

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Karen Christina Rodrigues Dos Santos

**FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA FORMA PREVENTIVA
DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL**

**PORTO ALEGRE
2012**

KAREN CHRISTINA RODRIGUES DOS SANTOS

**FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA FORMA PREVENTIVA
DE ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Paulo Albuquerque

Tutor orientador: Liége Adamski

**PORTO ALEGRE
2012**

*Aos meus pais, Airton e Elza,
pelo incentivo;
A meu esposo, Marcos, e filha, Christieli,
pela compreensão e paciência
nas horas em que minha atenção esteve voltada para os estudos.*

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas que estiveram presentes em minha vida desde a alfabetização até os dias atuais, seria impossível listá-las somente nessa página. Dessa forma, agradeço a todas as pessoas que contribuíram, das mais diversas maneiras, para a minha formação acadêmica e pessoal.

Agradeço à família e aos amigos pelo apoio durante todo o período do curso. Agradeço ao Professor Paulo Albuquerque, por me orientar e estar sempre presente quando solicitado. Agradeço à Tutora Liége Adamski, por mediar todo o processo de elaboração do TCC junto ao orientador e por ,muitas vezes , auxiliar-me nas dúvidas. Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de aperfeiçoar meus conhecimentos. Agradeço aos colegas de curso, apesar da distância, sempre unidos nas dificuldades.

Agradeço às amigas: Julia Senger e Elenise Soares pela ajuda prestada. Agradeço aos usuários do Sistema Único de Saúde e à Equipe da Estratégia de Saúde da Família de Dom Pedrito/RS, pois sem eles não seria viável a realização desse trabalho.

A Deus, sempre presente.

RESUMO

Em busca de uma mudança na visão do profissional fisioterapeuta, apontando para a atuação interdisciplinar como forma de promover a assistência integral começando pela prevenção, o presente trabalho destina-se a propor uma forma diferenciada de atuação do fisioterapeuta, aproximando-o da comunidade usuária do SUS, na atenção básica, como forma de contribuir para a assistência integral desses pacientes, bem como, apresentar um breve perfil epidemiológico dos distúrbios osteomioarticulares mais comuns na unidade de saúde. O estudo, de caráter qualitativo e quantitativo, foi realizado utilizando como metodologia a aplicação de um questionário para sujeitos selecionados da demanda diária da ESF. As perguntas referem-se ao atendimento da equipe, à satisfação quanto à marcação de consultas e à possibilidade de haver acesso ao fisioterapeuta pelo menos uma vez na semana, para esclarecimentos e orientações. Dezoito sujeitos foram selecionados, de acordo com os dados coletados e pode-se afirmar que os usuários estão satisfeitos com o atendimento no posto e mostraram-se muito receptivos com a presença do fisioterapeuta. Os dados relacionados aos distúrbios osteomioarticulares retrataram que 59,21% sofrem de dores na coluna. Baseado nessas informações, constata-se a importância da realização de estudos prévios sobre a realidade local, planejando de forma a contemplar as necessidades dos usuários, através de políticas públicas preventivas, que sejam efetivas eficazes e eficientes.. E ainda investir na formação continuada dos profissionais de saúde, em especial o fisioterapeuta, deixando o ambiente ambulatorial de média complexidade, para atuar na atenção básica, como agente de ações preventivas e educativas.

Palavras-chave: fisioterapia, prevenção, atenção básica.

ABSTRACT

In search of a change in view of the physical therapist, pointing to the interdisciplinary approach as a way to promote the whole health care beginning with prevention, this paper aims to propose a different way the role of a physiotherapist, approaching it from the user community SUS, in primary care as a way to contribute to the whole care of these patients. As well as providing a brief epidemiological profile of musculoskeletal disorders more common in the health unit. The study is qualitative and quantitative methodology to be carried out using as a questionnaire for subjects selected from the daily demands of the ESF. The questions are related to team care, satisfaction with the appointments and the possibility of having access to physical therapist at least once a week to receive clarification and guidance. Eighteen subjects were selected according to the data collected, it can be stated that the users are satisfied with the service at the station and were very receptive to the presence of the physiotherapist. Data related to musculoskeletal disorders portrayed that 59.21% suffer from back pain. Based on this information it is clear the importance of conducting studies on the local reality, planning to take account of the needs of users, through preventative public policies that are effective effective and efficient .. And invest in continuing education of health professionals, particularly physiotherapists, leaving the outpatient setting of medium complexity, to work in primary care, as agent for preventive and educational actions.

Keywords: physical therapy, prevention, primary care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Gráfico Sujeitos Entrevistados

FIGURA 2- Gráfico Distúrbios Osteomioarticulares

FIGURA 3- Gráfico Satisfação Marcação de Consultas

FIGURA 4- Gráfico Satisfação Acesso ao Fisioterapeuta

LISTA DE ABREVIATURAS

ESF	Estratégia de Saúde da Família
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação.....	10
Introdução.....	11
1. Políticas Públicas.....	13
2. Programa de Saúde da Família.....	16
3 . A integralidade da assistência à saúde: limites e possibilidades.....	19
4. Núcleo de apoio à saúde da família.....	22
5. Metodologia.....	26
6.O Fisioterapeuta em Dom Pedrito.....	28
7. Discussão.....	34
Considerações finais.....	36
Referências.....	38
Anexos	
1. Anexo I.....	41
2. Anexo II.....	42
3. Anexo III.....	43

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho destina-se a propor uma forma diferenciada de atuação do fisioterapeuta, aproximando-o da comunidade usuária do SUS, na atenção básica, como forma de contribuir para a assistência integral desses pacientes.

Entende-se que seja importante, através de trabalhos práticos como esse, propiciar ao gestor em saúde outra visão de determinada realidade, para que este pense em formas diferentes de abordagem, contemplando o sistema de saúde com políticas públicas de prevenção.

Ao propor uma política pública voltada para a atenção básica para oferecer uma assistência antes restrita ao ambiente ambulatorial faz-se necessário o incentivo à educação continuada de forma a preparar esse profissional para os novos desafios, uma vez que a organização de seus procedimentos será voltada para promoção da saúde e ações educativas, não somente voltadas à reabilitação.

Todo esse esforço visa diminuir o fluxo de usuários nos níveis de média e alta complexidade, identificando fatores que permitam aproximar o profissional da comunidade local e incentivando a prevenção.

Outro fator importante a ser investigado é o perfil epidemiológico dos agravos osteomioarticulares que acometem a população assistida pelo programa, e, desta forma, contribuir com informações valiosas que direcionem o trabalho da equipe de saúde.

A seguir, para facilitar a leitura, apresenta-se uma breve introdução e o arcabouço teórico que fundamenta a pesquisa. Na primeira parte, os esclarecimentos sobre políticas públicas; na segunda parte, os conceitos sobre a Estratégia de Saúde da Família - destaque entre os programas de governo com bons resultados em Dom Pedrito. Na terceira parte, enfatiza-se a integralidade da assistência à saúde por ser um princípio fundamental, tanto do Sistema Único de Saúde como de qualquer política pública. Na quarta parte, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família como complemento importante na assistência, e, por fim, a metodologia e a apresentação dos dados da pesquisa seguidos da discussão e considerações finais.

INTRODUÇÃO

Partindo de um olhar com bases na gestão dos serviços de saúde, em que o gestor deve seguir alguns princípios administrativos, como eficiência, eficácia e efetividade, surgiu a ideia da realização deste trabalho, na busca para a resposta da seguinte questão: Quais os benefícios da atuação do fisioterapeuta em ações preventivas na atenção básica?

A distância que há entre o profissional fisioterapeuta, inserido numa realidade hospitalocêntrica e ambulatorial, e a assistência na atenção básica foi o estopim para a realização dessa pesquisa, evidenciado pelas longas listas de espera para atendimento e falta de adesão dos pacientes ao tratamento prescrito.

A evolução da assistência à saúde trouxe novos conceitos como atuação multidisciplinar e transdisciplinar, em que os profissionais atuam cada qual na sua área, porém sempre mantendo contato com os demais, visando à atenção integral ao indivíduo. Seguindo esse pensamento sugere-se que o fisioterapeuta participe desse novo modelo assistencial, repensando sua atividade, adequando-a para a realidade local da unidade de saúde onde irá atuar, aceitando esse desafio como forma de crescimento profissional.

O principal objetivo da pesquisa foi propor uma forma diferenciada de atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde na Unidade Básica de Saúde onde funciona o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia da Saúde da Família (ESF) em Dom Pedrito. Os objetivos específicos foram identificar fatores que permitem aproximar o profissional da comunidade local, construindo a relação terapeuta-paciente e incentivar a prevenção apresentando o perfil epidemiológico dos agravos osteomioarticulares.

Esta proposta justifica-se pela necessidade de tornar frequente a presença do fisioterapeuta nas unidades básicas de saúde como forma de contribuir para a efetividade do tratamento proposto pelo médico através do esclarecimento ao usuário. Sendo assim, a aproximação da comunidade com este profissional, na unidade básica de saúde, poderá refletir nos resultados previstos no tratamento, acelerando o processo de reabilitação ou cura.

Maximizando esforços, diminuindo custos e alcançando resultados, ou seja, eficiência, eficácia e efetividade, conceitos que não são equivalentes, mas devem coexistir nas ações da administração pública.

O atendimento desse profissional na unidade básica de saúde servirá como uma forma de triagem para as unidades de reabilitação física do município, traçando o perfil epidemiológico, através do rastreamento de agravos osteomioarticulares, otimizando a assistência aos usuários que necessitam de tratamento fisioterapêutico e contribuindo para o planejamento das ações na unidade de saúde e na articulação com a rede assistencial.

Em diversos municípios do Brasil, isso já acontece, pois nas unidades ESF há o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta pelos demais profissionais de saúde que oferecem suporte às ações realizadas na unidade de saúde e junto à comunidade.

A seguir, algumas considerações acerca das políticas públicas, esclarecendo sobre sua história e sua estrutura.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS

Para melhor compreensão, faz-se necessário conhecer alguns aspectos sobre as políticas públicas, surgimento e finalidades na melhoria dos diversos setores que compõe a gestão pública.

Surgiu nos anos 30 e, inicialmente, não era considerada uma ferramenta de gestão. De acordo com Souza (2006), a política pública enquanto área de conhecimento e disciplina acadêmica nasce nos EUA, rompendo ou pulando as etapas seguidas pela tradição europeia de estudos e pesquisas nessa área, que se concentravam, então, mais na análise sobre o Estado e suas instituições do que na produção dos governos.

Nas últimas décadas, o termo “políticas públicas” tornou-se comum, difundida pelos meios de comunicação, porém parece ser compreendida pela população em geral. Teixeira (2002) define de forma clara que “Políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

Uma política pública, como processo, é basicamente composta por cinco fases:

Definição da agenda política: lista de prioridades inicialmente estabelecidas, às quais o governo deve dedicar suas energias e atenções, e entre as quais os atores lutam arduamente para incluir as questões de seu interesse (RUA, 2009).

Formulação da política: De acordo com Cavalcante (2009), a formulação compreende a fase na qual se define a estratégia geral de uma dada política pública (objetivos, metas, recursos, entre outros), ou seja, é a fase do desenho de um programa.

Implementação: é toda a estruturação tanto de recursos humanos como financeiros, entre outros, necessária para realização de uma política pública.

Monitoramento e Avaliação: tem por função primordial supervisionar o processo de implementação de políticas, programas e projetos, de forma a garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações governamentais (HEILBORN, ARAÚJO e BARRETO, 2011).

As políticas públicas são resultados de reivindicações de movimentos sociais, esses atores se organizam, dão visibilidades para suas propostas de forma a inseri-las na agenda política, com isso participam de toda formulação, implementação. Mas, estes devem ser muito atuantes no monitoramento e avaliação dessa política, para tanto, cada ator social deve ter o mínimo conhecimento sobre gestão pública para ser guiado por seus princípios, cada um com seu significado próprio, mas que coexistem e se complementam tanto de forma organizativa como ética.

Garcia (2004) afirma que a promulgação da Constituição de 1988 significou a consubstanciação das conquistas desses movimentos sociais, dentre as quais se destacam as dos sanitaristas e as dos gestores das administrações públicas comprometidos com a probidade, eficiência, eficácia e efetividade dos gastos públicos.

Para melhor entendimento seguem algumas definições sobre esses três princípios:

Eficácia é a relação entre alcance de metas e tempo ou, em outras palavras, é grau em que se alcançam os objetivos e metas do programa, em um determinado período de tempo, sem considerar os custos implicados. Eficiência é a relação entre custo e benefícios, onde se busca a minimização do custo total para uma quantidade de produto, ou a maximização do produto para um gasto total previamente fixado (CUNHA, 2006).

Castro (2006) define que a efetividade, na área pública, afere em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população. Ou seja, ela é mais abrangente que a eficácia, na medida em que esta indica se o objetivo foi atingido, enquanto a efetividade mostra se aquele objetivo trouxe melhorias para a população visada.

Os profissionais e atores sociais envolvidos no jogo político devem ter bem claro que a política pública é um instrumento para melhoria das condições, sejam sociais, educacionais ou de saúde, de um coletivo em que eles estão igualmente inseridos, dessa forma não há justificativa para abandonar seus propósitos no meio do processo. As fases de monitoramento e avaliação são momentos de intensa participação popular que, através de indicadores, promovem os ajustes e novos rumos da ação.

Um exemplo de política pública presente no SUS é a Estratégia de Saúde da Família, que surgiu como programa, com o objetivo fundamental de prevenção, levando à população local a assistência de acordo com suas reais necessidades.

2. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos (DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2011)

Segundo Costa Neto (2000) a Unidade de Saúde da Família deve se constituir no primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, isto é a "porta de entrada" do sistema. Ela tem que ser resolutiva, com profissionais capazes de assistir os problemas de saúde mais comuns, de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral. Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. Assim, fazem-se necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens individual, da família e da comunidade, para que ocorra, de fato, a efetiva implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

O destaque da ESF é a prevenção como forma de diminuir as filas nas unidades de saúde. A equipe, ao realizar as visitas domiciliares, aproxima-se dos usuários antecipando ações, como marcação de consultas e outras orientações pertinentes.

Sendo assim, torna-se fundamental a formação continuada dos profissionais da equipe de Saúde da Família e de apoio, capacitando os profissionais que já estão atuando na atenção básica para que estes consigam adequar suas práticas dentro na nova proposta assistencial.

Outro espaço importante para expandir as diretrizes do PSF é o acadêmico, a graduação ainda está muito voltada para a formação do profissional no aspecto

curativo e reabilitador, tornando o egresso um mero executante de procedimentos técnicos, na maioria das vezes despreparado para as reais condições de trabalho.

O ESF possui uma diversidade de possibilidades de ações desde os procedimentos básicos de exame clínico até as palestras educativas e ações conjuntas com a comunidade e outros setores da administração pública. É uma estrutura física e organizacional voltada para a comunidade, ao mesmo tempo uma fonte para produções científicas e planejamento para a gestão pública.

A equipe de Saúde da Família é uma parceira da comunidade local e passou a ser um espaço de interação social, onde os usuários manifestam seus anseios e necessidades, uma constante conquista de confiança e credibilidade, não há somente o cuidado com a saúde física e mental dos indivíduos, mas um envolvimento com as questões socioeconômicas, de habitação e infraestrutura em geral, aspectos que influenciam no bem-estar da comunidade, contemplando o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde: Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doenças.

Brasil (2008b) reafirma que as ESF devem estabelecer vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população adstrita por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença que os acometem ou poderão os acometer; do acolhimento; e, do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo.

De acordo com Avolio (2007) a Estratégia Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios, pois desde o seu início vem apresentando um crescimento expressivo, principalmente, nos últimos anos.

Esse fato se comprova pela expansão dos cursos de Pós-graduação em Saúde da Família oferecidos por diversas instituições. Quando ocorrem em instituições de ensino públicas, o gestor tem a oportunidade de disponibilizar para seus profissionais essa formação, para tanto a exigência da instituição é a emissão de uma declaração comprometendo-se a aderir à Saúde da Família, ou seja, o local onde os profissionais atuam torna-se uma unidade ESF.

O ESF possui algumas características baseadas nos princípios do SUS: Integralidade, Hierarquização, Territorialização, Adscrição da Clientela, Equipe Multiprofissional, Caráter Substitutivo, este último refere-se ao foco assistencial que deixou de ser meramente curativo, passando a preventivo.

Esse modelo proposto tem como objetivo principal a integralidade da assistência à saúde, o indivíduo que procurar o serviço será visto como um ser na sua totalidade, não somente uma queixa. Outro ponto importante é conhecer a realidade da comunidade em que a equipe está inserida, somente assim as ações podem ser mais efetivas. Essa visão integral facilitará a melhor condução dos procedimentos no processo saúde-doença.

3. A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES

De acordo com Albuquerque e Carvalho (2009) desde a sua criação o até os dias atuais, observa-se que o Programa Saúde da Família (PSF) evoluiu bastante em vários aspectos como: expansão, adesão da comunidade, produção científica, surgimento de novas estratégias para os antigos problemas da comunidade e mudanças nas práticas dos profissionais atuantes.

Para tanto, as universidades brasileiras participam ativamente através da criação de Polos de Capacitação, financiados pelo Ministério da Saúde, o que tem provocado debates e revisão dos currículos dos profissionais da área da saúde. Observa-se que, além da resolutividade, esses profissionais também estabelecerão vínculos de compromisso e responsabilidade com a população adscrita. Nesse sentido, um dos grandes desafios do atual Sistema de Saúde é a diminuição da internação hospitalar e um equilibrado atendimento à população, pois, o atendimento domiciliar é tendência cada vez mais aceita. Isso irá proporcionar conforto ao doente e à sua família, além de diminuir os custos hospitalares. Significa, portanto, mudança cultural da população e dos profissionais de saúde (ROSA E LABATE, 2005).

Visando à integralidade na assistência à saúde é necessária uma transformação na formação acadêmica, não somente dos fisioterapeutas, mas de todos os cursos de graduação da área da saúde. É preciso que esses profissionais sejam inseridos na sua realidade local, capacitados para o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), preparados para outra faceta das suas atribuições, voltada para a promoção da saúde, concordando com Ragasson et al (2003) que para atender às novas políticas de saúde, fazem-se necessárias mudanças na formação destes recursos humanos, adaptando-os à nova realidade do “tratar em saúde”. Trata-se de um processo de transformação complexo, que deve iniciar-se durante a graduação e manter-se como um processo de educação continuada após a inserção deste profissional no mercado de trabalho.

O ensino de graduação tem de ter claro e realizar com competência e cuidado uma tarefa importante: estabelecer “a ponte” entre as necessidades da realidade, as características da atuação profissional e o conhecimento que permitem entender e desenvolver a multiplicidade de aspectos e determinantes envolvidos, não só com a

realidade em relação à qual o profissional atua, mas também à atuação do profissional diante dessa realidade (REBELATTO e BOTOMÉ, 1999).

Os conhecimentos necessários aos profissionais, em especial o fisioterapeuta, não se restringem à parte técnica e clínica, é fundamental interar-se das condições socioeconômicas e, ainda, conhecimentos antropológicos, sociológicos, relações de raciais e de gênero, muito presentes na sociedade e que influenciam nas atitudes dos indivíduos.

Paim e Almeida Filho (1998) questionaram sobre que conteúdos devem ser privilegiados. Se o campo de conhecimento da saúde pública é tão amplo que não comporta um tipo único de profissional para atuar nas instituições e serviços, qual o núcleo básico de conhecimentos e habilidades que deverá compor o novo perfil profissional num contexto que incorpora novos atores para o seu âmbito de ação, exigindo capacidade de negociação, agir comunicativo e administração de conhecimentos?

O fisioterapeuta que se propõe a atuar na saúde pública, mais precisamente, na rede de atenção básica, porta de entrada do sistema de saúde, deve dedicar-se a ações preventivas e procurar conhecimentos sobre gestão da saúde, para uma atitude mais abrangente frente aos demais profissionais e principalmente, ao usuário do serviço de saúde, mostrando que cuidar vai mais além de reabilitar, é orientar, prevenir.

Castro, Cipriano Junior e Martinho (2006) afirmam que a fisioterapia guarda profundas ligações com a filosofia multiprofissional reinante no Programa de Saúde da Família uma vez que, por natureza, já é uma ciência que frequentemente trabalha em conjunto com outros profissionais da área da saúde. Justificando a presença desse profissional também na atenção básica, porta de entrada do sistema de saúde, onde poderá através de ações preventivas “desafogar” as filas de espera no atendimento ambulatorial dos centros de reabilitação física. Concordando com a pesquisa de Albuquerque e Carvalho (2009) que existe uma demanda efetiva para a fisioterapia e uma cobertura aquém desta demanda.

Porém, observa-se que ainda é rara a presença do fisioterapeuta em unidades básicas, há certo bloqueio derivado da formação básica desse profissional, que infelizmente não acompanhou as mudanças ocorridas na saúde, modela-se para atuar em média complexidade em ambiente ambulatorial e hospitalar, como caminho único a ser seguido, tanto é que nos currículos de graduação há somente

uma disciplina que se dedica a explorar o tema “saúde pública” como simples detalhe para complementar o conhecimento. Quando se depara com a possibilidade de atuar na atenção básica, sente-se incapacitado, fora do modelo para o qual foi preparado.

Para tanto, foi criado o NASF com o propósito de agregar profissionais de apoio para atender os pacientes da ESF, levando para a comunidade a assistência tradicionalmente ambulatorial, desafiando os profissionais a procurar novas maneiras de prestar seus serviços.

4. NUCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2006 com a proposta de inserção de outros profissionais na atenção básica, apoiando a equipe de saúde da família na integralidade da atenção.

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de PSF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais do PSF e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe de SF (BRASIL, 2010a).

Para tanto, esses profissionais (psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos) necessitam de informações para aprender de que forma realizar sua abordagem ao paciente no ambiente da unidade básica ou atendimento domiciliar.

Da mesma forma, essa nova perspectiva deve ser trabalhada na graduação, não somente na teoria, mas nos estágios curriculares que servem como laboratório para o mercado de trabalho. Os futuros profissionais devem ser incentivados a fazer parte do novo modelo assistencial, tendo como objetivo a integralidade do paciente e priorizando a prevenção.

Bispo Junior (2010) afirma que diante dos novos desafios da sociedade brasileira, com profundas mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde, surge a necessidade do redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia, que deveria aproximar-se do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Esse

redimensionamento do objeto de intervenção e da *praxis* profissional conduz às mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do profissional fisioterapeuta.

De acordo com Resende e Gomes (2009) tal situação social torna evidente a necessidade de discutir a formação dos profissionais da saúde, que deveriam contemplar o sistema de saúde vigente no país, a integralidade das ações em saúde e o trabalho em equipe, sempre acompanhando as demandas sociais, além de instruir as relações entre as instituições de ensino e as estruturas de gestão (práticas gerenciais e organização da rede), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e de educação popular), e os serviços de atenção a saúde (profissionais e suas práticas). Torna-se um novo objetivo para as Universidades a integração Ensino-Trabalho-Cidadania, e não mais o Ensino-Serviço ou Ensino-Serviço-Comunidade.

As possibilidades de atuação do fisioterapeuta caminham para sua adequação à política pública de saúde preconizada pelo SUS, onde a valorização da prevenção e promoção de saúde, assim como a busca da equidade e maior resolutividade dos atendimentos prestados, representa os principais elementos norteadores das ações propostas (RODRIGUES, 2008).

Mudar o foco não significa abandonar as origens e, sim se disponibilizar a analisar novas ideias, aceitar que as mudanças podem ser benéficas, podem ser difíceis no começo, mas com certeza enriquecedoras. No caso dessa temática abordada na pesquisa, é um exercício para o fisioterapeuta, que reorientará seu atendimento, desde o modo como avalia o paciente até suas condutas que serão mais voltadas à promoção da saúde, assim como deve haver um novo olhar do paciente, que encontrará na sua unidade de referência um novo profissional que lhe apresentará novas maneiras de prevenir, conduzir ou resolver suas queixas.

A criação do NASF comprovou que há a necessidade de ampliar a equipe de Saúde da Família e que o fisioterapeuta pode deve ser inserido nesse contexto de promoção de saúde através da prevenção e educação em saúde. Constata-se que tanto a comunidade assistida como a classe de profissionais se beneficiam com o novo modelo assistencial.

De acordo com Brasil (2010b) a possibilidade de formar a equipe do NASF, dentro dos moldes referidos, pressupõe um processo de análise dos gestores juntamente com as equipes de SF e os conselhos de saúde. Antes de definir quais

profissionais farão parte do NASF em cada região, é importante que o gestor coordene um processo de discussão, negociação e análise com as equipes de SF e com a participação social, para definir quais profissionais serão contratados. A participação das equipes de SF e dos representantes da população é fundamental, porque conhecem profundamente as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os temas/situações em que mais precisam de apoio.

Para tanto, o gestor deve estar engajado em melhorar as condições assistenciais. Entretanto, somente vontade de ajudar não é suficiente, é preciso ter conhecimento de gestão, cercar-se de uma equipe preparada para planejar, aproximar-se das comunidades para conhecer cada realidade e quais as necessidades e ainda se valer do Conselho Municipal de Saúde como espaço onde os atores envolvidos expõem suas ideias e surgem contribuições valiosas que ajudam no direcionamento das ações.

Os profissionais que compõem o NASF, além de oferecer suporte à equipe de Saúde da Família, divulgam as atribuições de cada área, proporcionando aos usuários esclarecimentos. Pode parecer estranho que, na atual conjuntura com toda tecnologia e meios de comunicação ao alcance de todos, haja alguém que não saiba as diferenças funcionais entre os profissionais, mas é algo muito frequente.

Sendo assim, torna-se relevante a realização de estudos com o objetivo de identificar as contribuições do fisioterapeuta na atenção básica e traçar perfis epidemiológicos, que poderão nortear as novas práticas de acordo com cada realidade.

Nesse cenário, a sugestão é que o fisioterapeuta se engaje nesse propósito de realizar algo novo, em benefício do coletivo e de si próprio, tanto como usuário do sistema, quanto como profissional atuante. Além da mudança de nível assistencial até então secundário e terciário, seu ambiente e dispositivos de trabalho também irão mudar, bem como atividades em grupo começam a ser preconizadas, porém a modalidade que mais aproximará profissional da realidade dos pacientes é o atendimento domiciliar.

Silva e Coelho (2010) pensam que devido à falta de conhecimento geral das contribuições e até mesmo da área de atuação do fisioterapeuta, faz com que esta pesquisa seja de grande relevância no planejamento de futuras ações em saúde, desde a prevenção até a reabilitação, para que o profissional de fisioterapia exerça sua função de forma plena.

Por todos esses fatores apresentados, principalmente no que se refere aos seguidos pela Saúde da Família, é que essa pesquisa foi organizada, partindo da visão profissional, porém agregando a opinião do usuário do sistema de saúde, através da utilização de um questionário e análise dos prontuários.

5. METODOLOGIA

Essa pesquisa envolveu levantamento bibliográfico, análise documental e questionário que foi aplicado para os sujeitos diretamente relacionados com a temática, os usuários do SUS.

Este estudo que avalia tanto os aspectos qualitativos quanto quantitativos, foi realizado na unidade de saúde Estratégia de Saúde da Família em Dom Pedrito, onde, mediante autorização escrita da Enfermeira Chefe da unidade, foram coletados dados através de aplicação de questionário (anexo II) aos usuários que assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I) antes de participar da pesquisa. Realizou-se, também, coleta de dados dos prontuários para rastreamento dos distúrbios osteomioarticulares, ou seja, agravos que acometem ossos, articulações e músculos.

O questionário, baseado no modelo de Suda, Uemura e Velasco (2009), foi composto de duas partes: a primeira serviu para avaliar a qualidade do atendimento da equipe da unidade de saúde; a segunda, para avaliar a importância de ter acesso aos esclarecimentos do fisioterapeuta antes de ser encaminhado para um serviço de reabilitação. Ao escolher e adaptar o questionário utilizado o pesquisador preconizou que as questões fossem de fácil compreensão.

Foram entrevistados somente indivíduos com idade a partir de dezoito anos de idade, de ambos os sexos, selecionados da demanda diária da unidade. Durante a entrevista foram orientados a pedir esclarecimentos ao pesquisador em caso de dúvida para responder às perguntas. Eles também foram informados que se tratava de uma pesquisa para trabalho acadêmico sem vínculo com a unidade de saúde para evitar possíveis constrangimentos que pudessem induzir respostas.

Os dados foram coletados no período de duas semanas, sem divulgação prévia para a população sobre a realização da mesma, pois não havia pretensão de induzir mudanças no fluxo de pacientes diários.

Antes de responder ao questionário, os sujeitos receberam esclarecimentos sobre seus diagnósticos, como orientações para realização das atividades de vida diária, formas de exercícios e alongamento muscular.

Alguns dados foram originados a partir da observação do profissional, da atuação diária, para dar consistência ao proposto, uma vez que as inquietações do dia-a-dia propiciaram a formulação da pesquisa. Além de coletar dados que vão

subsidiar o trabalho do fisioterapeuta, os dados relacionados ao funcionamento da unidade de saúde, serviram para retratar a realidade do atendimento no que se refere à operacionalidade e qualidade da assistência.

Para complementar foram consultados o Diagnóstico Local de Saúde de Dom Pedrito (2007) e relatórios de produção ambulatorial média e alta complexidade realizados pelo município.

Todas as despesas da pesquisa foram responsabilidade do pesquisador.

6. O FISIOTERAPEUTA EM DOM PEDRITO

A equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, um técnico em enfermagem, um auxiliar de consultório dentário e quatro agentes comunitários de saúde, estes últimos são responsáveis por uma quantidade de famílias superior ao que é preconizado pelo programa. É a única unidade de Saúde da Família no município, estrategicamente localizado em um dos bairros mais extensos e populosos.

A unidade de saúde presta assistência para cerca de 1000 famílias, aproximadamente 3000 pessoas, sendo que algumas famílias ainda não foram cadastradas. Em anos anteriores, os atendimentos eram realizados com poucos ou sem registros. A partir de junho de 2011, com a nova equipe, houve incentivo ao registro de dados, o que proporcionou ter um retrato sobre a situação de saúde do bairro.

Comparando os consolidados de 2010 e 2011, pode-se verificar que as reformulações pelas quais a unidade passou, vieram a contribuir para a alimentação do sistema de informações, pois em 2010 poucas informações foram registradas e, em 2011, o quadro mudou substancialmente.

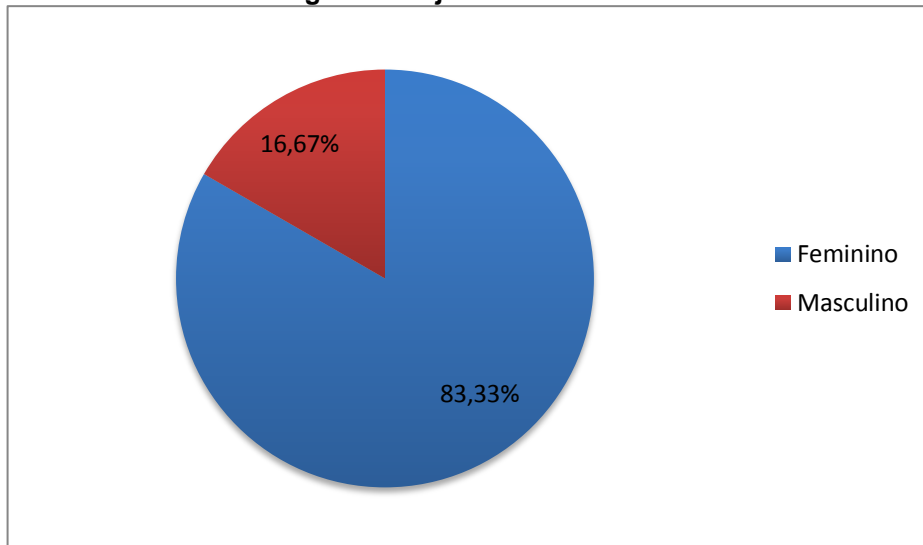
Os prontuários dos usuários da unidade foram consultados com auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, para fazer um levantamento dos distúrbios osteomioarticulares, não contemplados na FICHA A (anexo III) para registro, porém os agentes especificaram no campo destinado às observações, as queixas extras relatadas pelos usuários.

Dentre a amostragem selecionada, quinze eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com idades que variaram de 34 a 82 anos (Figura 1), de baixo nível socioeconômico, apresentando uma diversidade de queixas. Dentre os distúrbios mais comuns estão os relacionados às desordens da coluna, porém relataram a presença de outros agravos como: Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial, Dores musculares, Cefaléias, Tendinite, Alteração no equilíbrio corporal, Depressão, Dores nos Membros Superiores (MMSS) e Membros Inferiores (MMII).

As queixas citadas fazem parte do rol de patologias que podem receber assistência fisioterapêutica. Durante a realização da pesquisa a equipe da unidade manifestou a vontade de formular um grupo de pacientes hipertensos e diabéticos, que será assistido pela equipe e por profissionais de apoio, dentre os quais o

fisioterapeuta, orientando caminhadas e realizando palestras educativas, reafirmando essa ideia a proposta dessa pesquisa.

Figura 1: Sujeitos entrevistados

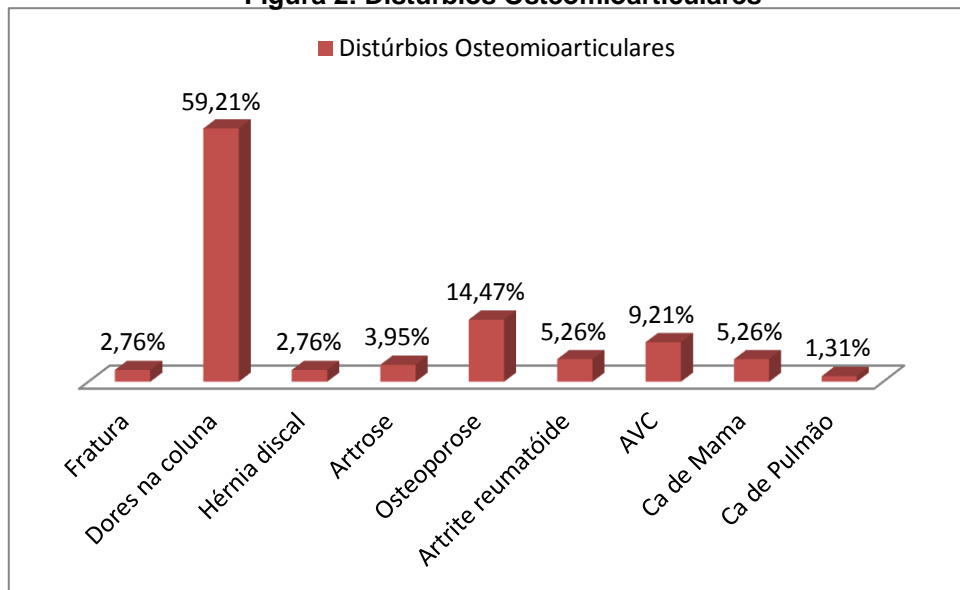


Fonte: Arquivos do pesquisador, 2012.

Foram selecionados 76 prontuários dentre os consultados, indivíduos entre 29 a 93 anos de idade que apresentam distúrbios osteomioarticulares distribuídos nas categorias: dores da coluna, artrose, artrite reumatóide, hérnia discal, fratura, osteoporose, além de outros agravos como seqüela de AVC e Câncer de Mama e Pulmão.

Observou-se que as mulheres procuram mais por assistência à saúde, esse fato não é uma constatação recente, no decorrer da prática diária esse fato é bem frequente e se repetiu nessa pesquisa. Os indivíduos do sexo masculino relataram que tem certa resistência para procurar a assistência médica pelo risco de afastamento das atividades laborais, dados semelhantes foram relatados por Silva e Coelho (2010), onde 72% pacientes eram do gênero feminino e 28% do gênero masculino.

De certa forma as questões culturais que envolvem gênero influenciam nas atitudes dos indivíduos em relação à sua saúde. O cuidado é inerente do sexo feminino, que se preocupa consigo e com a prole, os indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar maior resistência em relação à procura por atendimento por serem culturalmente considerados mais fortes. Principalmente quando se refere à assistência fisioterapêutica, que trata diretamente com o corpo, muitas vezes é um tabu.

Figura 2: Distúrbios Osteomioarticulares

Fonte: Arquivos do pesquisador, 2012.

Os dados relacionados aos distúrbios osteomioarticulares mostram as dores na coluna como diagnóstico mais frequentes realmente dor na coluna é uma queixa muito comum relatada pelos pacientes na clínica, porém é muito genérico, pois é proveniente de diversas causas: musculares, emocionais, neurológicas, etc. para contemplar outras necessidades apontadas pela pesquisa foram contabilizados na figura 2 três agravos que não são osteomioarticulares: Câncer de Mama, Câncer de Pulmão e Acidente Vascular Cerebral, pois se referem a outras áreas de atuação do fisioterapeuta que podem ser orientadas no ESF.

Outro dado que merece destaque é o diagnóstico. Na maioria das vezes, em casos específicos osteomioarticulares, esse diagnóstico não é validado por um médico especialista posteriormente às consultas no ESF, justamente pela dificuldade de acesso às diversas especialidades no município. Essa situação havia sido exposta no Diagnóstico Local de Saúde de Dom Pedrito (2007), ressaltando a traumatologia, neurologia e urologia como especialidades mais necessárias.

O relatório de produção ambulatorial de média e alta complexidade de 2007 do município de Dom Pedrito apresenta cinco mil quinhentos e trinta e dois (5.132) procedimentos de fisioterapia realizados, esse valor representa cerca de vinte (20) atendimentos diários, considerando que a produção, no referido ano, foi gerada por três (03) instituições que oferecem o serviço no município, são aproximadamente sete (07) atendimentos diários em cada instituição.

Diariamente, podem-se constatar filas para atendimento fisioterapêutico em duas das instituições, que responsáveis por atendimento na área de ortopedia e traumatologia, com certeza realizam um número maior do que o registrado pelo relatório, e, segundo relatos de pacientes, um dos motivos de não aderir ao tratamento, pois compromete a qualidade da assistência.

O questionário aplicado possui como respostas: ruim, bom, muito bom, ótimo e excelente. Dezoito sujeitos responderam, avaliando o atendimento da unidade de saúde e o atendimento oferecido pelo fisioterapeuta antes de responder às perguntas. De acordo com os entrevistados o atendimento da unidade de saúde é classificado como ótimo, desde o atendimento da recepcionista até a facilidade de marcação de consultas.

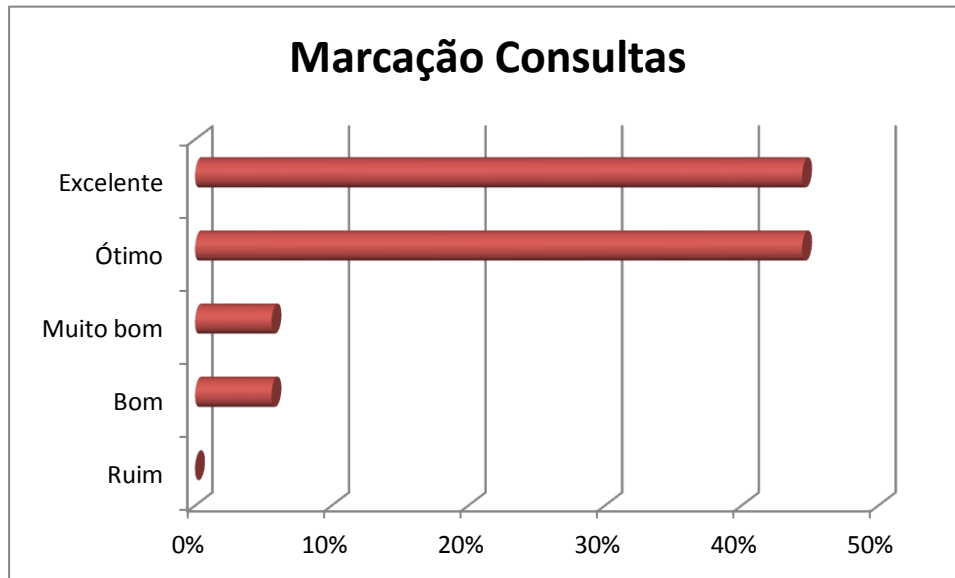
O município possui um telefone gratuito destinado à marcação de consultas diversas, porém há muitas reclamações sobre o funcionamento do mesmo, pode ser um dos motivos dos usuários elogiarem a facilidade em marcar consultas na ESF, pois há resposta imediata e é realizado pessoalmente.

Quando questionados em relação à facilidade para marcação de consulta na unidade de saúde, a maioria respondeu entre ótimo e excelente, conforme a Figura 3:

A premissa da Estratégia de Saúde da família é o acesso às consultas disponíveis na unidade de saúde sem filas de espera, pois uma vez que visitas domiciliares periódicas são realizadas, somente haverá procura pelo atendimento por parte de alguns usuários que realmente dela necessitam, mas não é o que ocorre, nesse caso.

Mesmo assim os usuários consideram que o modo como é realizado atende as suas expectativas, acredita-se que esse fato ocorre em função da localização do bairro, classificado como distante do centro, onde está concentrado o atendimento médico.

Figura 3: Satisfação Marcação de Consultas



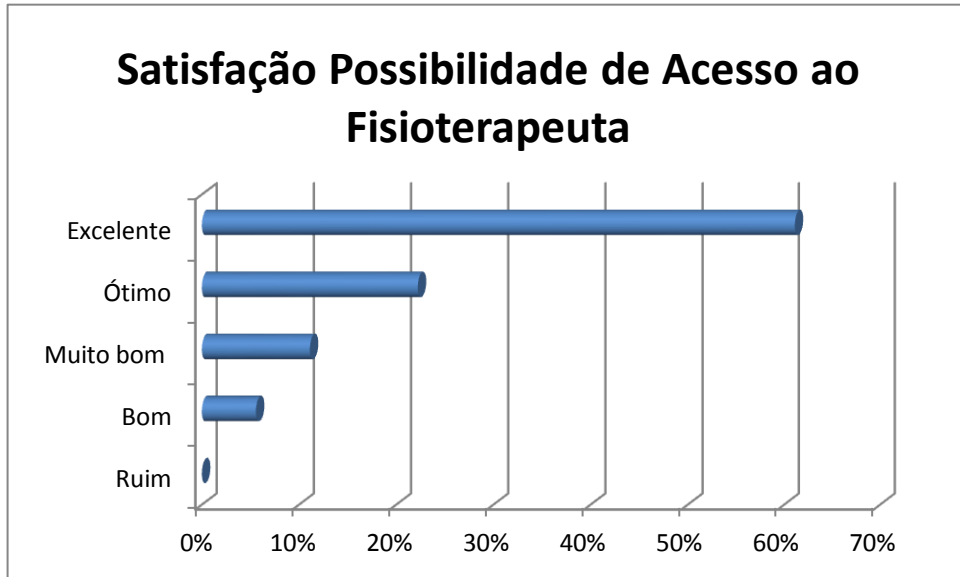
Fonte: Arquivos do pesquisador, 2012.

Ao serem perguntados sobre a possibilidade de ter a assistência de um fisioterapeuta na unidade de saúde, pelo menos um dia da semana para orientar, esclarecer dúvidas e encaminhar para o serviço de reabilitação, quando necessário, os sujeitos responderam de forma positiva, a maioria das respostas escolhidas foi excelente (Figura 4).

Infelizmente o tratamento fisioterapêutico é algo distante da realidade desses usuários, quando necessitam dessa assistência são submetidos à demora no atendimento. Demanda é grande e há pouca oferta de profissionais na rede pública, o atendimento oferecido é baixa qualidade. Mesmo assim, satisfazem-se apenas pelo fato de existir o profissional no município.

Além disso, percebe-se que a população não conhece as atribuições desse profissional, para muitos, a atuação do fisioterapeuta está associada somente aos casos relacionados às deficiências físicas, torna-se, então, complexo pensar como suas contribuições poderão ser aproveitadas numa unidade básica de saúde.

Figura 4: Satisfação Acesso ao Fisioterapeuta



Fonte: Arquivos do pesquisador, 2012.

7. DISCUSSÃO

Analisando os dados pode-se afirmar que a presença do fisioterapeuta na unidade de saúde (ESF) teria aceitação pela maioria dos pacientes, resultado semelhante ao encontrado por Suda, Uemura e Velasco (2009) em que os resultados, referentes às respostas à pergunta sobre o nível de satisfação geral, mostraram um alto nível de satisfação geral, assim como conduta ética e profissional do fisioterapeuta e da equipe em que está inserido mostrou que a relação terapeuta-cliente é um dos principais pilares para se obterem resultados benéficos dentro da conduta realizada.

Na avaliação do atendimento do fisioterapeuta, os sujeitos demonstraram muita receptividade e curiosidade sobre a possibilidade da implantação de uma assistência para orientações e encaminhamento. Não houve respostas negativas quanto à facilidade de marcar consultas na unidade de saúde. Os dados afirmam o quão importante é a reformulação da equipe multiprofissional na atenção básica, através da inserção de profissionais como o fisioterapeuta, que sai do contexto hospitalocêntrico para a realidade da porta de entrada do sistema público de saúde.

Castro, Cipriano Junior e Martinho (2006) afirmam que a inclusão planejada, oficializada e articulada com a equipe multiprofissional do fisioterapeuta junto ao Programa de Saúde da Família traria certamente benefícios tanto ao PSF, em si, como à população adstrita, incrementando a resolutividade e a integralidade do atendimento em saúde, contribuindo para a melhoria dos serviços de saúde. A população teria de fato um serviço capaz de contribuir na prevenção, tratamento e especialmente na reabilitação nas diversas patologias.

Da mesma forma, Braga (2008) diz que o fisioterapeuta, assim como outros profissionais da saúde, está teórico e tecnicamente preparado para atuar em todos esses preceitos descritos, sendo então de sua responsabilidade integrar as Equipes de Saúde da Família para proporcionar assistência integral e resolutiva. Concordando com Bispo Junior (2010) que afirma que o fisioterapeuta deve atuar no âmbito comunitário, incentivando e estimulando a participação da comunidade nas questões relacionadas à saúde.

Silva e Coelho (2010) relatam em pesquisa semelhante que os entrevistados responderam que conheciam o nível de prevenção que um Fisioterapeuta atua, porém, na questão seguinte que pergunta qual o nível que o Fisioterapeuta atua.

Esse desconhecimento do campo de atuação profissional de um Fisioterapeuta acaba por diminuir seu valor perante a população em geral e a oferta de vagas para fisioterapeutas por órgãos públicos e/ou privados.

Os dados referentes aos distúrbios osteomioarticulares apontam que os mais frequentes são os ortopédicos e reumáticos. Essa prevalência deve variar de acordo com cada localidade, mas conhecer a realidade local aponta as possibilidades de realizar de uma diversidade ações preventivas e de esclarecimento dos usuários, como orientações e palestras educativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista as informações obtidas durante este trabalho, pode-se considerar que é fundamental a realização de estudos prévios para diagnosticar os reais problemas de saúde de uma determinada localidade, para que todos os itens do ciclo das políticas públicas sejam contemplados, desde a inserção na agenda política até a avaliação do impacto e efetividade da política pública.

O gestor deve ter como foco de sua atuação a formulação de políticas públicas que privilegiem a prevenção. As ações curativas são importantes, mas prevenir significa ter uma preocupação com planejamento.

Além disso, durante a realização da pesquisa observou-se a falta de conhecimento dos usuários em relação às atribuições dos profissionais de saúde, certamente uma cultura cultivada pela própria classe profissional, tradicionalmente ambulatorial e hospitalocêntrica. Nesse caso, em especial, o fisioterapeuta está inserido em um contexto curativo, voltado na maioria das vezes para a reabilitação. Mas, essa imagem pode mudar, desde que haja uma reestruturação de sua prática profissional promovendo a aproximação da atenção básica e participando de ações preventivas junto à comunidade.

Porém, essas mudanças não são somente responsabilidade do gestor, elas podem começar na formação do profissional durante a graduação, moldando-o para atuar na atenção básica.

Ainda em tempo, pode-se destacar que o enriquecimento do trabalho de um profissional de saúde se faz através de investigações como essa, que se propõe ir ao encontro das pessoas que utilizam o sistema de saúde, valorizando suas opiniões, transformando essas sugestões em ferramenta para melhorar os aspectos ainda desafiáveis.

E reafirmar que o fomento da formação continuada por parte das Secretarias Municipais de Saúde também contribui para a qualidade do sistema de saúde, através de cursos de aperfeiçoamento e reciclagem dos profissionais, não somente em suas áreas específicas, mas na área de gestão.

Recomenda-se a continuação desse estudo para aprofundar alguns aspectos relacionados à gestão dos serviços de saúde e a implantação da assistência fisioterapêutica no ESF em Dom Pedrito, bem como, a realização de novos diagnósticos locais de saúde, como forma de avaliar e trazer novas contribuições

para a melhoria da assistência à saúde do município. Se realizados periodicamente, em espaços curtos, por exemplo, a cada quatro anos, podem servir como ferramentas de avaliação da qualidade, apontando as lacunas e acertos que as intervenções promoveram para os usuários do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria A. L., CARVALHO, Valeria C.P. **O Papel do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família**. Revista Inspirar.v. 1 • Número 2 • agosto/setembro de 2009.

ANDRADE, Maria M. **Elaboração de TCC passo a passo**. Factash Editora, São Paulo, 2007, 198p.

AVOLIO, Gabriela P. **Fisioterapia no Psf: uma proposta de ação para o município de Cabo Frio, Estado do Rio De Janeiro**. Rio de Janeiro, 2007. 89p.
Disponível em: <
<http://portal.estacio.br/media/2140259/gabriela%20avolio%20completa.pdf>> Acesso em 13 Mai 2012.

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

BRAGA Aldo F., ROSA, Kelline O. L. C , NOGUEIRA, Renata L. **Atuação Do Fisioterapeuta nas Equipes De Saúde Da Família**. Revista Investigação. v. 8 | n. 1-3 | p. 19–24 | JAN. /DEZ. 2008

BRASIL. **Oficina de qualificação do NASF / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.86 p.

_____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília Ministério da Saúde, 2010b. 152 p.

_____. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 200 p.

_____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008b. 52 p. Disponível em : < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf> Acesso em 20 Mai 2012.

CASTRO, Rodrigo B. **Eficácia, Eficiência e Efetividade na Administração Pública**. In: 30º Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração- ANPAD. Salvador, 2006, 11p. Disponível em:<
<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsa-1840.pdf>> Acesso em 20 Mai 2012.

CASTRO, S. S. CIPRIANO Junior, G. MARTINHO, A. **Fisioterapia No Programa De Saúde Da Família: Uma Revisão E Discussões Sobre A Inclusão.** Fisioterapia Em Movimento, Curitiba, V.19, N.4, P. 55-62, Out./Dez., 2006

CAVALCANTE, Mônica. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais uma abordagem conceitual.** 2009. Disponível em: <<http://www.socialiris.org/antigo/imagem/boletim/arg48975df171def.pdf>> Acesso em: 04 Mar 2012

COSTA NETO; Milton M. (Org). **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Secretária de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000. 44p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf> Acesso em: 08 Dez 2011.

CUNHA, Carla G. S. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil.** Mimeo; 2006. Disponível em: < <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper06.pdf>> Acesso em 20 Mai 2012.

DEPARTAMENTO DE ATENCAO BASICA. 2011. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>> Acesso em 08 Dez 2011

DOM PEDRITO. **Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Saúde Bucal.** Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, 2010.40p.

GARCIA, Márcia.(Org) et al. **Políticas e Gestão em Saúde.** Rio de Janeiro : Escola de Governo em Saúde, 2004.128 p. Disponível em:< www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/publicacoes/.../politicagestao1.pdf> Acesso em: 15 Mai 2012.

HEILBORN, Maria L., ARAÚJO, Leila e BARRETO, Andréia. **Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça/ GPP-GeR: Módulo V,** Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: Secretaria de Políticas Publicas para as Mulheres, 2011, 170p.

PAIN, J. S.; ALVES FILHO, NAOMAR, A. **Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas?** Rev de saúde Pública. São Paulo, v. 32, n.4, p. 299-316, 1998.

RAGASSON, Carla A.P. et. al. **Atribuições do Fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir da prática profissional,** 2003 Disponível em http://www.crefito5.com.br/web/downs/psf_ado_fisio.pdf Acesso em 09 Dez 2011

REBELATTO, José R., BOTOMÉ, Silvio P. **Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais.** 2 ed. São Paulo.Manole,1999. 309p.

RELATÓRIO DE PRODUÇÃO. 2007. Disponível em:< http://www.saude.rs.gov.br/dados/1205260763237Prod_Ambulatorial_Media_Alta_Complex.pdf> Acesso em 24 Mai 2012.

RESENDE, Márcia C. F., GOMES, Kátia V.. **Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: a experiência de um estágio-extensionista frente às demandas sociais da população idosa.** IV Seminário de Extensão Universitária, 2009. 16p. Disponível em:< www1.pucminas.br/proex/arquivos/fisioatencaoprimaria.pdf> Acesso em 23 mai 2012.

RODRIGUES, Raquel M. A Fisioterapia no contexto da Política de Saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Perspectivas Online*. v.2.n.8, 2008.p.104-109.Disponível em :< [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n8/volume%20\(8\)%20artigo10.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2008vol2n8/volume%20(8)%20artigo10.pdf)> Acesso em 18 Mai 2012.

ROSA , Walisete A. G., LABATE, Renata C. **Programa de Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência.** *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro; 13(6): 1027-34.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009, 130p.

SILVA, Deyser W. COELHO, Leonardo K. **Prevalência de Agravos e a Contribuição do Fisioterapeuta na Estratégia Saúde da Família do Morro da Caixa em Tubarão – SC.** Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/10b/deyser/Artigo.pdf>> Acesso em 20 Mai 2012.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura.** *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>> Acesso em 04 Mar 2012

SUDA, Eneida Y. ,UEMURA, Dora M., VELASCO, Eliane. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia de Santo André, SP.** *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.16, n.2, p.126-31, abr./jun. 2009.

TEIXEIRA, Elenaldo C. **Políticas Públicas - O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade.** *Revista da Associação de Advogados de Trabalhadores Rurais no Estado da Bahia (AATR)*, Salvador, 2002, 11p. Disponível em: <http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf> Acesso em 04 Mar 2012

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Fisioterapia na Atenção Básica: uma forma Preventiva de Atuação do Profissional

Pesquisador Responsável: Karen Christina Rodrigues dos Santos

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): 53 9957 6414

O objetivo é avaliar a atuação do fisioterapeuta na unidade de saúde ESF de Dom Pedrito, como agente promotor de ações preventivas, assim como através de análise de prontuários apresentar o perfil epidemiológico dos agravos osteomioarticulares atendidos nesta unidade. Serão selecionados indivíduos entre a demanda diária do local durante uma semana, que responderão a perguntas, com garantia de sigilo e direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

◆

◆

Nome e Assinatura do pesquisador:

◆ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____/_____/_____/_____

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

ANEXO II**QUESTIONARIO****IDADE:****SEXO:****DIAGNOSTICO:****Acesso e atendimento da equipe**

1)Gentileza e disponibilidade no atendimento da recepcionista

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

2)Gentileza dos outros membros da equipe

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

3)Facilidade na marcação das consultas

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente**Interação paciente-terapeuta**

4)Explicações oferecidas com clareza sobre quadro clínico no primeiro contato

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

5)Segurança transmitida pelo fisioterapeuta durante o tratamento

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

6)Esclarecimento de suas dúvidas pelo fisioterapeuta

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

7)Gentileza do fisioterapeuta

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

8)O respeito com que você foi tratado pelo fisioterapeuta

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

9)Oportunidade dada pelo fisioterapeuta para expressar sua opinião

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

10) Aprofundamento do fisioterapeuta na avaliação do seu problema

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

11) Importância da presença do fisioterapeuta na unidade básica de saúde, pelo menos um dia da semana.

 Ruim Bom Muito Bom Ótimo Excelente

ANEXO III

FICHA A

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					UF __ __
ENDERECO			NÚMERO _ _ _ _	BAIRRO	CEP _ _ _ _ _ _ _	
MUNICÍPIO _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO _ _	ÁREA _ _ _	MICROÁREA _ _	FAMÍLIA _ _ _	DATA _ _ - _ _ - _ _	

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável	_____
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

