipídico
Melhora a postura e o equilíbrio
Melhora a enfermidade venosa periférica
Manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis
Melhora do controle da pressão arterial
Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares
Melhora a função intestinal
Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas
Diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da autoestima
Melhora a qualidade do sono
Ampliação do contato social
Melhora a resposta imunológica
Melhora de quadros algícos
Melhor controle do peso corporal

Fonte: Ministério da Saúde (2006).

Pensando na saúde do idoso de uma forma geral, deve-se buscar trabalhar exercícios de flexibilidade, equilíbrio e força muscular, pensando sempre em exercícios leves a moderados, recomenda-se em média 30 minutos para que não haja fadiga e/ou lesão, ou seja, deve ser de fácil realização e que se adapte a cada idoso. Deve-se orientar a pessoa idosa sobre a respiração durante a prática de exercícios.

Se faz necessária uma avaliação desses idosos ao praticarem atividades corporais, tais como: avaliação das condições cognitivas (memória), avaliação de risco de quedas, da acuidade visual e auditiva, nutricional, avaliação funcional, para identificar as atividades de vida diária que a pessoa idosa realiza e como são realizadas.

Algo crucial das práticas corporais se deve ao fato de serem realizadas em grupo, pois estimulam os idosos ao convívio social, a conhecer novas pessoas, a troca de experiências de vida, ajudando na melhora do aspecto emocional.

Apesar de ainda não ser a realidade de muitas UBS's, essas práticas vêm sendo disseminadas e divulgadas pelo SUS. Você pode entender mais sobre o SUS e atenção primária a saúde da pessoa idosa assistindo ao vídeo Saúde do Idoso, acesse em <<https://www.youtube.com/watch?v=vYcXZJW7RBs>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

A saúde da mulher na rede de atenção primária se faz principalmente em prol das gestantes, campanhas de aleitamento materno, prevenção e detecção do câncer de colo do útero e de mama, além do planejamento familiar.

Qualquer ação que envolva os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são essenciais para a melhoria da saúde da população e o controle de doenças e agravos. Para a saúde da mulher não é diferente, a ampliação ao acesso à informação, práticas preventivas e detecção precoce de doenças que acometem as mulheres são estratégias cruciais para controle da saúde. As práticas preventivas em relação ao câncer de mama se dão pela prática de atividade física, controle do consumo do álcool e controle do peso corporal. Pensando nas gestantes, é importante informar sobre grupo de gestantes para que haja a orientação sobre postura e mudanças posturais, estado nutricional, condicionamento físico e a prática de exercícios.



Assimile

Estima-se que pode reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama no Brasil devido ao controle alimentar, nutricional e atividade física.

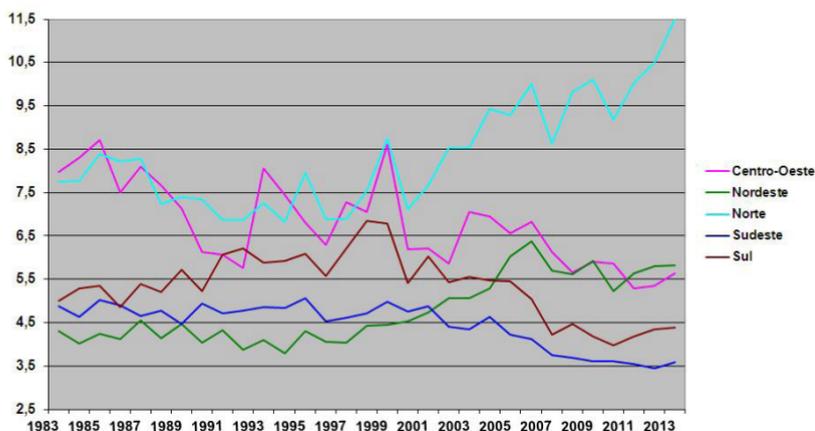
De acordo com as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, em 2015, no Brasil o exame de mamografia é o método eletivo usado na atenção integral à saúde da mulher. A mamografia é o único exame cuja eficácia é comprovada na redução da mortalidade do câncer de mama. Por isso a importância da equipe de saúde informar a toda mulher sobre o câncer de mama, prevenção e exame clínico.

O INCA desenvolveu em 2008, juntamente com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama – SISMAMA, porém só entrou em vigor em 2009. Esse sistema é utilizado para gerenciar as ações de detecção precoce do câncer de mama, ou seja, avalia a qualidade dos exames, quantidade de mamografias, diagnósticos, melhoria das ações de controle da doença, dentre outras avaliações.

O terceiro câncer mais incidente na população feminina no Brasil, é câncer do colo do útero, excetuando pelos casos de câncer de pele não melanoma. Em 2011, o MS integra ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) o controle desse câncer como uma prioridade da agenda de saúde do Brasil. Outra prioridade é o controle do consumo do tabagismo, por poder minimizar o risco de surgimento do câncer do colo do útero.

O exame eletivo e muito utilizado para rastrear o câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é possível reduzir, em média, de 60 a 90% a incidência do câncer cervical invasivo com uma cobertura da população-alvo de, no mínimo, 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados. Porém, ainda há índice um pouco elevado de mortalidade por câncer do colo do útero, com a região Norte tendo maior incidência. No Brasil, os índices de casos novos estimados e de mortalidade possuem valores intermediários comparando com países em desenvolvimento, mas são altos quando comparadas aos índices dos países desenvolvidos. Na Figura 1.4 podemos observar a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero versus regiões do Brasil.

Figura 1.4 | Taxa de mortalidade ajustada* pela população mundial por câncer do colo do útero. Regiões. Brasil, 1983 a 2013



Fonte: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>. Acesso em: 11 abr. 2018.

O SUS, em 2013, instituiu a vacina contra o HPV para fazer parte do grupo de imunizantes do SUS, sendo direcionadas para as meninas em 2014. Com essa vacina prevê a mudança no quadro de controle do câncer de colo do útero no país, pois sua ampla utilização pode diminuir os problemas relacionados com a qualidade e cobertura do exame Papanicolau que existe no país.

O fisioterapeuta como membro da equipe de saúde na atenção primária do SUS, trabalhando em ações multidisciplinares pode atuar em qualquer ciclo de vida, como adulto, infância e adolescência, mulher e idoso, com intuito de prevenir doenças, vigilância, promover e gerar educação em saúde.

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção, Felipe estava ansioso em conhecer a atuação do fisioterapeuta na atenção primária, e em como responder aos questionamentos da professora: Como o fisioterapeuta atua em cada um desses ciclos de vida? Existe diferença da atuação conforme o ciclo? O que o fisioterapeuta precisa saber para atender às necessidades de cada um desses ciclos. Respondida essas perguntas, vocês poderão iniciar a construção dos folders.

O papel da fisioterapia diante da atenção primária nos ciclos de vida está relacionado tanto à equipe multidisciplinar quanto às competências individuais. Em todos os ciclos de vida a fisioterapia abrange a divulgação de informações para proteção de doenças e prevenção da saúde, através de campanhas, palestras, encontros. Se faz importante a vigilância de todos os membros da equipe de saúde da família, além dos cuidadores e da família para realizar de fato a atenção primária. Cada ciclo tem sua peculiaridade em função das vulnerabilidades a que estão expostas, como no caso do ciclo da infância e adolescência, em que a fisioterapia pode atuar em creches e escolas divulgando informações sobre risco de doenças e também sobre ergonomia (adequação ergonômica dos mobiliários, do peso da mochila) na sala de aula. Há campanhas na atenção primária voltadas para o homem, como o câncer de próstata, divulgação da informação sobre o exame de toque e a importância desse exame para diagnosticar precocemente o câncer. Campanhas que abrangem não apenas os homens, mas também as mulheres e idosos sobre a prevenção ao uso do álcool, tabaco e demais drogas, e as doenças sexualmente transmissíveis. Já no ciclo do idoso a equipe de saúde incluindo o fisioterapeuta, deve buscar entender aspectos físicos, emocionais, econômicos, cognitivos e sociais para conhecer de fato a saúde do idoso e propor estratégias em saúde para este.

As atribuições que competem a todos os profissionais da saúde estão voltadas a acolher a pessoa idosa de forma humanizada, num âmbito integral e resolutiva, gerando a possibilidade de criar vínculos com ética, respeito e compromisso, entender os hábitos de vida, valores relacionados à religião, ética, cultura do idoso, dos seus familiares e da comunidade, além de outras competências. Na saúde da mulher a rede de atenção primária se faz principalmente em prol das gestantes, campanhas de aleitamento materno, prevenção e detecção do câncer de colo do útero e de mama, além do planejamento familiar.

Qualquer ação que envolva os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são essenciais para a melhoria da saúde da população e o controle de doenças e agravos. Para a saúde da mulher não é diferente, a ampliação ao acesso à informação, práticas preventivas e detecção precoce de doenças que acometem as mulheres são estratégias cruciais para controle

da saúde. As práticas preventivas em relação ao câncer de mama se dá pela prática de atividade física, controle do consumo do álcool e controle do peso corporal. Assim, o fisioterapeuta da atenção primária do SUS deve entender que como membro da equipe de saúde, trabalhando em ações multidisciplinares pode atuar em qualquer ciclo de vida, como adulto, infância e adolescência, mulher e idoso, com intuito de prevenir doenças, vigilância, promover e gerar educação em saúde.

Avançando na prática

Fisioterapia na escola

Descrição da situação-problema

O fisioterapeuta João foi convidado a dar palestra sobre ergonomia na sala de aula, na escola do municipal do seu bairro. Ele precisava falar sobre a postura dos alunos na posição sentado na carteira. Chegando à sala, ele se apresentou e perguntou se alguém sentia dores nas costas. Muitos responderam que sim. João foi logo explicando que essas dores poderiam piorar e que a fisioterapia poderia ajudar para que isso não acontecesse. Juninho, um aluno, levantou o dedo e falou que sentia dor nas costas no final do dia e então foi logo perguntando: como posso melhorar essa dor? E por que ela aparece? O que será que o fisioterapeuta João respondeu?

Resolução da situação-problema

João responde para o aluno Juninho que a dor pode surgir devido à postura sentada inadequada e por carregar mochila com muito peso. Ele orientou o uso da mochila quanto ao peso, altura e que não pode carregá-la em um ombro só. Também explicou sobre como ele deve sentar na carteira, e que deve tomar alguns cuidados como, se os pés estão apoiados no chão, se as costas estão retas e apoiadas no encosto da carteira e se as mãos e antebraço ficam repousados na carteira. E por fim, completou dizendo que o Juninho deve fazer atividade física.

Faça valer a pena

1. O fisioterapeuta atua no ciclo de vida da infância e adolescente através de programas para orientação e treinamento de pais e/ou responsáveis tais como, palestras, folhetos informativos, demonstração e ensino de cuidados, dentre outros. Esses programas são importantes porque uma vez que a família obtém conhecimento ganha segurança para manejo da doença, evitando mais complicações, além de incentivar a mudanças de comportamento e adoção de hábitos de vida saudável, gerando promoção e manutenção da saúde.

Analise as asserções abaixo:

I- A fisioterapia pode intervir juntamente com a equipe de saúde da UBS no ciclo da infância e adolescência, através da orientação de prevenção de acidentes domésticos, cuidados ambientais, na informação e conscientização de imunização, do aleitamento materno, diante das campanhas. Também pode intervir em orientações de higiene e limpeza nasal/inaladores, para crianças ou adolescentes com problemas respiratórios, evitando infecções respiratórias.

Porque

II- O Ministério da Saúde lançou uma campanha publicitária sobre o uso do álcool, visando um consumo consciente, sem excesso e com moderação: álcool e trânsito e álcool e violência. O consumo de álcool entre crianças e adolescentes é mínimo, por isso não foi necessário realizar campanha para esse grupo da população brasileira.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

2. Dona Cláudia, uma idosa de 1980 anos, está acamada e necessita de cuidados da equipe de saúde. Numa visita domiciliar, a fisioterapeuta lara

orientou os familiares sobre os cuidados com a imobilidade. Explicou a importância de movimentar a Dona Cláudia a cada duas horas para evitar surgimento de escaras, encurtamentos e deformidades, pneumonia e infecção urinária, além de orientar em colocá-la sentada na poltrona, para melhora da ventilação pulmonar.

Diante do caso acima, marque a alternativa que condiz com o nível de atuação da fisioterapia na rede de atenção à saúde do SUS.

- a) Atenção secundária.
- b) Atenção hospitalar.
- c) Atenção terciária.
- d) Atenção primária.
- e) Atenção clínica.

3. As terapias corporais visam gerar saúde física e mental, trabalham equilíbrio, coordenação, força e concentração. O idoso quando ativo poderá participar de grupos de promoção de saúde que acontecem nas UBS's que possuem as terapias corporais, tais como Lian Gong, Chian Gong, Tai Chi Chuan, dentre outras. Essas terapias podem também ser praticadas por homens e mulheres adultas.

Assinale a alternativa onde todos os benefícios fazem parte da prática das atividades corporais:

- a) Melhorar o controle da pressão arterial, e pode reduzir a densidade mineral óssea.
- b) Dificilmente interfere na função intestinal, mas reduz o risco de morte por doenças cardiovasculares.
- c) Melhora do controle postural e equilíbrio e aumento do nível de glicose no sangue.
- d) Melhora do funcionamento corporal, aumentando as perdas funcionais, favorecendo a preservação da independência.
- e) Diminui a ansiedade, o estresse, melhora do estado de humor e da autoestima e melhora a qualidade do sono.

Referências

AVEIRO, M.C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011, 16(Supl. 1):1467-1478.

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

BRASIL. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**, leis e decretos. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3317>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

_____. Portal de Serviços do Governo Federal. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/meio-ambiente/2012/08/no-dia-nacional-de-combate-ao-fumo-campanha-quer-alertar-sobre-os-males-do-cigarro>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudo/campanhas>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

_____. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoess_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce>. Acesso em: 11 abr. 2018.

_____. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoess_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>. Acesso em: 11 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde: Programa Saúde na Escola. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 8 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde: Um Guia para se viver mais e melhor. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_viver_mais_melhor_melhor_2006.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde e UNASUS: Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/una-sus-e-minist%C3%A9rio-da-sa%C3%BAde-lan%C3%A7a-am- aplicativo-sa%C3%BAde-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

_____. **Fiocruz**. Disponível em: <<https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 6 abr. 2018.

_____. **Fiocruz**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

_____. Prevenção de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Boletim de Saúde**; 2005; jan./jun.; v. 19; n. 1, p.73-80. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v19n1.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2018.

_____. **Portal Educação**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/atribuicoes-e-competencias-do-fisioterapeuta-na-atencao-basica/55919>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2005;10(1):105-109.

PINTO, S. N. **Fisioterapia na saúde do trabalhador**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., ISBN 978-85-522-0144-1, 2017.

PORTES, L. H. et al. Atuação do fisioterapeuta na atenção básica à saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Rev. APS**; 2011; jan./mar.; 14(1); 111-119.

SANTOS, et. al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 110 - 115, 2015.

SILVA, D. J; ROS, M. A. da. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1627-1636, 2010.

TEXEIRA, I. A. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2015; v. 22, n.1, jan.-mar. 2015, p. 221-240.

Epidemiologia, vigilância e atenção à saúde na atenção primária

Convite ao estudo

Caro aluno, nesta unidade veremos questões sobre epidemiologia, saúde, meio ambiente e qualidade de vida na rede de atenção primária. Sabemos que o meio ambiente interfere diretamente na saúde e que a vigilância e ações de promoção e proteção à saúde na rede do SUS podem modificar índices epidemiológicos. Você sabe o que representa a vigilância em saúde? Por que preservar o meio ambiente é tão importante para a nossa saúde? Por que é importante conhecer os índices epidemiológicos associados à rede de atenção primária?

Pensando em tudo isso, nesta unidade falaremos sobre atenção primária: epidemiologia, homem, meio ambiente e saúde, vigilância e atenção à saúde – uma abordagem fisioterapêutica e atenção primária. Essas informações serão de extrema importância no campo da Fisioterapia, pois você conhecerá mais sobre o mundo da atenção primária e entenderá por quê o profissional da saúde da rede SUS, incluindo o fisioterapeuta, pode mudar a realidade de uma comunidade, e até do seu próprio município.

Para te ajudar a entender os assuntos explanados de forma mais real, você será apresentado a uma situação muito interessante. Leia com atenção, pois esta será utilizada ao longo de toda a Unidade 2. Quando você estiver lendo, tente imaginar a situação e as personagens; você verá como tudo ficará mais próximo da realidade:

Carlos, que é fisioterapeuta, atende no posto da Unidade Básica de Saúde (UBS) e também realiza atendimento domiciliar. Carlos foi atender dona Ana, uma idosa acamada, que necessita de cuidados e orientações. Carlos explicou ao esposo Manoel sobre higiene, mudança de posição na cama para evitar surgimento de úlceras de pressão, ensinou as transferências, como colocar dona Ana na cadeira de rodas e também como tirá-la para colocar na cama. Carlos aproveitou e também comentou sobre uns pneus com água parada que estavam na varanda da casa, explicou para ele o risco de proliferação de mosquitos, pois água parada é criadouro de mosquitos, como o *Aedes Aegypti*, que pode disseminar a contaminação por vírus, surgindo doenças, como a dengue, zika, febre amarela urbana, chikungunya, dentre outras. Carlos entregou folheto informativo sobre o tema, além de entregar um manual de cuidados e transferência de acamados. Antes de sair recomendou que Manoel fosse na UBS participar de grupos e palestras de atenção primária, como grupo de coluna e palestras sobre meio ambiente e saúde. Manoel prontamente perguntou o que faziam nesses grupos e porque era importante ele participar.

Você já participou de alguma palestra voltada a atenção primária? Você sabia que mudar de atitude ajuda na sua qualidade de vida?

Vamos lá?

Seção 2.1

Atenção primária: epidemiologia, homem, meio ambiente e saúde

Diálogo aberto

Nesta seção falaremos sobre o universo da educação em saúde, mudanças de comportamento, meio ambiente no âmbito da atenção primária, além de estudos epidemiológicos e qualidade de vida.

Seu Manoel foi até a UBS marcar exame para dona Ana. Chegando lá encontrou o fisioterapeuta Carlos, que aproveitou e convidou seu Manoel para uma palestra sobre meio ambiente, comportamento e saúde em que ele iria ministrar. Manoel não queria participar porque não entendia qual a importância disso na vida dele e da esposa. Carlos insistiu e resolveu assistir. Atento às explicações do fisioterapeuta, Manoel ficou pensando o que ele poderia fazer para mudar a situação do quadro de doença da cidade dele e se questionou, qual seria a relação do meio ambiente com a saúde. Por que mudanças de comportamento podem interferir no meio ambiente?

É sobre isso que vamos falar nessa seção do livro.

Não pode faltar

A relação existente entre comportamento humano, meio ambiente e saúde já é descrito desde os primórdios da civilização. Nos meados do século XIX, com a Revolução Industrial, crescimento populacional desordenado, condições de saúde precárias da maioria da população, os cientistas acreditavam que as doenças surgiam devido ao acúmulo de descartes de humanos e de animais, fezes, urina, dentre outros dejetos. Na época foi chamada de teoria miasmática, a qual foi crucial para melhoria das condições ambientais, pois quando um solo era denunciado como possível foco de contaminação de doenças, ele era imediatamente drenado, as ruas eram pavimentadas para isolamento da sujeira para que houvesse melhor descontaminação do solo. Era necessário

não apenas lavar o solo, mas drená-lo. O processo era feito através do escoamento, da retirada e eliminação dos dejetos.



Assimile

A teoria miasmática foi idealizada basicamente em higienizar e desinfetar o ambiente urbano como forma de reduzir o fedor proveniente dos dejetos de humanos e animais. O miasma podia estar localizado em todo lugar: solos, hospitais, água contaminada, pessoas doentes, cadáveres, excrementos de humanos e animais.

A partir de 1850, iniciaram os estudos sobre as bactérias, mas as respostas concretas apenas surgiram a partir de 1880. Com esses estudos foi possível descobrir a existência de micróbios e agentes biológicos causadores de determinadas doenças, quando surgiu o conceito de unicausalidade, ou seja, há apenas uma única causa possível para determinada doença. Contudo, não significa que a bacteriologia tenha sido rapidamente aceita e absorvida pelos médicos, além dessa nova concepção ter gerado um retrocesso na interação do meio ambiente e saúde.

Contudo, os governos encontraram saídas técnicas para resolver as questões sociais, surgindo medidas sanitárias, como as políticas públicas e campanhas. Cada doença estava diretamente relacionada a um agente etiológico a ser tratado por meio de vacinas e produtos químicos. Contudo, não houve uma construção de um nexos entre essas medidas, educação e meio ambiente.



Exemplificando

A cólera é uma doença que primeiramente foi reconhecida por ser causada por falta de infraestrutura e saneamento básico. Posteriormente, foi identificado o agente biológico, uma bactéria chamada de *Vibrio Cholerae*, a qual pode se proliferar trazendo surtos ou epidemias em qualquer comunidade que não tenha condições mínimas de higiene, principalmente em relação às condições da água.

No início do século seguinte (século XX), a ecologia foi afixada como disciplina científica, e foi construída uma teoria: a Teoria Ecológica das doenças infecciosas, onde se fundamenta na interação

entre o hospedeiro e o agente infeccioso. Essa teoria também afirma que a infecção pode ocorrer em ambientes físicos (solos, climas, relevos), sociais (densidade e distribuição da população, costume religioso, cultural, padrão de vida), biológicos (parasitos humano ou animal), caracterizando uma teoria da multicasualidade.

A partir disso, constitui-se a interação entre homem-agente-meio, gerando um conceito de história natural da doença (HND) com ações preventivas na área médica. Nessa perspectiva o meio ambiente refere-se a uma combinação homogênea dos fatores biológicos, sociais e físico-químicos. Esse modelo seria perfeito se não tivesse excluído a questão da determinação social da doença, pois são colocados no mesmo plano os fatores econômicos, fisiopatológicos e sociais.

Nesse modelo de HND foram ampliadas ações preventivas com uso de medicações, tornando a medicina uma necessidade contínua para a manutenção ou para o restabelecimento do equilíbrio perdido e o indivíduo um doente em potencial. Na verdade, ocorreu a naturalização do social e a sua incapacidade de explicar o quadro sanitário de uma determinada comunidade. O social se tornou um item puramente quantificável num mesmo nível que o individual.

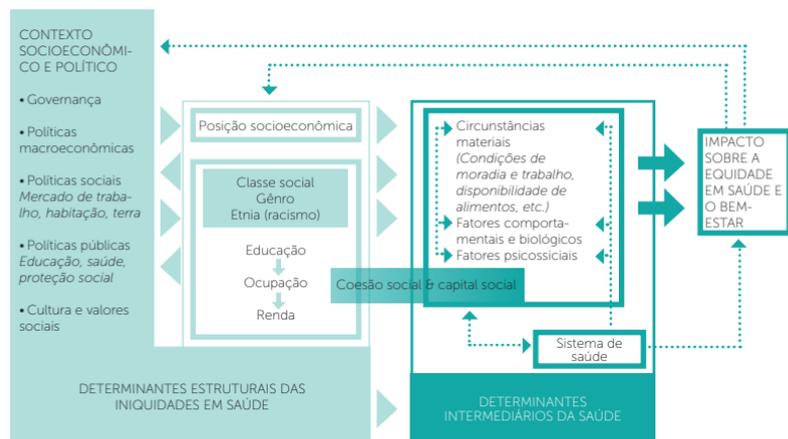
Diante dos estudos epidemiológicos, aumentou a diversificação de ações individuais e de grupos populacionais, sendo considerados em parte e não no seu total, pois a epidemiologia tenta explicar o processo de saúde-doença, através de investigação da incidência (índice que mede número de casos novos para uma determinada doença) e prevalência (índice que mede a existência da doença) e de determinantes sociais de saúde. A valorização do social, como dimensão importante do processo, vincula a questão à noção de coletivo. Entende-se que a questão social é como determinante na distribuição das doenças.

Apesar de conhecermos esses determinantes nessa época e entendermos todo processo, só recentemente foi incorporado na prática e também formulação de políticas públicas e estratégias direcionados à saúde, incluindo o campo da atenção primária. Iniciou uma sistematização de todo conhecimento disponível mundialmente, com medidas, ações, iniciativas de políticas, com a criação da Comissão Global sobre Determinantes Sociais da

Saúde em 2005, fortalecendo e ampliando o campo da saúde e abordagens intersetoriais para as ações e políticas da saúde.

Eram reconhecidos como determinantes sociais os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde, mas em 2011, a OMS ampliou esse conceito do que seriam os determinantes sociais. Reconheceu os determinantes intermediários, como os eventos psicossociais, comportamentais, condições de vida, fatores biológicos e o próprio sistema de saúde, e também os determinantes estruturais, que são a distribuição de renda, o preconceito relacionado aos valores de etnia e gênero. Na Figura 2.1 podemos observar um esquema mostrando o marco conceitual desse novo modelo de determinantes sociais.

Figura 2.1 | Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde



Fonte: adaptada de Solar e Irwin (2010 apud CARVALHO, 2013).



Pesquise mais

Os determinantes sociais da saúde influenciam no surgimento de doenças e fatores de risco à população. Para que você possa conhecer melhor esses determinantes e a perspectiva de saúde no Brasil, pesquise em <<http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>>. Acesso em: 21 abril 2018.

A rede de atenção primária do SUS vem tomando grandes proporções diante dos determinantes sociais e promoção e

proteção de saúde, e o acesso e divulgação da informação em saúde vem sendo consolidada. A associação entre a educação ambiental e o desenvolvimento sustentável busca a compreensão de interações ecossistêmicas com educação em saúde e apontam uma alternativa à busca não somente de saúde, mas de conservação ambiental e qualidade de vida, além de mudanças comportamentais e epidemiológicas.

O foco do desenvolvimento sustentável está pautado em desenvolver fatores de forma harmônicos e simultâneos, fator econômico, social e cultural das populações, além de preservar o meio ambiente. Esses fatores acabam se tornando peças chaves para a qualidade de vida da população atual e principalmente para futuras gerações. Já o enfoque ecossistêmico para a saúde busca a promoção da saúde coletiva através de um gerenciamento mais consciente do ecossistema, com pesquisas participativas e transdisciplinares, identificando às necessidades dos diferentes grupos sociais. Esse ponto visa não só uma melhoria sustentável da saúde, mas também a saúde do próprio ecossistema, com três elementos chave: o ambiente, a economia e a comunidade.

A preocupação com o meio ambiente já existia na década de 1990, quando vários trabalhos sobre o impacto humano no ambiente e as consequências à saúde humana foram realizados por vários pesquisadores canadenses, ingleses e norte-americanos. Foram analisadas as relações como crescimento populacional e perfil de mortalidade, qualidade de vida e a desigualdade social, crescimento da radiação ultravioleta e o aumento do buraco de ozônio, poluição da água e do ar dentre outros, e consequências voltadas à saúde.

A questão maior é que não se trata somente em identificar os elementos ambientais na origem de determinada doença, mas colocar em cheque todo o nosso modo de vida e se perguntar se o padrão de vida o qual está sendo vivido levará à saúde ou à doença.

O que precisa estar claro é que a educação ambiental não é uma ferramenta para resolver problemas, e sim um espectro crucial da educação, numa esfera de interações pautadas no desenvolvimento social e pessoal, além da relação do meio em que vivemos. A educação ambiental objetiva a indução de dinâmicas sociais, focando primeiramente em UBS's da comunidade e depois em toda

rede do SUS, promovendo um conceito colaborativo e discussão sobre realidades socioambientais, problemas e soluções.

A percepção e o engajamento do indivíduo diante dos problemas ambientais locais e dos elementos naturais já é um passo significativo para a Educação Ambiental. Para que isso funcione, há necessidade de uma harmonia entre as diferentes realidades sociais, culturais, políticas, e econômicas, incluindo também a questões ambientais, ecológicas. Assim, visa a formação de indivíduos preparados para tomar decisões e conscientes, atuantes na realidade socioambiental, comprometidos com a vida, com o bem-estar de cada um e com a sociedade.

O indivíduo deve ter a percepção ambiental, ou seja, ser capaz de perceber o mundo em que vive (problemas e soluções) e sua relação com o meio ambiente (ambiente sustentável), para que ele possa compreender melhor as inter-relações entre o ambiente no qual vive, suas satisfações e insatisfações, suas esperanças, valores e condutas e, como cada um percebe, reage e responde de forma direta às ações sobre o meio. A percepção ambiental juntamente com a Educação Ambiental deve ter como foco a compreensão e divulgação de conhecimentos e dos problemas ambientais e, assim, gerar maior sensibilização dos indivíduos frente à preservação dos recursos naturais (rios, matas, animais, plantas etc.) bem como a prevenção de riscos de acidentes ambientais e mudanças nas atitudes e costumes que afetam a qualidade de vida.

Isso significa que para acontecerem mudanças em relação ao meio ambiente e saúde, devemos mudar nosso comportamento voltado não apenas para a melhora do estilo de vida, mas também em mudanças do quadro ambiental. Um indivíduo, por exemplo, ao parar de fumar preserva sua saúde, evitando doenças, e também ajuda o meio ambiente, com menos poluição no ar, evitando – assim – mais desmatamentos e aumento do buraco da camada de ozônio. Parece um ato simples e isolado, o ato de parar de fumar, mas pensando no todo, toma uma proporção muito maior.

Muitos hábitos e comportamentos voltados à saúde são culturais, mas muitos são adotados no âmbito de escolha pessoal. É nesse ponto que o Ministério da Saúde e o SUS encontram espaços para fazer saúde pública, não levando em consideração o caráter não racional das escolhas de comportamento relacionadas

ao hábito de beber, fumar ou à vida sexual. Por isso é de suma importância conhecer através da epidemiologia, os determinantes do comportamento do homem, os quais são indicados com a possibilidade de adoecimento a longo prazo, que pode ou não ocorrer, sem garantias de ainda estar vivo.

Pesquisas voltadas para a saúde ajuda a decisão de mudança de comportamentos, como revisões e questões voltadas ao consumo de sal e a elevação da pressão arterial, foram determinantes para ajudar em mudanças de atitudes. O mesmo ocorreu sobre o uso da camisinha para evitar disseminação de doenças sexualmente transmissíveis.



Refleta

Como o Ministério da Saúde deve criar intervenções ideais, sem se tornar um regulador do que o indivíduo deve ou não fazer para ter uma vida saudável, levando em consideração o que seria vida saudável para cada um ou para um grupo de pessoas?

Pensando nessa perspectiva o Ministério da Saúde e SUS com a rede de atenção primária ampliaram e aumentaram as campanhas e ações educativas na tentativa de mudança de comportamento e estilos de vida.

A elaboração e implantação de ações de saúde são potencialmente adequadas e funcionais em espaços coletivos, pois podem ser alinhadas a cada situação específica. Isso permite afirmar que os profissionais de saúde do SUS devem atuar cada vez mais em escolas, creches, domicílios, locais de trabalho, grupos religiosos e afins. Para tanto, se deve adentrar na área da educação em saúde, partindo do princípio que conhecer o indivíduo da comunidade de forma mais profunda é o meio inteligente para tal, como suas experiências de vida, seus ideais, sua forma de fala e agir, suas esperanças, sua visão de vida e de morte.

Além de ações e campanhas de saúde, a preocupação está voltada para prevalência de alguns comportamentos que aumentam os riscos de desenvolvimento de doenças e morte, morbimortalidade. Padrões como uso do álcool, do cigarro e de outras substâncias, prática de atividade física, hábitos alimentares,

comportamento sexual, violência no trânsito são alguns dos itens que vêm sendo pesquisados e priorizados pela rede SUS, por fazerem parte de fatores contribuintes para a morbimortalidade e interferir diretamente na qualidade de vida.

Em resumo, a promoção de saúde do SUS está voltada para duas vertentes: uma em atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, concentrados em componentes educativos e primariamente relacionados com riscos comportamentais que podem ser passíveis de mudanças, e que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos; outra, mais moderna, é a comprovação do papel principal dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Acredita-se no entendimento que a saúde é produto de uma grande gama de fatores conectados com a qualidade de vida, incluindo boas condições de trabalho, saneamento básica, educação integral, moradia e ambiente físico limpo e adequado, estilo de vida consciente, padrão adequado de alimentação, apoio social e psicológico para os indivíduos e as famílias, e um apoio ideal de cuidados de saúde.

Caracterizando essa promoção de saúde atual, voltada mais para o coletivo de indivíduos e o ambiente, traduzido no sentido amplo da palavra, como em espaço social, físico, econômico, político e cultural, através de políticas públicas e condições favoráveis para desenvolver saúde e o reforço da capacidade dos indivíduos e da população.



Pesquise mais

A relação da interferência do meio ambiente na saúde do indivíduo e vice-versa é crucial para determinar saúde ou doença. Assista ao vídeo a seguir e entenda mais sobre essa relação:

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=g1MEqJN1Lh4>>.
Acesso em: 20 abril 2018.

Sem medo de errar

No início da seção deste livro, apresentamos um contexto no qual Carlos, fisioterapeuta, realiza um atendimento domiciliar para

dona Ana, senhora acamada. Carlos dá algumas orientações sobre cuidados à pessoa acamada para o esposo dela, seu Manoel, e aproveita para convidá-lo a participar de grupos e palestras de atenção primária, como grupo de coluna e palestras sobre meio ambiente e saúde.

Logo em seguida, com base nesse contexto, descrevemos a seguinte situação-problema.

Seu Manoel foi até a UBS marcar exame para dona Ana, e encontrou; o fisioterapeuta aproveitou e convidou seu Manoel para uma palestra sobre meio ambiente, comportamento e saúde que ele iria ministrar. Manoel não queria participar porque não entendia qual a importância disso na vida dele e da esposa. Carlos insistiu e ele resolveu assistir. Atento às explicações do fisioterapeuta, Manoel ficou pensando o que ele poderia fazer para mudar a situação do quadro de doença da cidade dele e se questionou: qual seria a relação do meio ambiente com a saúde? Como as mudanças de comportamento pode interferir no meio ambiente?

A educação ambiental não é uma mera ferramenta para resolver problemas, trata-se de um espectro crucial da educação, numa esfera de interações pautadas no desenvolvimento social e pessoal, além da relação do meio que vivemos. A educação ambiental objetiva a indução de dinâmicas sociais, focando primeiramente em UBS's da comunidade e depois em toda rede do SUS, além de promover um conceito colaborativo e discussão sobre realidades socioambientais, os problemas e soluções, gerando assim, saúde.

Assim, a percepção ambiental juntamente com a Educação Ambiental deve ter como foco, a compreensão e divulgação de conhecimentos e dos problemas ambientais e assim, gerar uma maior sensibilização dos indivíduos frente a preservação dos recursos naturais (rios, matas, animais, plantas etc.) bem como a prevenção de riscos de acidentes ambientais, e mudanças nas atitudes e costumes que afetam a qualidade de vida. Isso significa que para mudança em relação ao meio ambiente e saúde, devemos ter mudanças de comportamento voltadas não apenas para uma melhora no estilo de vida, mas também em mudanças do quadro ambiental. Por exemplo, um indivíduo ao parar de fumar preserva sua saúde, evita doenças e também ajuda o meio ambiente, poluindo menos o ar, evitando mais desmatamentos e o aumento

do buraco da camada de ozônio. Parece um ato simples e isolado, mas pensando no todo, toma uma proporção muito maior.

Avançando na prática

Promoção de saúde

Descrição da situação-problema

Profissionais da saúde da UBS montaram uma palestra sobre promoção de saúde e meio ambiente para a comunidade local, e explicaram sobre determinantes de saúde e a importância deles sobre determinar saúde ou doença. E dona Júlia perguntou: o que são esses determinantes de saúde? E por que são tão importantes?

O que será que o profissional de saúde respondeu? E se fosse você, o que responderia?

Resolução da situação-problema

O profissional da saúde respondeu o que primeiramente foi definido, que os determinantes sociais seriam os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Depois esses fatores foram ampliando pela OMS, ampliando o conceito do que seria os determinantes sociais. Reconheceu os determinantes intermediários como os eventos psicossociais, comportamentais, condições de vida, fatores biológicos e o próprio sistema de saúde; e também os determinantes estruturais, que são a distribuição de renda, o preconceito relacionado aos valores de etnia e gênero. É importante conhecer e reconhecer esses fatores de uma dada comunidade para alinhar ações, campanhas, políticas públicas de acordo com perfil de cada comunidade e assim, gerar promoção e proteção de saúde.

Faça valer a pena

1. A partir da criação da Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde em 2005, foi possível um fortalecimento e ampliação do campo da saúde e abordagens intersetoriais para as ações e políticas da saúde. Reconheceu-se outros determinantes, como os eventos psicossociais,

comportamentais, condições de vida, fatores biológicos e o próprio sistema de saúde, e também os determinantes estruturais, que são a distribuição de renda, o preconceito relacionado aos valores de etnia e gênero.

Diante do texto acima, qual a classificação de determinantes se encontra os itens citados como outros determinantes.

- a) Estruturais.
- b) Iniciais.
- c) Finais.
- d) Intermediários.
- e) Conscientes.

2. Um passo significativo para a Educação Ambiental é a percepção e o engajamento do indivíduo diante dos problemas ambientais locais e dos elementos naturais já é um passo significativo.

Para que isso funcione, há a necessidade de uma harmonia entre as diferentes realidades sociais, culturais, políticas, e econômicas, incluindo também a questões ambientais, ecológicas. Assim, visa a formação de indivíduos preparados para tomar decisões e conscientes, atuantes na realidade socioambiental, comprometidos com vida, o bem-estar de cada um e da sociedade.

I- Percepção ambiental deve ser conhecimento de todo indivíduo, para que ele possa compreender melhor as inter-relações entre o ambiente no qual vive e o homem, suas satisfações e insatisfações, suas esperanças, valores e condutas, como cada um percebe, reage e responde de forma direta às ações sobre o meio.

Porque

II- Percepção ambiental em conjunto com a Educação Ambiental deve ter como objetivo a compreensão e divulgação de conhecimentos e dos problemas ambientais e, assim, gerar maior sensibilização dos indivíduos frente a preservação dos recursos naturais, prevenção de riscos de acidentes do ambiente e mudanças nas atitudes e costumes que afetam a qualidade de vida.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

3. A partir de 1850, iniciaram os estudos sobre _____, mas só tiveram respostas concretas a partir de 1880. Com esses estudos foi possível descobrir a existência de micróbios e agentes biológicos causadores de determinadas doenças, surge o conceito de _____, ou seja, há apenas uma única causa possível para determinada doença.

Marque a alternativa que completa corretamente as sentenças:

- a) Vírus, unicasalidade.
- b) Fungos; unicasaliade.
- c) Bactérias; unicasalidade.
- d) Vírus; pluricasalidade.
- e) Bactérias; multicasualidade.

Seção 2.2

Vigilância e atenção à saúde

Diálogo aberto

Agora que você já conhece a importância da atenção primária diante da epidemiologia (homem, meio ambiente e saúde), nesta seção você adentrará no mundo da vigilância e atenção à saúde.

No início da unidade abordamos uma situação que você já conhece, em que Carlos é fisioterapeuta e fez um atendimento domiciliar para orientar para seu Manoel, esposo de dona Ana, que está acamada, e ainda aproveitou e orientou sobre o risco de proliferação de mosquitos na casa deles e o surgimentos de doenças.

Ao voltar da UBS, seu Manoel encontrou um vizinho e ficaram conversando sobre a febre amarela. João comentou que ainda não se vacinou, e tinha várias dúvidas pois ouviu várias coisas a respeito da doença. Manoel disse a ele que já tinha se vacinado e que o fisioterapeuta que foi atender sua mulher deu algumas orientações, como não deixar água parada em potes ou pneus, pois pode ajudar a proliferar doenças, inclusive a febre amarela. João não entendeu e perguntou: “Manoel, como um mosquito pode ajudar a disseminar a febre amarela e também outras doenças? O que mais podemos fazer para evitar essa proliferação de mosquitos?”

Não pode faltar

A vigilância e atenção em saúde devem ser desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, em que as atuações, programas e ações permanentes de vigilância em saúde, de prevenção, promoção de saúde, controle de doenças, continuidade do cuidado devam gerar responsabilidade sanitária e convergir para a população, de modo que o indivíduo e as famílias da comunidade sejam o foco. Para tal, é essencial que a equipe conheça a realidade da comunidade, ou seja, conheça as características sanitárias, sociais e epidemiológicas, sendo que o SUS conta com a Saúde da Família para organizar e manter a atenção básica.

A atuação das equipes Saúde da Família vai muito além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), envolvendo residências, como nos atendimentos domiciliares, e espaços voltados à comunidade, como igrejas, associações, escolas, dentre outros.

Na Saúde da Família a equipe de profissionais busca investigar a situação local, realizar visitas e cadastramento domiciliar. Além disso, em conjunto com a comunidade, promovem ações voltadas para a resolução de problemas de saúde, sempre trazendo o cuidado com os indivíduos e as famílias e, assim, busca impactar sobre os indicadores de saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

As equipes de saúde de diferentes profissionais da Atenção Básica (AB) e Saúde da Família têm papel fundamental na contribuição nas ações de Vigilância em Saúde. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) há a definição das atribuições próprias dos profissionais da Atenção Básica, tais como a participação do processo de territorialização e o mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. E ainda a realização do cuidado da saúde da população demarcada, prioritariamente no campo da unidade de saúde e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), a garantia da atenção à saúde buscando de forma íntegra, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, e da garantia de atendimento, da realização das ações já definidas, de forma coletivas ou não e de vigilância à saúde. Para conhecer as demais atribuições dos profissionais definido pela PNAB acesse <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>.

A vigilância em saúde atual tem uma abordagem ampla no que se entende por vigilância epidemiológica. Ela tem o objetivo de fornecer dados e orientação técnica de forma contínua para os responsáveis decidirem quais medidas serão tomadas para o controle de agravos e doenças. Sua sistematização está voltada para um ciclo completo de funções específicas e articuladas, devendo ser criadas de modo contínuo, para permitir compreender o comportamento epidemiológico do agravo ou doença em todo momento. O comportamento epidemiológico deve ser identificado

como direcionamento para as ações, para que as intervenções apropriadas sejam realizadas com ensejo e efetividade.



Exemplificando

A Vigilância em Saúde está voltada a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância sanitária e vigilância da saúde do trabalhador, além da vigilância e controle das doenças transmissíveis e das doenças e agravos não transmissíveis.

Fica a cargo da Vigilância Epidemiológica: coletar, processar, identificar e interpretar dados, investigar novos casos e surtos, orientar e promover medidas de controle determinadas e de prevenção de doenças.

O Brasil tem tido muito êxito em relação à vigilância de doenças transmissíveis, com medidas e ações eficientes de controle de prevenção, contudo se faz necessário aumentar a capacidade de atuação em novas situações, como nos casos de surtos e novas doenças, gerando nova situação epidemiológica. Assim, têm sido realizadas estratégias específicas e mudanças nas ações de vigilância para conseguir detectar e responder às situações emergenciais epidemiológicas.

Um exemplo claro de alterações nos contextos epidemiológicos populacionais ao longo dos últimos anos no Brasil é a diminuição do índice de taxas de mortalidade devido às doenças infecciosas e parasitárias. Porém, diante de doenças crônicas degenerativas ocorre o aumento nos casos fatais. Por isso, o foco nas doenças e agravos não-transmissão e ações da vigilância epidemiológica se faz presente.

Para criar ações diante dessas mudanças não se pode desvincular a Vigilância em Saúde da Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde Ambiental. A Vigilância Sanitária é entendida como um grupo de medidas com capacidade de reduzir, eliminar ou mesmo prevenir riscos à saúde e interferir nos problemas de fundo sanitário advindos do meio ambiente, da construção e distribuição de bens e da contribuição de serviços voltados à saúde. Já a Vigilância em Saúde Ambiental se relaciona em várias ações que geram conhecimento e identificação de alterações nos fatores determinantes e

condicionantes do meio ambiente, que possam interferir na saúde humana, com o intuito de reconhecer medidas de prevenção e fiscalização dos fatores de risco ambientais que se relacionam às doenças ou a agravos à saúde.

A preocupação com o meio ambiente é um fato já determinado por se relacionar diretamente com a saúde humana e animal, sejam por fatores biológicos ou não. Na degradação constante dos ecossistemas não biológicos se destacam a contaminação do solo, da água e do ar, bem como o aquecimento global – exemplos de como ações humanas podem impactar o meio ambiente. A contaminação biológica (patógena) pode acontecer intencionalmente ou por acidentes biológicos, através dos homens ou não, gerado por introdução ou adequação de espécies que não são de um dado ecossistema como de uma forma natural, mas que se tornam naturais e que começam a provocar alterações em seu funcionamento. Essa contaminação biológica pode se espalhar e multiplicar, causando surtos ou novas doenças e agravos, necessitando de intervenção humana para que se controle a situação.



Assimile

A Vigilância em Saúde compreende uma maneira de pensar e tomar atitudes, e tem como foco a investigar o cenário da saúde no conjunto de habitantes de forma permanente, além da organização e intervenções de práticas de saúde voltadas à promoção, vigilância, prevenir e controlar doenças e piora do quadro da doença. A Vigilância em Saúde deve ser um espaço em que haja articulação de conhecimentos e técnicas oriundos de dados epidemiológicos, além de programação e de conhecimentos sociais, e constitui-se por ser referência para modificações do exemplo de atenção.

A Vigilância em Saúde precisa reconhecer quem são os agentes biológicos (patógenos), como eles se proliferam e se mantêm vivos para controle maior das doenças e\ou agravos e surtos. Dentre os agentes, podemos considerar os parasitas, que podem ser fungos, protozoários, bactérias e até mesmo vírus, com a presença ou não de hospedeiro para proliferação e\ou sobrevivência. Dentre as várias espécies diferentes de parasitas, existem os facultativos, os quais não precisam exclusivamente de um hospedeiro para se

manterem vivos; conseguem sobreviver tanto no interior, como parasita, quanto exterior, vida livre, de um organismo vivo distinto. O parasita consegue se proliferar diante a disseminação de seus ovos, e estes, habitam infectar outros hospedeiros, os quais irão conseguir retirar seus meios de sobreviver com o parasitismo. Eles são capazes de serem transmitidos entre os humanos por meio do contato pessoal ou pelo uso de objetos de uso pessoal. Também costumam ser transmitidos pela poeira, água, solo contaminado por larvas, Comidas, falta de higiene das mãos, por hospedeiros intermediários, mosquitos etc.

Apesar da redução de incidência das doenças infecto contagiosas, o surgimento de agravos ou de novas doenças podem ser atribuídas às alterações de vírus e demais microrganismos, ou também como forma de evoluções dos agentes patógenos. Contudo, não é a única forma de surgimento de doenças e agravos. Tem-se como determinante da prevalência da infecção a fase de contato com o vetor, o reservatório e os patógenos, sendo que o hospedeiro (homem) pode ou não contrair a doença. Essa infecção depende muito do seu estado de saúde e sistema imunológico, como no caso de pessoas desnutridas, com maior potencial de contrair doenças devido ao seu precário estado nutricional ou até mesmo devido à predisposição genética.

O aparecimento de novos responsáveis pelas doenças é devido às alterações de cunho social e ambiental diante da história da humanidade, porém praticamente todos os patógenos considerados 'novos' já existiam na natureza. Acontece é que os patógenos têm a capacidade de obter acessos diferentes em diferentes meios hospedeiros ou de ter uma capacidade viral maior em indivíduos com imunidade comprometida. As doenças infecciosas são consideradas indicadores de sistemas ecológicos onde colaboram ao menos dois tipos de população: hospedeiro e parasita, e regularmente, muitas outras, entre reservatórios e vetores.



Refleta

Doenças infecto contagiosas podem ser disseminadas de forma rápida, mas nem todos os hospedeiros irão contrair determinada doença. Isso significa que se uma pessoa possuir uma imunidade ideal ela poderá não contrair uma dada doença?

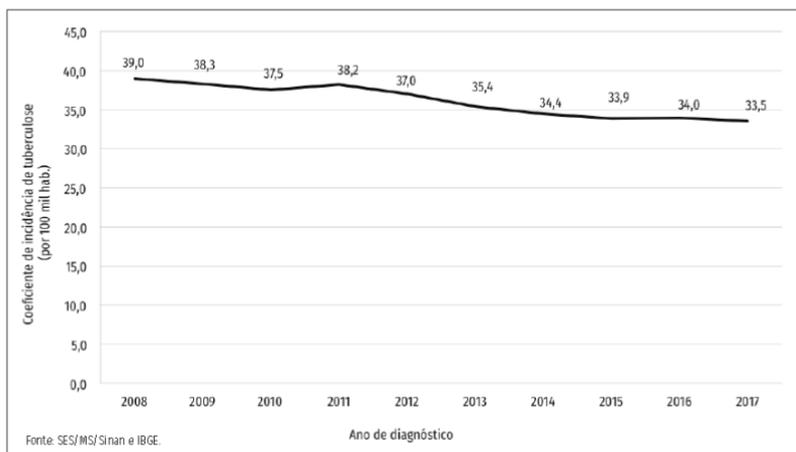
Diante disso, controlar doenças infecto contagiosas vai muito além do controle clínico com medicamentos, envolvendo medidas sociais, ambientais, sanitárias e de promoção de saúde com informações e medidas protetivas para controle maior da infecção.

Doenças como tuberculose, febre amarela, hanseníase, dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika são doenças de notificação compulsória, e estão na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. A mais recente delas é a febre pelo vírus Zika, inserida na lista pelo Ministério da Saúde (MS) diante da Portaria nº 204, em 17 de fevereiro de 2016. Essas doenças estão na mira da Vigilância em Saúde, pois acreditava-se no controle, porém ainda há índices elevados em determinadas regiões, trazendo novos surtos e novas formas de reinfecção e patógenos.

A tuberculose é uma doença transmissível, por meio do agente patogênico *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch, que atinge principalmente os pulmões, mas pode acometer outras regiões como rins, ossos, pele e gânglios. A transmissão do bacilo ocorre pelo ar, através de espirro, tosse e fala do indivíduo contaminado sem tratamento. As pessoas que convivem com esse indivíduo aspiram os bacilos e podem ser contaminadas com a doença.

Em 2017 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou juntamente com o MS através da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT) um Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Essa medida visa os primeiros passos para erradicação da tuberculose, pois se tornou mundialmente um problema relevante de saúde pública. A OMS define a tuberculose como uma doença de agente único, de caráter infeccioso, doença com maior índice de mortalidade, sendo maior que a contaminação pelo vírus HIV. Os índices mundiais são elevados; em 2016, por exemplo, 10,4 milhões de pessoas ficaram doentes devido à tuberculose, e em média 1,3 milhões de pessoas morreram. No Brasil, em 2017 foram notificados 69.569 casos novos de tuberculose. As figuras abaixo mostram o coeficiente de casos novos (Figura 2.2) e mortes por tuberculose por ano.

Figura 2.2 | Coeficiente de incidência de tuberculose (por 100 mil habitantes)



Fonte: <<https://goo.gl/2NN1P5>>. Acesso em: 3 maio 2018.

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose dispõe como alvo até o ano de 2035 diminuir a incidência da doença e casos de morte. Para isso foram criadas estratégias em três frentes assim distribuídas: prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose, políticas arrojadas e sistema de apoio e intensificação da pesquisa e inovação.



Pesquise mais

Para conhecer mais sobre a tuberculose e sobre o plano Nacional pelo Fim da Tuberculose acesse os endereços:

Disponível em: <<https://goo.gl/akr2QU>>; <<https://goo.gl/LyCyBm>>. Acesso em: 2 maio 2018.

De evolução extensa, a hanseníase é uma doença infecciosa, e se identifica como uma doença crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, microorganismo que ataca de forma mais incidente a derme e sistema nervoso periférico (nervos) das extremidades do corpo, pés e mãos. A doença da hanseníase está em 24 dos 35 países das Américas, porém hoje em dia não é mais apontada como problema de saúde pública, já que apresenta menos de 1 caso por 10.000 habitantes – menos o Brasil.

O contágio se dá através de indivíduo contaminado para o indivíduo próximo, ou seja, que possui contato íntimo e por tempo prologando, como familiares. Esse contágio acontece por germes eliminados através de gotículas da fala que são aspiradas por outros indivíduos, atingindo o organismo pelas vias aéreas superiores, como a mucosa do nariz, e também pode ser devido ao contágio de forma direta com a pele por meio das lesões de doentes sem tratamento que contenham bacilo. As crianças são mais propícias à contaminação pela hanseníase, geralmente por contato de um adulto da família, pois essa faixa etária pode ser portadora, mas não desenvolverem a doença.

Fatores que facilitam a contaminação da hanseníase são a desnutrição, A baixa condição socioeconômica e muitos moradores em uma mesma casa. Por isso há um grande índice de caso em países subdesenvolvidos.



Pesquise mais

Existem formas diferentes de apresentação clínica da hanseníase. Leia o artigo *Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae*.

Disponível em: <<https://goo.gl/8NQj97>>. Acesso em: 2 maio 2018.

Diante disso, a equipe de saúde deve realizar frentes com informações sobre a doença para a comunidade local. As campanhas nacionais e subnacionais têm ajudado no controle da hanseníase, a união dos serviços básicos de hanseníase aos de saúde gerais tem realizado o diagnóstico precoce e terapêutica da doença com acesso mais fácil, evitando o surgimento de sequelas. O Brasil vem adotando estratégias como a chamada de Estratégia Global, uma forma de combate à hanseníase e suas complicações, no enfrentamento da discriminação e na inclusão e fortalecimento de parcerias.

Com isso, especialistas buscam um padrão das técnicas e normas de diagnóstico, terapêutica e vigilância do “Projeto Abordagens Inovadoras para intensificar esforços para um Brasil livre da Hanseníase”. Esse projeto foi criado pelo MS do Brasil em parceria

com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e apoio da Fundação Nippon, do Japão, e tem o objetivo de diminuir o número de casos em 20 municípios com maior índice de casos da doença, no Pará, Pernambuco, Piauí, Tocantins, Maranhão, dentre outros, com início em 2017 até 2019.

Para que o doente não tenha maiores complicações, medidas de ação primária são cruciais, como a realização orientações de autocuidado, emprego e monitorização da medicação e controle de possíveis sequelas. A hanseníase traz ao indivíduo contaminado problemas como dificuldade em fechar os olhos devido à fraqueza muscular, redução da função sensorial nas mãos e nos pés, além de ressecamento, ulceração, fraqueza e deformidades. Informar ao indivíduo que a hanseníase tem cura e que a falta da medicação e cuidados pode evitar surgimento de sequelas. A fisioterapia atua como agente de saúde, não só reabilitando, mas também promovendo saúde.

O indivíduo pode apresentar algum sinal de alteração sensorial e/ou motora. Sintoma inicial de alteração sensorial, como diminuição da capacidade tátil, térmica e/ou dolorosa, deve ser orientado pelos profissionais da saúde da UBS, incluindo o fisioterapeuta, sobre o risco de se machucar e não sentir, gerando feridas e contaminação. A fisioterapia estimula a sensibilidade das áreas comprometidas e além das áreas com grande possibilidade de comprometimento. A estimulação sensorial se dá por estímulos superficiais (por exemplo, pele), com mudanças de velocidade e direção, através de diferentes materiais com diferentes texturas (algodão, esponja, gazes, dentre outros), e também por estímulos sensoriais profundos, como estímulos proprioceptivos. Eles devem também ser informados sobre o risco de fraqueza muscular, pois a hanseníase pode atingir tanto nervos sensoriais quanto motores, podendo culminar com uma sequela neurológica. Um nervo comumente atingido é nervo fibular um ramo do nervo ciático, localizado na perna e que se estende até o pé, que faz com que o músculo tibial anterior realize a dorsiflexão do pé, ou seja, o indivíduo pode ter dificuldade ou não conseguir mexer o pé para cima. Para evitar essa alteração ou sequela, a fisioterapia atua realizando exercícios de fortalecimento muscular e uso de órtese para manutenção do pé alinhado. Além disso, pode haver necessidade de uso de órtese na mão par evitar sequela em flexão

dos dedos, e a fisioterapia avalia a necessidade e indica para que evite a deformidade dos dedos. Nos casos em que o indivíduo tenha comprometimento do equilíbrio seja por alteração sensorial ou motora, o fisioterapeuta pode indicar o uso de bengala ou andador para evitar quedas e, conseqüentemente, possíveis fraturas.

Outra doença de alvo da Vigilância em Saúde é a dengue, transmitida pela picada do mosquito (vetor) *Aedes aegypti*. O mosquito fêmea, após picar indivíduo já infectado, tem a possibilidade de transmitir o vírus para outros indivíduos. Também há a possibilidade de ser transmitido da gestante para o bebê e por transfusão de sangue. Existem mais quatro outras doenças que surgiram posteriormente, e que também são transmitidas pelo mesmo mosquito são febre de chikungunya, febre pelo vírus Zika e a febre amarela urbana. A febre amarela silvestre se desenvolve pelos mosquitos com costume exclusivamente silvestres, e os gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* são os tipos mais comuns. A sintomatologia é muito parecida entre febre amarela, dengue, Zika e chikungunya. No Quadro 2.1 você poderá identificar as diferenças das manifestações clínicas entre as três últimas citadas.

Quadro 2.1 | Manifestações clínicas da dengue, Zika e chikungunya

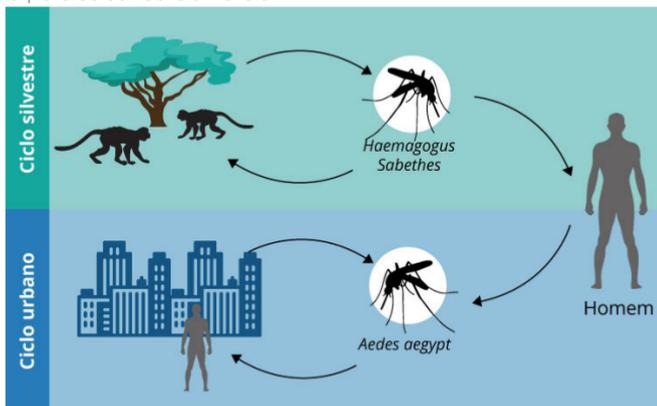
Sinais/Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre (duração)	Acima de 38°C (4 a 7 dias)	Sem febre ou subfebril 38°C (1-2 dias subfebril)	Febre alta > 38°C (2-3 dias)
Manchas na pele (frequência)	A partir do 4º dia (30-50% dos casos)	Surge no 1º ou 2º dia (90-100% dos casos)	Surge 2-5 dia (50% dos casos)
Dor nos músculos (frequência)	+++ / +++	++ / +++	+ / +++
Dor na articulação (frequência)	+ / +++	++ / +++	+++ / +++
Intensidade da dor articular	Leve	Leve/Moderada	Moderada/Intensa
Edema da articulação	Raro	Frequente e leve intensidade	Frequente e de moderada a intenso
Conjuntivite	Raro	50-90% dos casos	30%
Dor de cabeça (frequência e intensidade)	+++	++	++
Coceira	Leve	Moderada/Intensa	Leve
Hipertrofia ganglionar (frequência)	Leve	Intensa	Moderada
Discrasia hemorrágica (frequência)	Moderada	Ausente	Leve
Acometimento Neurológico	Raro	Mais frequente que Dengue e Chikungunya	Raro (predominante em Neonatos)

Fonte: <<https://goo.gl/JGgqHD>>. Acesso em: 31 abr. 2018.

No caso da febre amarela, como diferença clínica são dois os tipos de ciclos: o ciclo silvestre, quando os principais hospedeiros

são os macacos e disseminadores do vírus. Nesse ciclo, o homem apenas colabora como um hospedeiro inesperado ao ir em áreas de mata. Já no ciclo urbano, o exclusivo hospedeiro com relevância epidemiológica é o homem, sendo a transmissão realizada por vetores urbanos (*Aedes aegypti*) contaminados (ver Figura 2.3). Porém, o último caso que se tem registro de febre amarela com ciclo urbano no Brasil foi em 1942. Na Figura 2.4 pode-se observar os sintomas referentes à febre amarela.

Figura 2.3 | Ciclos da febre amarela



Fonte: <<https://goo.gl/y97oZT>>. Acesso em: 31 abr. 2018.

Figura 2.4 | Sintomas da febre amarela



Fonte: <<https://goo.gl/NuWK1q>>. Acesso em: 31 abr. 2018.

O diagnóstico dessas doenças é realizado clinicamente através da sintomatologia e sinais, e pode ser confirmado por exames laboratoriais para investigar anticorpos específicos que combatam o vírus no sangue. Especificamente, o teste da prova do laço é usado para diagnosticar a dengue, e seu tratamento também é feito através dos sintomas das doenças. Atualmente já existe vacina contra o *Aedes aegypti* como forma de prevenção e também vacina contra febre amarela. O ideal para essas doenças seria que além de tomar a vacina, se promova outras medidas protetivas.

O MS, juntamente com as equipes da UBS, promove ações com distribuições de pôsteres e palestras informativas, além de divulgação em rádio, televisão e internet, campanhas de vacinação, capacitação dos profissionais de saúde para que possa identificar indivíduo com sintomas e sinais, para reconhecer local em potencial para desenvolvimento de criadouros. Porém, a forma de prevenção mais eficaz é evitar a proliferação do mosquito *Aedes aegypti* é limpando e eliminando possíveis criadouros, pois ele se prolifera em água limpa e parada. Algumas medidas como esvaziar garrafas, pneus e potes com água parada, manter as calhas limpas, tampar tanques, caixas d'água e reservatórios de água, observar acúmulo de água em plantas reduzem a procriação do mosquito. Para proteção das picadas dos mosquitos o ideal é usar roupas que cubram maior parte do corpo, como calça e blusa de manga comprida e/ou o uso de inseticidas e repelentes, uso de telas nas janelas e portas.

Dentre as infecções citadas acima, propagadas pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, o contágio pelo vírus Zika em mulheres grávidas poderá afetar o bebê. O vírus ultrapassa a barreira hematoencefálica, ainda em desenvolvimento, gerando sequelas neurológicas, como a microcefalia. Até o terceiro mês de gestação o risco ainda é maior, pois o bebê está em fase crítica de formação do sistema nervoso. Os sintomas da microcefalia variam de acordo com grau de virulência, mas os mais comuns são perímetro cefálico menor que o normal, atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, surdez, cegueira, dificuldade de aprendizagem ou falha de crescimento, dentre outros.

Em 2016, o Ministério da Saúde desenvolveu um guia para Estimulação Precoce dos bebês que nascem com microcefalia. Esse guia conta com informações e atribuições de cada profissional

da saúde para ajudar pais e cuidadores a lidarem com essa nova situação, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Foram desenvolvidas orientações às mães, familiares e cuidadoras para que aprendam a estimular precocemente os bebês (estímulo sensorial e motor).



Pesquise mais

Para melhor entendimento da relação entre a microcefalia e Estimulação Precoce, leia *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia*.

Disponível em: <<https://goo.gl/Ep2Por>>. Acesso em: 3 maio 2018.

Sem medo de errar

Dando continuidade ao caso que contamos sobre seu Manoel, a esposa Ana e o fisioterapeuta Carlos, ficamos diante da seguinte situação: ao voltar da UBS, seu Manoel encontrou um vizinho e ficaram conversando sobre febre amarela. João comentou que ainda não tinha ido se vacinar e que tinha ouvido várias coisas sobre a febre amarela, e que tinha várias dúvidas. Manoel disse a ele que já tinha se vacinado, e que o fisioterapeuta que foi atender a mulher dele deu algumas orientações, como não deixar água parada em potes, pneus, pois pode ajudar a proliferar doenças, inclusive a febre amarela. João não entendeu e perguntou: “Manoel, como um mosquito pode ajudar a disseminar febre amarela e também outras doenças? O que mais podemos fazer para evitar essa proliferação de mosquitos?”

A febre amarela urbana, assim como dengue, febre de chikungunya, febre pelo vírus Zika são proliferadas pelo mosquito (vetor) *Aedes aegypti*. Já a febre amarela silvestre se desenvolve em mosquitos com costume exclusivamente silvestres, e os gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* são os tipos mais comuns. O contágio surge pela picada do mosquito fêmea, e o indivíduo já infectado será capaz de propagar o vírus para outros indivíduos. Também há a possibilidade de transmissão da gestante para o bebê e por

transfusão sanguínea. Para evitar a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, deve-se eliminar possíveis criadouros, pois o mosquito se prolifera em água limpa e parada. Algumas medidas como esvaziar garrafas, pneus e potes com água parada, manter as calhas limpas, tampar tanques, caixas d'água e reservatórios de água, observar acúmulo de água em plantas, pois algumas ficam com água nas folhas.

Avançando na prática

Palestra: Vigilância em Saúde

Descrição da situação-problema

Patrícia, fisioterapeuta da UBS, preparou juntamente com a enfermeira Carol uma palestra sobre informações de sintomatologia, tratamento, prevenção e forma de contaminação da tuberculose para a comunidade local. Joana, uma senhora de 50 anos, atenta à palestra, ficou com algumas dúvidas. Ao final, resolveu perguntar: quer dizer que se uma pessoa tiver tuberculose ela poderá passar para outras pessoas por espirro?

O que será que o Patrícia ou Carol responderam? E se fosse você, o que responderia?

Resolução da situação-problema

Patrícia respondeu dizendo que a tuberculose é uma doença transmissível, sendo que a transmissão do bacilo ocorre pelo ar através do ato de espirrar, falar e tossir da pessoa infectada que joga os bacilos no ambiente. Pessoa que convive com esse indivíduo aspira os bacilos, pode ser contaminado e manifestar a doença, porém uma vez que o indivíduo inicia o tratamento medicamentoso ele não terá mais o potencial de transmitir a doença.

Faça valer a pena

1. A Vigilância Epidemiológica tem como ações coletar, processar, identificar e interpretar os dados, investigar novos casos e surtos, orientar e promover das medidas de controle determinadas, medidas de

prevenção de doenças. Além disso, a verificação das doenças e agravos não transmissíveis, que não estão relacionadas ao contágio por infecção e às doenças transmissíveis, resultante de uma infecção, relacionada à manifestação clínica do homem ou dos animais. Para criar ações diante de mudanças de perfis epidemiológicos não se pode desvincular a Vigilância em Saúde da Vigilância Sanitária e a Vigilância em Saúde Ambiental.

Analise as afirmativas abaixo:

I- A Vigilância Sanitária é definida como um grupo de medidas com potencial de reduzir, eliminar ou mesmo de prevenir os riscos à saúde e de interferir nos problemas de de cunho sanitário advindos do meio ambiente, da construção e distribuição de bens e da contribuição de serviços voltados à saúde.

Porque

II- Vigilância em Saúde Ambiental se relaciona em várias ações que geram conhecimento e identificação de alterações nos fatores determinantes e condicionantes do meio domiciliar que possam interferir a saúde do homem, com o objetivo de discernir medidas para prevenir e fiscalizar os fatores de riscos que se relacionam às doenças ou aos agravos à saúde.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta:

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

2. A hanseníase é uma doença infecciosa, de evolução longa, caracterizada uma doença crônica, causada por um micro-organismo que ataca de forma mais incidente a pele e os nervos das extremidades do corpo, como pés e mãos. O contágio se dá através do indivíduo contaminado para o indivíduo próximo, ou seja, que possui contato íntimo e por tempo prologando, como familiares. Esse contágio acontece por germes eliminados através de gotículas da fala e que são aspirados por outros indivíduos atingindo o organismo pelas vias aéreas superiores, como a mucosa do nariz. Outra forma de adquirir a doença ocorre pelo contato íntimo com a pele através de feridas de doentes, sem tratamento.

Diante do texto descrito acima, qual microrganismo é responsável pela hanseníase?

- a) *Sabethes*.
- b) *Mycobacterium leprae*.
- c) *Aedes aegypti*.
- d) *Haemagogus*.
- e) *Mycobacterium tuberculosis*.

3. A febre de chikungunya, a dengue, a febre amarela urbana e a febre pelo vírus Zika são transmitidas pela picada do mosquito (vetor) *Aedes aegypti*. O mosquito fêmea, após picar o indivíduo já infectado, poderá transmitir o vírus para outras pessoas. Já a febre amarela silvestre se desenvolve pelos mosquitos com costume exclusivamente silvestres, e os gêneros *Haemagogus* e *Sabethes* são os tipos mais comuns.

Analise as asserções abaixo:

I- O diagnóstico da dengue, da febre de chikungunya, da febre pelo vírus Zika e da febre amarela urbana é realizado de forma clínica através da sintomatologia e sinais, e pode ser confirmado por exames laboratoriais para investigar anticorpos específicos que combatem o vírus no sangue, além de exames de imagem.

Porque

II- O tratamento é realizado através dos sintomas das doenças como nos casos de dengue, de chikungunya, de vírus Zika e da febre amarela urbana. Atualmente já existe a vacina contra o *Aedes aegypti* como forma de prevenção, e também a vacina contra febre amarela.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

Seção 2.3

Abordagem fisioterapêutica e atenção primária

Diálogo aberto

Agora, você já tem o conhecimento da atenção primária no âmbito da epidemiologia associado ao homem, meio ambiente, saúde, qualidade de vida, além da Vigilância e Atenção à saúde, como a prevenção e promoção das doenças infectocontagiosas, conhecimento sobre o vírus Zika, microcefalia, Programa de Estimulação Precoce, o *Mycobacterium leprae* e hanseníase – juntamente com a atuação na prevenção de sequelas neurológicas. Nesta seção você irá conhecer a abordagem fisioterapêutica e atenção primária, como atuação da Fisioterapia em grupo-coluna, grupo-tabagista, grupo-gestante e até mesmo atuação nas doenças crônicas.

No início da unidade, abordamos uma situação na qual Carlos, fisioterapeuta, realizou uma visita domiciliar para dar algumas orientações para seu Manoel, pois sua esposa (dona Ana) se encontra acamada. Carlos também orientou seu Manoel sobre a questão de deixar a água parada com o risco de proliferação de mosquitos, como o mosquito *Aedes Aegypti* e, assim, facilitar a disseminação de doenças como dengue, Zika, febre amarela urbana, chikungunya, dentre outras.

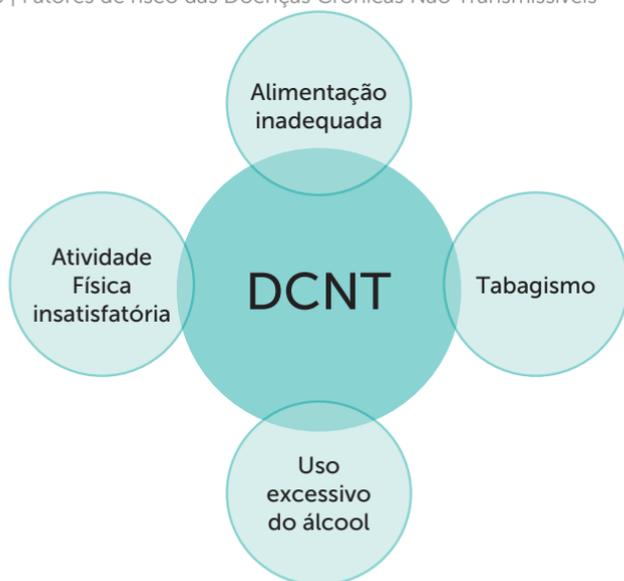
O fisioterapeuta Carlos deixou para Manoel um manual de cuidados e transferência de acamados, além de orientar que ele fosse a UBS para participar de grupo de coluna. Manoel resolveu ir até a UBS se informar sobre esse grupo de coluna, pois vem sentindo um pouco de dor na lombar. Chegando na UBS se informou na recepção sobre os dias e horários do grupo e também perguntou se tinha algum fisioterapeuta que pudesse explicar para ele sobre o grupo. Manoel foi recebido pela Mônica, responsável pelo grupo de coluna, que disse: “olá seu Manoel tudo bem? Quais são as suas dúvidas em relação ao grupo de coluna?” Seu Manoel respondeu que gostaria de saber como funciona o grupo, quais as atividades propostas. Como o grupo pode reduzir sua dor na coluna?

Não pode faltar

A abordagem fisioterapêutica na rede de atenção primária ocorre não apenas frente às doenças infecto contagiosas, mas também nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As principais doenças crônicas atendidas pela rede SUS são as doenças respiratórias crônicas, diabetes *mellitus*, neoplasias e doenças cerebrovasculares, com destaque para o acidente vascular cerebral (AVC). Essas doenças tem um alto índice de mortalidade, por isso estão em destaques nas ações advindas do SUS e atenção primária. Vale ressaltar que a abordagem de prevenção de doenças e promoção de saúde é feita por uma equipe multidisciplinar, médicos, enfermeiros, nutricionistas, agente de saúde, educador físico, dentistas, dentre outros.

As DCNT podem surgir por diversos fatores, e sua duração pode ser longa e desenvolver-se ao longo da vida. Os fatores de riscos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), relacionados com as DCNT, podem ser modificáveis, ou seja, o indivíduo pode inibir ou reduzir a possibilidade de surgimento de doenças. Veja fatores de risco na Figura 2.5.

Figura 2.5 | Fatores de risco das Doenças Crônicas Não Transmissíveis



Fonte: elaborada pela autora.

Segundo a OMS o tabagismo se destaca como um fator de risco que culmina em muitas das DCNT, como doenças cardiovasculares, pulmonares e o câncer. Com isso o ato de fumar se tornou líder em casos de mortes que podem ser evitadas. Já o consumo do álcool em excesso, além de ser causa de morte, é considerado um dos fatores de risco para incapacidade, devido ao surgimento de doenças como câncer, distúrbios neurológicos, cirrose hepática, entre outras. Em se tratando da atividade física insatisfatória, já considerada um fator de risco, se culminar em sedentarismo torna-se um fator de risco de morte. Isso significa que praticar atividade física de forma regular protege a saúde, evitando ou diminuindo o índice de doenças e mortalidade. Por fim, a alimentação inadequada, como alimentação à base de alimentos processados aumentam os índices de consumo do sódio, açúcar e gorduras saturadas, poderá levar também a DCNT, como doenças cardiovasculares, diabetes *mellitos*, câncer, entre outras.

A vigilância epidemiológica das DCNT se caracteriza por realizar ações e medidas que promovam o conhecimento da ocorrência, distribuição e amplitude das DCNT, além de conhecer os fatores de risco no país. Também fica a cargo da vigilância reconhecer os determinantes e condicionantes sociais, ambientais e econômicos, e identificar qual época com a maior tendência em surgir as DCNT. Toda essa vigilância são de extrema importância para monitorar, planejar e avaliar as ações de cuidado integral e elaboração de políticas públicas para controle e prevenção das DCNT no país.

Pela magnitude da DCNT no contexto mundial em causas de morte, e pelos fatores de risco serem modificáveis e comuns a outras doenças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou em 2005 estratégias para enfrentar as DCNT. Já em 2012 foi acordado um monitoramento global dessas doenças, e definido metas e indicadores mundiais para prevenção e controle da DCNT. Como metas nacionais tem-se a redução da taxa de prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, do consumo excessivo do álcool e tabagismo em adultos, aumento do consumo de frutas e hortaliças, e a prática de atividade física, dentre outras.



Exemplificando

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é o instrumento que norteia a vigilância de DCNT no Brasil. Este documento iniciado em 2011 e com vigência até 2022, apresenta de forma minuciosa as metas, objetivos, indicadores, e ações a serem desenvolvidos por esta vigilância.

Dentre as doenças DCNT pulmonares se destaca a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), uma doença definida pela limitação do fluxo aérea pulmonar, e clinicamente se define pela presença de tosse, falta de ar e expectoração quase em todos os dias por no mínimo três meses/ano durante dois anos consecutivos. Dentre os fatores de risco está o tabagismo, além da exposição ocupacional à poeiras e produtos químicos ocupacionais, infecções respiratórias recorrentes na infância, poluição por fumaça de lenha, querosene, dentre outros.

A atuação da fisioterapia na atenção primária na DPOC juntamente com equipe multidisciplinar visa o alívio dos sintomas, a prevenção na progressão e exacerbação da doença, a melhora da tolerância de exercícios, redução da mortalidade e melhora da qualidade de vida. Sem esquecer que o foco principal para melhora dos sintomas é a cessação do tabagismo e, para isso, a atuação dessa equipe se torna crucial para obter sucesso no tratamento com a educação em saúde e incentivo a parar de fumar.

A educação em saúde é realizada através de medidas educativas, que podem ser feitas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em visitas em domicílio, em atendimento individual e também coletivo. Essas medidas visam orientar os pacientes sobre os fatores de risco, características e tratamento da DPOC, estratégias para reduzir as crises, além de orientações aos familiares e/ou cuidadores do uso correto da oxigenoterapia domiciliar nos casos graves da doença.

Especificamente às atribuições da Fisioterapia, o tratamento da DPOC se faz através da realização da avaliação fisioterapêutica respiratória, definição e aplicação dos exercícios respiratórios, visando a diminuição das alterações funcionais da respiração, a realização da anamnese com as atividades de vida diária (AVDs), a avaliação do grau de dispneia (sensação de falta de ar),

o relaxamento, o alongamento e o fortalecimento dos grupos musculares envolvidos, entre outros.

Diante da condição do tabagista em desenvolver doenças, sejam elas neoplasias, respiratórias e cardiovasculares, o MS juntamente com o SUS tomaram medidas visando reduzir o consumo do cigarro não só entre adultos, mas também entre crianças e adolescentes. Além disso, reconhece que não apenas o fumante ativo, mas também o fumante passivo, aquela pessoa que não fuma, porém convive com o fumante e acaba inalando o ar com toxinas, poderão desenvolver doenças respiratórias, principalmente.

Diante desse impacto na saúde, seja individual e/ou coletivo, é essencial que sejam criadas ações de prevenção ao uso do tabaco, especialmente no campo da saúde e da educação. Pensando nessa vertente, uma ferramenta importante é informar os indivíduos que frequentam a Unidade de Saúde (UBS) acerca dos prejuízos do tabagismo, além de estabelecer parcerias intersetoriais para divulgação dessas informações em creches, escolas, parques ou outros espaços comunitários. O profissional de saúde pertencente a uma equipe multidisciplinar pode realizar orientações quanto ao tratamento realizado nas UBS e estimular a prática de exercício físico e atividades de práticas corporais coletivas.

A Organização Mundial de Saúde, em 2006, preconizou seis ações centrais para a redução e prevenção do consumo do tabaco no âmbito mundial, listados abaixo:

1. Monitorar o consumo do tabaco e as políticas de prevenção.
2. Garantir às pessoas que não fumam um ambiente livre de tabaco.
3. Oferecer ajuda a quem deseja parar de fumar.
4. Advertir sobre os perigos do tabaco (incluindo as advertências nas carteiras de cigarro).
5. Aplicar as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco.
6. Elevar os impostos sobre o cigarro (um aumento de 10% nos preços dos cigarros poderia reduzir o seu consumo de 4% em países de renda alta a 8% em países de média e baixa renda).



Refleta

O Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador mundial de tabaco. Mas diante do incentivo e adoção de ações em educação e tratamento, juntamente a medidas publicitárias, legislativas e econômicas o Brasil é considerado referência mundial no controle do tabaco.

O Brasil tem conseguido desenvolver ações importantes para o controle do tabagismo, tais como a proibição das propagandas de cigarro (exceto nos pontos de venda), a veiculação de imagens nas embalagens de cigarro mostrando os efeitos danosos ao fumar, a criação de ambientes livres de fumaça, a disseminação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, indicando tratamento para o indivíduo que deseja parar de fumar, principalmente na atenção básica (AB). Uma das medidas do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Nacional de Câncer (INCA) com apoio do SUS foi criar quatro sessões do manual *Deixando de Fumar Sem Mistérios - Manual do Participante*, que incluem desde explicações dos possíveis sintomas após parar de fumar, síndrome da abstinência, até dicas de como contornar os sintomas, e o porquê de parar de fumar e a relação do fumo com doenças.



Pesquise mais

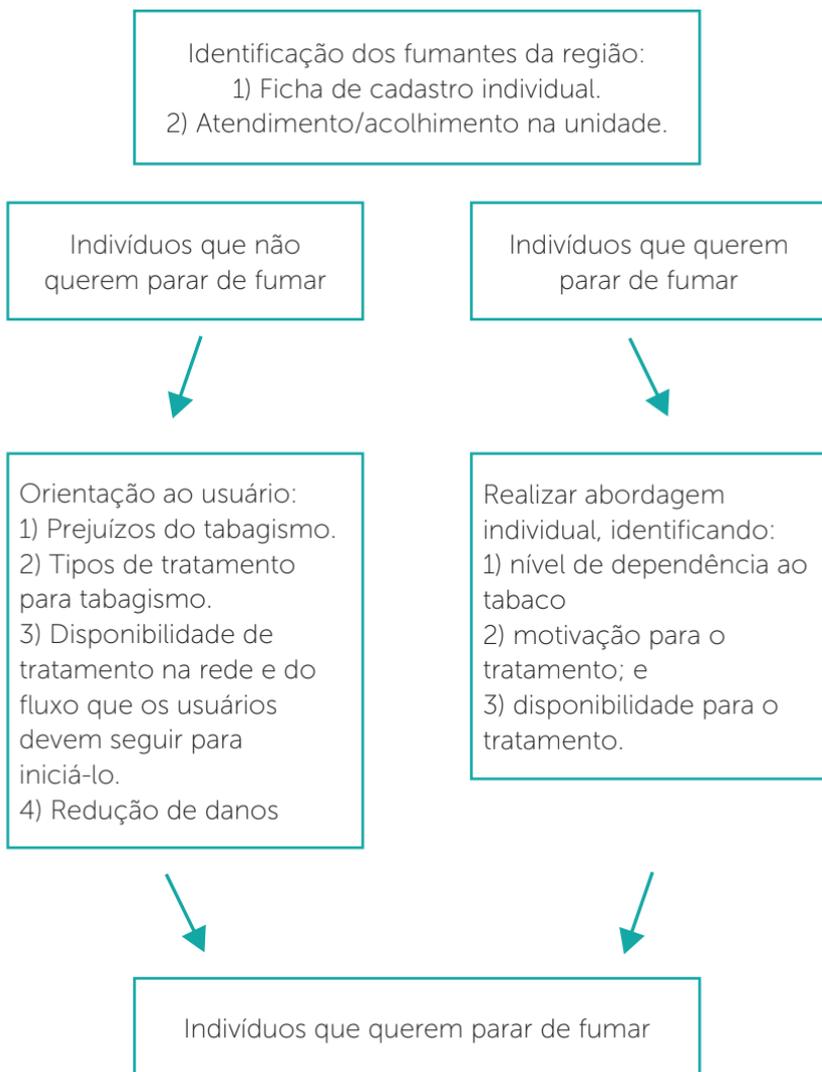
A Portaria MS/GM nº 571, de 5 de abril de 2013, atualizou as diretrizes do tratamento do tabagismo no âmbito do SUS, reforçando AB enquanto um espaço privilegiado e estratégico para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 12 maio 2018.

O tratamento para o fim do tabagismo deve ter a mesma importância dos tratamentos para diabetes ou hipertensão, sendo priorizado nas UBS. Esse tratamento (programa de controle do tabagismo) trata-se de uma equipe multiprofissional, partindo de uma avaliação quando o indivíduo vai até a UBS no acolhimento ou numa visita domiciliar, questionando-o se fuma ou não, a quantidade

e se tem vontade parar de fumar. Pode ser feito pela ficha cadastral do indivíduo ou em qualquer consulta. Depois do levantamento dos usuários que fumam e se querem parar ou não é feita abordagem desses. Veja a seguir um fluxograma do caminho dessa abordagem.

Figura 2.6 | Fluxograma do Programa de Tabagismo



Fonte: adaptada de Ministério da Saúde: cadernos de atenção básica (2015).

A interação entre o tabagista, equipe multiprofissional e apoio familiar prediz o sucesso do tratamento. Além disso, a atitude e posturas do profissional de saúde são cruciais para a efetividade do tratamento, desde o primeiro momento do atendimento (acolhimento e ao longo de todo o acompanhamento). O tratamento necessita de acompanhamento medicamentoso, psicológico, nutricional, entre outros.

A cessação do tabagista conta com um grupo de apoio composto com dois profissionais da saúde de, preferência, e usuários fumantes. Nesses encontros os fumantes são orientados sobre a importância de parar de fumar, os prejuízos do cigarro para o organismo, para as pessoas que convivem com ele, para o meio ambiente, e também é um momento para tirar dúvidas. Além disso, é registrado a presença e acompanhamento da evolução dos participantes. O grupo deve ter no mínimo quatro encontros. Foi feito uma proposta de roteiro para esses encontros baseados no *Deixando de Fumar Sem Mistérios - Manual do Participante*.

A fisioterapia pode atuar no grupo de tabagistas, mas também em grupo de coluna e grupo de gestantes – atuações da atenção básica. Toda orientação e informações sobre cuidados e prevenção de doenças é realizada por encontros, pôsteres, grupos e visitas domiciliares. No caso do grupo tabagista a Fisioterapia pode atuar também orientando quanto à respiração, ou seja, a melhor forma de respirar, quanto à promoção às Práticas Integrativas e Complementares, como técnicas de relaxamento (massoterapia, reflexoterapia), acupuntura, auriculoterapia (técnica da acupuntura realizada em pontos energéticos na orelha), técnicas corporais chinesas, como Lian Gong, Chian Gong, Tai Chi Chuan, dentre outras e, assim, ajudar a combater a ansiedade dos indivíduos que pararam de usar o cigarro.

A UBS é a porta de entrada para os usuários que possuem dor crônica, levando muitas vezes ao afastamento do trabalho e à incapacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD's). A dor crônica pode ser proveniente das condições dos indivíduos, da falta de informação e do uso incorreto do corpo durante atividades simples do dia a dia e laborais, e ainda referente aos prejuízos psicossociais e à redução da qualidade de vida.

Por isso, o grupo de coluna precisa ter uma equipe multidisciplinar, com fisioterapeutas, médicos, educadores físicos, psicólogos, entre outros para atendimento completo. Pode ser realizado através de orientação de postura (sentado, em pé), nas transferências; da importância e do incentivo em realizar fortalecimento e flexibilidade, principalmente da musculatura extensora da coluna vertebral, a qual ajuda no controle postural; do incentivo a redução de peso, no caso dos obesos, com apoio nutricional, psicológico e educação física.

Uma das propostas que surgiu e foi acolhida pelo atendimento na UBS desses indivíduos com dor na coluna foi a Escola Postural, também conhecida como Escola de Coluna, criada na Suécia pela fisioterapeuta Mariene Zachrisson-Forsell em 1969. Essa Escola Postural visa promover conhecimentos e experiências que ajudem à mudanças nas atitudes, comportamentos e crenças, além de contribuir para o melhor convívio com a dor e, assim, gerar capacidade de realizar as AVD's e melhorar a qualidade de vida. Essa estratégia é importante para a prevenção de agravos e de tratamento, principalmente para dor lombar crônica.

A metodologia da Escola Postural é baseada em avaliação inicial dos indivíduos com dor na coluna, e ao longo das semanas, será feita uma educação em saúde, com informações sobre anatomia, aspectos biológicos, sociais, psicológicos, automassagem, orientações de exercícios na postura (sentado, em pé, deitado), relação dos movimentos da coluna e dos membros inferiores, discussão sobre as AVD's, posturas e movimentos realizados, como realizar de forma ideal, além da entrega de folhetos informativos. Ao final, será feita novamente uma reavaliação para reconhecimento da metodologia.

Essa metodologia vem sendo usada pelo SUS nas UBS, em grupos de coluna, com foco nos usuários com dor crônica, promovendo a redução da dor, a melhora da qualidade de vida e diminuição dos gastos públicos, além da redução dos atendimentos convencionais e do uso da medicação. A Política Nacional de Atenção Básica objetiva ações educativas, que possam interferir no processo saúde-doença de problemas prevalentes na população, como a dor crônica, e que sejam implementadas e difundidas na atenção básica.



Assimile

Escola de Coluna surgiu com intuito de minimizar os atendimentos de pacientes com dor crônica na coluna vertebral, principalmente a coluna lombar, reduzindo custos, além de promoção e educação em saúde, proteção de doenças e ajuda a evitar agravos e atendimentos. Metodologia usada nas UBS através do Grupo de Coluna.

Nas UBS há também grupos de atividades de terapias corporais que ajudam não apenas no problema da dor crônica da coluna, mas também em dores generalizadas. Terapias tais como Yoga, Lian Gong, Chian Gong, Tai Chi Chuan atuam no corpo e na mente, promovendo melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida, atuando na flexibilidade, fortalecimento, redução da ansiedade, consciência corporal e prática da respiração.

Já no Grupo Gestante é dada atenção à mulher grávida com ações de promoção da saúde e prevenção, assim como de diagnóstico e tratamento que evite situações prejudiciais à evolução da gestação. O MS criou em 2011 um programa para acompanhamento das gestantes, das futuras gestantes e dos bebês, chamado de Programa Rede Cegonha, em que preconiza que toda mulher tem o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez durante o parto e o pós-parto (puerpério), bem como os bebês têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esse projeto está sendo implantado em todo país e tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil.

A partir desse projeto foi desenvolvido a Caderneta da Gestante, que explica a formação do bebê a cada trimestre, cuidados importantes na gravidez, dicas sobre alimentação, sono e prática de exercícios, exames necessários, acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto, entre outras informações.



Pesquise mais

Visualize e identifique todos os itens contidos na Caderneta da Gestante.

Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2018.

A Fisioterapia atua na conscientização das mudanças fisiológicas e prepara a gestante para as mudanças físicas, gerando maior preparo para o parto, promovendo melhora na postura no período pré e pós-parto, orientação quanto à mecânica corporal correta. Auxilia também a fortalecer os membros superiores para sustentar o bebê, os membros inferiores para suportar o aumento do peso e mudanças circulatórias próprias da gestação, além de fortalecer o músculo abdominal para melhor controle respiratório e sustentação do bebê dentro da barriga. Além disso, contribui para a melhora da percepção e do controle do assoalho pélvico, melhora do condicionamento cardiovascular, prepara as mamas para a amamentação com técnicas de massoterapia e estímulos sensoriais com intuito de reduzir a sensibilidade das mamas e, por fim, informar sobre as mudanças que surgem com a gravidez e no parto.

É importante que a gestante leve um acompanhante (parceiro) para o grupo e que ele possa compreender e ajudá-la durante toda a gestação e também após o parto. Os dois precisam tirar todas as dúvidas e preocupações em relação à gravidez, ao bebê e à sexualidade.

Para a realização do Grupo de Gestante, se faz necessário que se inicie com palestras sobre vários temas relacionados à gestação, depois um programa de exercícios acompanhados pelo fisioterapeuta. Esse programa deve inserir aquecimento e alongamento, e depois fortalecimento generalizado e perineal e, por fim, o relaxamento. A capacidade de relaxar é muito importante, pois a tensão muscular pode gerar dor, por isso são realizados exercícios ativos de relaxamento para o aprendizado em relaxar os músculos tensos, principalmente os da cintura escapular e o trapézio superior e, com isso, também se desenvolve uma consciência corporal sobre tensão muscular. Esse aprendizado em relaxar poderá ser de grande valia na hora do parto, pois terá menos desconforto e dor menos intensa.

A técnica de relaxamento mais usada é o jacobsoniano, quando várias partes do corpo são contraídas de forma ativa, e logo em seguida relaxadas. Essa técnica é realizada de cima para baixo, ou seja, da região da cabeça até os pés, associada à respiração profunda. O fisioterapeuta precisa realizar uma avaliação dos pontos de maior tensão, através da palpação, verificando pontos de dor ou de contração muscular intensa, destacando-se os pontos, o ombro, a cervical, a mandíbula etc. Para a melhora desses pontos de tensão

pode-se usar o alongamento, o relaxamento, a massoterapia e a contração seguida do relaxamento da musculatura. Essa técnica é orientada e ensinada para que se realize em casa, podendo ser acompanhada pelo parceiro.



Pesquise mais

Leia o artigo abaixo que apresenta a utilização de técnicas fisioterapêuticas nas algias posturais gestacionais, acessando <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26019017013>>. 05 Maio 2018.

As ações da Fisioterapia vêm crescendo na rede de atenção primária e contribuindo para uma redução de atendimentos convencionais, como a melhora da qualidade de vida e da funcionalidade. O objetivo é levar educação e promoção em saúde para a comunidade, além de proteção a agravos e doenças.

Sem medo de errar

No início desta seção vimos que o fisioterapeuta Carlos deixou para Manoel um manual de cuidados e transferência de acamados, além de orientar a ida a uma UBS para participar de grupo de coluna. Assim, Manoel resolveu ir até a UBS se informar sobre esse grupo de coluna, pois vem sentindo um pouco de dor na lombar. Lá foi recebido por Mônica, responsável pelo grupo de coluna; seu Manoel tinha dúvidas sobre como funciona o grupo, quais as atividades propostas, e como o grupo pode reduzir sua dor na coluna.

O Grupo de Coluna funciona com uma metodologia da Escola Postural, que é baseada em avaliação inicial dos indivíduos com dor na coluna e ao longo das semanas será feita uma educação em saúde, informações sobre anatomia, aspectos biológicos, sociais, psicológicos, automassagem, orientações de exercícios na postura (sentada, em pé, deitado), relação dos movimentos da coluna e dos membros inferiores, discussão sobre as AVD's, posturas e movimentos realizados, como realizar de forma ideal, além de entrega de folhetos informativos. Ao final é feita novamente uma reavaliação para reconhecimento da metodologia.

No Grupo de Coluna, com foco nos usuários com dor crônica, é notado uma redução da dor, melhora da qualidade de vida, redução dos atendimentos convencionais e uso da medicação.

Avançando na prática

Grupo Gestante

Descrição da situação-problema

Camila é gestante e veio até a UBS participar do grupo de gestantes; nesse grupo a fisioterapeuta Ana explicou sobre gravidez, Caderneta da Gestante, na qual todas as gestantes têm direito, dos cuidados e riscos. Quando a fisioterapeuta começou a explicar sobre os exercícios de fortalecimento e postura, Camila ficou cheia de dúvidas, como o que pode ou não fazer em relação aos exercícios de fortalecimento e postura. Vamos ajudar Camila a tirar essas dúvidas?

Resolução da situação-problema

Ana respondeu a Camila que ela pode sim realizar os exercícios, desde que não tenha nenhuma contraindicação sinalizada pelo médico, como sangramentos. O ideal é que o programa insira o aquecimento primeiro, depois o alongamento, seguido do fortalecimento generalizado e perineal, finalizando com o relaxamento. Pode ser feito o fortalecimento dos membros superiores para sustentar o bebê, dos membros inferiores para suportar o aumento do peso e mudanças circulatórias próprias da gestação e fortalecer o músculo abdominal para melhor controle respiratório e sustentação do bebê dentro da barriga. Além disso, pode ser feito treino para melhorar a percepção e controle do assoalho pélvico, importantes para o parto e pós-parto. Por fim, Ana completou dizendo que é muito importante poder relaxar, pois a tensão muscular pode gerar dor; dessa forma, deve-se treinar através de exercícios ativos de relaxamento para relaxar os músculos tensos, principalmente os da cintura escapular e o trapézio superior, e com isso desenvolver uma consciência corporal sobre tensão muscular. Esse aprendizado em relaxar poderá ser de grande valia na hora do parto, pois terá menos desconforto e dor menos intensa.

Faça valer a pena

1. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as principais doenças crônicas atendidas pela rede SUS são as doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus, neoplasias e doenças cerebrovasculares, com destaque para o acidente vascular cerebral (AVC). Essas doenças têm alto índice de mortalidade, e por isso estão em destaques nas ações advindas do SUS e atenção primária. As DCNT podem surgir por diversos fatores, com duração prolongada e pode-se desenvolver ao longo da vida. Os fatores de riscos relacionados com as DCNT, segundo o MS, podem ser modificáveis, ou seja, o indivíduo pode inibir ou reduzir a possibilidade de surgimento de doenças.

Assinale a alternativa em que todos os fatores preconizados pelo Organização Mundial da Saúde (OMS) são causadores da DCNT.

- a) Obesidade, tabagismo, alimentação a base de fruta e hortaliças e uso do álcool.
- b) Uso excessivo do álcool, atividade física insuficientes, obesidade e tabagismo.
- c) Tabagismo, uso do álcool, alimentação saudável e atividade física em excesso.
- d) Tabagismo, álcool em excesso, alimentação inadequada e atividade física insatisfatória.
- e) Alimentação inadequada, tabagismo, álcool em excesso e atividade física.

2.

I- A Escola Postural, criada na Suécia pela fisioterapeuta Mariene Zachrisson-Forssel em 1969, visa promover conhecimentos e experiências que ajudem em mudanças nas atitudes, comportamentos e crenças, além de contribuir para melhor convívio com a dor e, assim, gerar capacidade de realizar as AVD's e melhorar a qualidade de vida. Essa estratégia é importante para prevenção de agravos e de tratamento, principalmente para dor lombar crônica.

Porque

II- A metodologia da Escola Postural é baseada em avaliação inicial dos indivíduos com dor na coluna e ao longo das semanas será feita uma educação em saúde, informações sobre anatomia, aspectos biológicos, sociais, psicológicos, automassagem, orientações de exercícios na postura (sentada, em pé, deitado), relação dos movimentos da coluna e dos membros inferiores, discussão sobre as AVD's, posturas e movimentos realizados, como realizar de forma ideal, além de entrega

de folhetos informativos. Ao final é feita novamente uma reavaliação para reconhecimento da metodologia.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta:

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

3. O grupo gestante é realizado com foco na atenção à mulher grávida com ações de promoção da saúde e prevenção, assim como de diagnóstico e tratamento de situações que possam prejudicar a evolução da gestação. O MS criou em 2011 um programa para acompanhamento das futuras gestantes, gestantes e dos bebês. Desse projeto também foi desenvolvido uma Caderneta da Gestante.

Analise as asserções abaixo:

I- O Programa Rede Cegonha preconiza que toda mulher tem o direito ao planejamento reprodutivos e atenção humanizada à gravidez apenas durante parto, bem como os bebês têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esse projeto tem sido implantado em todo país e com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil.

II- A partir Programa Rede Cegonha foi desenvolvido a Caderneta da Gestante, que explica a formação do bebê a cada trimestre, cuidados importantes na gravidez, dicas sobre alimentação, sono, prática de exercícios, exames necessários, acompanhamento pré-natal, parto e pós-parto.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta:

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

Referências

BARTZ, P. T.; BUENO, A. F.; VIEIRA, V. Grupo da Coluna na Atenção Básica. **Cad Edu Saude e Fis.** v. 2, n. 3. 2015.

BRASIL. **Determinantes Sociais de Saúde:** processo saúde doença. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018.

_____. Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas. **Boletim Epidemiológico.** Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/2018-009.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2018.

_____. **Unasus:** sinais e sintomas da tuberculose. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/conheca-mais-sobre-tuberculose-sintomas-e-formas-de-tratamento>>. Acesso em: 2 maio 2018.

_____. **OPAS/OMS colabora com Brasil para livrar país da hanseníase.** Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5474:opas-oms-colabora-com-brasil-para-livrar-pais-da-hanseniose&Itemid=812>. Acesso em: 3 maio 2018.

_____. **Boletins Epidemiológicos.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 1 maio 2018.

_____. Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 05 de 2018. **Boletim Epidemiológico.** Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/04/2018-016.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2018.

_____. Conheça a diferença entre dengue, zika e chikungunya. **Blog da Saúde** – Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/perguntas-e-respostas/50454-conheca-a-diferenca-entre-dengue-zika-e-chi>>. Acesso em: 31 abr. 2018.

_____. **Diretrizes de estimulação precoce:** crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

_____. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 10 de 2018. **Boletim Epidemiológico.** Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/06/2018-012.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2018.

_____. **Vigilância em Saúde.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude>>. Acesso em: 10 maio 2018.

_____. Cadernos de atenção básica – doenças respiratórias crônicas. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd25.pdf>. Acesso em: 5 maio 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

BRASIL. Portal da educação. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao-fisica/grupo-de-fisioterapia-em-gestantes/26937>>. Acesso em: 13 maio 2018.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. 17(1):77-93.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In **Fundação Oswaldo Cruz**. A saúde no Brasil em 2030-prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. pp. 19-38.

FABRIN, É. D.; CRODA, R. da S.; OLIVEIRA, M. M. F. Influência das técnicas de fisioterapia nas algias posturais gestacionais. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. v. 14, n. 2, 2010, 155-162.

FONSECA, A. F. Q. Ambiente e saúde: visão de profissionais da saúde da família. **Ambiente & Sociedade**, v. 15, n. 2. p.133-150. maio/ago. 2012. São Paulo.

GOULART, I. M. B; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Jul/ago. 2002. 35(4): 365-375.

MASTROMAURO, G. C. **Surtos epidêmicos, teoria miasmática e teoria bacteriológica: instrumentos de intervenção nos comportamentos dos habitantes da cidade do século XIX e início do XX**. Jul/2011. Anais... São Paulo.

SOUZA, C. L.; ANDRADE, C. S. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014. 19(10): 4113-4122.

Práticas integrativas e complementares na atenção primária

Convite ao estudo

Nesta unidade abordaremos a temática das práticas integrativas e complementares no âmbito do SUS e rede de atenção primária. Também abordaremos a inserção e atuação dessas práticas na Fisioterapia, tanto as práticas corporais, como Lian Gong, Tai Chi Chuan, Chian Gong, Yoga quanto as relacionadas à plantas medicinais, homeopatia, medicamentos antroposóficos, terapia fotodinâmica, entre outras. Essas práticas, também conhecidas por terapias complementares (TC) ou terapias alternativas, integrativas ou não convencionais, constituem um grupo de terapias e produtos que não fazem parte da medicina ocidental, e constituem várias práticas de atenção à saúde.

Para te ajudar a entender melhor os assuntos abordados e aproximá-lo da realidade da promoção e proteção à saúde frente às práticas integrativas e complementares associados ao SUS e à Fisioterapia, você será apresentado a uma situação muito interessante. Lembre-se bem dela, pois esta será utilizada ao longo de toda a terceira unidade.

Joana, fisioterapeuta que trabalha na atenção primária em uma UBS promovendo saúde através das práticas integrativas e complementares, como homeopatia, fitoterápicos e práticas corporais, tais como Lian Gong, Chian Gong e Tai Chi Chuan, recebeu dona Cláudia, 66 anos, para consulta encaminhada pelo psiquiatra devido à insônia e dores no corpo de forma generalizada, que não estão melhorando mesmo com uso de várias medicações.

Joana, após a realização da anamnese e exame físico em dona Cláudia, indicou duas práticas integrativas e complementares, a homeopatia e a prática corporal Lian Gong. Dona Cláudia ficou pensativa e perguntou a Joana o que seriam essas práticas, que explicou e respondeu a todas as suas dúvidas.

Seção 3.1

Práticas integrativas e complementares na atenção primária

Diálogo aberto

Nesta seção falaremos sobre práticas integrativas e complementares que visam promover saúde, reduzir agravos de doenças e até mesmo evitar surgimento de doenças. Você já ouviu falar dessas práticas? Você sabe quando o SUS reconheceu e regulamentou o uso dessas práticas? Sabe quais práticas a Fisioterapia pode atender?

Diante disso vamos ler a situação a seguir: Joana, fisioterapeuta, explicou à dona Cláudia que o SUS promove o uso das práticas integrativas e complementares, que todos os usuários têm direito e que elas são um conjunto de práticas, produtos e ações de cunho terapêutico que não fazem parte da medicina ocidental e englobam diversas práticas de atenção à saúde, gerando promoção de saúde, redução de agravos de doenças e até mesmo evita o surgimento de doenças. Essas práticas podem compor o uso de plantas, flores, atividades corporais, aromas, banhos terapêuticos, sementes, agulhas, cera de abelha, cores, chás, entre outros. Dona Cláudia, curiosa, perguntou: desde quando o SUS tem essas práticas? Como a Fisioterapia pode atuar nessas práticas?

Vamos ajudar a fisioterapeuta Joana a responder os questionamentos da dona Cláudia?

Não pode faltar

A Organização Mundial de Saúde (OMS) faz uso do termo *medicinas tradicionais/complementares e alternativas* desde a elaboração do documento *Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005* para definir o conjunto de produtos, práticas e ações de fundo terapêutico que não fazem parte da medicina ocidental, mas englobam diversas práticas de atenção à saúde. Essa estratégia tem como foco desenvolver políticas

observando as condições necessárias de eficácia, segurança, uso racional, acesso e qualidade, para incentivar o uso da medicina complementar/medicina tradicional/medicina complementar/alternativa nos sistemas de saúde em conjunto com as técnicas da medicina ocidental modernas. A OMS indicou que os Estados então elaborassem políticas nacionais direcionadas à inserção das práticas alternativas aos sistemas de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS).

Também conhecidas por terapias complementares (TC), ou como terapias alternativas, integrativas ou não convencionais, no Brasil essas práticas são nomeadas práticas integrativas e complementares (PIC) e foram difundidas após a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Nesta PNPIC foram acordadas diretrizes e responsabilidades de cada governo em tomar medidas para implantar e adequar ações e serviços de homeopatia, medicina tradicional chinesa (acupuntura), plantas medicinais e fitoterapia, e de instituir estudos e pesquisas (observatórios em saúde) para a medicina antroposófica e para o termalismo social/crenoterapia no SUS.

De acordo com as diretrizes da PNPIC, foram escolhidos o acesso a medicamentos, a qualificação para os profissionais de saúde, o monitoramento da qualidade, estratégias para inserção, a gestão e a avaliação das PIC, incentivo à participação da comunidade, organização e fortalecimento da atenção à saúde, dentre outros. A PNPIC tem como objetivos principais promover e racionalizar as ações de saúde, garantia de qualidade e eficácia no uso das PIC, prevenção e recuperação da saúde com alvo na atenção básica, ampliação do acesso com qualidade, dentre outros.

A aprovação da PNPIC resultou o surgimento de políticas, projetos e programas em todas as jurisdições governamentais, para a oficialização dessas práticas no SUS. No âmbito federal, nota-se a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, aprovada em 2006 por determinação presidencial, com ações e diretrizes para toda produção de fitoterápicos e plantas medicinais. Vale ressaltar que o atendimento médico em acupuntura e em homeopatia já existiam desde 1999, sendo introduzida no Sistema de Informações Ambulatoriais. Em março de 2017, com a Portaria n. 633, o Sistema de Cadastro Nacional

de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atualizou o serviço das PIC em 134 Práticas Integrativas e Complementares.

Em 2017, após 10 anos de PNPIC, foram incluídas 14 novas práticas; com isso, atualmente têm-se 19 práticas à disposição da população: medicina tradicional chinesa, quiropraxia, meditação, homeopatia, osteopatia, reflexoteria, ayurveda, shantala, yoga, biodança, dança circular, meditação, reiki, shantala, entre outras.



Exemplificando

Em 2018, foram inseridas mais 10 novas práticas:

Apiterapia: utiliza produtos produzidos pelas abelhas nas colmeias, como a apitoxina, geleia real, pólen, própolis, mel e outros.

Aromaterapia: uso de concentrados voláteis extraídos de vegetais, os óleos essenciais promovem bem-estar e saúde.

Bioenergética: visão diagnóstica aliada à compreensão do sofrimento/ adoecimento, adota a psicoterapia corporal e exercícios terapêuticos. Ajuda a liberar as tensões do corpo e facilita a expressão de sentimentos.

Constelação familiar: técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família.

Cromoterapia: utiliza as cores nos tratamentos das doenças com o objetivo de harmonizar o corpo.

Geoterapia: uso da argila com água que pode ser aplicada no corpo. Usado em ferimentos, cicatrização, lesões, doenças osteomusculares.

Hipnoterapia: técnicas de relaxamento e concentração que induzem a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado, permitindo alterar comportamentos indesejados.

Imposição de mãos: imposição das mãos próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia para o paciente. Promove bem-estar, diminuição de estresse e da ansiedade.

Ozonioterapia: mistura dos gases oxigênio e ozônio por diversas vias de administração com finalidade terapêutica, além de promover melhoria de diversas doenças. Usado na odontologia, neurologia e oncologia.

Terapia de Florais: uso de essências florais que modificam certos estados vibratórios. Auxilia no equilíbrio e na harmonização do indivíduo.

Fonte: BRASIL. Práticas Integrativas no SUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>>. Acesso em: 23 maio 2018.

Atualmente as PIC podem compor o uso de plantas, flores, atividades corporais, aromas, banhos terapêuticos, sementes, agulhas, cera de abelha, cores, chás, radiação eletromagnética, entre outras. No Quadro 3.1 temos classificadas algumas PIC regulamentadas pelo SUS:

Quadro 3.1 | Práticas Integrativas e Complementares

Práticas Integrativas e Complementares	Definição	Objetivo
Acupuntura	Prática que usa finas agulhas filiformes metálicas para o estímulo de os pontos localizados nos meridianos do corpo.	Provocar no sistema nervoso central a liberação de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.
Ayurvédica	Ciência da vida; o corpo humano é composto por cinco elementos: éter, ar, fogo, água e terra, que compõem o organismo (estados emocionais e energéticos).	Gerar equilíbrio entre os cinco elementos e, assim, evitar o surgimento de doenças.
Cromoterapia	Prática terapêutica que utiliza as cores do espectro solar: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, anil e violeta.	Gerar equilíbrio entre os cinco elementos e, assim, evitar o surgimento de doenças.

Homeopatia	Abordagem terapêutica de caráter holístico e vitalista que vê a pessoa como um todo, não em partes.	Visa equilibrar o corpo e a mente através de três princípios fundamentais: o uso da ultradiluição de medicamentos, a Lei dos Semelhantes e a experimentação no homem sadio.
Tai Chi Chuan	Prática corporal coletiva que consiste em posturas de equilíbrio corporal e na realização de movimentos lentos e contínuos que trabalham, simultaneamente, os aspectos físico e energético do corpo.	Promover saúde em virtude dos benefícios relacionados ao exercício da meditação, ao relaxamento e ao equilíbrio do corpo e da mente.
Terapia medicamentosa antroposófica	Recurso de base antroposófica em que, de acordo com o diagnóstico individualizado, são prescritos medicamentos antroposóficos ou, em alguns casos, alopáticos	Reparar danos e evitar agravos de doenças
Termalismo	Prática terapêutica que consiste no uso da água com propriedades térmicas, físicas, radioativas, e as vezes submetida a ações hidromecânicas, como agente em tratamentos de saúde.	Busca tratar, manter e promover o equilíbrio corporal.
Fitoterapia	Uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.	Busca, através do uso de plantas medicinais, a promoção, na proteção e na recuperação da saúde.
Osteopatia	Prática terapêutica que adota uma abordagem integral no cuidado em saúde e utiliza várias técnicas manuais, como a da manipulação do sistema musculoesquelético.	Considera que a capacidade de recuperação do corpo pode ser aumentada pela estimulação das articulações.

Quiropraxia

Tratamento manual, como manipulação articular e terapia de tecidos moles. Condução ajustes na coluna vertebral e em outras partes do corpo.

Atuar no diagnóstico, no tratamento e na prevenção das disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético e seus efeitos na função normal do sistema nervoso e na saúde geral, além do alívio da dor.

Fonte: adaptado de: <<https://goo.gl/AMjBLA>>. Acesso em: 21 maio 2018.



Pesquise mais

O Ministério da Saúde, juntamente com o SUS e Governo Federal, lançaram em 2018 um *Glossário Temático Práticas Integrativas e Complementares* com intuito de difundir termos, siglas e definições utilizadas no campo das PIC em Saúde, a fim de padronizar a linguagem institucional por identificação e descrição de diversas terminologias. Esse *Glossário* também pretende divulgar essas informações não apenas para os profissionais da saúde, mas para toda comunidade. Para conhecer melhor esse *Glossário* acesse o link <<https://goo.gl/4UR7aB>>. Acesso em: 21 maio 2018.

Muitas das terapias são práticas já utilizadas que foram descobertas novamente e que precisavam ser vistas como uma opção a mais para desenvolver saúde, proteger agravos de doenças e até mesmo evitar doenças. O reconhecimento das PIC no Brasil se deu inicialmente nos anos 80, com a disseminação pelo SUS e participação da população. A inserção das PIC gerou uma ampla visão do processo saúde doença e a atenção primária vem sendo de suma importância para a integralidade dessas Práticas.

Atualmente o Brasil é referência no assunto, as PIC estão presentes em 9.350 locais em 3.173 municípios, onde 88% estão concentradas na Atenção Básica (AB), sendo atendimentos individuais e coletivos. Das PIC a acupuntura é a mais utilizada, seguida da Medicina Tradicional Chinesa, como Tai Chi Chuan e Lian Gong. Também há um número grande de atendimentos de auriculoterapia, yoga, dança circular/biodança e terapia comunitária, entre outras.

O Brasil é referência na área das PIC e o Ministério da Saúde promoveu o 1º Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Saúde Pública, e o 3º Congresso Internacional de Ayurveda. O evento serviu para debater, trocar experiências sobre as PIC entre gestores e profissionais de saúde e pesquisadores. Foram apresentados mais de 900 pesquisas científicas e descrição de uso no SUS, de regiões do Brasil e fora do país.



Refleta

Diante do cenário atual, em um lado temos os avanços tecnológicos a todo vapor, com novas descobertas na área da genética, medicamentos e diagnósticos avançados com exames de alta resolução para investigação de doença. Por outro lado, o crescente uso e reconhecimento das práticas alternativas (PIC) na maioria das vezes não necessita de tecnologia de ponta, e a prática terapêutica e diagnóstico visam entender o doente. É possível conciliar o entendimento do doente e de sua doença?

As PIC vêm promovendo saúde, prevenindo agravos e doenças; os usuários do SUS relatam melhora da ansiedade, dores, estresse, autoestima, distúrbios do sono, além de evidências científicas mostrarem benefícios do tratamento com PIC. Assim, o SUS vem capacitando os profissionais da saúde da AB, tanto no conhecimento quanto na habilidade dessas Práticas.



Pesquise mais

Para entender melhor sobre promoção de saúde e PIC assista ao vídeo disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WoAg07xz6wY&feature=youtu.be>>. Acesso em: 20 maio 2018.

Algumas das práticas complementares foram regulamentadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) como sendo especialidades de Fisioterapia, como acupuntura em 2000, a osteopatia e quiropraxia em 2001 e os cursos de aperfeiçoamento Reeducação Postural Global (RPG) e

pilates. Em seguida, outras práticas também foram regulamentadas pelo COFFITO, como a autorização do fisioterapeuta a prática da fitoterapia, terapia floral, práticas corporais, manuais e meditativas, hipnose, magnetoterapia, fisioterapia antroposófica, termalismo/ crenoterapia/balneoterapia, pela Resolução nº 380 no dia 3 de novembro de 2010.

Recentemente, o COFFITO normatizou o uso de medicamentos fitoterápicos/fitofármacos, medicamentos homeopáticos, medicamentos antroposóficos, medicamentos ortomoleculares, fotossensibilizadores para terapia fotodinâmica, iontoforese e fonoforese com substâncias de livre prescrição e florais como próprios da fisioterapia, com o Acórdão nº 611, em 1 de abril de 2017.



Assimile

É importante que os profissionais que atuam na AB tenham conhecimento e habilidades diante das PIC, com capacitação ofertada pelo SUS e, assim, possam atender os usuários promovendo saúde, prevenindo agravos e doenças.

Sem medo de errar

No início da seção desta unidade abordamos uma situação na qual a fisioterapeuta Joana, que trabalha na UBS com promoção de saúde através das Práticas Integrativas e Complementares, recebe Dona Cláudia, uma senhora de 66 anos com problemas de insônia e dores no corpo de forma generalizada.

Logo em seguida, com base nesse contexto, descrevemos situação-problema em que Joana explicou à dona Cláudia que o SUS promove o uso das Práticas Integrativas e Complementares, que todos os usuários têm direito e que elas são um conjunto de produtos, práticas e ações terapêuticas que não estão presentes na medicina tradicional e englobam diversas práticas de atenção à saúde, gerando promoção de saúde, redução de agravos de doenças e até mesmo evitando o surgimento de doenças. Essas Práticas podem compor o uso de plantas, flores, atividades corporais, aromas, banhos terapêuticos, sementes, agulhas,

cera de abelha, cores, chás, entre outros. Dona Cláudia curiosa perguntou: Desde quando o SUS tem essas Práticas? Como a Fisioterapia pode atuar nessas Práticas?

Desde 1999 algumas Práticas vêm sendo utilizadas como em consulta médica em homeopatia e em acupuntura, sendo introduzida no Sistema de Informações Ambulatoriais. Porém, só foram difundidas após a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e aprovadas pelo Ministério da Saúde em 2006. Foram incluídas as práticas: homeopatia e antroposofia, medicina tradicional chinesa (acupuntura), plantas medicinais (fitoterapia) e o termalismo social (crenoterapia). Em março de 2017, com a Portaria nº 633, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atualizou o serviço das PIC em 134 Práticas Integrativas e Complementares, e após 10 anos da PNPIC, em 2017, foram inseridas mais 14 Práticas disponíveis atualmente à população: quiropraxia, meditação, osteopatia, reflexoteria, homeopatia, ayurveda, shantala, yoga, biodança, dança circular, meditação, entre outras. Em 2018 foram introduzidas 10 novas práticas.

A Fisioterapia pode atuar promovendo saúde, prevenindo agravos e doenças, indicando e praticando com os usuários do SUS as PIC. Algumas das práticas complementares foram regulamentadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) como sendo especialidades de Fisioterapia a acupuntura em 2000, a osteopatia e quiropraxia em 2001 e os cursos de aperfeiçoamento Reeducação Postural Global (RPG) e pilates. Com a Resolução nº 380 pelo COFFITO no dia 3 de novembro de 2010, que autoriza o fisioterapeuta a prática da fitoterapia, terapia floral, práticas corporais, manuais e meditativas, hipnose, magnetoterapia, fisioterapia antroposófica, termalismo/ crenoterapia/balneoterapia. Recentemente normatizou o uso de medicamentos fitoterápicos/fitofármacos, medicamentos homeopáticos, medicamentos antroposóficos, medicamentos ortomoleculares, fotossensibilizadores para terapia fotodinâmica, iontoforese e fonoforese com substâncias de livre prescrição e florais como próprios da Fisioterapia, com o Acordo nº 611, em 1 de abril de 2017.

Técnica acupuntura

Descrição da situação-problema

André chega à UBS para consulta com a Fernanda, fisioterapeuta acupunturista. André nunca fez essa técnica e quando entrou no consultório aparentou estar inseguro e com medo, pois já ouviu falar que a técnica usa agulhas. Fernanda percebe que André está ansioso e pergunta se ele está bem. André responde que sim, mas diz que está com medo das agulhas, e quer saber como funciona a técnica e o que ela pode fazer para ajudá-lo, já que sente muitas dores na coluna. Se você fosse Fernanda o que responderia?

Resolução da situação-problema

Fernanda respondeu que a técnica não dói, e que na prática usa finas agulhas filiformes metálicas para estimular pontos localizados nos meridianos do corpo, o que ajudará o sistema nervoso central a liberação de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária, ou seja, que a acupuntura vai ajudar no alívio da dor.

Faça valer a pena

1. As terapias complementares (TC), conhecidas como terapias alternativas, integrativas ou não convencionais, constituem um grupo de terapias e produtos que não são considerados parte da medicina tradicional e englobam diversas práticas de atenção à saúde.

Analise as asserções abaixo:

No Brasil, as Práticas são comumente denominadas de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e foram difundidos após a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006.

Porque

II – Após 10 anos de PNPIC, em 2017, foram inseridas 30 PIC disponíveis atualmente à população: medicina tradicional chinesa, quiropraxia,

meditação, osteopatia, reflexoteria, homeopatia, ayurveda, shantala, yoga, biodança, dança circular, meditação, entre outras.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta:

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

2. Muitas das Práticas Integrativas e Complementares são práticas antigas que foram redescobertas e que precisavam ser vistas como uma opção a mais para desenvolver saúde, proteger agravos de doenças e até mesmo evitar doenças. Uma das primeiras práticas a ser utilizada e regulamentada pelo SUS tem como objetivo provocar no sistema nervoso central a liberação de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária.

De qual prática integrativa e complementar o texto se refere:

- a) Homeopatia.
- b) Terapia de Florais.
- c) Cromoterapia.
- d) Aromaterapia.
- e) Acupuntura.

3. A maioria das Práticas Integrativas e Complementares são antigas, que foram redescobertas e que precisavam ser vistas como uma opção a mais para desenvolver saúde, proteger agravos de doenças e até mesmo evitar doenças. O reconhecimento das PIC no Brasil se deu inicialmente nos anos 80, com a disseminação pelo SUS e participação da população. A inserção das PIC gerou uma ampla visão do processo saúde-doença, e a Atenção Primária se tornou de grande valia para a perfeita inserção dessas Práticas.

Analise as asserções abaixo:

A Fisioterapia pode atuar promovendo saúde, prevenindo agravos e doenças indicando e praticando com os usuários do SUS as PIC. A regulamentação das PIC na Fisioterapia se deu com a Resolução nº 380 pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) no dia 3 de novembro de

2010, a qual negou o uso do fisioterapeuta a prática da fitoterapia, terapia floral, práticas corporais, manuais e meditativas, hipnose, magnetoterapia, fisioterapia antroposófica, termalismo/crenoterapia/balneoterapia.

Porque

Recentemente O COFFITO normatizou o uso de medicamentos fitoterápicos/fitofármacos, medicamentos homeopáticos, medicamentos antroposóficos, medicamentos ortomoleculares, fotossensibilizadores para terapia fotodinâmica, iontoforese e fonoforese com substâncias de livre prescrição e florais como próprios da Fisioterapia, com o Acordão nº 611, em 1 de abril de 2017.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

Seção 3.2

Práticas integrativas e complementares: terapias corporais

Diálogo aberto

Olá aluno, nesta seção abordaremos sobre Práticas Integrativas e Complementares nas terapias corporais. Você já ouviu falar em osteopatia, quiropraxia e acupuntura? E das técnicas corporais Yoga, Tai Chi Cuan, Chian Gong, Lian Gong? Você sabe que atualmente a Fisioterapia é regulamentada para atuar utilizando essas técnicas?

Dona Cláudia chega em casa toda empolgada falando sobre as Práticas Integrativas e Complementares para o esposo Carlos. Explica ao esposo que a partir da semana que vem irá praticar a terapia chinesa Lian Gong na UBS. O esposo mal entende o nome da terapia e pergunta a Cláudia o que seria essa terapia e para que ela iria fazer?

Não pode faltar

Você já ouviu falar da Medicina Tradicional Chinesa (MTC)? Acupuntura? Plantas medicinais e fitoterápicos? Práticas Corporais? Então, nesta seção e na próxima falaremos de algumas técnicas da MTC e outras técnicas que são usadas pelo SUS. Das cinco especialidades da MTC falaremos da acupuntura e das práticas corporais nesta seção.

A MTC é um conjunto de práticas da medicina, com origem na China há milhares de anos. A Teoria da Medicina Chinesa acredita que o nosso corpo possui condutos, chamados de meridianos ou canais de energia, em que essa energia circula, chamada de Qi, que segundo a MC é a base das funções fisiológicas e psicológicas do ser humano, e ainda afirma que se houver alteração na circulação normal do nosso corpo, alterando as funções de órgãos internos, pode-se gerar alterações no Qi.

Das MTC a acupuntura é usada a mais de 4 mil anos no Oriente, a mais difundida no Brasil, introduzida há cerca de 40 anos, com a Resolução nº 5/88, em 1988, normatizada para o atendimento do SUS, pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), e em 1999 o Ministério da Saúde (MS) inseriu a prática na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). A acupuntura com denominação chinesa zhen jiu, significa agulha (zhen) e calor (jiu), foi adaptada nos relatos trazidos pelos jesuítas no século XVII como acupuntura, derivada das palavras latinas acus (agulha) e punctio (punção). É prática utilizada pelo SUS e comprovada no campo científico, especialidade da área da saúde, reconhecida a partir da década de 1980, pelos Conselhos Profissionais, enfermeiros, dentistas, médicos, fisioterapeutas, educadores físicos, entre outros. Na Fisioterapia foi regulamentada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) com a Resolução COFFITO-60, 1985.



Refleta

A partir da década de 1980, embora o SUS tenha absorvido profissionais acupunturistas em alguns hospitais e postos de saúde em grandes centros, o processo de ampliação da acupuntura nas demais instituições públicas vem sendo dificultado pela polêmica entre médicos e não médicos, além de uma forte disputa política e jurídica pelo direito de exercer a prática da acupuntura.

A acupuntura se baseia em gerar harmonia da energia que percorrem os meridianos, os quais foram mapeados por zonas neurorreativas, pontos de acupuntura, que podem ser atingidos por agulhas (ver Figura 3.1), gerando estimulação ou inibição, pois depende da necessidade de cada indivíduo para desbloquear ou para liberar a energia. Acredita-se que alterações em órgãos internos acabam se exteriorizando na pele, músculos, tendões, por isso que, ao atingir pontos específicos pode atingir órgãos internos. Cabe ao profissional acupunturista identificar quais pontos serão adequados para inserir a agulha, de acordo com o diagnóstico da falta de equilíbrio do paciente.

Figura 3.1 | Acupuntura



Fonte: iStock.

Diante do SUS, a acupuntura é prática multiprofissional de especialistas da área da saúde da rede, entendendo que essa prática não promove apenas a recuperação da saúde em desequilíbrios psicoemocionais, como a depressão, ansiedade e insônia, mas também promove e protege a saúde física e mental, sendo usada de forma isolada ou em conjunto com as demais práticas terapêuticas.

Após pesquisas e publicações em revistas renomadas sobre a comprovação dos efeitos da acupuntura, foi identificado que os pontos de acupuntura provocam a liberação, no sistema nervoso central, de neurotransmissores e outras substâncias responsáveis pelas respostas de promoção de analgesia, restauração de funções orgânicas e modulação imunitária. No Quadro 3.2 há a relação de alguns dos sistemas do nosso organismo com alterações/disfunções desses sistemas que podem se beneficiar com prática terapêutica da acupuntura.

Quadro 3.2 | Sistemas versus alterações/disfunções

Sistemas	Alterações/disfunções
Neurológico	Sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), paralisias faciais, neuralgia do trigêmeo, enxaqueca, cefaleias em geral, vertigem e zumbidos, formigamentos.
Digestivo	Refluxo gastroesofágico, azia, constipação intestinal, gastrite intestino irritável diarreico, enjoos.

Músculoesquelético	Bursite, tendinite, artrite, dores de coluna (dorsalgia, lombalgia) e de joelho, dor ciática, ombro e cotovelo, torcicolo, fibromialgia, dor da articulação temporomandibular (ATM), traumatismos, lesões por esforços repetitivos (LER/DORT).
Psíquico	Estresse, ansiedade, síndrome do pânico, depressão, insônia.
Respiratório	Sinusite, bronquite, asma, rinite.
Endócrino	Obesidade.
Dermatológico	Urticária, eczemas, psoríase.
Cardiovascular	Hipertensão arterial, palpitações.
Ginecológico	Sintomas de menopausa tensão pré-menstrual (TPM), distúrbios menstruais.
Urológico	Sintomas prostáticos e urinários.
Diversos	Gripe e resfriado, tabagismo, aumento da resistência imunitária em geral, pós-operatório.

Fonte: adaptado de Geniole, Kodjaoglanian e Vieira (2011, p. 59, 60).

Na prática da acupuntura existe uma variedade de formas complementares com intuito de reforçar e ampliar o efeito da acupuntura. Essas formas também usam as agulhas para atingir os meridianos (pontos da acupuntura), mas usam também ventosas, moxas, entre outros, em locais como a orelha (aurículo acupuntura), crânio (crânioacupuntura). No Quadro 3.3 podemos conhecer melhor essas formas complementares.

Quadro 3.3 | Formas complementares da acupuntura

Aurículo-acupuntura	Aplicação de agulhas na região das orelhas; são utilizadas agulhas menores devido à maior sensibilidade da região. Há um mapa de todo nosso organismo na orelha, onde se torna um excelente acesso para tratamento de dores em diversas localizações do corpo (Figura 3.1). Podem ser usadas pequenas esferas ou sementes nos pontos auriculares por alguns dias.
---------------------	---

Craniopuntura	Aplicação das agulhas na região do crânio, pois nesta região do corpo há muitos canais de energia que podem ser acessados pelas agulhas, com ótimos resultados para o paciente.
Eletoacupuntura	Aplicação de pequena corrente elétrica, geralmente nas agulhas.
Moxabustão	Aplicação de calor com a moxa, um bastão geralmente feito de algodão e uma planta medicinal prensada e seca, em geral a <i>Artemisia Vulgaris</i> , o qual é aceso em uma de suas extremidades e aproximado do ponto que se quer tratar, a uma distância que permita aquecer, sem queimar a pele.
Ventosas	Aplicação de campânulas de sucção a vácuo na pele para produzir pressão interna negativa, descongestionando a energia e o sangue.
Laserterapia	Aplicação de radiação luminosa polarizada, que reforça, ou até substitui a aplicação de agulhas, em alguns casos.

Fonte: adaptado Geniole, Kodjaoglanian e Vieira (2011, p. 60, 61).

Em todo caso, é importante que a acupuntura seja realizada por um profissional capacitado e habilitado para tal, e que as agulhas utilizadas sejam esterilizadas e descartáveis.

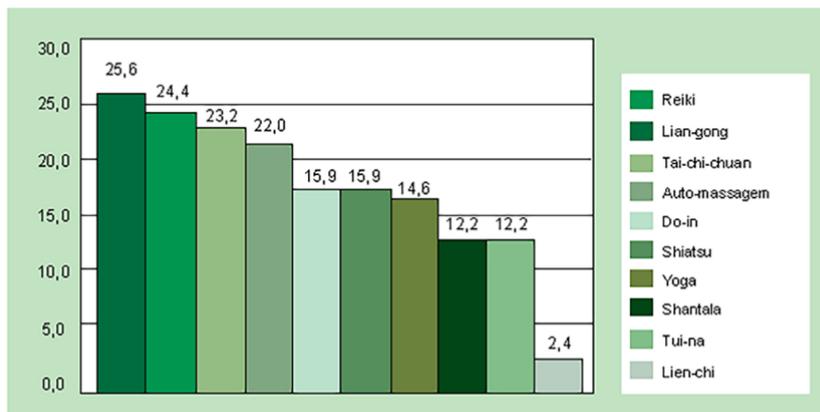


Refleta

A acupuntura é segura? Existe contraindicação?

Além da acupuntura, a MTC traz as práticas corporais, Lian Gong, Chian Gong e Tai Chi Chuan. Inclui-se como prática corporal também a Yoga. Essas práticas são regulamentadas pelo SUS e são realizadas em grupo, em unidades de saúde. Das práticas corporais existentes se destaca o Lian Gong (ver Figura 3.1).

Figura 3.3 | Distribuição das modalidades de Práticas Complementares



Fonte: Ministério da Saúde (2015).

Inserir as práticas corporais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é pensar no indivíduo e na sua subjetividade, nos seus modos de pensar, de viver e de se relacionar com o meio e com os outros, de modo a garantir condições melhores de saúde para que os setores da saúde, público e privado, consigam ter um sistema de saúde mais justo, sempre pensando em práticas que produzam saúde. Essas práticas visam provocar estímulos nos mecanismos naturais para prevenir agravos e promoção da saúde através da criação de uma integração terapêutica e na relação entre o homem com a sociedade e meio ambiente.

A terapia corporal Lian Gong é uma prática terapêutica chinesa que se caracteriza por um grupo de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos, podendo ajudar no tratamento de diferentes patologias do sistema cardiorrespiratório e musculoesquelético, distúrbios do sistema gastrointestinal e, principalmente, estresse da vida moderna, que une os conhecimentos da medicina ocidental às origens da MTC. A prática foi criada em 1974 pelo médico ortopedista chinês Dr. Zhuang Yuan Ming e introduzida no Brasil em 1987, pela professora de filosofia e artes corporais chinesas Maria Lúcia Lee.

Lian (treinar, exercitar) e Gong (trabalho persistente e prolongado que atinge nível elevado de habilidade) possui vários princípios, alguns foram traduzidos para língua portuguesa pela Maria Lúcia

Lee. Abaixo estão listados alguns princípios:

1. Movimentação global, com foco específico (Zhen Duei Xu Yao).
2. Treinar com alegria (Le Guan Duan Lien).
3. Realizar o movimento de forma lenta, homogênea e contínua (Huan Man Lien Guan).
4. Coordenar movimento e respiração (Pei He Hu Xi).
5. Movimento com o corpo ordenado, estruturado e alinhado (Dun Zuo Zen Qie).
6. O movimento deve ser amplo (Fu Du Yao Da).
7. Mobilizar a força interna (Qian Diao Nei Jing).
8. A finalidade principal é obter o Qi (De Qi Wei Yao).
9. Prática com dosagem adequada (Huo Dun Si Lian).
10. Aperfeiçoar a prática gradativamente (Zhu Jian ti Giao).
11. Prevenir doenças e tratar doenças está na persistência e regularidade das práticas.



Pesquise mais

Visualize os manuais com exercícios propostos pela terapia corporal Lian Gong através do site: <<https://goo.gl/EyTrLu>>. Acesso: 1 de jun. 2018.

A terapia corporal chinesa Chian Gong também foi introduzida no Brasil pela professora Maria Lúcia Lee, e vem sendo divulgada e praticada com o objetivo de promover a saúde física, social e mental, gerando uma harmonia corporal. Essa prática conhecida como “treino perfumado” possui dois níveis contendo movimentos facilmente aprendidos. O nível 1 do Chian Gong consiste em 15 movimentos realizados pelos antebraços em várias direções, e pode ser praticado em pé ou sentado. Já o nível 2 consiste em 15 movimentos realizados coordenadamente pelos membros superiores e inferiores, e praticados em pé. De acordo com o método a prática dos exercícios tem início no nível 1, e após aprendizado pode realizar o nível 2.



Pesquise mais

Para conhecer mais sobre a prática Chian Gong assista ao vídeo com os passos da técnica. Nível 1, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=gA9sB8SKxNU>>.

Nível 2 disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=MNKF3VWsrM>>. Acesso em: 1 de jun. 2018.

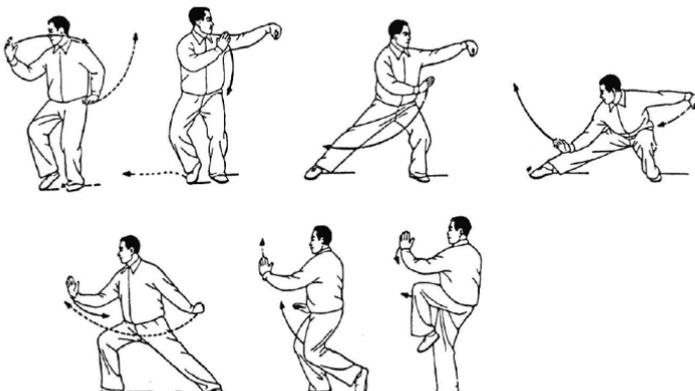
Já a terapia corporal chinesa Tai Chi Chuan significa “arte de combate do Taiji”, ou seja, os seus movimentos têm forma análoga à do Taiji (Tai Chi), e seus princípios fundamentais estão ligados às noções de Taiji, Yin/Yang, Cinco elementos e Oito Trigramas. O termo Taiji, traz uma ideia de eixo em torno do qual se ordenam as transformações. É uma arte marcial praticada para a promoção da saúde e defesa pessoal, é realizado de forma lenta, que permite ao praticante a harmonização com a respiração, ao mesmo tempo que realiza a coordenação da cabeça, mãos e pés. Na Figura 3.4 podemos visualizar alguns dos movimentos realizados pelo Tai Chi Chuan.



Exemplificando

A técnica de Tai Chi Chuan pode ajudar em doenças pulmonares, cardiovasculares, neurológicas, ortopédicas, reumatológicas, entre outras. Também influencia no equilíbrio, coordenação, fortalecimento muscular, além de favorecer o equilíbrio do corpo e da mente.

Figura 3.4 | Tai Chi Chuan



Fonte: Lan (2013).



A prática Tai Chi Chuan traz qualidade de vida aos praticantes da técnica. Assista ao vídeo com explicação da técnica.

Disponível em: <<https://globoplay.globo.com/v/6231220/>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

A prática corporal Yoga tem sua origem em torno de 3 mil a.C., na Índia. A palavra Yoga tem origem da raiz verbal sânscrita yuj que significa "unir, religar ou juntar". O Hatha Yoga, sistema em que a maioria do ocidente se baseia, atua como exercício físico, respiratório e mental, gerando com as suas posturas corporais uma melhora da circulação e drenagem linfática, expandindo a capacidade respiratória e exercitando a parte cognitiva e atenção, por meio de meditação. O Yoga também é definido por um conjunto de práticas que estimula o autocuidado, visando uma alimentação saudável, além da prática da ética e, sobretudo, da não violência.

O Yoga enfatiza o alinhamento corporal diante das posturas, e os exercícios iniciam com relaxamento e consciência corporal para atividade de flexibilidade e fortalecimento.



Sânscrito: língua clássica da Índia antiga.

Com a utilização dos exercícios respiratórios do yoga, pode-se conseguir mais vitalidade e equilíbrio sobre o metabolismo geral do corpo, podendo também ajudar os praticantes na abstenção do uso do tabaco, álcool e drogas que geram consequências físicas e psicológicas ruins. O praticante também pode desenvolver o autoconhecimento e autonomia da sua vida e, assim, melhorar sua saúde em todos os sentidos, reduzindo os fatores de riscos e causas de doenças crônicas, podendo ser útil no tratamento das doenças prévias.



O yoga, enquanto filosofia, estimula o autocuidado, o respeito, a ética e a pacificação. Diante da prática física e mental faz uso de exercícios corporais, mentais, respiratórios e de equilíbrio emocional.

A quiropraxia e a osteopatia foram regulamentadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) como especialidades de Fisioterapia em 3 de agosto de 2011, e somente em 2017 foram inseridas nas Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS.

A quiropraxia foi regulamentada na Fisioterapia pela Resolução nº 399, e baseia-se em técnicas de ajustes biomecânicos, os quais reabilitam os movimentos artrocinemáticos (micromovimentos) normais à coluna vertebral, diminuindo a compressão neural responsável pelos sintomas dolorosos em uma determinada região correspondente ao trajeto do nervo. É muito usada principalmente no tratamento de lombalgias, seja numa fase aguda ou crônica, considerada com maior efeito do que em relação ao tratamento conservador e a fisioterapia convencional.

A osteopatia surgiu recentemente nos Estados Unidos pelo Dr. Andrew Taylor-Still, que apresentou os grandes princípios desta medicina natural. Ela foi regulamentada na Fisioterapia pela Resolução nº 398, uma terapia manual que através de manobras e trações consegue realinhar as articulações dos indivíduos, gerando alívio das dores relacionadas a fatores emocionais, posturais, de mau funcionamento de órgãos e vísceras.

Atualmente a osteopatia é definida por ser uma abordagem diagnóstica e terapêutica das disfunções de mobilidade de tecidos (em geral) e articular (em particular) nos índices de suas contribuições no surgimento da doença. Esse diagnóstico se traduz em palpar bloqueios tissulares (tecidos da pele) e articulares, igualmente chamados de lesões ou disfunções, necessitando utilizar manipulações para melhora das funções.

Cabe ao fisioterapeuta avaliar, solicitar exames complementares, gerar diagnósticos e prognósticos fisioterapêuticos, prescrever tratamento, dar alta fisioterapêutica e emitir laudos ou relatórios diante das duas práticas, osteopatia e quiropraxia. Além disso, atua de

maneira preventiva com ações de promoção à saúde, proteção de agravos e morbidade, assim como reabilitar fisicamente, recuperar e readaptar funcionalmente o paciente, oferecendo a ele plena condição para reinserção ao mercado de trabalho e à sociedade com qualidade de vida.

Sem medo de errar

No início dessa seção foi abordada uma situação na qual dona Cláudia chega em casa toda empolgada falando sobre as Práticas Integrativas e Complementares para o esposo Carlos. Explica a ele que na próxima semana irá praticar a terapia chinesa Lian Gong na UBS. O esposo mal entende o nome da terapia e pergunta à Cláudia o que seria essa terapia e para que ela iria fazer.

A terapia corporal Lian Gong é uma prática terapêutica chinesa que se caracteriza por um grupo de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos podendo ajudar no tratamento de diferentes patologias do sistema cardiorrespiratório e musculoesquelético, distúrbios do sistema gastrointestinal e, principalmente, estresse da vida moderna, unindo os conhecimentos da medicina ocidental às origens da Medicina Tradicional Chinesa.

Avançando na prática

Dor lombar crônica

Descrição da situação-problema

Carol é uma jovem de 35 anos que há alguns anos vem sofrendo de dor lombar. Já realizou fisioterapia convencional, uso de medicações para dor, com melhora por alguns meses, porém a dor sempre retorna. Conversando com sua prima, Renata, relatou que sempre sofre de dor lombar. Renata cursa Fisioterapia e tinha acabado de conhecer várias Práticas Integrativas e Complementares, por isso disse a Carol que ela poderia procurar um fisioterapeuta especialista em terapia manuais, como a osteopatia. A professora de Renata havia comentado da técnica e dito que a osteopatia ajuda muito nos casos de lombalgia. Carol foi logo perguntando sobre a osteopatia.

Se você fosse a prima de Carol, Renata, o que você responderia?

Resolução da situação-problema

A osteopatia é uma terapia manual em que através de manobras e trações consegue realinhar as articulações dos indivíduos, gerando alívio das dores relacionadas a fatores emocionais, posturais, de mau funcionamento de órgãos e vísceras, e que atualmente é definida por ser uma abordagem diagnóstica e terapêutica das disfunções de mobilidade tissulares em geral, e articular, em particular, no quadro de suas participações no aparecimento da doença.

Faça valer a pena

1. A Medicina Tradicional Chinesa constitui algumas práticas corporais, como Lian Gong, Chian Gong e Tai Chi Chuan. Essas práticas são regulamentadas pelo SUS e são realizadas em grupo, em unidades de saúde. Essas práticas buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

Analise as asserções abaixo:

I - A terapia corporal Lian Gong é uma prática terapêutica chinesa que se caracteriza por um grupo de três séries de 18 exercícios terapêuticos e preventivos podendo ajudar no tratamento de diferentes patologias do sistema cardiorrespiratório e musculoesquelético, distúrbios do sistema gastrointestinal.

Porque

II - A terapia corporal chinesa Chian Gong também foi introduzida no Brasil pela professora Maria Lúcia Lee, e vem sendo divulgada e praticada com o objetivo de promover a saúde física, social e mental, gerando uma harmonia corporal. Essa prática conhecida como "treino perfumado" possui apenas 1 nível contendo movimentos facilmente aprendidos, onde 15 movimentos realizados pelos antebraços em várias direções, pode ser praticado em pé ou sentado.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta:

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

2. A terapia corporal chinesa _____ atua como exercício físico, respiratório e mental, gerando com as suas posturas corporais, melhora na circulação e drenagem linfática, expandindo a capacidade respiratória e exercitando a parte cognitiva e atenção, por meio de meditação. Já a terapia corporal chinesa _____ significa "arte de combate do Taiji", ou seja, os seus movimentos têm forma análoga à do Taiji (Tai Chi), e seus princípios fundamentais estão ligados às noções de Taiji, Yin/Yang, Cinco elementos e Oito Trigramas. O termo Taiji, traz uma ideia de eixo em torno do qual se ordenam as transformações. É uma arte marcial praticada para a promoção da saúde e defesa pessoal, realizada de forma lenta, que permite ao praticante a harmonização com a respiração, enquanto coordena os movimentos das mãos, pés e cabeça.

Assinale a alternativa correta que completa as lacunas.

- a) Lian Gong; Tai Chi Chuan.
- b) Yoga; Lian Gong.
- c) Yoga; Acupuntura.
- d) Tai Chi Chuan; Yoga.
- e) Yoga; Tai Chi Chuan.

3. A acupuntura é usada a mais de 4 mil anos no Oriente, a mais difundida no Brasil, introduzida há cerca de 40 anos, com a Resolução nº 5/88, em 1988, normatizada para o atendimento do SUS, pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), e em 1999 o Ministério da Saúde (MS) inseriu a prática na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS).

Analise as asserções abaixo:

I - Diante do SUS, a acupuntura é prática realizada apenas por médicos, entendendo que essa prática não promove só recuperação da saúde em desequilíbrios psicoemocionais, como a depressão, ansiedade e insônia, mas também promove e protege a saúde física e mental, sendo usada de forma isolada ou em conjunto com outras práticas terapêuticas.

Porque

II - A acupuntura se baseia em gerar harmonia da energia que percorrem os meridianos, os quais foram mapeados por zonas neuroreativas, pontos de acupuntura, que podem ser atingidos por agulhas, gerando estimulação ou inibição, pois depende da necessidade de cada indivíduo, para desbloquear ou para liberar a energia.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta:

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

Seção 3.3

Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia

Diálogo aberto

Caro aluno, você já tem o conhecimento sobre a inserção no SUS e na Fisioterapia das Práticas Integrativas e Complementares, e também já pôde compreender sobre as práticas corporais. Nesta seção entenderá as práticas integrativas e complementares diante das plantas medicinais e fototerapia. Você já ouviu falar em plantas medicinais? Ou já se deparou com alguém comentando que a homeopatia não funciona? Pois é, essa realidade vem mudando devido a inserção e reconhecimento no SUS dessas práticas e também pela regulamentação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) diante do uso na Fisioterapia.

Dona Cláudia volta à UBS para retorno com a fisioterapeuta Joana, leva o frasco com o medicamento homeopático que ficou pronto. Joana pergunta se ela está se sentindo melhor com a prática corporal Lian Gong, e dona Cláudia relata que está bem melhor, as dores estão diminuindo e também percebeu uma melhora da ansiedade. Joana ficou muito feliz com a notícia e explicou que ela deveria continuar com o tratamento médico associado à terapia corporal. Explicou a ela como deveria tomar o medicamento homeopático. Cláudia questionou o que seria o medicamento e de que forma poderia ajudá-la?

Não pode faltar

As práticas integrativas e complementares no âmbito das plantas medicinais e fototerapia vem crescendo como uma forma de tratar e promover saúde no SUS. Essas práticas vêm sendo reconhecida pelos profissionais da saúde como mais um norte a se seguir para tratar para a população com problemas físicos e psicossocial. A homeopatia juntamente com a acupuntura é uma das mais antigas

das práticas a serem usadas no SUS, desde 1999 já se tem a prática do uso e inserção no Sistema de Informações Ambulatoriais.

A homeopatia é considerada a prática médica que mais se aproxima da medicina ocidental, usada há mais de 200 anos, idealizada e esquematizada pelo médico Samuel Hahnemann, em 1796. Essa prática é baseada pela lei dos semelhantes de Hipócrates, que determina que semelhantes são curados por semelhantes, isso significa que, ao tratar um indivíduo que se encontra doente, é essencial aplicar um medicamento que estimule – quando testado no homem sadio e sensível – os sintomas iguais aos que o doente apresenta. Ela foi oficializada no Brasil em 1918, pelo Decreto da República, com autorização de emissão de diplomas médicos e farmacêuticos homeopatas pelo Instituto Hahemanniano do Brasil.



Exemplificando

Outros acontecimentos importantes da homeopatia são:

- A criação de um Departamento de Farmacologia e Terapêutica Homeopáticas com aprovação do Conselho Deliberativo da Associação Médica Brasileira, em 1979.
- Conselho Federal de Medicina, em 1980, reconhece a Homeopatia como especialidade, pela resolução nº 1000/80.
- A homeopatia foi institucionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).
- Na Fisioterapia a homeopatia foi normatizada com o Acórdão nº 611, em 1 de abril de 2017, determinando o uso das substâncias de livre prescrição como próprias da Fisioterapia. Obs.: Os medicamentos antroposóficos também forma normatizados nesse Acórdão.

A prática da homeopatia, faz uso de medicamentos com ação primária semelhante aos sintomas e sinais das doenças, com o intuito de estimular uma resposta secundária do organismo contra

determinadas manifestações, ou seja, contra as próprias doenças, o que difere da medicina convencional que usa medicamento com ação primária contrária (anti-inflamatório, antibiótico, por exemplo) aos sinais e sintomas da doença para inibir as manifestações. O modelo da homeopatia está centrado em quatro frentes:

1. Similaridade terapêutica (cura pela semelhança).
2. Medicamentos ultradiluídos (medicamento dinamizados: diluição seguido de agitação).
3. Prescrição de medicamentos de forma individual.
4. Ensaios clínicos de medicamentos em indivíduos saudáveis.

A preparação dos medicamentos homeopáticos se inicia por meio de insumos ativos, substâncias extraídas da natureza, advindos dos reinos animal, mineral ou vegetal. É necessário que se tenha um conhecimento prévio da potencialidade de promover a cura por meio das substâncias advindas da natureza para o seu uso como medicamento homeopático, pela experimentação antecipada no indivíduo sadio.



Vocabulário

Insumo ativo: substância de origem vegetal, mineral ou vegetal. Droga, fármaco, tintura-mãe, forma farmacêutica derivada, que exerce atividade farmacológica, ou outro efeito direto, na prevenção ou no tratamento de desequilíbrios e doenças.

Nota: as práticas integrativas, como homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, ayurveda fazem uso dos insumos ativos em suas terapêuticas.

Essas substâncias podem ser tóxicas ou não, o que importa é que possam oferecer a melhor similaridade aos sintomas da doença em questão, quando experimentadas. A forma de apresentação dos medicamentos homeopáticos pode ser líquida, em gota (Figura 3.4), ou dose única, e sólida, como tabletes, comprimidos, glóbulos.

Figura 3.4 | Homeopatia



Fonte: Ministério da Saúde (2018).



Assimile

A homeopatia tem um caráter holístico baseado no princípio vitalista e na lei dos semelhantes, com isso o processo de fabricação dos medicamentos se dá pela diluição, seguido de agitação, a esse método se nomeia de dinamização, do grego *dynamis*, que significa força. Através desse método, consegue-se estimular na substância a eficácia de agir sobre a força vital do ser vivo.

O Hahnemann iniciou a experimentação dos medicamentos homeopáticos e, então, percebeu que algumas substâncias não poderiam ser usadas em grandes quantidades, com esse achado ele começou a diluir as substâncias sempre na escala de 1 para 100, criando um método reproduzível. A cada diluição denominou de Centesimal. Posteriormente, para diferenciar de outras escalas, chamou de Centesimal Hahnemanniana (CH). Com o passar do tempo, Hahnemann percebeu que mesmo com a diluição as substâncias apresentavam um aumento da intensidade dos sintomas quando prescritas para os pacientes. Assim, começou a diluir mais e mais, seguido de agitações, gerando, desta forma, melhores resultados.



Refleta

Por que é dito que o medicamento homeopático é só água, e que não tem nada em sua fórmula? Será que isso se deve a tantas diluições realizadas? Pois, ao se diluir várias vezes a substância original não se acaba?

O medicamento homeopático tem efeito energético, e não bioquímico, a substância ao ser diluída e agitada libera na água uma informação que, é transferida ao indivíduo quando ingerida. Essa informação promove a estimulação dos mecanismos naturais de cura do indivíduo, transformando a doença em saúde, pelas suas condições intrínsecas individuais.

A resposta, ou seja, o sucesso do tratamento homeopático depende muito da experiência do médico homeopata, na proporção em que os sintomas a serem considerados para a prescrição dependem de um exame minucioso, da qualidade do medicamento homeopático, e também da contribuição do paciente. Com isso, provendo os sintomas de forma clara e fidedigna, se ao mesmo tempo faz uso ou não de outros produtos, condição genética do paciente, além da resposta do indivíduo, ou seja, se o indivíduo se encontra energeticamente responsivo a ação do medicamento ela será notada rapidamente. O que precisa estar claro para a população é que a homeopatia não cura todas as doenças, como todo método de tratamento tem seus limites e campo de atuação.



Pesquise mais

Para conhecer mais sobre o que Homeopatia, princípios, o seu uso e a diferença entre os medicamentos alopáticos e os homeopáticos assista a entrevista com o médico homeopata.

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=s56R6ri4bkg>>. Acesso em: 8 jun. 2018.

O uso da natureza para fins terapêuticos é muito antigo, tanto quanto a civilização humana, e por muitos anos produtos minerais, animais e plantas foram essenciais para a área da saúde. A planta medicinal é a espécie vegetal, cultivada ou não, com fins terapêuticos, já a fitoterapia é a terapêutica que utiliza os medicamentos cujos constituintes ativos são plantas ou derivados vegetais, e que tem o seu surgimento na experiência e no uso popular. As plantas utilizadas para esse fim são comumente denominadas medicinais.

A fitoterapia é uma PIC baseada em plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, como planta medicinal in natura,

fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado e planta medicinal seca (droga vegetal) para chá, por exemplo. Para que o medicamento seja considerado fitoterápico não pode ter em sua fórmula substâncias ativas isoladas mesmo que de origem vegetal. As plantas medicinais são fundamentais como fitoterápicos e para o surgimento de novos fármacos, com contribuição maior de medicamentos advindo do reino vegetal.



Exemplificando

Os produtos de origem natural auxiliaram no índice de desenvolvimento da terapêutica moderna, muitos medicamentos foram desenvolvidos a partir de extratos vegetais, como a atropina, morfina, os curares, a quinina, dentre outros. Dos medicamentos que existem atualmente, acredita-se que aproximadamente 40% foram criados de forma direta ou indireta com origem de fontes naturais, sendo 25% de plantas.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), criada em 2006, possui como eixos de prioridade: o acesso a plantas medicinais e fitoterápicos, o uso criterioso e seguro dos produtos, o incentivo à indústria nacional, o reconhecimento do uso tradicional e o desenvolvimento da cadeia produtiva. Recentemente o Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) realizou uma ampla revisão dos fitomedicamentos diante do seu arcabouço regulatório, que modernizou, de maneira crucial a questão regulatória dos fitoterápicos. Na Fisioterapia, o COFFITO normatizou o uso dos fitoterápicos/fitofármacos com o Acordo nº 611, em 1 de abril de 2017.

O conhecimento da fitoterapia vem ganhando grande interesse popular e institucional, gerando fortalecimento dessa prática no SUS. Usar a fitoterapia promove o aumento dos recursos terapêuticos, a preservação da biodiversidade, a promoção da agroecologia, o resgate de conhecimentos populares, o desenvolvimento social e a educação ambiental, popular e permanente. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em média, 65-80% da população mundial não possui acesso ao acompanhamento primário de saúde, e procurar a medicina tradicional, especialmente as plantas medicinais, à procura da melhora dos sintomas para muitas doenças. A OMS reconhece os

efeitos das plantas medicinais e estimula seu uso, mas recomenda cuidados com distribuição de manuais para orientação de estudos científicos que comprovem sua segurança e eficácia clínica.



Refleta

Todo medicamento a base de plantas medicinais pode ser usado livremente? Você já usou medicamento fitoterápico sem indicação de um profissional?

O profissional que decide prescrever a fitoterapia, necessita ter como objetivo enxergar a vida, ideias e o adoecimento da pessoa assistida ou de toda família, ou seja, deve-se olhar para além da doença em si, necessita de uma ótima comunicação entre o profissional e o doente. Primeiramente, começa-se pela escolha terapêutica de um conjunto de substâncias (fitocomplexo) que se encontram no extrato de uma planta, em detrimento de um fármaco. É preciso ter em mente um outro aspecto importante da fitoterapia que se trata da toxicidade, pois os fitoterápicos não estão isentos de toxicidade, como qualquer outro medicamento, e há evidências bibliográficas de interações medicamentosas, reações adversas e precauções necessárias.



Assimile

Deve-se ter cuidado ao prescrever um medicamento fitoterápico evitando práticas inadequadas que possam induzir ao uso irracional e crenças em propagandas divulgadas na mídia. Para que isso não aconteça, os profissionais devem ter uma ótima comunicação com o paciente, além de serem capacitados para reconhecer as plantas medicinais mais utilizadas entre os pacientes. Com isso, o cotidiano de trabalho das equipes de saúde pode ter uma educação continuada e permanente dos profissionais.

Para facilitar e guiar a prescrição do medicamento fitoterápico foi feita uma classificação dos mesmos que estariam disponíveis para uma prescrição em categorias terapêuticas, ver Quadro 3.4.

Quadro 3.4 | Categorias terapêuticas para fitoterápicos

Categoria 1	Indicações para as quais os fitoterápicos são a opção terapêutica de primeira escolha e, para as quais, como alternativa, não existiriam medicamentos sintéticos. Ex: hepatites tóxicas, hiperplasia benigna de próstata, entre outros.
Categoria 2	Indicações para as quais os medicamentos sintéticos podem ser substituídos por fitoterápicos. Ex: estados leves de ansiedade e/ou depressão reativa, dispepsia não ulcerosa neoplásica, infecções urinárias inespecíficas, entre outros.
Categoria 3	Indicações nas quais os fitoterápicos podem ser usados como coadjuvantes para uma terapia básica. Ex: outras doenças hepáticas e das vias respiratórias, entre outras.
Categoria 4	Indicações nas quais o uso dos fitoterápicos não é adequado, caracterizando até mesmo erro médico, pela possibilidade de retardar ou impedir uma terapia racional com medicamentos sintéticos, mais adequados. Ex: tratamento primário do câncer.

Fonte: adaptado de Fintelmann e Weiss (2010).



Pesquise mais

Para ampliar o seu conhecimento sobre plantas medicinais você pode ler o artigo *A utilização das plantas medicinais como recurso Fisioterapêutico na Atenção Básica*.

Disponível em: <<https://goo.gl/4J5wCt>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

A medicina antroposófica foi introduzida no Brasil há quase 60 anos. Essa prática busca atendimento de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos terapêuticos que acompanham a abordagem clínica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na fitoterapia, na homeopatia, e em outros medicamentos específicos da medicina antroposófica. Os medicamentos antroposóficos que estão regulamentados pela Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) nº 26, de 30 de março de 2007, buscam compreender e tratar o ser humano em sua integralidade, considerando seu histórico e sua relação com a natureza. A medicina antroposófica envolve o uso de medicamentos produzidos através de medicamentos homeopáticos, com substâncias da natureza (plantas, minerais e até de alguns animais, como a abelha), de processos específicos da farmácia ampliada pela

Antroposofia, como é o caso dos medicamentos à base de metais, e de fitoterápicos. Isso não impede que seja necessário o uso de medicamentos convencionais (alopáticos). Além de medicamentos, a medicina antroposófica usa diferentes recursos terapêuticos, como banhos terapêuticos, massagem rítmica, terapia artística, entre outros.

O profissional de saúde deverá avaliar um indivíduo clinicamente, mas também investigar seu desenvolvimento emocional, sua história de vida, sua vitalidade. Com a própria terapêutica é possível identificar e transformar a origem dos desequilíbrios.



Assimile

A medicina antroposófica tem uma abordagem diferenciada, que visa compreender saúde *versus* doença *versus* processo de vida, e também busca resposta para explicar para que uma dor surge, ao invés de entender sobre o que a causa.

Para finalizar a seção temos a Terapia Fotodinâmica (TFD), a qual se caracteriza pelo uso tópico ou sistêmico de um corante fotossensibilizador seguido da emissão em baixas doses de luz visível de comprimento de onda adequado, como o laser. Há algumas vantagens do uso dessa terapia, como poder ser usada em outras terapias, repetir a dosagem sem ter resistência ao fármaco, ter dupla seletividade: fotossensibilizador pode ser orientado para as células ou tecido doente, além disso a luz pode ser direcionada com foco preciso no local da lesão.

A TFD teve origem no início do século XX, com Oscar Raab e Herman von Tappeiner, seu professor, quando observaram os efeitos decorrentes de fotossensibilização em paramécio. Foi observado a morte instantânea de um protozoário após exposição à luz na presença do corante acridina. Com a luz, modifica-se a ação do corante para fornecer a identificação de um fotossensibilizante. Depois disso, os estudos foram ampliando e descobriu-se com outros experimentos a fundamental presença do oxigênio para a reação, gerando o termo TFD.

A TFD pode ser usada com fotossensibilizantes tópicos ou sistêmicos. A TFD poderia ser identificada como uma forma

diferenciada de fotoquimioterapia, que faz uso de luz, oxigênio e fotossensibilizante. Entre os fotossensibilizantes empregados, estão o ácido 5- aminolevulínico (ALA) e seu derivado lipofílico, e o metilaminolevulinato (MAL). É muito usado no tratamento de muitos tumores malignos, e na dermatologia é sugerida no tratamento do câncer de pele não melanoma. Atualmente, vem sendo ministrada para dermatoses não neoplásicas, como as alterações relacionadas ao fotoenvelhecimento.

Partindo do princípio que a TFD é a interação de luz de comprimento de onda adequado com um composto não tóxico (fotosensibilizador) e oxigênio – o qual resulta em espécies reativas capazes de gerar a necrose ou inviabilização de células –, podemos afirmar que também promove a destruição de bactérias e fungos ou a inibição de vírus. Podemos pensar nessa terapia no campo da Fisioterapia quando pensamos num tratamento de úlceras de pressão.

Sem medo de errar

No início da sessão foi descrito a história de dona Cláudia, que volta à UBS para um retorno com a fisioterapeuta Joana. Cláudia leva o medicamento que ficou pronto para Joana ver, que explica como deve ser usado o medicamento homeopático. Joana ainda relata que a prática corporal chinesa Liang Gong vem ajudando muito com melhora das dores e da ansiedade. Cláudia questionou o que seria o medicamento homeopático e de que forma poderia ajudá-la.

Os medicamentos homeopáticos são preparados a partir de insumos ativos, substâncias extraídas da natureza, advindos dos reinos animal, mineral ou vegetal. A forma de apresentação dos medicamentos homeopáticos pode ser líquida (em gotas ou dose única), e sólida, como tabletes, comprimidos, glóbulos. A prática homeopática faz o uso de medicamentos com ação primária semelhante aos sinais e sintomas das doenças. Desse modo, contribui para estimular uma reação secundária do organismo contra essas manifestações, ou seja, contra as próprias doenças, o que difere da medicina convencional, que usa medicamento com ação primária contrária (anti-inflamatório, antibiótico, por exemplo) aos sinais e sintomas da doença para inibir as manifestações. O medicamento

homeopático tem efeito energético e não bioquímico, e a substância ao ser diluída e agitada libera na água uma informação que é transferida ao indivíduo quando ingerida. A informação ali contida estimula os mecanismos naturais de cura do indivíduo, levando-o da doença para a saúde, pelas suas condições intrínsecas individuais. A resposta do indivíduo ao uso do medicamento homeopático depende se o indivíduo encontra-se energeticamente responsivo à ação do medicamento. Assim, a resposta será notada rapidamente.

Avançando na prática

Plantas medicinais

Descrição da situação-problema

Lara é uma criança muito ativa, tem cinco anos de idade e possui um processo alérgico respiratório que trata desde os dois anos de idade. A mãe da Lara, Vera, estava no posto de saúde para uma consulta médica, e ouviu duas mulheres conversando sobre tratamento com plantas realizados por uma fisioterapeuta, e que muitas pessoas têm relatado melhoras com este tratamento. Lara, atenta à conversa, entrou em consulta médica e perguntou sobre o que seriam essas plantas medicinais e se poderiam ajudar na alergia de sua filha.

Resolução da situação-problema

O médico respondeu que as plantas medicinais e a fitoterapia fazem parte das práticas integrativas e complementares, que tem comprovações científicas e que o SUS já preconiza esse atendimento para a população. Explicou que a planta medicinal é a espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos. Já a fitoterapia é a terapêutica que utiliza os medicamentos cujos constituintes ativos são plantas ou derivados vegetais, e que tem a sua origem no conhecimento e no uso popular. As plantas utilizadas para esse fim são tradicionalmente denominadas medicinais. Ainda afirmou que a Fitoterapia possui diferentes formas farmacêuticas, como planta medicinal “in natura”, fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado e

planta medicinal seca (droga vegetal) para chá, por exemplo. Para que o medicamento seja considerado como fitoterápico não pode ter em sua composição, substâncias ativas isoladas mesmo que de origem vegetal. Por fim, o médico disse que essa prática pode sim ajudar no caso da alergia de sua filha, mas que será necessário uma avaliação clínica criteriosa e identificar qual o melhor tratamento.

Faça valer a pena

1. A homeopatia é uma Prática Integrativa e Complementar, considerada a que mais se aproxima da medicina ocidental; trata-se de uma prática médica utilizada há mais de 200 anos, idealizada e esquematizada pelo médico Samuel Hahnemann, em 1796. Essa prática é baseada na lei dos semelhantes de Hipócrates, que determina que os semelhantes são curados por semelhantes, ou seja, para tratar um indivíduo que se encontra doente, é necessário aplicar um medicamento que provoque – quando experimentado no homem sadio e sensível – os mesmos sintomas que o doente apresenta.

Analise as asserções abaixo:

I- A homeopatia tem um caráter holístico baseado no princípio vitalista e na lei dos semelhantes. Com isso, o processo de fabricação dos medicamentos se dá pela diluição, seguido de agitação, e a esse método se nomeia de dinamização, do grego *dynamis* que significa força. Através da dinamização, consegue-se despertar na substância a capacidade de agir sobre a força vital do organismo vivo.

Porque

II- Os medicamentos homeopáticos são preparados a partir de insumos ativos, substâncias extraídas da natureza, advindos apenas do reino vegetal, sendo necessário que se tenha um conhecimento prévio da potencialidade de cura das substâncias da natureza para o seu uso como medicamento homeopático, pela experimentação antecipada no indivíduo sadio.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

2. A Prática Integrativa e Complementar (PIC) baseada em plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, como planta medicinal in natura, manipulado e/ou industrializado e planta medicinal seca (droga vegetal) para chá, por exemplo. Esses medicamentos não podem ter em sua composição substâncias ativas isoladas mesmo que de origem vegetal. As plantas medicinais são importantes para base desses medicamentos e no surgimento de novos fármacos, com contribuição maior de medicamentos advindo do reino vegetal.

De qual Prática Integrativa e Complementar o texto acima se refere?

- a) Homeopatia.
- b) Terapia Fotodinâmica.
- c) Antroposófica.
- d) Acupuntura.
- e) Fitoterapia.

3. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em média 65-80% da população mundial não têm acesso ao atendimento primário de saúde e buscam a medicina tradicional, especialmente às plantas medicinais, à procura do alívio dos sintomas para muitas doenças. A OMS reconhece os efeitos das plantas medicinais e estimula seu uso, mas recomenda cuidados com distribuição de manuais para orientação de estudos científicos que comprovem sua segurança e eficácia clínica.

Analise as asserções abaixo:

O profissional que decide prescrever a fitoterapia, necessita ter como objetivo enxergar a vida, ideias e o adoecimento da pessoa assistida ou de toda família, ou seja, deve-se olhar para além da doença em si, necessita de uma ótima comunicação entre o profissional e o doente.

Porque

O profissional, ao escolher a terapêutica de um conjunto de substâncias (fitocomplexo) que se encontram no extrato de um animal, em detrimento de um fármaco, deve ter em mente outro aspecto importante da fitoterapia, que se trata da toxicidade, pois os fitoterápicos não estão isentos de toxicidade, como qualquer outro medicamento, e há evidências bibliográficas de interações medicamentosas, reações adversas e precauções necessárias.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta:

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.

- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

Referências

Antonio GD et al. Fitoterapia na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, 2014;48(3):541-553.

BRASIL. COFFITO: Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3143>> Acesso em 23 de maio de 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Glossário Temático Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2018.

BRASIL. Práticas Integrativas no SUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus>> Acesso em 23 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31). ISBN 978-85-334-1912-4.

GUIMARÃES, D.L. A Utilização das Plantas Medicinais como Recurso Fisioterapêutico na Atenção Básica. Disponível em: <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Autilizacaodasplantasmedicinascomorecursofisioterapeuticonaatenaobasica.pdf>. Acesso em 11 de jun de 2018.

Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Cristiano Costa Argemon Vieira (org). Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS. Campo Grande, MS: Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. ISBN 978-85-7613-340-7.

TEXEIRA. M. Z. Fundamentação científica do princípio de cura homeopático na farmacologia moderna. **Revista de Homeopatia**, 2017;80: 40-88.

Issa MCA, Manela-Azulay M. Terapia fotodinâmica: revisão da literatura e documentação iconográfica. **An Bras Dermatol**. 2010;85(4):501-11.

Fisioterapia e humanização na atenção primária

Convite ao estudo

Nesta unidade aprenderemos sobre fisioterapia e humanização na atenção primária, veremos desde o conceito e práticas de humanização, organização, estrutura, até o processo de trabalho do fisioterapeuta na humanização e a humanização com a inclusão social das pessoas com deficiências, incapacitadas e desassistidas. Você já se deparou com uma situação em que passou por um atendimento com profissional da saúde e ele não o chamou pelo seu nome e mal olhou para você? Parece que falta acolhimento e humanização nesse atendimento, mas humanização não é só isso.

Para te ajudar a entender a humanização, vamos explicar de uma forma mais real esse tema. Você será apresentado a uma situação muito interessante, a qual será utilizada ao longo de toda a unidade. Ao ler, imagine a situação e os personagens, você verá como tudo ficará mais próximo da realidade.

Maria é uma jovem de 20 anos e foi até a Unidade Básica de Saúde (UBS), pois trabalha muito tempo sentada resolveu procurar fisioterapia para saber o que ela poderia fazer para evitar dores e problemas futuros. Ao chegar à UBS, foi até a recepção para preenchimento da ficha cadastral e passou por uma triagem, na qual foram colhidos os sinais vitais e, em seguida, foi encaminhada para fisioterapia. Maria estranhou esse processo de atendimento, pois nunca havia sido recebida assim numa UBS. Enquanto ela esperava pela fisioterapia, observou o ambiente, o comportamento das pessoas que trabalhavam ali, a forma como elas tratavam os usuários era com respeito e cuidado. A fisioterapeuta Renata chamou

Maria para ser atendida, e falou: Bom dia Maria, tudo bem? Vamos entrar! Maria agradeceu, sentou e contou tudo sobre sua vida, em casa e no trabalho. A fisioterapeuta após escutar toda história da Maria, explicou a ela os possíveis problemas em trabalhar muito tempo sentada, como funciona a coluna vertebral diante dessa postura, deu orientações de postura e exercícios para serem realizados durante o trabalho e indicou que fizesse uma prática corporal. Maria agradeceu a explicação e disse que nunca tinha sido bem recebida nem por um profissional da saúde e nem pela recepção da UBS dessa. E perguntou para Renata porque naquela UBS era diferente da que ela já tinha sido atendida em uma outra cidade onde morou? Renata começou a explicar para Maria o processo a qual a UBS passou, a humanização.

Seção 4.1

Humanização: conceito e práticas

Diálogo aberto

Nesta seção falaremos sobre a Humanização, seu conceito, a relação da humanização com o corpo, saúde e doença, o SUS e práticas de saúde.

Você já ouviu falar em humanização? Conhece a importância da humanização diante das práticas de saúde? Então vamos conhecer...

No início da unidade, você se deparou com uma situação de uma jovem de 20 anos que foi até a Unidade Básica de Saúde (UBS), pois estava preocupada com dores futuras na coluna, uma vez que trabalha muito tempo sentada e então, resolveu procurar a fisioterapia para orientações e indicação de um tratamento que minimizasse as possíveis complicações diante de seu estilo de vida. Ao chegar na UBS, notou algo diferente no processo do atendimento, desde a recepção, ambiente, até a consulta com a fisioterapeuta Renata. Descobriu que a UBS era humanizada.

A Fisioterapeuta Renata explicou o que seria Humanização para Maria, disse que o Sistema único de Saúde (SUS) está investindo sobre políticas públicas voltadas para Humanização, trazendo mudanças para o atendimento ao usuário. Explicou também que existe uma Política Nacional de Humanização, também conhecida como HumanizaSUS, que é uma Política envolvida com os processos efetivos de criações e transformações da realidade em saúde. Maria então questionou a Renata: Como funciona essa Política?

Vamos ajudar a Renata a responder esse questionamento e ampliar o seu conhecimento sobre Humanização?

Ótimos estudos!!

Não pode faltar

Uma visão ampla da humanização vai desde a construção de uma política pública de saúde com compromisso social e saúde, como qualidade de vida, até o questionamento das práticas tradicionais e os ambientes de atuação dos profissionais no que se refere aos direitos, deveres e as relações interpessoais. Isso significa que a humanização é uma temática que envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis, relacionada ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas, além de estar associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Entender esse processo é muito importante, principalmente se você é um profissional da área da saúde, que atenderá indivíduos com algum comprometimento funcional ou com eminência para tal, até mesmo se for atender ao nível de atenção primária, promoção de saúde. Isso significa que, independentemente de qual será o atendimento, na atenção primária, secundária e/ou terciária, ele precisa ser humanizado.

Humanizar significa reconhecer as pessoas que precisam dos serviços de saúde e solucionar suas necessidades de saúde, como indivíduos de direito; é entender que cada um possui a sua individualidade, com as suas necessidades específicas, aumentando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia e entender o real significado de saúde e doença.



Refleta

O conceito de saúde vem passando por intensas mudanças nas últimas décadas, principalmente no que tange ao modelo de saúde adotado, o qual passou de um modelo centrado na assistência hospitalar, curativo e reabilitador, sendo hoje capaz de promover saúde assistencial, preventivo, interdisciplinar e humanizado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) desenvolveu em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHA). Depois, em 2003, houve uma proposta para ampliar

a humanização. Sua criação se deve à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido, pensando também que a humanização não deveria ser instalada apenas nos hospitais. Diante disso, foi estabelecida uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, também nomeada de Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou HumanizaSUS.

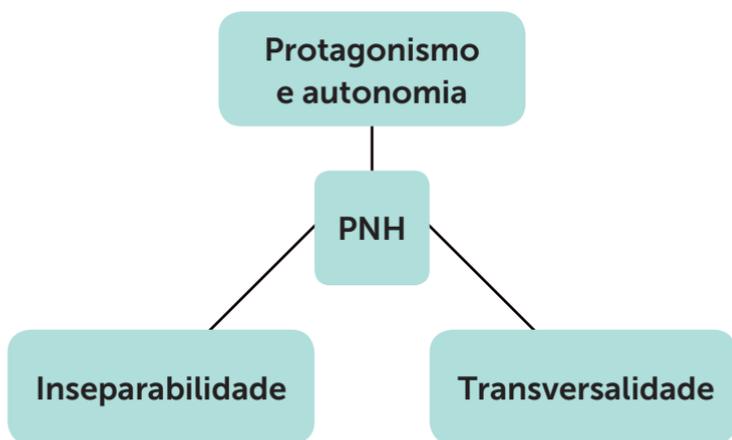


Pesquise mais

Para conhecer mais sobre a Rede HumanizaSUS, acesse o Glossário da Rede. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/glossary/term/117>>. Acesso em: 18 set. 2018.

Assim, a PNH visa inserir-se nas práticas de saúde, incluindo os princípios do SUS, construindo uma política envolvida com os processos efetivos de criações e transformações da realidade em saúde. A PNH está fundamentada em três princípios estruturantes, representadas a seguir:

Figura 4.1 | Princípios estruturais do SUS diante da PNH



Fonte: elaborada pela autora.

A PNH indica a ampliação da comunicação entre usuários e serviços, promovendo mudanças nos campos do poder, das fronteiras do saber e nas relações de trabalho, caracterizando a transversalidade. Isso significa dizer que o profissional deve explicar ao usuário sobre o seu problema, transferir e trocar conhecimentos e entender que o usuário é um aliado único para a melhora da sua própria saúde e que não deve haver barreiras entre o profissional e o usuário. Já a inseparabilidade se faz entre atenção e gestão, identificando que há um vínculo inseparável entre a forma de cuidar, a forma de gerir e apropriar-se do trabalho, ou seja, o profissional deve ter o mesmo tratamento em relação aos usuários e aos colegas de trabalho e a relação destes para com os serviços, não havendo separação entre o modo de atender um paciente e seus familiares ou um colega de trabalho, pois entende-se que o serviço realizado faz parte de um contexto maior, não é apenas uma simples consulta, o tratamento deve ser o mesmo entre o usuário e a gestão local. A PNH ainda afirma que os usuários precisam ter protagonismo e autonomia, trazendo-os como responsáveis na produção de serviços, de si próprios, da sua comunidade e do mundo, com capacidade de desenvolver atitudes de corresponsabilidade em relação à saúde.



Pesquise mais

Pensando que o usuário é o protagonista e também responsável pela sua saúde, foi criado pela Rede HumanizaSUS um aplicativo, com o mesmo nome, cujo objetivo é facilitar o acesso à rede. Neste aplicativo, é possível compartilhar informações, votar em projetos, comentar, ser notificado sobre post, além de poder pesquisar sobre humanização. Acredita-se também que esse aplicativo promova uma experiência colaborativa e aumente a potência coletiva para o enfrentamento dos grandes e complexos desafios da humanização no SUS. Para ter acesso ele, acesse o link disponível em: <<http://redehumanizasus.net/app-rhs/>>. Acesso em: 18 set. 2018.

Para que os princípios estruturantes sejam efetivados, se faz necessário que a porta de entrada do SUS seja a Atenção Básica (AB) e que esta também seja fonte de organização da rede dos serviços.

A humanização vai além dos processos de trabalhos e das pessoas envolvidas na AB. Sendo assim, é crucial a utilização de vários dispositivos na produção de saúde como ouvidorias, acolhimento com classificação de risco, grupos de trabalho de humanização, colegiado, entre outros. Para que seja implantado esses dispositivos, todos envolvidos devem estar comprometidos no processo de produção de saúde.



Exemplificando

Um exemplo de projeto do SUS sobre humanização é o Projeto Acolhe SUS, o qual visa a qualificação das práticas de cuidado a partir das portas de entrada do SUS com base na PNH. O programa foi instituído como estratégia para a criação de laboratórios de experimentação das diretrizes e dispositivos da PNH com objetivo de qualificação do modelo de gestão e atenção dos serviços e melhoria ao acesso do usuário com qualidade e resolutividade. O Projeto Acolhe SUS trata as seguintes diretrizes: ambiência, acolhimento, gestão e organização do cuidado. Na Figura 4.2 podemos ver o símbolo do projeto com todas as diretrizes e a ações envolvidas.

Figura 4.2 | Diretrizes e ações do projeto Acolhe SUS



Fonte: <<http://redehumanizausus.net/projeto-acolhesus/>>. Acesso em: 18 set. 2018.

Humanizar a relação com o paciente exige que o profissional valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar, porém, não se trata de um ato de caridade, mas um encontro entre indivíduos com potencial para construir uma relação saudável. Além disso, a humanização em saúde envolve questionar o processo de formação dos profissionais, que infelizmente ainda se encontra muito centralizado no aprendizado racional, técnico e individualizado.



Refleta

Diante das barreiras relacionadas à política, ética, financeira, a organização do SUS e a formação dos profissionais, faz-se necessário discutir sobre a humanização e questionar o modelo assistencial tecnológico e a qualidade da atenção ao usuário do SUS.

A desumanização, baseada no modelo biomédico, vem ocorrendo no campo da saúde à medida em que os usuários do sistema são reduzidos a objetos da própria técnica, despersonalizados em uma investigação objetiva e fria. O saber técnico define o que é melhor para o usuário, independentemente de sua opinião. O lucro é o ponto final do processo. Contudo, para atuar na área de saúde, não basta ter o conhecimento e a compreensão do ser humano como um corpo físico, entretanto, vai muito mais além, precisa ter o entendimento sobre doença, saúde e sistemas de saúde.

A compreensão do cunho social da saúde e da doença é crucial para que se tenha a humanização entre profissional e usuário.



Assimile

A humanização do atendimento prevê o encontro entre indivíduos que compartilham conhecimento, poder e experiência de vida, implicando mudanças administrativas, políticas e subjetivas. A partir desse encontro entre indivíduos, surge uma relação profissional-paciente, com grande importância no processo da humanização da saúde.

A questão é que, tradicionalmente, o conhecimento sobre saúde e doença na sociedade tem sido do domínio das Ciências Biológicas, como área da patologia, biologia e medicina, pautadas pelo princípio da universalidade, que busca identificar e entender os elementos comuns aos organismos de cada indivíduo e às várias sociedades. Porém, quando se quer dar ênfase na diversidade, essas ciências não conseguem explicar diversos fatores dispostos pelas concepções de doença e saúde, o que seria normal e anormal, nas quais se destacam a diferença e a diversidade. Assim, as Ciências Sociais estudam o corpo, a doença e a saúde, pois se a doença interfere nas condições e nas relações sociais em que o indivíduo vive, então trata-se de um fenômeno social, mas sem descartar os fenômenos biológicos. Espera-se um estudo dentro de um contexto biopsicossocial.

Na prática, a saúde e a doença possuem uma realidade independente de sua definição biomédica, pois são objetos de representações e tratamentos específicos em cada cultura. Independentemente do fenômeno biológico, a doença pode ser encarada como um fenômeno social, pois a doença atinge relações ou condições sociais à medida em que só pode ser pensada como tal dentro de um sistema simbólico que lhe define.

A doença, apesar de ser um acontecimento individual, mobiliza um conjunto de relações sociais, por isso, o profissional da saúde visando a prevenção e o tratamento da doença, deve compreender o indivíduo como um todo, no aspecto físico, social, emocional, espiritual e intelectual, além de conhecer os níveis de assistência à saúde. A humanização veio para intensificar esse conceito abrangente de doença.

No contexto da Humanização, os níveis de assistência à saúde são: Nível Primário, que compõe promoção da saúde e proteção específica, significa âmbito preventivo. O Nível Secundário abrange um diagnóstico precoce, tratamento correto e reabilitação. Por fim, o Nível Terciário é composto pela limitação, incapacidade, envolve também a reabilitação e a inclusão social do indivíduo e pela assistência ao doente no nível mais complexo, podendo ser traduzido por oferecer um melhor conforto nos últimos anos ou dias de vida.



Uma forma de aumentar as práticas de humanização consiste na efetiva participação na gestão dos processos de trabalho, com a inclusão dos indivíduos na tomada de decisões nos serviços de saúde. A PNH indica a gestão compartilhada como uma diretriz a ser adotada com intuito de inserir novos indivíduos e multiplicar os agentes dessa política. Sabe-se que a humanização no SUS ainda precisa de melhorias no sistema de gestão compartilhada. A inclusão dos indivíduos necessita ocorrer no sentido ético-estético-político: ético porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde; estético porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; político porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS, partindo das diferenças e dúvidas que os indivíduos produzem, visando a uma prática em que haja a busca de um bem comum.

Sem medo de errar

No início desta sessão abordamos a história da Maria, uma jovem que trabalha muito tempo sentada e que estava preocupada com possíveis problemas na coluna. Foi recebida pela fisioterapeuta Renata, e ela, após escutar toda história de Maria, explicou as possíveis complicações de trabalhar muito tempo sentada e não realizar atividades físicas. Então, Renata indicou uma prática corporal com o objetivo de promover saúde. Maria não escondeu a surpresa em ser tão bem recebida, desde a recepção até o atendimento com a fisioterapeuta, dessa forma, ela questionou por que lá era tão diferente do atendimento de uma outra UBS que ela já tinha sido atendida. Renata disse que aquela UBS tinha passado pelo processo de humanização, explicou como era o processo e falou ainda que o SUS está investindo em políticas públicas voltadas para humanização, trazendo mudanças para o atendimento ao usuário. Explicou que existe uma Política Nacional de Humanização, também conhecida como HumanizaSUS, uma política envolvida com os processos efetivos de criações e transformações da realidade em saúde. Maria então questionou Renata como essa política funciona.

A Política Nacional de Humanização (PNH) atua por meio de três princípios: transversalidade, inseparabilidade e protagonismo e autonomia. Essa política indica a ampliação da comunicação entre usuários e serviços, promovendo mudanças nos campos do poder, das fronteiras do saber e nas relações de trabalho, caracterizando a transversalidade. Isso diz que o profissional deve explicar ao usuário sobre o seu problema, transferir e trocar conhecimentos e entender que o usuário é um aliado único para melhora da sua própria saúde e que não deve haver barreiras entre o profissional e o usuário. Já a inseparabilidade se faz entre atenção e gestão, identificando que há um vínculo inseparável entre a forma de cuidar e a forma de gerir e apropriar-se do trabalho, ou seja, o profissional deve ter o mesmo tratamento em relação aos usuários e aos colegas de trabalho e para com serviços, não havendo separação entre o modo de atender um paciente e seus familiares ou um colega de trabalho, entendendo que o serviço realizado faz parte de um contexto maior, que não é apenas uma simples consulta, o tratamento deve ser o mesmo entre o usuário e a gestão local. A PNH ainda afirma que os usuários precisam ter protagonismo e autonomia, trazendo os indivíduos como responsáveis na produção de serviços, de si próprios, da sua comunidade e do mundo, com capacidade de desenvolver atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde.

Avançando na prática

Unidade Básica de Saúde

Descrição da situação-problema

Carla é professora de estágio da Atenção Básica (UBS) de uma instituição de ensino superior, e toda mudança de ciclo dos alunos ela explica como funciona o atendimento na UBS e fala sobre humanização. Ela questiona aos alunos se alguém sabe o que seria a humanização em saúde, o que abrange e porque foi criada uma Política Nacional de Humanização.

Se você estivesse no estágio saberia o que responder para a professora Carla?

Resolução da situação-problema

Como ninguém respondeu, a professora explicou que o conceito de humanização significa reconhecer as pessoas que precisam dos serviços de saúde e solucionar suas necessidades de saúde, como indivíduos de direito. É entender que cada um possui a sua individualidade, com suas necessidades específicas, aumentando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia e entender o real significado de saúde e doença. Envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis, relacionada ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas, além de estar associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS, também nomeada de Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou HumanizaSUS, foi criada pelo Ministério da Saúde com uma proposta voltada a ampliar a humanização. Sua criação se deve à necessidade de avanço e qualificação do sistema nacional de saúde, na relação e nos processos de atenção ao usuário, bem como no trabalho de gestores e trabalhadores da área, reconhecendo a singularidade e a capacidade criadora de cada sujeito envolvido, pensando também que a humanização não deveria ser instalada apenas nos hospitais.

Faça valer a pena

1. A humanização vai além dos processos de trabalho e das pessoas envolvidas na Atenção Básica (AB). Sendo assim, é crucial a utilização de vários dispositivos na produção de saúde, como ouvidorias, acolhimento com classificação de risco, grupos de trabalho de humanização, colegiado, entre outros. Para que esses dispositivos sejam implantados, todos envolvidos devem estar comprometidos no processo de produção de saúde. Analise as asserções abaixo:

O SUS criou um projeto sobre humanização, Projeto Acolhe SUS, que visa a qualificação das práticas de cuidado a partir das portas de entrada do SUS com base na Política Nacional de Humanização (PNH).

Porque

O projeto Acolhe SUS foi instituído como estratégia para a criação de laboratórios de experimentação das diretrizes e dispositivos da PNH, com objetivo de qualificação do modelo de gestão e atenção dos serviços

e melhoria ao acesso do usuário com qualidade e resolutividade. Esse Projeto trata apenas das seguintes diretrizes: ambiência e acolhimento.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

2. A Política Nacional de Humanização visa inserir-se nas práticas de saúde, incluindo os princípios do SUS, construindo uma política envolvida com os processos efetivos de criações e transformações da realidade em saúde. A PNH está fundamentada em três princípios estruturantes.

Assinale a alternativa correta que contém os três princípios estruturantes da PNH.

- a) Transversalidade; separabilidade; protagonismo e autonomia.
- b) Primário; secundário; transversalidade.
- c) Primário; secundário; terciário.
- d) Transversalidade; inseparabilidade; protagonismo e autonomia.
- e) Primário; inseparabilidade; protagonismo e autonomia.

3. Uma visão ampla da humanização vai desde a construção de uma política pública de saúde com compromisso social e saúde, como qualidade de vida, até o questionamento das práticas tradicionais e os ambientes de atuação dos profissionais, no que se refere a direitos, deveres e relações interpessoais. A humanização envolve a atitude de indivíduos comprometidos e corresponsáveis, relacionada ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas, além de estar associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Quais indivíduos comprometidos e corresponsáveis o texto se refere?

- a) Usuários e gestores.
- b) Gestores e profissionais de saúde.
- c) Apenas usuários.
- d) Usuários e profissionais de saúde.
- e) Usuários, gestores e profissionais de saúde.

Seção 4.2

Humanização: organização, estruturação e cuidados

Diálogo aberto

Caro aluno, agora que você já conhece o conceito de humanização, a relação da humanização com o corpo, saúde e doença, além da humanização no SUS, é importante compreender as diretrizes do HumanizaSUS em relação à estruturação da humanização: acolhimento, ambiente e relação terapeuta-paciente.

Você já se deparou com uma situação em que você chega para ser atendido em uma clínica cujo ambiente não tem uma estrutura condizendo com o lugar? Onde também não existe acolhimento, tratamento individual ou uma preocupação com o indivíduo como um todo, sendo visto apenas como uma pessoa doente?

No início da unidade, vimos uma situação de uma jovem de 20 anos que foi até a Unidade Básica de Saúde (UBS) porque estava preocupada com dores futuras na coluna, uma vez que trabalha muito tempo sentada e resolveu procurar a fisioterapia para orientações e indicação de um tratamento que minimizasse as possíveis complicações diante de seu estilo de vida. Ao chegar na UBS, notou algo diferente no processo do atendimento, desde a recepção, ambiente, até a consulta com a fisioterapeuta Renata. Descobriu que a UBS era humanizada.

Maria ficou muito interessada nessa questão da humanização. Então, após a consulta com a fisioterapeuta foi para casa e pesquisou no site do Ministério da Saúde sobre o assunto. Quando sua mãe chegou do trabalho, ela contou tudo para ela, como tinha sido o atendimento na UBS e a conversa com a Fisioterapeuta sobre humanização. Disse à mãe que pesquisou na internet sobre o assunto e descobriu que para o local seja caracterizado como um local humanizado, é necessário colocar em prática as diretrizes do HumanizaSUS. A mãe de Maria perguntou: quais seriam essas diretrizes? E como é o processo de humanização diante dessas diretrizes?

Vamos ajudar Maria a entender essas categorias da humanização?

Não pode faltar

O Sistema Único de Saúde (SUS) percebeu a necessidade de mudanças nos setores de saúde diante das filas de esperas que se formam por ordem de chegada, remarcações de consultas e exames, equipamentos insuficientes, falta de atendimento individualizado, visto que o objetivo principal do atendimento é o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades, além da falta de preparação psicológica e de informação dos profissionais e ética de alguns deles. Devemos levar em conta também o lado dos profissionais de saúde, que trabalham muitas vezes com uma sobrecarga de funções e atividades, em condições precárias, baixos salários, tornando um desgaste emocional e físico.

Assim, houve a necessidade de adotar a humanização, não apenas como mais um programa do SUS, mas como uma política que atue de forma transversalmente em toda rede, ou seja, uma política que possua princípios e diretrizes por meio de ações e maneiras de agir em todos os serviços de atendimento, além das práticas de saúde, em formato coletivo. O foco seria melhorar a saúde, bem como produzir sujeitos, para isso, o SUS necessitou retomar o seu conceito de rede, fortalecendo e criando mecanismos voltados para o coletivo e pactuação, orientados pelo direito à saúde, tal como foi a conquista do SUS na constituição brasileira. A partir dessa nova perspectiva, o SUS pôde implantar o sistema de humanização com novas propostas engajadas em saúde, pensando no coletivo, reestruturando os modelos de atenção e de gestão em saúde. Fica claro que a humanização não é o simples ato de atender o usuário, vai muito mais além, se faz também mudanças na organização dos processos de trabalho, as formas de planejar, decidir, avaliar e participar, além da dinâmica de interação da equipe.

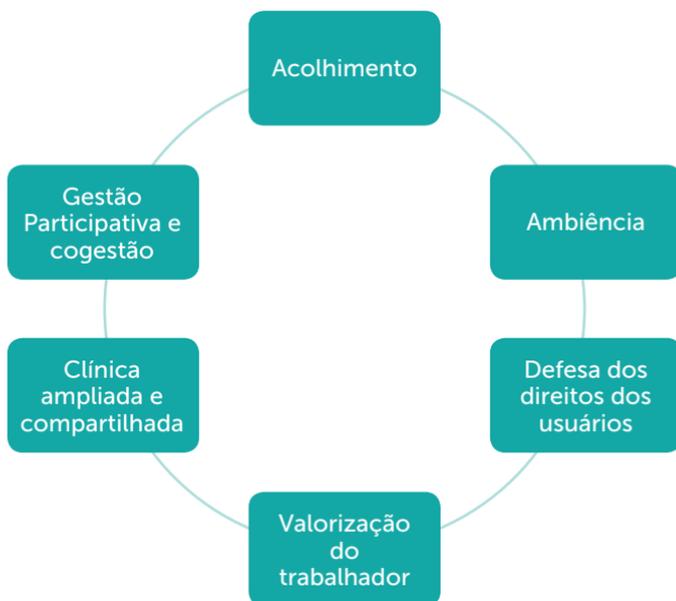


Refleta

Como garantir que mudanças nos processos de produção de saúde atinjam indivíduos, gerando transformação nas próprias práticas de saúde?

Diante da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, foi possível estabelecer as diretrizes e compreender o processo de Humanização em saúde. Veja essas diretrizes na figura a seguir.

Figura 4.3 | Diretrizes do HumanizaSUS



Fonte: adaptada de Brasil (2010).

○ **Acolhimento** não é um mero ato de profissionais escolhidos para receber os usuários em busca de atendimento, mas sim uma atitude, uma postura ética a ser adotada por todos os profissionais.

○ Acolhimento é realizado de forma coletiva com objetivo de gerar e fortalecer as relações de confiança, compromisso e link entre as equipes e os serviços, entre o profissional, as equipes e o usuário com sua rede focada no social e na afetividade. O acolhimento, em suas diversas definições, pode se referir a uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

○ acolhimento torna-se essencial na Atenção Primária à Saúde (APS) quando o usuário chega ao serviço para ser atendido e pode estar em situação de fragilidade, o modo como ele é tratado no

primeiro momento, pode caracterizar o tipo de relação a ser estabelecida com o restante da equipe. Contudo, muitas vezes os profissionais estão condicionados à respostas automáticas, em virtude do grande número de usuários para serem atendidos, gerando atendimento mecanizado que se distancia do que seria um acolhimento preconizado pelo HumanizaSUS.



Assimile

Não podemos limitar o conceito de acolhimento ao fato do problema da recepção, que se refere a um regime de afetabilidade, passivo de alterações, como algo que qualifica uma relação, e, assim, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer momento, não apenas numa condição particular, que é no caso do encontro na recepção. O acolhimento na recepção, na porta de entrada, só ganha valor se o compreendermos como um meio para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

O sentido real do acolhimento diante da humanização deve ser estratégia de interferência nos processos de trabalho e não pode ser visto como um espaço ou um local, mas como uma postura ética e uma oportunidade de compartilhar conhecimentos e dificuldades, não havendo um profissional ou uma hora específica para fazer o acolhimento. Assim, diferenciamos de triagem, pois não se trata como uma etapa do processo, mas como ação que deve acontecer em todos os serviços e momentos do serviço de saúde. O acolhimento é considerado a mais importante diretriz e implica:

- A valorização e o encontro entre usuário, profissional de saúde e sua rede social como elo importante no sistema de produção de saúde.
- Sujeitos como atores envolvidos no sistema de produção de saúde.
- Reestruturação do serviço de saúde a partir dos problemas relacionados aos processos de trabalho, com intuito de gerar a intervenção de toda a equipe multiprofissional responsável pela escuta e pela resolução do problema do usuário.
- Criação de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de saúde responsáveis diretamente pelos projetos

em atenção constante que sejam responsáveis e gestores desses projetos.

- Alterações estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, crescendo os espaços para discussão e decisão para escutar, trocar e decidir de forma coletiva.
- Construção coletiva de propostas com a equipe da comunidade e com a rede de serviços.
- Profissionais voltados a dar respostas às necessidades dos usuários com uma postura de escuta e compromisso, de maneira que inclua sua cultura, seus conhecimentos e sua capacidade de identificar riscos.

O acolhimento é uma forma de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a cuidar de todos os usuários que procuram os serviços de saúde, atendendo seus pedidos e tendo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais apropriadas aos usuários. Isso significa que é necessário prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, dando orientações, quando couber, para a família e para o próprio usuário em relação a outros serviços de saúde, a fim de dar continuidade a assistência e proporcionar comunicação com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Uma postura acolhedora significa estar atento às diferenças culturais, étnicas e raciais.

A **Ambiência** refere-se à espaços saudáveis, confortáveis, acolhedores e resolutivos que respeitam a privacidade, geram mudanças no sistema de trabalho e são ambientes de relações interpessoais, espaço social e profissional. Acredita-se que o ambiente interfira na qualidade dos serviços prestados, promovendo desmotivação dos profissionais, usuários e gestores.

Nos serviços de saúde, a ambiência vai além de um espaço técnico, simples e formalizado, se considera as situações que são construídas neste espaço, situações de vivência de um grupo de pessoas com valores culturais e relações sociais.



Assimile

Os problemas em relação à ambiência interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços de saúde, gerando falta de motivação em profissionais e gestores e desconforto nos

usuários. A ausência de espaço físico apropriado nas unidades de saúde tem levado à falta de privacidade entre os usuários.

A ambiência segue três vertentes:

1. O espaço que gere meios para produzir encontro de indivíduos por meio de ação e reflexão sobre os processos de trabalho.
2. O espaço que promove conforto com foco na privacidade e na individualidade dos envolvidos, valorizando itens do ambiente que interagem com os indivíduos, tais como cheiro, iluminação, som e forma, garantindo conforto aos funcionários e usuários.
3. O espaço utilizado como ferramenta, que facilite o sistema de trabalho, promovendo a otimização de recursos, o atendimento acolhedor, humanizado e resolutivo.

Não podemos esquecer que essas três vertentes são trabalhadas juntas para compor uma ambiência humanizada. O SUS identificou vários problemas em relação a ambiência nos setores de saúde e vem procurando solucionar com o processo de humanização.



Exemplificando

Vários problemas foram identificados nos setores de saúde do SUS em relação a ambiência, como cadeiras desconfortáveis ou quantidade insuficiente para acomodar os usuários, tamanho ou disposição das salas inadequadas, estrutura física do espaço precária, sem manutenção e pouca ventilação.

Na Atenção Básica, os espaços precisam ser criados de uma forma que promova a integração das equipes de saúde que atuam em uma mesma unidade, constituindo áreas multifuncionais e que possam ser compartilhadas pelas equipes, como os ambientes de acolhimento da recepção, ambientes de encontros entre profissionais e entre estes e usuários. Já está bem clara a importância de se criar/reinventar ambientes que caracterizem a coletividade voltados a encontros, reuniões, palestras, seminários, orientações, oficinas e entre outros.

A **Clínica Ampliada e Compartilhada** é um instrumento teórico e prático, cujo objetivo é ajudar para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a individualidade de cada um e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

A Clínica Ampliada se propõe também a ser um instrumento de articulação e inserção dos diferentes enfoques e situações. Ela compreende que em algum momento ou situação única possa haver uma escolha, uma predominância, ou a emergência de um enfoque, mas isso não significa que outros enfoques e existências de outras ações devam ser negados. Por exemplo, se o indivíduo com hipertensão está deprimido ou não, se está sozinho ou desempregado, são fatores que interferem no percurso da doença. O diagnóstico de uma dada doença é importante para que se tenha uma clínica correta, mas é preciso conhecer o que indivíduo apresenta além da doença, o que ele tem de diferente em relação a outro com a mesma enfermidade, incluindo sinais e sintomas que se manifestam de uma determinada forma apenas nesse indivíduo.

No que se refere a Clínica Compartilhada, é urgente a necessidade de se compartilhar com os usuários as condutas em saúde, os diagnósticos, tanto de forma individual como coletivamente. Isso significa que, quanto mais tempo durar um tratamento e houver maior necessidade do usuário de participar e aderir a esse tratamento terapêutico, maior será o desafio de lidar com ele enquanto pessoa, objetivando sua participação e autonomia em seu tratamento.

A proposta da Clínica Ampliada e Compartilhada envolve pontos fundamentais, como:

- Entendimento ampliado do processo saúde-doença: não foca apenas na doença, mas vê uma patologia orgânica associada aos fatores ambientais, sociais, emocionais, econômicos, éticos, entre outros.
- Ampliação do “objeto de trabalho”: as pessoas devem se responsabilizar por pessoas, e não apenas “partes da pessoa”, procedimentos ou diagnósticos. Os profissionais da saúde, por mais que tenham uma especialidade, devem encarar o objeto de trabalho como um indivíduo ou grupo de indivíduos, e não como doença ou epidemia.

- Apoio para os profissionais de saúde: é importante criar meios de suporte aos profissionais de saúde para que eles consigam lidar com as próprias dificuldades, reconhecer os pontos positivos e negativos com os diversos tipos de situação.
- Criação compartilhada dos diagnósticos e tratamentos: relacionada ao compartilhamento tanto no sentido da equipe de profissionais de saúde, dos serviços de saúde e da ação entre os setores, como no sentido dos usuários.
- Mudanças dos meios ou instrumentos de trabalho: são formas e dispositivos de gestão essenciais que funcionem numa comunicação transversal da equipe de saúde e entre as equipes. Ou seja, a competência de lidar com condutas que são realizadas de um jeito automático de forma crítica, a competência de escutar o outro e a si mesmo, de lidar com o reflexo dos problemas sociais e individuais, com família e com comunidade.

Gestão Participativa e cogestão - cogestão expressa tanto a inclusão de novos usuários nos processos de análise e decisão como a ampliação das tarefas da gestão em um pacto de corresponsabilidade. Um modo de administrar que inclui fazer e pensar coletivo, ou seja, democratizar as relações na área de saúde.

A gestão participativa é um meio para criar mudanças nas formas de comandar e nas práticas de saúde, gerando um atendimento com maior eficácia e motivação para as equipes de saúde.

No modelo de gestão da PNH, centrado no trabalho em equipe, numa construção coletiva (ou seja, quem planeja executa) e em ambientes coletivos, é possível garantir que tudo seja compartilhado, como análises, avaliações e decisões de forma coletiva.



Exemplificando

Os gestores, ao desempenharem seus papéis, guiam-se por metas que são divulgadas como propostas para os colegiados. Além disso, os usuários e seus familiares, assim como os profissionais, têm propostas que serão analisadas pelo colegiado e resolvidas de comum acordo. Dessa forma, os colegiados são ambientes coletivos tanto dos gestores e dos trabalhadores da saúde como dos usuários. Ambientes em que há tomada de decisões e discussões em acordo com as diretrizes e contratos estabelecidos.

Valorização do trabalhador deve ser voltada para criar estratégias de reconhecimento e de valorização dos profissionais, tais como gerar melhorias na ambiência, nas condições de trabalho e aumentar os investimentos na qualificação dos trabalhadores. Fica evidente que garantir melhores condições de trabalho inspira respeito e se cria um ambiente de trabalho mais humanizado.

Defesa dos direitos dos usuários está direcionada a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, e o direito à informação dos usuários assistidos sobre sua saúde. Os usuários podem decidir livremente aceitar ou recusar a prestação da assistência à saúde. A defesa dos direitos dos usuários também está relacionada ao direito a ser tratado com respeito e privacidade, além de serem informados sobre seu estado de saúde e as possíveis formas de tratamento.

Humanizar significa saber tratar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços de saúde, a necessidade de ampliar os mecanismos de comunicação e informação, incentivo à otimização dos serviços e acesso a todos os níveis de atenção à saúde, com mecanismos de referência e contra referência. Na AB se faz importante criar projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários, formas de acolhimento, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, incentivo à diminuição do uso de medicamentos, estabelecendo uma ambiência acolhedora.



Pesquise mais

Para que você possa conhecer mais sobre a humanização, princípios e diretrizes da PNH, leia o documento a seguir.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS**. Caderno de Textos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

Quanto maior for a interação entre os usuários, as equipes, os gestores e os serviços e menor for a distância entre o poder e o saber entre eles, maior a possibilidade de desenvolver meios de trabalhar que gerem maiores resultados, melhores indicadores de saúde, soluções mais práticas e prazer em trabalhar por parte do trabalhador e também dos usuários e gestores.

Sem medo de errar

No início da seção vimos a situação de Maria, que foi atendida na UBS pela fisioterapeuta e estranhou a forma como foi atendida desde a recepção até a consulta. A fisioterapeuta explicou sobre a humanização, assim, ela pôde compreender o porquê de o atendimento ter sido tão atencioso. Depois disso, Maria ficou muito interessada na questão da humanização, que, após a consulta com a fisioterapeuta, foi para casa e pesquisou o assunto no site do Ministério da Saúde e explicou tudo a sua mãe. Disse que para o local ser caracterizado como humanizado, é preciso pôr em práticas as diretrizes do HumanizaSUS. A mãe da Maria perguntou: quais seriam essas diretrizes? E como é o processo de humanização diante dessas diretrizes?

As diretrizes são: acolhimento, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, defesa dos direitos dos usuários e valorização do trabalhador.

O acolhimento é realizado de forma coletiva com objetivo de gerar e fortalecer as relações de confiança, compromisso e link entre as equipes e os serviços, entre o profissional, as equipes e o usuário com sua rede focada no social e na afetividade. Em suas diversas definições, pode se referir a uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. A valorização do trabalhador envolve criar estratégias de reconhecimento e de valorização dos profissionais, tais como gerar melhorias na ambiência, nas condições de trabalho e aumentar os investimentos na qualificação dos trabalhadores. Fica evidente que garantir melhores condições de trabalho inspira respeito, criando um ambiente de trabalho mais humanizado. Defesa dos direitos dos usuários está direcionada a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios e o direito à informação dos usuários assistidos sobre sua saúde. Os usuários podem decidir livremente aceitar ou recusar a prestação da assistência à saúde. A Defesa dos direitos dos usuários também está relacionada ao direito a ser tratado com respeito e privacidade, além de ser informado sobre seu estado de saúde e as possíveis formas de tratamento. A ambiência refere-se à espaços saudáveis, confortáveis, acolhedores e resolutivos que respeitem a privacidade, gerem mudanças no sistema de trabalho e sejam ambientes de relações interpessoais,

espaço social e profissional. Acredita-se que o ambiente interfira na qualidade dos serviços prestados, promovendo desmotivação dos profissionais, usuários e gestores. A clínica ampliada e compartilhada é um instrumento teórico e prático cujo objetivo é ajudar para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considera a individualidade dos indivíduos e a complexidade do processo saúde/doença. A clínica ampliada se propõe também a ser um instrumento de articulação e inserção dos diferentes enfoques e situações. Nela também se torna urgente a necessidade de se compartilhar com os usuários das condutas em saúde, dos diagnósticos, tanto de forma individual como coletiva. Isso significa que, quanto mais tempo durar um tratamento e houver maior necessidade do usuário de participar e aderir a esse tratamento terapêutico, maior será o desafio.

Avançando na prática

Atendimento na Unidade Básica de Saúde

Descrição da situação-problema

Dona Carla foi até a Unidade Básica de Saúde para uma consulta, chegando na recepção, a atendente mal olhou para ela e pediu o cartão do SUS e a identidade, depois pediu que esperasse. Dona Carla esperou por 1 hora sentada em uma cadeira desconfortável, passando calor. Ao entrar no consultório, o profissional não pediu que sentasse e nem a examinou. Carla saiu decepcionada.

Essa situação, infelizmente comum, está tratando de dois problemas que a HumanizaSUS tenta impedir diante das suas diretrizes. Se houvesse o programa nessa UBS, qual (is) diretriz (es) resolveria (m) o problema?

Resolução da situação-problema

Para que resolver o problema do atendimento da Dona Carla, é preciso haver a ambiência e o acolhimento. A ambiência ou ambiente, se refere à espaços saudáveis, confortáveis, acolhedores e resolutivos, que respeitam a privacidade, geram mudanças no sistema de trabalho e são ambientes de relações interpessoais, espaço social e profissional. Acredita-se que o ambiente interfira na qualidade dos serviços prestados, promovendo desmotivação dos

profissionais, usuários e gestores. Nos serviços de saúde, a ambiência vai além de um espaço técnico, simples e formalizado, as situações que são construídas neste espaço, situações de vivência de um grupo de pessoas com valores culturais e relações sociais são levadas em conta. Já no acolhimento, os profissionais devem adotar uma postura ética ao receber os usuários. Ele é realizado de forma coletiva, com objetivo de gerar e fortalecer as relações de confiança, compromisso e link entre as equipes e os serviços, entre o profissional, as equipes e o usuário com sua rede focada no social e na afetividade. O acolhimento, em suas diversas definições, pode se referir a uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, o que não aconteceu com o atendimento que Dona Carla recebeu, visto que, ao entrar no consultório, o profissional não pediu que se sentasse e nem a examinou.

Faça valer a pena

1. Não é um mero ato de profissionais escolhidos para receber os usuários em busca de atendimento, mas sim uma atitude, uma postura ética a ser adotada por todos os profissionais.

É realizado de forma coletiva com objetivo de gerar e fortalecer as relações de confiança, compromisso e link entre as equipes e os serviços, entre o profissional, equipes e usuário com sua rede focada no social e na afetividade. Em suas diversas definições, pode se referir a uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Qual diretriz do HumanizaSUS se refere o texto acima?

- a) Clínica ampliada e compartilhada.
- b) Ambiência.
- c) Valorização do trabalhador.
- d) Defesa dos direitos dos usuários.
- e) Acolhimento.

2. Na Atenção Básica, os espaços precisam ser criados de uma forma que promova a integração das equipes de saúde que atuam numa mesma unidade, constituindo áreas multifuncionais e que possam ser compartilhadas pelas equipes, como os ambientes de acolhimento da recepção e ambientes de encontros entre profissionais, entre estes e os usuários.

Analise as asserções abaixo:

A clínica ampliada é um instrumento teórico e prático, cujo objetivo é ajudar para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a individualidade dos indivíduos e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. Se propõe também a ser um instrumento de articulação e inserção dos diferentes enfoques e situações

Porque

Clínica compartilhada está voltada à necessidade de se compartilhar com os usuários das condutas em saúde, dos diagnósticos, apenas de forma individual. Isso significa que, quanto mais tempo durar um tratamento e houver maior necessidade de o usuário participar e aderir a esse tratamento terapêutico, maior será o desafio de lidar ele enquanto pessoa, objetivando sua participação e autonomia em seu tratamento.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta:

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) e) As asserções I e II são proposições falsas.

3. A humanização não é o simples ato de atender o usuário, vai muito mais além, se faz também mudanças na organização dos processos de trabalho, as formas de planejar, decidir, avaliar e participar, além da dinâmica de interação da equipe. Assim, criou-se o Humaniza SUS com as diretrizes: acolhimento, ambiência, defesa dos direitos dos usuários, _____ e _____.

Assinale a alternativa que completa corretamente as sentenças:

- a) Clínica ampliada; valorização do trabalhador.
- b) Clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador.
- c) Valorização do trabalhador; ambiência.
- d) Ambiente; clínica compartilhada.
- e) Criatividade e valorização do trabalhador.

Seção 4.3

Fiioterapia e humanização

Diálogo aberto

Agora que você já conhece a importância da humanização, suas diretrizes e a humanização diante do SUS, se faz importante conhecê-la perante a fisioterapia. No início da unidade abordamos uma situação que você já conhece, a história de Maria, uma jovem de 20 anos que procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta de fisioterapia, pois precisa evitar problemas e dores futuras na coluna. Ao chegar na UBS, se deparou com atendimento diferenciado e acolhedor. Após a consulta com a fisioterapeuta, Maria pôde entender que a UBS era humanizada. A fisioterapeuta avaliou Maria e indicou uma prática corporal para promoção de saúde e prevenção de dores na coluna.

Maria retornou a UBS para iniciar a prática corporal indicada, chegando lá, encontrou Renata com um grupo de alunos explicando como funcionava a UBS, então, ela sentou e aguardou o início da prática. Depois da prática, Maria conversou com Renata dizendo que gostou e que pretende fazer sempre. Ela aproveitou e perguntou para Renata porque ela estava com grupo de alunos. Renata disse que recebe alunos de uma instituição de ensino para mostrar e explicar como funciona a UBS, inclusive explica sobre humanização e fisioterapia. Maria questionou: como funciona a humanização na fisioterapia? Como ocorre a humanização na fisioterapia na atenção primária?

Não pode faltar

Diante de todo contexto da humanização, a fisioterapia também precisou de um novo contexto, para isso, foi necessário olhar para a formação desse profissional. A fisioterapia tradicional que era inspirada no modelo biomédico, precisou ser repensada, pois não olhava o ser humano como um todo, e sim por partes. Os pacientes trazem histórias e experiências diferentes, evidenciando, na maioria das vezes, que os fenômenos biológicos, sociais, ambientais e psicológicos são interligados, ou seja, dependem um do outro. Por

isso as disciplinas passaram ser integradas e o estudo do homem, que antes era realizado de uma maneira linear, passou a ser estudado de maneira a interagir com o meio em que vive. Essa mudança foi importante para que o aluno pudesse compreender o processo de saúde-doença, visando não só o biológico, mas também o social, e trouxe um contexto real do ser humano, bem como a formação de um profissional humanizado.



Pesquise mais

Para que você possa entender melhor o processo de humanização e formação do profissional de fisioterapia, leia o artigo nomeado: *A humanização e a formação do profissional em fisioterapia*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700089>. Acesso em: 20 set. 2018.

Os maiores objetivos da profissão de fisioterapia é manter, preservar, restaurar e desenvolver a integridade de sistemas, órgãos e/ou função, isso tudo só é possível a partir do conhecimento do todo, conhecimento holístico do ser humano, necessitando de uma visão sistêmica, para que se consiga pensar além da ausência da doença. É importante que se forme profissionais que não foquem o conhecimento na doença, pois não produzirá saúde, ou seja, se a conduta fisioterapêutica ficar apenas no campo físico, perderá a sua essência.



Assimile

Mudanças foram necessárias na formação dos profissionais de saúde, adaptando-os à nova realidade de como tratar em saúde, caracterizando, portanto, um processo de transformação complexo, que deve começar durante o curso de graduação e manter-se como um processo contínuo após sua formação e inserção no mercado de trabalho. A formação do fisioterapeuta deve ir além de uma preparação para atuação técnica, com foco direto no ser humano. Deve estar direcionada à atenção integral ao paciente, não só do ponto de vista físico, como também ético, social e humano.

O fisioterapeuta tem como principal instrumento de trabalho as mãos, que, por meio do toque, reabilitam, cuidam, confortam,

promovem saúde e curam. Além dos recursos físicos disponíveis, as mãos que manipulam equipamentos modernos, também tocam e massageiam os pacientes.



Refleta

Resgatar o uso das mãos para o contato direto entre profissional-paciente está ajudando no processo de humanização do atendimento e a valorização do toque, indo de encontro a uma grande valorização das máquinas, prejudicando a assistência humanizada.

O foco na humanização se tornou necessário pensando na qualificação do atendimento terapêutico, na conscientização do profissional da saúde, em especial o fisioterapeuta e na satisfação do profissional e do paciente. É importante promover o reconhecimento do usuário como pessoa, como um ser humano que naquele momento está doente, e não apenas como um indivíduo que está com alguma doença. Para atendimento fisioterapêutico humanizado, é crucial que se tenha um atendimento atencioso, respeitoso e digno, onde deve haver privacidade, individualidade e respeito perante os valores culturais e éticos do paciente.

A humanização na fisioterapia na atenção primária é pensar em ações em conjunto com as equipes da UBS, pois garante maior resolutividade e qualidade nos atendimentos aos pacientes. A interação dos profissionais da saúde com a Fisioterapia ocorre diariamente, além de reuniões para discutir casos clínicos que visam aprimorar e adaptar condutas, atitudes e procedimentos para um melhor atendimento e uma recuperação mais íntegra, seja no campo terapêutico ou no social, colocando assim a prática da humanização nos serviços.

Todo profissional da saúde, incluindo o fisioterapeuta, precisa estar ciente e sensibilizado quanto ao processo de humanização, pois enxergar o ser humano na sua totalidade e individualidade é ter consciência do seu papel profissional diante daqueles que necessitam de atendimento e procuram a fisioterapia, entendendo os seus problemas psíquicos e também sua atitude frente à doença.



O atendimento humanizado promove melhores condições de recuperação para os pacientes, por isso a fisioterapia deve tomar-se como uma prática comum, pois conduzirá vários benefícios aos seus pacientes e ao próprio trabalho.

De acordo com a Organização das Nações Unidas, as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que em 2011, 1 bilhão de pessoas possuíam alguma deficiência. De acordo com dados demográficos de 2010 (apud OLIVEIRA, 2012), no Brasil, o número de pessoas com deficiência se aproximou a 23,9%, com 7% para deficiência física.

Pensando na inclusão social, a sociedade viveu um período compreendido de exclusão e separação social até 1940. Nessa exclusão, os deficientes eram tidos como inúteis, porém, no século XX, essa fase perdeu forças e a união se instaurou, construíram-se unidades para mantê-los, as quais eram consideradas, acima de tudo, assistenciais. Entre as décadas de 50 e 80 houve um movimento de integração contra a separação social, que ajudou as pessoas com deficiência física a mudarem o quadro e conseguirem uma inserção no meio social por meio da adaptação.

Assim, desde a década de 80 a inclusão social tem sido reconhecida mundialmente, fazendo surgir importantes ações políticas e sociais. Antes disso, em muitos países, inclusive no Brasil, a inclusão de pessoas com deficiência se baseava em direitos sociais destacados apenas em documentos legais. Os governos, aos poucos, vêm promovendo discussões, divulgações e defendendo a inclusão em vários ambientes sociais, como direitos de todos, inclusive das pessoas com deficiências, incapacitadas e desassistidas.

A inclusão social pode ser compreendida como a participação dinâmica em muitos grupos de vivência social, e a deficiência, como uma disfunção ou perda de alguma função ou estrutura do corpo, sem esquecer da função psicológica. Diante disso, surge a ideia de que a família e a sociedade devem se adequar às necessidades de todos os indivíduos, quer seja deficiente ou não. O deficiente deve ser encarado como uma pessoa que pode exercer seu papel de cidadão, com liberdade e autonomia, tendo direitos e deveres.

No Brasil, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações para criação de espaços de reabilitação para todo tipo de deficiência, física, mental, auditiva e visual. Esses centros de reabilitação têm como foco desenvolver atividades que visem desenvolver habilidades e capacidades a fim de gerar uma independência e inserção social dos indivíduos com deficiência, além disso, ajuda a desenvolver as aptidões pessoais.

A humanização diante das pessoas com deficiência, desassistidas e incapacitadas se faz não apenas pela criação de centros de atendimento, mas também com um atendimento humanizado, que seja realizado por uma equipe multiprofissional, desde a recepção até o consultório, sem esquecer no espaço físico. Essa equipe deve ter o máximo de profissionais possíveis, tais como recepcionistas, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, entre outros, para que a pessoa com incapacidade possa ter uma assistência individualizada e plena, evitando a falta de comunicação que dificulta o atendimento humanizado. Pessoas com deficiência têm o direito de ter uma avaliação diante dessa equipe e diagnóstico para que sejam assistidos acordo com as suas necessidades, por meio de uma assistência especializada e grupos terapêuticos para uma melhora física, emocional e social, promovendo tanto reabilitação como promoção de saúde para então gerar condições e possibilidades de inclusão no mercado de trabalho, na comunidade, na escola, na creche, numa instituição de ensino superior, e em qualquer outro lugar. Esse atendimento deve ser contínuo para que se possa manter e acompanhar os ganhos da assistência, além de prevenir problemas futuros.



Assimile

Todo e qualquer indivíduo tem direito a assistência perante o SUS, direito à saúde, acesso aos locais e serviços desse sistema, criando oportunidades para melhorar e promover o aperfeiçoamento da qualidade de vida dos indivíduos, sem haver discriminação ou exclusão.

Além da assistência de uma equipe multiprofissional, o MS, juntamente com as secretarias de saúde e educação e o SUS, devem promover ações culturais e de lazer por meio de ações

educacionais, por exemplo com uma abordagem biopsicossocial, para uma maior inclusão social das pessoas com deficiência. Além disso, as ações em saúde para prevenção e promoção de saúde das pessoas com deficiência também devem estar na mira dos governos, visando qualidade de vida, saúde e humanização. As ações em saúde, com foco nos adolescentes e crianças e gestantes devem ocorrer a partir de programas voltados para a inclusão social, acompanhamentos, como acompanhamento materno, pré e pós-natal diante de uma gestação com diagnóstico de doença ou alteração fetal, acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança especial; programas de aconselhamento genético, acesso à exames para diagnósticos de doenças genéticas, além de campanhas, como de vacinação.



Refleta

Para que haja humanização no meio da inclusão social, deve haver ambiente e equipe multiprofissional humanizados, sendo fundamental o compartilhamento de experiências entre profissionais e a pessoa com deficiência, reconhecendo suas dores físicas ou emocionais, por meio da comunicação, verbal ou não, pois a falta de comunicação pode ser a maior barreira para o processo de humanização.

Outro avanço importante para pessoas com deficiência foi a aprovação, em 2001, pela OMS da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (apud, FARIAS e BUCHALLA, 2005). Uma classificação que representa um reconhecimento diante das implicações individuais e sociais diante da deficiência física, considerando a função e estrutura do corpo, atividades e participação, além dos fatores ambientais. Com a CIF, foi possível codificar e qualificar as funcionalidades e incapacidades não apenas baseado nas doenças e/ou sequelas, mas diante do contexto biopsicossocial. A seguir, pode-se visualizar a interação entre os componentes preconizados pela CIF.

Figura 4.4 | Interação entre os componentes da CIF

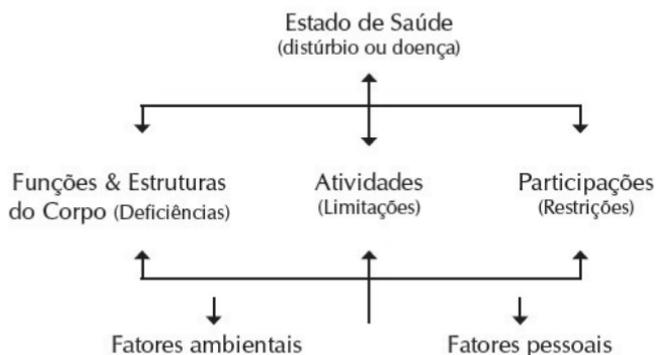


Figura 1 – Modelo integrador da funcionalidade humana segundo a CIF

Fonte: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a21v64n5.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.



Pesquise mais

Para conhecer mais sobre a CIF, leia o artigo: **A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011>. Acesso em: 20 set. 2018.

Pensado em todo processo de humanização diante da rede de atenção primária e fisioterapia, reconhecemos que a saúde na UBS necessita da humanização para que se tenha um pleno atendimento. A fisioterapia é o instrumento fundamental para ganho e desenvolvimento do atendimento à saúde da população, em que se baseia na inclusão social, com foco na comunidade e na sua participação efetiva para conquista da saúde.

Sem medo de errar

Maria é uma jovem que procurou orientações na UBS para evitar dores na coluna e problemas futuros. Ela retornou a UBS para iniciar a prática corporal indicada pela fisioterapeuta Renata. Chegando lá, encontrou Renata com um grupo de alunos explicando como funciona a UBS, então Maria sentou e aguardou o início da prática.

Ela questionou Renata porque ela estava com grupo de alunos, Renata disse que recebe alunos de uma instituição de ensino para mostrar e explicar como funciona a UBS, inclusive que havia explicado sobre humanização e também sobre a humanização e fisioterapia. Maria perguntou: como funciona a humanização na fisioterapia? Ocorre a humanização na fisioterapia na atenção primária? Como?

O foco na humanização se tornou necessário pensando na qualificação do atendimento terapêutico, na conscientização do profissional da saúde, em especial o fisioterapeuta e na satisfação do profissional e do paciente. Isso promove o reconhecimento do usuário como um indivíduo, um ser humano que naquele momento está doente e não apenas como um indivíduo que está com alguma doença. Para atendimento fisioterapêutico humanizado, é crucial que se tenha um atendimento atencioso, respeitoso e digno, no qual deve haver privacidade, individualidade e respeito perante os valores culturais e éticos do paciente.

Outro ponto importante da humanização na fisioterapia é o uso das mãos. O fisioterapeuta tem como principal instrumento de trabalho as mãos, que, através do toque, reabilitam, cuidam, confortam, promovem saúde e curam. Mesmo com os recursos físicos disponíveis, as mãos que manipulam equipamentos modernos, também tocam e massageiam os pacientes. Resgatar o uso das mãos para o contato direto entre profissional-paciente está ajudando no processo de humanização do atendimento e na valorização do toque, indo de encontro a uma grande valorização das máquinas prejudicando uma assistência humanizada.

A humanização na fisioterapia existe na rede de atenção primária, decorre no pensar em ações em conjunto com as equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS), pois garantem maior resolutividade e qualidade nos atendimentos aos pacientes. A interação dos profissionais da saúde com a fisioterapia ocorre diariamente, além de reuniões para discutir casos clínicos, visando melhorar e adaptar condutas, atitudes e procedimentos para um melhor atendimento e uma recuperação mais íntegra, seja no campo terapêutico, seja no social, colocando assim a prática da humanização nos serviços.

Todo profissional da saúde, incluindo o fisioterapeuta, precisa estar ciente e sensibilizado quanto ao processo de humanização,

pois enxergar o ser humano na sua totalidade e individualidade é ter consciência do seu papel profissional diante daqueles que necessitam de atendimento e procuram a fisioterapia, entendendo os seus problemas psíquicos e também sua atitude frente à doença.

Avançando na prática

Humanização e fisioterapia

Descrição da situação-problema

Fernanda, fisioterapeuta da UBS, uma vez por mês realiza palestras nas UBS de sua cidade falando sobre a ação da fisioterapia e humanização na rede de atenção primária. Ela afirma que para haver humanização numa UBS, é preciso ter uma interação dos profissionais da saúde com a fisioterapia, a qual deve ocorrer todos os dias. Ela também explica em suas palestras que os profissionais devem sempre discutir os casos dos pacientes, objetivando melhora e adaptação do tratamento, mudanças de atitudes e condutas para um atendimento e uma recuperação de forma mais integrada, pensando tanto na terapêutica como no social. Se você fosse a fisioterapeuta da UBS, como Fernanda, como você explicaria a visão da doença diante de processo de humanização?

Resolução da situação-problema

Como fisioterapeuta da UBS humanizada, ele não deve focar apenas na doença, ver o paciente apenas no âmbito físico, mas sim ter conhecimento do ser humano como um, necessitando de uma visão ampla, que inclui fatores éticos, sociais, emocionais, étnicos, entre outros. Ter essa visão ampla é importante, pois os pacientes costumam ter histórias e experiências diferentes uns dos outros, caracterizando, muitas vezes, que os processos sociais, biológicos, psicológicos e ambientais são entrelaçados, ou seja, dependem um do outro.

Faça valer a pena

1. Mudanças foram necessárias na formação dos profissionais de saúde, adaptando-os à nova realidade de como tratar em saúde, caracterizando, portanto, em um processo de transformação complexo, que deve começar durante o curso de graduação e manter-se como um processo contínuo após sua formação e inserção no mercado de trabalho. A formação do

fisioterapeuta deve ir além de uma preparação para atuação técnica, com foco direto no ser humano. Deve estar direcionada à atenção integral ao paciente, não só do ponto de vista físico, como também ético, social e humano.

Marque a alternativa correta com o nome do processo criado pelo SUS e pelo Ministério da Saúde que fez com que houvesse mudanças no atendimento do SUS na forma de tratar o ser humano e na formação do fisioterapeuta.

- a) Graduação.
- b) Práticas integrativas e complementares.
- c) Prática corporal chinesa.
- d) Humanização.
- e) Fisioterapia.

2. O alvo da humanização se tornou crucial pensando na qualificação do atendimento terapêutico, na conscientização do profissional da saúde, em especial do fisioterapeuta, e na satisfação do profissional e do paciente. É preciso promover o reconhecimento do usuário como um indivíduo, um ser humano que naquele momento está doente. Para atendimento fisioterapêutico humanizado, é crucial que se tenha um atendimento atencioso, respeitoso e digno, no qual deve haver privacidade, individualidade e respeito perante os valores culturais e éticos do paciente.

Analise as asserções abaixo:

O fisioterapeuta tem como principal meio de trabalho as mãos, que, através do toque, reabilitam, cuidam, confortam, promovem saúde e curam. Apesar dos recursos físicos disponíveis, as mãos que manipulam equipamentos modernos, também são aquelas que tocam e massageiam os pacientes.

Porque

A fisioterapia tem como foco manter, preservar, restaurar e desenvolver a integridade do sistema, órgãos e/ou função. Isso ocorre a partir do conhecimento do todo e do conhecimento holístico do ser humano, necessitando de uma visão sistêmica para que se consiga pensar além da ausência da doença. É crucial que se forme profissionais que não foquem o seu conhecimento na doença, pois não produzirá saúde, ou seja, se a conduta fisioterapêutica ficar apenas no campo físico, ele perderá a sua essência.

A respeito dessas asserções, assinale a alternativa correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

3. A humanização na fisioterapia na atenção _____ é pensar em ações em conjunto com as equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS), pois garantem maior resolutividade e qualidade nos atendimentos aos pacientes. A interação dos profissionais da saúde com a fisioterapia ocorre diariamente, além de reuniões para discutir casos clínicos visando melhorar e adaptar condutas, atitudes e procedimentos para um melhor atendimento e uma recuperação mais íntegra, seja no campo terapêutico ou no social, colocando assim a prática do (a) _____ nos serviços.

Assinale a alternativa correta que completa as lacunas.

- a) Secundária; humanização.
- b) Primária; humanização.
- c) Primária; privatização.
- d) Terciária; humanização.
- e) Secundária; setor público.

Referências

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. ISBN 978-85-334-1609-3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf>. Acesso em 16 de jul 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS**. Caderno de Textos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

_____. Política nacional de humanização – HmanizaSUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/artigos/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 19 set. 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Fundação Oswaldo Cruz. **Humanização**. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>>. Acesso em: 18 set. 2018.

_____. **Glossário da Rede Humaniza SUS**. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/glossary/term/117>>. Acesso em: 18 set. 2018.

OLIVEIRA L. M. B. CARTILHA DO CENSO 2010 – Pessoas com Deficiência // Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>.> Acesso em: 21 set. 2018.

CONDRADE et., al. Humanização da saúde na formação de profissionais da fisioterapia. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 25-35, 2010.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011>. Acesso em: 20 set. 2018.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p.30-35, set./dez., 2004.

MAZZOTTA M. J. S.; D'ANTINO, M. E. F. Inclusão social de pessoas com deficiências e necessidades especiais: cultura, educação e Lazer. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 2, p. 377-389, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/10.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MISSEL, A.; COSTA, C. C.; SANFELICE, G. R. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00055>>. Acesso em: 20 set. 2018.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1186-200, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

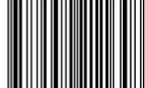
ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). A ONU e as pessoas com deficiência. 2011. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 21 set. 2018.

PETRI, F. C. **História e interdisciplinaridade no processo de humanização da fisioterapia**. 2006. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Integração Latino-americana, área de concentração em História da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Santa Maria, 2006.

RIBERTO, M. Core sets da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 938-46, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a21v64n5.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p.1535-1546, 2011.

ISBN 978-65-522-1164-8



9 788552 211648 >