A PARTICIPAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Community Health Agents participation in Primary Health Care physico therapy action

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro*, Mario José de Araújo Neto**, Mônica Gonçalves Arangio**, Patrícia Barreto dos Santos Nascimento**, Talita Nicácia Teles Martins***.

*Docente do curso de Fisioterapia da UFPB, doutora em Educação; **acadêmico(a) do curso de Fisioterapia da UFPB; ***acadêmica do curso de Fisioterapia da UFPB e bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica.

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro Endereço: Av. Umbuzeiro, 91, Manaíra, João Pessoa – PB – 58038-180.

E-mail: katiaqsribeiro@hotmail.com

RESUMO

A atuação da fisioterapia na atenção básica (AB) requer a adoção de estratégias para intensificar suas ações, a exemplo da colaboração de agentes comunitários de saúde (ACS). Esse trabalho é resultado de uma pesquisa-ação que analisou uma possibilidade de integração dos ACS na assistência fisioterapêutica na AB, através de reuniões de discussão e capacitação, bem como de orientações individuais. Os dados foram coletados através de entrevistas e registros em diário de pesquisa, condensados em categorias de análise. A maioria dos ACS reconheceu que as ações desenvolvidas possibilitaram uma mudança em suas práticas, beneficiando a população. Apenas uma parte dos usuários considerou válida a atuação do agente de saúde. Algumas dificuldades foram encontradas, tais como a pouca definição do papel do ACS nesse trabalho e a insegurança sentida por parte deles na realização das orientações. Constata-se que a integração dos ACS representa uma possibilidade importante e viável para potencializar as ações fisioterapêuticas na AB, desde que exista clareza do caráter complementar dessa participação e que os agentes de saúde sejam continuamente orientados para essa tarefa.

Palavras-Chave: Fisioterapia (Especialidade). Atenção Primária à Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Auxiliares de Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Physical therapy work in primary health care (PHC) requires the adoption of strategies to intensify its actions, like collaboration of community health agents (CHA). This study is the result of action research that analyzed the possibility of integrating CHA in physical therapy care in primary health, through discussion and training meetings, in addition to besides personal orientation. The data were collected from interviews and research diaries, and condensed into categories of analysis. The majority of the agents

reported changes in their practices, bringing benefits to the population. Only some of the users recognized the value of CHA work. Some difficulties were reported and observed, such as the lack of a clear definition of the function to CHA collaboration and the insecurity experienced by the agents in the orientations. It is ascertained that the CHA integration represents an important and viable strategy to potentialize PHC physical therapy work, provided that it is clear that participation has a complementary nature and that the CHA will be continuously oriented for the task.

Key Words: Physical Therapy (Speciality). Primary Health Care. Health Manpower Community Health Aides.

INTRODUÇÃO

As experiências de atuação do fisioterapeuta na atenção básica, que vêm ocorrendo nas diversas regiões do Brasil, e a discussão que tem se desenrolado acerca dessa atuação têm evidenciado a necessidade de se buscar estratégias capazes de viabilizar a atuação frente ao elevado número de pessoas que necessitam de atendimento fisioterapêutico - mas que não têm acesso - e ao reduzido contingente de profissionais atuando nesse nível de atenção à saúde.

Ao disponibilizar o atendimento de fisioterapia, prioritariamente, em serviços de atenção secundária e terciária, criou-se uma grande dificuldade de acesso da população aos mesmos, considerando-se as dificuldades de deslocamento do ponto de vista das limitações físicas e financeiras, além da insuficiência de vagas nesses serviços. Essa situação é particularmente complicada no que se refere às pessoas com deficiência física residentes nas periferias urbanas ou na zona rural que, necessitando se inserir em um processo de reabilitação, enfrentam grande dificuldade de deslocamento que agrava a dificuldade de acesso aos serviços.

A reabilitação é “um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional e sim uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo”(CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL-CREFITO-5ª Região, 2004) abrangendo, assim, as dimensões física, psicológica, social e econômica. O alcance desses objetivos depende, entre outras questões, da atuação dos diversos profissionais que compõem a equipe de reabilitação. A contribuição do fisioterapeuta nessa equipe tem se dado, principalmente, no sentido

da recuperação motora/física e é nessa perspectiva que o termo reabilitação será utilizado neste trabalho, face à necessidade de direcionar a discussão para o foco da pesquisa, sem desconsiderar, contudo, a imprescindibilidade do papel dos demais profissionais nesse processo de forma integrada.

A preocupação com a grande quantidade de pessoas com deficiências que não têm acesso à reabilitação nos países subdesenvolvidos vem suscitando debates mais sistemáticos nas últimas três décadas. Em 1982, durante o IX Congresso Internacional da World Confederation for Physical Therapy (W.C.P.T.), realizado em Estocolmo, foi criado um grupo especial com a finalidade de indicar meios de contribuição do fisioterapeuta na melhoria dos cuidados primários de saúde nos países em desenvolvimento, direcionados às pessoas com "incapacidades" funcionais resultantes de lesões e doenças. Uma revisão das informações fornecidas por esse grupo está no artigo "O papel dos fisioterapeutas na atenção primária da saúde nos países em desenvolvimento" (SMILKSTEIN, 1985).

Nesse artigo toda a discussão gira em torno da reabilitação e a grande questão é como reabilitar os "incapacitados"[1] dos países pobres que não dispõem de fisioterapeutas em número suficiente para tal. Esse estudo, retratando a realidade de países pobres como a Índia e a Zâmbia, aborda uma questão crucial que é a necessidade de cuidados frente a um número insuficiente de profissionais qualificados. Indica como possibilidade de encaminhamento do problema a reabilitação comunitária, que envolve a tomada de medidas a nível comunitário para constatar as necessidades das pessoas com deficiência, com recursos da comunidade (SMILKSTEIN, 1985). Essa proposta é baseada em experiências de alguns países, as quais estavam sendo incorporadas ao manual da Organização Mundial de Saúde (OMS), "Training the disabled persons in the community" (Treinando pessoas incapacitadas na comunidade), que contém orientações para prevenção e reabilitação de incapacidades. Esse grupo aponta como solução os fisioterapeutas capacitarem pessoas da comunidade, outros profissionais de saúde e a família, para realizarem atividades básicas de reabilitação.

Em 1994 a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) lança no Brasil a primeira edição em português do livro Disabled village children, com o título "Guia de deficiências e reabilitação simplificada" (WERNER, 1994). Este livro é um manual destinado a treinar pessoas baseando-se em

[1] Termo usado pelos autores, dos quais discordamos plenamente pelo fato de reduzir o ser humano que tem uma deficiência a um incapaz, negando-se suas potencialidades.

uma proposta de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), que foi desenvolvida no México.

A proposta desse manual é destinada principalmente à reabilitação de pessoas na zona rural, onde não há profissionais qualificados para tal fim. Ela propõe o treinamento de agentes de reabilitação e da família da pessoa com deficiência para realizarem a reabilitação aos diversos tipos de deficiência, com a utilização de recursos da própria comunidade, tanto para a realização do tratamento quanto para a confecção de órteses e próteses. Um exemplo apresentado é a confecção de muletas pela família, com madeira retirada da região onde eles moram. É indicada também a valorização dos conhecimentos dos moradores da comunidade, considerando que essa proposta é enquadrada pelo autor como um programa de "baixo para cima", isto é, um programa onde as atividades são iniciadas, planejadas, organizadas e controladas em bases locais, por membros da comunidade, diferentemente da proposta da OMS, na qual o planejamento é mais centralizado.

Estão contidas no livro informações sobre as deficiências mais comuns, sobre a avaliação das mesmas e o tratamento. Também constam orientações para organização de centros de reabilitação simplificada e confecções de próteses, órteses e instrumentos a serem utilizados no tratamento, assim como algumas informações para prevenção de deficiências.

Em 1992, Ceccato *et al*. publicaram um trabalho, pioneiro no Brasil, abordando a questão da preparação de agentes de saúde para colaborar com a atuação da Fisioterapia, intitulado "O papel do fisioterapeuta na atenção primária à saúde em comunidades de baixa renda". Nesse trabalho, porém, existem duas diferenças fundamentais em relação ao que é proposto pela RBC. Uma é que ele parte da iniciativa de fisioterapeutas com o interesse de analisar o seu papel na atenção primária e não da necessidade da comunidade, embora faça um levantamento dessas necessidades. Outra diferença é que o enfoque é para a prevenção e não para a reabilitação. Os autores indicam que o fisioterapeuta tem um papel importante dentro da saúde pública nas comunidades de baixa renda, no aspecto preventivo, atuando na formação do agente de saúde (CECCATO *et al*, 1991).

Apesar do artigo de SMILKSTEIN (1985) que propõe a reabilitação comunitária ser relativamente antigo, a dificuldade de acesso à reabilitação ainda é a realidade de muitos países, inclusive do Brasil, principalmente na zona rural, onde a população não tem acesso aos centros de reabilitação. Desse modo, a proposta da CORDE de

implantação da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) no Brasil tem uma justificativa. Entretanto há alguns aspectos nessa proposta que merecem uma reflexão mais cuidadosa.

É evidente que, frente a essa realidade de pessoas precisando de uma assistência de reabilitação e sem acesso a ela, medidas urgentes devem ser tomadas. A Reabilitação Baseada na Comunidade, como está proposta por Werner (1994), tem aspectos importantes que precisam ser analisados. Alguns aspectos são questionáveis como a questão da substituição de profissionais qualificados por agentes treinados numa reabilitação simplificada que pode resultar em um "arremedo" de tratamento, uma vez que nem sempre essas medidas simples podem dar conta do quadro da deficiência. Em se tratando da reabilitação motora, todo profissional que trabalhe com deficiências físicas sabe da dificuldade que muitas delas impõem em relação ao manuseio, requerendo procedimentos e técnicas executados com habilidade para se conseguir realizar o tratamento. Outra questão é com relação à avaliação indicada no manual. O agente de reabilitação deve fazer uma avaliação da deficiência baseado em uma ficha em que consta, entre outras coisas, exame de amplitude de movimentos, força muscular e exame neurológico. É difícil para uma pessoa que não tenha conhecimentos mais profundos de anatomia e cinesiologia realizar esses exames de forma correta, pois são atividades complexas para que um agente de saúde com uma formação restrita a um treinamento possa fazer adequadamente.

Outros aspectos da proposta de RBC, no entanto, são muito pertinentes. Um deles é a possibilidade de incorporação do saber e iniciativa das pessoas da comunidade no processo de reabilitação, no sentido de que elas podem adaptar o tratamento à realidade, tornando-o mais apropriado e exeqüível. Outro aspecto é o sentido de fortalecimento que é dado à comunidade nesse trabalho, tornando os moradores sujeitos do processo de reabilitação e promovendo a integração das pessoas com deficiência. A possibilidade que ele apresenta de difundir os conhecimentos relativos às causas das deficiências, sua prevenção e tratamento, como também a adaptação dos recursos terapêuticos à realidade sócio-econômica local, implicam em uma democratização do conhecimento relativo à reabilitação e uma alternativa de viabilizar esse processo às pessoas das classes populares em países com recursos limitados pela política de saúde. Ademais, essa perspectiva de trabalho resulta em um aprendizado também para os profissionais que costumam trabalhar dissociados da realidade onde atuam.

A realidade retratada no artigo de Smilkstein (1985) difere da situação brasileira atual no sentido de que o número de profissionais qualificados no país já é bem mais elevado, o que significa a possibilidade de que eles sejam incorporados aos serviços de rede básica, estando, desse modo, mais acessíveis à população. Agora não se trata mais da pouca disponibilidade de profissionais, mas sim da pouca disponibilidade de recursos para manter esses profissionais na atenção básica.

Werner (1994) afirma que nunca haverá um número suficiente de profissionais de reabilitação altamente treinados para atender às necessidades até mesmo de uma pequena parcela dos milhões de pessoas com deficiência do mundo. Talvez o que deva ser dito é que, isto não acontecerá enquanto não houver interesse daqueles que são gestores de saúde em universalizar o acesso aos serviços de reabilitação, assegurando a integralidade da assistência conforme preconiza o SUS.

Faz-se necessário criar alternativas que possam tornar os serviços de reabilitação mais acessíveis à população, contando com a presença de profissionais habilitados, dentre os quais está o fisioterapeuta, e com a colaboração dos agentes de saúde e familiares do usuário. Essa colocação não se respalda em uma questão corporativa, mas no entendimento de que, se concordarmos com que toda a responsabilidade da reabilitação fique a cargo de pessoas leigas que fazem apenas um treinamento, como está proposto na Reabilitação Baseada na Comunidade, quando o tratamento com vistas à reabilitação motora atualmente dispõe de métodos apropriados que têm resultados excelentes, estaremos defendendo que se institua uma forma de disponibilizar serviço de reabilitação de baixa qualidade para pessoas destituídas do ponto de vista econômico.

Existem algumas experiências municipais em que a atuação do fisioterapeuta na atenção básica vem avançando. Uma delas é a de Camaragibe, município da região metropolitana de Recife, em Pernambuco. Lá o trabalho dos dois fisioterapeutas é dividido entre atividades no ambulatório, onde atendem a demanda de pessoas que são encaminhadas para o Centro de Reabilitação e na comunidade, onde atendem às solicitações de atendimento domiciliar. Nesse atendimento, é realizada uma orientação aos familiares e ao cuidador quanto ao tratamento e um monitoramento com os agentes de saúde, que observam as orientações dadas e acompanham o usuário no intervalo entre as visitas do fisioterapeuta. Eles também fazem atividades em grupo, como por exemplo, pessoas com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e com problemas de coluna e palestras educativas (MODELO..., 2001). É muito interessante a forma de integração que eles estabeleceram com os agentes de saúde para implementar o

tratamento, entretanto, foi identificada como uma dificuldade nesse trabalho a falta de entendimento da proposta por parte de alguns agentes.

Em um trabalho realizado em São Paulo, no Jardim Campos, através do Projeto Qualis, é desenvolvido o Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiências e Incapacidades, tendo surgido das dificuldades e demandas freqüentes encontradas pelas equipes de saúde que atuam nessa área, e conta com a atuação da fisioterapia, da fonoaudiologia e da terapia ocupacional. Os usuários são selecionados pelos agentes de saúde, os quais, junto com o restante da equipe discutem as prioridades e programam a intervenção (PROJETO..., 2002).

O município de Sobral, que vem se destacando no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, implantou um Curso Seqüencial de Agentes Comunitários de Saúde. Esse curso utiliza uma perspectiva dialógica, através de uma formação participativa do agente, a fim de que ele incorpore novos saberes e novas práticas a partir dos problemas levantados, e conta com a participação de todos os profissionais atuantes no PSF. Tem como objetivo proporcionar ao agente uma visão mais ampla da atuação dos profissionais dentro do PSF, assim como de sua própria atuação, possibilitando-lhes reconhecer e distinguir áreas de atuação diferenciadas e até mesmo intervir em situações menos complexas (SOBRAL, 2002).

Os agentes de saúde têm tido um papel de grande relevância no processo de ampliação da assistência à saúde da população por meio da atenção básica. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que precedeu o Programa Saúde da Família representou uma ampliação da assistência à saúde de forma simplificada e de baixo custo dirigida a populações desassistidas. Ele possibilitou a organização de uma forma de assistência mais adaptada à realidade da população e um acompanhamento dos problemas de forma mais contínua, ofertando serviços a que essas pessoas não tinham acesso anteriormente (VASCONCELOS, 1997). O agente comunitário de saúde (ACS), que é necessariamente um morador da comunidade, recebe treinamento e retorna à comunidade, onde tem o papel de auxiliar as famílias quanto aos cuidados com a saúde, através de orientações e medidas simplificadas, e estimular a organização comunitária.

No processo de ampliação da oferta de serviços de fisioterapia também vem se destacando a importância da participação dos agentes comunitários de saúde. É o que tem sido constatado na experiência do Projeto de Extensão Fisioterapia na Comunidade, que vem sendo desenvolvido desde o ano de 1993 e cujas ações, atualmente, são desenvolvidas em parceira com as Equipes de Saúde da Família (ESF) na comunidade

do Grotão e Maria de Nazaré, em João Pessoa – PB, sob a coordenação de dois docentes fisioterapeutas. Ao longo dessa experiência a necessidade da participação dos agentes de saúde foi se destacando, no sentido de que eles pudessem colaborar com a atuação dos extensionistas intensificando as atividades desenvolvidas, tanto no que diz respeito às ações direcionadas à reabilitação, quanto nas orientações para prevenção de alguns acometimentos à saúde. No que se refere à reabilitação, as orientações básicas fornecidas ao usuário e seus cuidadores, tais como posicionamentos no leito e exercícios de mobilização, são repassadas ao ACS, no intuito de que ele possa colaborar reforçando essas orientações. A participação dos agentes também se mostrou necessária nas ações em níveis de prevenção mais precoces, a exemplo da orientação postural, em que ao visitarem regularmente às famílias sob seus cuidados eles podem acompanhar a aplicação das orientações oferecidas e reforçá-las. Cabe ressaltar que o papel a ser desempenhado pelo ACS nesse processo limita-se a reforçar as orientações costumeiramente dadas ao usuário e à família.

Nessa perspectiva, faz sentido a colocação de Werner (1994) quando ele afirma que a maior parte do programa de reabilitação e terapia pode e deve ser executada dentro do lar e da comunidade, com o apoio afetuoso da família, dos vizinhos e dos amigos. Acrescenta-se, contudo, a necessidade de que esse programa seja conduzido por profissionais qualificados, considerando-se a grande diferença que existe entre a possibilidade de que a reabilitação seja feita a partir da comunidade e com ela, e de que ela seja feita exclusivamente por ela.

Com base nessas considerações, foi proposto o desenvolvimento desta pesquisa, com o objetivo de analisar uma possibilidade de integração dos agentes comunitários de saúde (ACS) na assistência fisioterapêutica na atenção básica. Esta pesquisa se insere no esforço que alguns grupos, de diferentes estados brasileiros, estão fazendo no intuito de que juntos possamos contribuir com a construção de um modelo de atuação da fisioterapia neste nível de atenção à saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi desenvolvida uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, que se caracteriza por ser uma pesquisa social de base empírica, concebida e realizada em estrita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do

problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1993). A pesquisa esteve sob a responsabilidade de um docente da UFPB e quatro acadêmicos do 7º. período do curso de fisioterapia. Teve início em abril de 2002 e foi encerrada em agosto de 2003. Foi realizada na Comunidade do Grotão – João Pessoa - junto aos doze agentes comunitários de saúde (ACS), vinculados às duas Equipes de Saúde da Família (ESF), e a oito moradores da Comunidade envolvidos com as atividades da fisioterapia. Estas ESF contavam com os profissionais que compõem a equipe mínima prevista para implantação do Programa Saúde da Família.

Por ser uma pesquisa-ação as atividades desenvolvidas mesclavam o desenvolvimento da ação a ser realizada - no sentido de proporcionar meios para que os agentes de saúde pudessem contribuir com o trabalho da fisioterapia - com as atividades de coleta de dados. As ações do projeto de extensão, referentes à assistência à saúde daquela população, são realizadas pelos estudantes de fisioterapia. Buscava-se a colaboração dos agentes de saúde, no sentido de potencializar o trabalho realizado, caminhando em paralelo ao trabalho dos acadêmicos. As atividades da pesquisa constaram de reuniões com os envolvidos na pesquisa, que tinham como finalidade propor, planejar e avaliar o andamento da pesquisa, como também, apresentar as orientações sob a forma de reuniões de capacitação; atividades de orientação individual e acompanhamento aos agentes de saúde; e atividades de coleta de dados, através de entrevistas e registros em diários de pesquisa. Todas as pessoas envolvidas na pesquisa foram esclarecidas do objetivo do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo considerados os aspectos éticos e legais preceituados pela Resolução 196/96 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Realizaram-se, inicialmente, reuniões com todos os componentes das Equipes de Saúde da Família, a fim de expor a proposta da pesquisa e selecionar os agentes que se disponibilizariam a participar da mesma. Todos os agentes concordaram em participar. Em um momento seguinte foram realizadas reuniões com os ACS onde, a partir das sugestões dadas, foram elencadas as orientações a serem trabalhadas com base na demanda de casos em atendimento na comunidade. Foram realizadas nove reuniões, dentre as quais apenas uma contou com a presença de toda a ESF; as demais reuniões contaram com a participação dos pesquisadores e dos ACS. Procederam-se, então, as orientações sob duas formas: durante as reuniões eram feitas orientações em grupo, direcionadas aos casos mais comuns, a exemplo das seqüelas de AVC; e orientações individuais de acordo com cada caso sob acompanhamento fisioterapêutico. Cada

estudante pesquisador acompanhou três ACS, orientando-os individualmente por ocasião das visitas ao domicílio dos usuários. Foi utilizada, como principal instrumento de orientação, uma cartilha que havia sido elaborada para o usuário com seqüela de AVC e sua família. Esta orientação foi priorizada em relação aos demais casos sob acompanhamento, em função do fato de que esta é a seqüela mais comum naquele meio. Em reuniões posteriores foram discutidos com o grupo outros temas, a saber: áreas de atuação da fisioterapia, orientações posturais e cuidados respiratórios.

Os dados foram coletados a partir de entrevistas realizadas nas fases inicial e final da pesquisa, sendo entrevistados os ACS e as pessoas sob acompanhamento fisioterapêutico e seus familiares. A segunda fase da pesquisa se deu onze meses após o início da mesma. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Também foram coletados dados referentes à observação feita pelos pesquisadores através de registros em diário de pesquisa e discutidos no grupo de pesquisadores. Procedeu-se, então, uma análise temática, na qual os dados foram analisados após seleção em categorias estabelecidas com base nos objetivos da pesquisa. Ao final da análise, esses dados foram apresentados e discutidos com os agentes de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa doze agentes comunitários de saúde e oito usuários com seus respectivos familiares.

As entrevistas realizadas com os agentes de saúde, na fase inicial, visavam perceber o conhecimento que eles já tinham sobre a fisioterapia e a disponibilidade para incorporar as orientações ao seu trabalho. Para tanto, as categorias analisadas foram: capacitação do agente comunitário; conhecimento acerca da fisioterapia; dificuldades encontradas no trabalho de ACS; percepção dos ACS quanto aos cuidados dispensados pelas famílias de pessoas com deficiência; expectativas quanto ao trabalho proposto pela pesquisa. Nessa fase, as entrevistas realizadas com os usuários e/ou familiares visavam conhecer as dificuldades encontradas pelos familiares para seguir as orientações recebidas no tratamento fisioterapêutico e a receptividade à colaboração do agente de saúde. Assim sendo, foram consideradas para essas entrevistas as seguintes categorias: acesso à fisioterapia; dificuldades em pôr as orientações em prática; percepção do papel do agente no processo de reabilitação.

Resultados da entrevistas na 1ª FASE da pesquisa

Análise das entrevistas com os ACS:

1. Capacitação:

Procurou-se identificar o grau de escolaridade e a capacitação que os agentes receberam para exercer suas atividades profissionais, ficando distribuídos da seguinte forma: dentre os doze agentes de saúde dois tinham o ensino médio completo; quatro tinham ensino médio incompleto; um ACS tinha o ensino fundamental completo e os cinco restantes não haviam completado essa etapa.

Dos quatro agentes que têm o ensino médio incompleto, três estão fazendo o curso técnico em enfermagem. Os dois agentes que têm o ensino médio completo, já têm formação técnica em enfermagem.

Os agentes de saúde relataram ter tido acesso durante o curso de capacitação para ACS aos seguintes temas: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Hanseníase, Deficiência Física e Mental, Ações Integradas nas Doenças Prevalentes da Infância – AIDIPI, Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, aleitamento materno, alimentação alternativa e fitoterapia.

Embora eles relatem ter sido abordada na capacitação a questão da deficiência física, constatou-se, na prática, que o conhecimento acerca da deficiência era muito limitado, e que entendiam melhor e conseguiam detectar mais fácil e precocemente condições causadoras de deficiência à medida em que tinham contato com a fisioterapia.

2. Conhecimento prévio acerca da fisioterapia

Com relação ao conhecimento que os agentes tinham anteriormente à pesquisa a respeito da fisioterapia e seus campos de atuação, a maioria dos ACS diz ter tido contato com a fisioterapia a partir da presença do projeto Fisioterapia na Comunidade. De forma geral, o conhecimento das áreas de atuação era bem restrito e coincidia com uma visão da fisioterapia como reabilitação neurológica, particularmente no que diz respeito às seqüelas de AVC, uma vez que esta era a principal forma de atuação da fisioterapia na comunidade, como fica explícito na seguinte fala:

> Na minha área tem poucos pacientes, não tem pessoas que fazem fisioterapia. Até porque não tem pessoas com problemas de AVC (ACS).

Com menor freqüência outros campos de atuação foram citados, mas poucos agentes conseguiram referir-se a áreas de atuação diversas. A atuação da fisioterapia em

abordagens mais preventivas foi citada por dois agentes de saúde, além do que usualmente era lembrado pelos demais, a saber: grupos de preparação para o parto, escola de posturas, grupos de idosos, abordagens em pediatria. Esses agentes haviam participado de atividades em grupo que realizadas pelos participantes do projeto de extensão.

3. Dificuldades encontradas no trabalho de Agente Comunitário de Saúde

A principal dificuldade relatada pelos agentes de saúde foi em relação à conscientização das pessoas acerca dos problemas de saúde que elas apresentam e da necessidade de cuidados. Eles atribuem essa dificuldade ao fato de serem pessoas com baixo nível de escolaridade.

> Por falta de conhecimento, principalmente. Não é nem por falta de interesse, não, que muitos têm até boa vontade de estar ali, cuidando. Às vezes é falta de conhecimento mesmo. Falta de saber mais sobre o problema (ACS).

Outra dificuldade a que se referiram foi em relação ao acesso aos serviços de saúde, seja em função das limitações físicas de que são portadores, seja pelas condições geográficas da região onde residem. Essa dificuldade impede que pessoas idosas, com deficiência ou acamadas com limitações físicas mais severas, tenham acesso ao tratamento de que necessitam.

> Não tem condição de pegar um táxi, chamar um carro de um amigo, nos casos que não andam. Têm outros que andam, mas moram numa rua tão esburacada, que tem uma ladeira muito grande e não têm condições de vir no Posto. Têm que receber atendimento em casa (ACS).

Também referem dificuldade em relação às situações em que se deparam com problemas de saúde que lhes são desconhecidos. Nesses casos, recorrem aos demais profissionais da equipe para que possam ser orientados sobre como proceder.

4. Percepção quanto aos cuidados dispensados pela família

Os entrevistados relatam que há uma grande variedade de situações, encontrando-se famílias que dão uma assistência muito boa, seguindo as orientações dadas pela equipe de saúde, enquanto outras famílias têm pouca participação nesses cuidados.

> As dificuldades são assim, têm pessoas que são mães e têm filhos e netos, e aí têm que levar pra escola, fazer as coisas em casa, pois têm dificuldade de estar nesse momento com ela, de estar incentivando porque tem as obrigações em casa. A única dificuldade que tem é essa. Mas quando era pra colocar compressa de gelo nas costas, aí ela [filha de uma usuária] parava o que estava fazendo em casa e colocava a compressa na mãe dela. Nas outras famílias tem o mesmo problema, têm crianças e o trabalho de casa. Mas tem também a resistência ao tratamento (ACS).

5. Expectativas em relação ao trabalho proposto

A maioria dos ACS demonstrou entusiasmo com a possibilidade de se integrarem ao trabalho da fisioterapia. A consciência que eles tinham acerca da necessidade de que a comunidade tivesse acesso ao tratamento fisioterapêutico, revelou-se como sendo o principal motivo para o envolvimento deles com o tratamento.

Análise das entrevistas com usuários ou familiares:

1. Acesso à fisioterapia.

Segundo os relatos dos oito familiares e pessoas em atendimento entrevistadas, metade delas só teve acesso ao atendimento fisioterapêutico através do Projeto de Extensão Fisioterapia na Comunidade. Os demais tiveram acesso, em algum momento do processo de reabilitação, ao tratamento em serviços de atenção secundária, no entanto, não conseguiram se manter em atendimento nestes serviços devido à dificuldade de deslocamento contínuo requerida pelo tratamento fisioterapêutico.

> Antes disso eu também não tinha carro, eu ia de táxi, mas eu pagava muito caro. Aí eu parei. Tinha uma situação de renda na época. Tinha semana que eu dava três, quatro viagens no centro. Tinha semana que eu pagava setenta reais (Usuário).

Os outros três usuários que tinham conseguido fazer o tratamento fisioterapêutico em serviços de atenção secundária, também foram obrigados a desistir devido às dificuldades financeiras.

2. Dificuldades com as orientações.

Foram citados pelos usuários entrevistados como fatores que dificultam a realização dos exercícios orientados, os seguintes itens: a falta de alguém que os ajude ou incentive a fazer os exercícios; a dificuldade em memorizar as orientações recebidas; as

interrupções do tratamento em função dos períodos de recesso da Universidade; e a incerteza de estar fazendo-os corretamente.

> Tinha uns que eu fazia, tinha outros que não fazia não, porque às vezes eu esquecia... Eu esquecia o que ela mandou, aí não fazia mais, não lembrava o que tinha que fazia ou fazia o contrário. Aí parei. Tinha uns que precisava de ajuda porque não podia fazer só, outros que eu podia fazer, eu fazia, os que tinha precisão de fazer com alguém eu não fazia, porque não tinha ninguém em casa para me ajudar (Usuário).

Esse foi um dos motivos que impulsionou a elaboração da cartilha para uso das pessoas com seqüela de AVC. Observou-se, contudo, que a maioria não costumava consultar a cartilha, que foi elaborada com figuras ilustrativas facilitando o entendimento, principalmente para as pessoas não alfabetizadas.

Houve outros casos em que os usuários realizavam os exercícios com freqüência. Foi observado que isso ocorria principalmente quando a família incentivava e/ou participava da realização dos mesmos. Nem sempre a família está disponível para fazer diariamente os exercícios que são orientados. Na maioria dos casos, o cuidado com a pessoa em tratamento fica a cargo de um membro da família que já está sobrecarregado de tarefas domésticas. Em outros casos, o usuário tem condições de fazer os exercícios sem ajuda, mas esquece ou não se interessa em aprender, colocando toda a responsabilidade da reabilitação no atendimento do fisioterapeuta. Em alguns casos, os familiares, além de incentivarem, ajudavam o paciente a realizar o exercício.

> Ela [a esposa] forçava muito para eu fazer. Às vezes eu fazia, às vezes eu não queria fazer. Às vezes ela dizia: você não vai fazer? Quando chegar o menino [o estudante que o acompanhava] eu vou entregar você (Usuário).

3. Percepção do papel do agente no processo de reabilitação.

Algumas famílias mostraram-se bastante receptivas à participação do agente na reabilitação.

> Eu acho muito legal, porque quando a gente está doente, precisa de medicamento, ela trás do Posto, orienta a gente. Às vezes ela ajuda mesmo, consegue as fichas. (esposa de um usuário).

Outras famílias, no entanto, mostraram-se descrentes da atuação dos agentes de saúde com a fisioterapia, por acharem que eles não cumpriam seu papel como deveriam. Uma usuária, indagada sobre a colaboração da agente no seu tratamento, respondeu:

> Tanto faz, ela nunca passa aqui (Usuária).

Resultados das entrevistas e observação na 2ª FASE da pesquisa.

Na segunda fase da pesquisa, as entrevistas realizadas com os agentes de saúde tiveram como finalidade avaliar as mudanças que as orientações proporcionaram no trabalho do agente e a possibilidade de que essa atividade viesse a ser incorporada na rotina de trabalho deles. Foram, então, estabelecidas como categorias de análise: mudanças na prática; desempenho; dificuldades; motivação. Com os usuários e a família buscou-se, nesse momento, avaliar a contribuição dos agentes. Foram selecionadas como categoria de análise a contribuição efetiva do ACS e a aceitação da colaboração do mesmo por parte do usuário.

Análise das entrevistas com os ACS

1. Mudanças na prática

Após o trabalho de orientações em grupo e individual quanto a alguns cuidados e exercícios, foram relatadas pelos agentes comunitários as seguintes mudanças: melhora no cuidado das pessoas com AVC; melhora no posicionamento desses usuários; atuação de forma preventiva através das orientações posturais e acúmulo de experiências; enfim, conseguiram proporcionar melhor orientação às famílias dos usuários. Acreditam que vai melhorar seu trabalho, uma vez que terão mais condições de ajudar os usuários e de reconhecer as áreas em que a fisioterapia atua e, assim, fazer os encaminhamentos.

> Todas as orientações que eu recebi, estou procurando colocar em prática, e tirou aquele momento de desespero, sem saber o que fazer (ACS).

Durante o acompanhamento dos agentes, os pesquisadores puderam observar que muitos deles haviam incorporado às suas visitas as orientações fornecidas nos treinamentos. A partir de relatos deles durante as reuniões, verificou-se, também, que a maior parte dos ACS procurava acompanhar as orientações e utilizava a cartilha. Observou-se, também, que os agentes estavam mais capacitados a encaminhar as

pessoas para atendimento fisioterapêutico. Apenas em duas agentes não foi observada uma mudança significativa na prática em relação às orientações fornecidas.

2. Desempenho

No desenrolar das atividades da pesquisa, foram detectadas acentuadas diferenças entre o desempenho dos agentes. Alguns se mostraram bastante participativos, enquanto outros tinham uma postura mais de ouvintes. Analisou-se, inicialmente, que essa postura podia refletir desinteresse ou timidez. Avaliando melhor a partir da observação da atuação deles, verificou-se que, algumas vezes, o fato de que o agente não participasse ativamente nas reuniões não significava desinteresse na realização das atividades. Alguns agentes que se mantinham mais calados durante as reuniões, se revelaram, na observação, bastante empenhados em colocar as orientações em prática, a timidez que os impedia de manifestar suas dúvidas e opiniões no trabalho em grupo, desaparecia no contato direto com o estudante de fisioterapia participante da pesquisa e com o usuário.

3. Dificuldades encontradas

As principais dificultadas enfrentadas pelos agentes de saúde em relação ao trabalho de acompanhamento das orientações aos usuários foram:

a. O fato de que algumas famílias só reconhecem como válido o atendimento da fisioterapia, não dando crédito ao trabalho dos ACS. Em alguns casos, houve uma recusa do próprio usuário em relação à colaboração do ACS no tratamento. Os ACS entenderam que a descrença na capacidade deles em ajudar e o desânimo, levavam o usuário a rejeitar o tratamento.

> Apesar de que os doentes, eles num acreditam muito na gente não, e com alguém do lado, eles passam a acreditar mais (ACS).

b. Dificuldade decorrente da insegurança perante algumas situações mais complexas, refletida na seguinte exposição:

> E aí fiquei com pena, a idade, a escara, e ele também sente dor. Às vezes quando surgem coisas novas eles ficam perguntando para a gente, não tem fisioterapia lá não? Como se não confiasse na gente. Teve um senhor em minha área que teve um problema de joelho e o médico disse que estava desgastado e que era para ele fazer fisioterapia. Aí foi minha dúvida, se ele já está desgastado, como é que vai fazer fisioterapia? (ACS).

Percebe-se, nessa fala, uma limitação acerca do entendimento dos objetivos e dos resultados do tratamento fisioterapêutico.

c. Dificuldade em lidar com a dor dos usuários, de incentivá-los a realizar alongamentos e mobilizações que desencadeavam dor.

> Às vezes, assim, a gente vê o paciente tão debilitado, que, às vezes a gente fica com medo de tocar porque você sabe que nos pacientes acamados tudo dói, e por isso fica difícil (ACS).

Os casos mais complicados causaram insegurança, não só por parte dos agentes, como do próprio usuário e da família. A presença de escaras e de hipertensão são situações que o agente não consegue lidar sozinho, sem maiores orientações. Uma ACS relata que ao chegar à casa de um usuário com AVC, ele estava com a pressão acima do normal e ela não sabia se fazia os exercícios ou não. Isso reforça a necessidade de que o profissional atue no sentido de avaliar os riscos e auxiliar os agentes prestando orientações mais específicas em relação aos casos mais complexos.

Acompanhando os agentes nas visitas às famílias, os pesquisadores procuraram verificar como eles faziam as orientações. Alguns se mostraram bastante inseguros. Percebia-se em algumas ocasiões que eles ficavam ansiosos em demonstrar a orientação. Uma das agentes, que se mostrou mais insegura, falou:

> Tem que ter uma pessoa do meu lado. Até por causa do nervosismo, é de mim mesmo. Vendo vocês aqui, dá mais apoio, a gente se sente mais forte, não é? (ACS).

No que se refere à insegurança do agente em fazer as orientações, ficou evidente a influência do nível de escolaridade e da vivência de cuidados em saúde. Um dos agentes que melhor se destacou nas atividades de orientação e que se revelou mais seguro em realizá-las, era técnico em enfermagem. Esse fato pareceu conferir-lhe mais facilidade em compreender as orientações e também em realizá-las. Ao passo que a ACS que se mostrou mais insegura tinha um grau de escolaridade baixo e sua vivência de cuidado em saúde limitava-se ao trabalho como agente de saúde naquela comunidade.

Outros fatores também influenciaram sobremaneira o desempenho do agente de saúde nesse trabalho. As experiências pessoais anteriores, quer com familiares, amigos, ou mesmo acompanhando casos nas suas áreas de cobertura, contribuíam para um conhecimento maior do agente em relação à atuação da fisioterapia e facilitaram sua participação nas orientações aos usuários.

Constatou-se que a compreensão do usuário e sua família acerca do papel do agente em relação ao tratamento é muito importante, a fim de que haja a aceitação dessa atuação. Percebeu-se que, apesar do empenho dos pesquisadores em deixar claro que a colaboração do agente de saúde não tinha por objetivo substituir a presença do estudante de fisioterapia, alguns usuários e/ou seus familiares acreditavam que esse era o objetivo e resistiam a ajuda do agente de saúde para realizar as orientações. Por outro lado, a insegurança que alguns dos agentes demonstravam, fazia com que essa rejeição fosse maior.

4. Motivação

Ao longo dos treinamentos e ao final da pesquisa todos os entrevistados mostraram-se bastante motivados em seguir com a proposta de acompanhamento das orientações. Essa motivação está relacionada ao interesse na melhora do usuário e na preocupação com sua recuperação, revelando um compromisso dos agentes com aquelas pessoas que acompanham e o desejo de lhes proporcionar oportunidades de melhora. Quanto mais envolvido com as famílias que acompanha, mais o agente se interessa em procurar alternativas de tratamento.

Alguns fatores agiram como facilitadores da ação para os agentes; a cartilha foi um deles. Sua relevância foi muito enfatizada, a maioria deles recorria à mesma em caso de dúvida ou mesmo na aplicação de algumas orientações lá contidas, como se pode ver na fala a seguir:

> Agora sabemos dar algumas orientações. E tem a cartilha para ajudar a gente. Então, só ando com ela na minha bolsa (ACS).

Salienta-se a necessidade de reforço continuado às orientações, no caso da orientação das pessoas com seqüela de AVC, esse reforço foi proporcionado pelo uso da cartilha. Questionado quanto ao uso da cartilha esse ACS respondeu:

> É indispensável porque às vezes a gente não grava tudo na mente. Também porque às vezes só a gente falando as pessoas não gravam e com a cartilha elas usam também.

Na reunião final com os agentes de saúde, ocasião em que foram apresentados os dados da pesquisa e solicitadas sugestões para a continuidade da proposta em curso, foram feitas sugestões no sentido de que houvesse maior entrosamento dos ACS com os participantes do projeto Fisioterapia na Comunidade e que a capacitação acontecesse de forma periódica. Os agentes relataram a necessidade de reforçar as orientações e solicitaram que os grupos de prevenção com idosos, gestantes, e outros, realizados pelos estudantes com a participação dos agentes fossem mantidos. Os agentes relataram, ainda, seu desejo de que a fisioterapia fosse incluída na equipe de saúde da família, assegurando, assim, a regularidade das ações, como ilustra uma das falas:

> Eu queria muito que a fisioterapia chegasse para fazer parte da equipe, para facilitar o trabalho do agente, porque quanto mais profissionais, mais melhora o trabalho do agente e para a comunidade. (ACS)

Análise das entrevistas com usuários ou familiares:

1. Contribuição do agente para o tratamento

Detectou-se uma insatisfação em alguns usuários e familiares com relação à colaboração do agente de saúde. Elas alegavam que o ACS não ajudou como queriam ou esperavam.

> Eu achei certo não, porque se ela fosse uma pessoa que quisesse ajudar, ela vinha. Se ela fosse, assim, interessada em ajudar... Então não vou ficar pedindo, se ela viesse seria uma boa, mas ela também não veio, ela disse que não sabe fazer nada. (Usuário)

A partir das observações e das reuniões pôde-se constatar que o fato dessa agente não ter feito o acompanhamento como era esperado, deveu-se à insegurança que ela sentia em realizar as orientações. Quando ia à casa do paciente acompanhada pela estudante de fisioterapia, mostrava-se bastante interessada e participativa. O mesmo se deu nas reuniões, às quais ela sempre comparecia e participava. Essa era uma das agentes de saúde com menor nível de escolaridade. Percebe-se, nesse caso, que a questão da baixa escolaridade influenciou o aprendizado ou pelo menos dificultou que ela se sentisse segura para acompanhar as orientações.

2. A aceitação da colaboração do ACS.

Houve situações em que a ajuda do agente de saúde foi percebida como importante no processo de reabilitação, enquanto em outros casos essa ajuda foi rejeitada. Um usuário, especialmente, rejeitou veementemente a colaboração da agente de saúde. Quando ela ia visitá-lo ele dizia que não precisava fazer nenhum exercício, ao mesmo tempo em que cobrava a presença do estudante de fisioterapia. Esse senhor tanto se recusava a fazer os exercícios sozinho, quanto com a colaboração da agente de saúde, ou seja, só considerava importante para sua reabilitação o tratamento realizado com o estudante.

> Isso seria bom [praticar o exercício], mas só, não faço, não (...) Eu não ligava não, porque se eu precisasse de fazer sozinho, já tinha feito. (...) Uma ajuda... não sei, se for igual a ela [a ACS] é perdido...ela não sabe fazer que nem você, não é?...(Usuário)

Outros usuários, no entanto, aceitaram bem a participação do ACS, a exemplo desse senhor:

> A orientação foi boa... Eu quero que ela fique movimentando o braço, pra lá, pra cá, como você orientou. (Usuário)

No que diz respeito à aceitação da participação do agente de saúde por parte do usuário e sua família, percebe-se que eles esperam do agente uma atividade mais elaborada, além do que ele foi instruído a fazer.

É importante reconhecer que a demanda de atendimento na comunidade é bem superior à possibilidade que o grupo do projeto de extensão tem de atender e, nesse contexto, tem-se que priorizar os casos mais graves, de pessoas com maior dificuldade de se deslocarem para um serviço de saúde. É o que tem acontecido nas diversas experiências na atenção básica. Mesmo nesses casos, a freqüência de atendimentos é bem inferior ao necessário, o que gera insatisfação nas pessoas.

Há uma tendência a que todas as profissões atuantes na atenção básica, busquem no ACS um reforço de suas ações. Um exemplo disso é o Curso Seqüencial de Agentes Comunitários de Saúde, que vem sendo realizado em Sobral, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, mencionada anteriormente.

Embora essa estratégia tenha se revelado muito importante para ampliar as ações de saúde, essa expectativa quanto à colaboração do ACS corre o risco de sobrecarregar esses profissionais com atividades tantas e tão diversas. No entanto,

constatou-se na pesquisa que os agentes de saúde, apesar de relatarem a sobrecarga de atividades que lhes são atribuídas, admitem ser muito importante colaborar com o tratamento fisioterapêutico. Revelam com essa atitude uma preocupação genuína com as pessoas que acompanham.

Desde o princípio da pesquisa, o grupo de pesquisadores teve o cuidado de estabelecer limites claros entre o que podia ser a participação do agente e o que era papel exclusivo do fisioterapeuta, tanto para eles quanto para os usuários e familiares. Procurou-se definir o que poderia ser ensinado nos treinamentos para os ACS considerando as competências e habilidades necessárias. Havia ciência de que essa era uma questão delicada e de grande importância, para que não fosse formulada uma capacitação demasiado pretensiosa, exigindo-se do agente atribuições que não lhe são próprias e para as quais eles não estão preparados. Toda a ação de capacitação dos agentes se deu no sentido de orientá-los quanto à realização dos mesmos exercícios que são orientados ao próprio usuário e quanto aos cuidados com a postura. Buscou-se assegurar, desse modo, que não houvesse dúvidas do papel que lhes cabia nessa atividade.

Entretanto, ficou evidente, na recusa de um dos usuários em aceitar a ajuda da ACS para realização dos seus exercícios, uma incompreensão do papel da agente no seu tratamento e da importância das orientações para a continuidade do mesmo. Ele não aceitava a participação da agente por supor que ela iria substituir a atuação do estudante e que o resultado em termos de seu tratamento não seria o mesmo. Esse senhor colocava grande expectativa de evolução do tratamento na presença do fisioterapeuta. É natural que isso ocorra; sabe-se, contudo, que por mais competente que o profissional seja na execução dos procedimentos terapêuticos, o empenho e o esforço da pessoa em tratamento são elementos decisivos na recuperação. Esperava-se, nessa pesquisa, que o agente de saúde pudesse ter esse papel de incentivar o usuário na realização dos exercícios que lhe foram orientados.

Salienta-se, assim, que a aceitação da colaboração do agente de saúde pela família depende da clareza que se tenha a respeito do papel desse profissional na reabilitação e também da relação de confiança que esse agente estabelece com a família. Verificou-se que as explicações a respeito da colaboração do agente de saúde não foram suficientemente claras para a família, gerando uma expectativa que não poderia ser correspondida, ou o receio de que este viesse a substituir a participação do estudante de

fisioterapia. É necessário que o ACS esteja bem treinado e se sinta seguro para fazer o acompanhamento.

As colocações feitas pelos usuários acerca das dificuldades que enfrentam para realizar os exercícios orientados pelos estudantes de fisioterapia, fortaleceram a compreensão de que é necessário um incentivo constante para otimizar o tratamento, tanto através de um familiar que possa dar suporte, quanto através do agente de saúde. Este último, por sua vez, incentiva, não apenas ao usuário, mas também à sua família. Percebe-se que no cotidiano do processo de reabilitação, surgem dúvidas na realização dos exercícios, que o agente de saúde, por ser uma presença constante na comunidade, pode ajudar a esclarecer e reforçar as orientações, contribuindo para que as pessoas em tratamento possam realizar os exercícios de forma mais regular. Além disso, existem situações em que o usuário necessita de ajuda para a realização dos exercícios e nem sempre pode contar com a colaboração de um cuidador da família. Todos esses fatores reforçam a importância da contribuição do agente de saúde na reabilitação, como também nas atividades de promoção e manutenção da saúde, como foi proposto no trabalho desenvolvido por Ceccato (1991) citado anteriormente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns municípios brasileiros, particularmente os que estão mais avançados na implantação da estratégia saúde da família, têm buscado formas de disponibilizar o cuidado fisioterapêutico em suas rotinas. Não é uma construção institucional fácil, pois os recursos disponíveis são restritos e os profissionais de fisioterapia não têm tradição de trabalho em serviços básicos de saúde. Estratégias que possam viabilizar as ações fisioterapêuticas nesse nível de atenção à saúde têm sido adotadas. Em muitas delas, a participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) tem se revelado fundamental como forma de ampliar esse cuidado, tanto no tocante à detecção precoce de pessoas com necessidade de cuidados fisioterapêuticos, quanto no envolvimento dos agentes de saúde no tratamento, a exemplo do que vem acontecendo com outros cuidados em saúde.

Essas experiências têm sinalizado que a participação dos agentes comunitários de saúde no tratamento de pessoas em processo de reabilitação pode intensificar as ações terapêuticas, face à demanda que existe e ao reduzido número de profissionais disponíveis para dar conta das diversas atividades na atenção básica. Nesse sentido, a

preparação de agentes de saúde e familiares de forma integrada ao trabalho dos fisioterapeutas, tem grande potencial para ampliar as ações realizadas, podendo conferir mais qualidade ao tratamento, uma vez que a participação do ACS, estimulando a realização das orientações dadas, pode contribuir para que o tratamento seja realizado de forma mais contínua. O fato de que o agente de saúde tem um conhecimento da realidade social e familiar do sujeito em tratamento é um dado importante, pois favorece a adequação dos procedimentos à disponibilidade e às necessidades dos indivíduos.

Todavia, os resultados dessa pesquisa apontam algumas dificuldades que precisam ser superadas a fim de que a participação do agente de saúde seja realmente efetiva junto ao trabalho dos fisioterapeutas.

Registrou-se que a despeito do empenho dos pesquisadores em delimitar o papel do agente de saúde, houve pouca clareza por parte dos usuários quanto a esse papel. Considerando-se o fato de que no contexto geral da atenção básica há grande demanda por atendimento fisioterapêutico, o que gera expectativa por uma atenção individualizada e sistemática que nem sempre é possível, impõe-se a necessidade de delimitar mais explicitamente o que cabe ao ACS na atuação integrada ao fisioterapeuta, tanto para os agentes de saúde, quanto para os usuários.

Outra questão que também se evidenciou fortemente na pesquisa foi a insuficiência do treinamento para que o ACS realizasse as orientações, bem como, as limitações desses profissionais, mesmo sabendo-se que as orientações que lhes foram dadas estão no mesmo nível das orientações dadas à família. Destaca-se a necessidade de que sejam oportunizadas ações de capacitação mais sistemáticas e que os agentes de saúde tenham a oportunidade de acompanhar o trabalho de orientação realizado pelo fisioterapeuta, de modo que ele possa desenvolver melhor as habilidades necessárias para reforçar as orientações,

Em alguns casos, a relação entre o agente de saúde e a família não tinha uma base de confiança que favorecesse a aceitação da colaboração deste profissional nas ações de tratamento, seja devido à avaliação que essa família fazia do desempenho do ACS em suas funções, seja devido à insegurança revelada pelo profissional.

Constata-se, então, que a aceitação da participação dos agentes no tratamento por parte do usuário, depende da compreensão acerca do papel que cabe ao ACS nesse processo, da relação que o agente estabelece com a família e da segurança que ele transmite para o usuário. Sob o ponto de vista do usuário e sua família a participação do ACS, nessa pesquisa, não foi valorizada por todos, pois entendiam essa participação

como uma substituição ao acompanhamento do estudante de fisioterapia, quando na realidade representou uma tentativa de assegurar a realização das orientações feitas.

A demanda por atenção fisioterapêutica na atenção básica tem se apresentado de modo crescente. Isso vem se revelando mais fortemente com a expansão da Estratégia Saúde da Família, que vem colocando a assistência à saúde mais próxima da população, fazendo emergir novas demandas em saúde e gerando a necessidade de que outros profissionais se agreguem ao trabalho das equipes atuantes. Nesse contexto, algumas possibilidades têm sido discutidas no sentido de ampliar as equipes inserindo-se aí, a viabilidade da assistência fisioterapêutica na atenção básica.. Ainda não está bem definido o modo como essa assistência será possibilitada; predomina, porém, o entendimento de que ela pode se dar através de equipes matriciais ou de núcleos vinculados às equipes de saúde da família. Em ambas situações, o profissional ficará responsável pelo acompanhamento das pessoas em uma determinada área de cobertura territorial, que corresponde ao um número de equipes de saúde da família.

Embora este seja um ponto de partida importante no sentido de ampliar a assistência fisioterapêutica e assim facilitar o acesso à mesma, isso exigirá dos profissionais uma reorientação das ações fisioterapêuticas no intuito de que elas possam ter eficácia. Considerando-se o elevado número de pessoas sob seus cuidados, a necessidade de desenvolver ações de promoção, proteção e manutenção da saúde, além das ações de reabilitação, faz-se mister traçar objetivos e metas de ação exeqüíveis nesse cenário e a adotar estratégias que possibilitem a realização das ações,

A colaboração dos agentes comunitários de saúde com o trabalho desses profissionais certamente será de grande valia e poderá representar uma forma de assegurar a continuidade das ações programadas pelo fisioterapeuta. Diferentemente da proposta da Reabilitação Baseada na Comunidade tal como consta no Guia de Deficiências e Reabilitação Simplificada da CORDE (WERNER, 1994), não se trata de transferir a responsabilidade do tratamento fisioterapêutico para os ACS. Propõe-se, outrossim, a contar com sua colaboração na realização de ações mais simples, tais como o acompanhamento às orientações dadas ao usuário e sua família e a propagação de informações referentes aos cuidados com a saúde.

Vale salientar, contudo, que mesmo implementando ajustes para atuar nesses núcleos ou equipes, será impossível ao fisioterapeuta atender minimamente a demanda de assistência que existe na atenção básica, sem um trabalho integrado com outros profissionais que estarão atuando nesses núcleos, de forma interdisciplinar,

compartilhando atribuições e buscando caminhos de superação da lógica fragmentada que impera na formação acadêmica. A fisioterapia terá que repensar sua prática nos serviços de atenção básica, sob pena de que as ações não consigam obter qualquer impacto sobre as condições de saúde da população assistida, prestando-se, outrossim, para reafirmar a concepção de que o acesso aos serviços de fisioterapia deve se dar em níveis de atenção secundária e terciária, perpetuando, assim, a dificuldade de acesso das pessoas a esse tipo de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

CECCATO, M. W. *et al*. O papel do fisioterapeuta na atenção primária à saúde em comunidade de baixa renda. **Fisioterapia em** Movimento, Curitiba, v. 4, n.2, p. 56-67, 1991.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – CREFFITO-5ª. Região**. Leis e Atos Normativos das profissões do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional.** Resolução no. 80 de 09 de maio de l987. 3. ed. Rio Grande do Sul: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - 5ª Região, 2004.

MODELO de atenção voltado à família. **O COFFITO,** Brasília, p.14-17, mar.2001.

PROJETO Qualis: equipe multiprofissional no PSF paulistano. **O COFFITO,** Brasília, p. 20-26, dez. 2002.

SMILKSTEIN, G *et al.* O Papel dos fisioterapeutas na atenção primária da saúde nos países em desenvolvimento. **Revista ABF,** Rio de Janeiro, v. 2, n. 4: p. 13-18, 1985.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia. Disponível em < www.esf.org.br. > Acesso em: maio 2002.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.

VASCONCELOS, E M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

WERNER, D. **Guia de deficiências e reabilitação simplificada**: para crianças e jovens portadores de deficiência, famílias, comunidades, técnicos de reabilitação e agentes comunitários de saúde. Brasília: CORDE, 1994.

Submissão: abril de 2007
Aprovação: outubro de 2007