

**FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRITO SANTO**

**DÉBORA SANTOS DE ASSIS**

**A VISÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA  
FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM VITÓRIA-ES**

VITÓRIA  
2013

DÉBORA SANTOS DE ASSIS

**A VISÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA  
FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM VITÓRIA-ES**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade Católica  
Salesiana do Espírito Santo, como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof<sup>a</sup> Mestre Ana Cristina  
de O. Soares

VITÓRIA

2013

DÉBORA SANTOS DE ASSIS

**A VISÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DA  
FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM VITÓRIA-ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em \_\_\_ de Dezembro de 2013, por:

---

Prof<sup>a</sup> Mestre Ana Cristina de O. Soares - FCSES  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Mestre Adriana L. Nóbrega Gadioli - FCSES

---

Fisioterapeuta Renata Valadão Ribeiro Alves

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado sabedoria e ter me ajudado a superar cada obstáculo.

Agradeço a meus pais, irmãos, familiares e amigos que me ajudaram por meio da torcida, apoio, incentivo e carinho.

Agradeço a todos os meus professores por compartilharem sua sabedoria e conhecimento, em especial à minha orientadora Ana Cristina, que me apoiou, incentivou e contribuiu muito para a realização deste trabalho.

Se hoje cheguei até aqui foi porque vocês acreditaram no meu sucesso e caminharam ao meu lado. Recebam meu "muito obrigada"!

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento da equipe de saúde da família sobre a importância da inserção do fisioterapeuta na atenção primária em Vitória – ES. A pesquisa realizada caracteriza-se como um estudo analítico observacional transversal de caráter quantitativo, foi desenvolvido com onze profissionais integrantes da equipe de saúde da família. Para realizar a avaliação foi utilizado um questionário contendo treze questões, sendo oito questões fechadas e cinco abertas, este foi dividido em cinco blocos. A amostra foi composta por médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêutico e psicólogo. Os resultados obtidos revelaram que em relação aos níveis de atenção à saúde em que o fisioterapeuta pode atuar verificou-se uma prevalência no nível terciário, os participantes tiveram dificuldades em indicar as atividades mais importantes realizadas por este profissional quando inserido na atenção primária, mas, classificaram como muito importante a inserção do fisioterapeuta na atenção primária. Conclui-se que a inserção da fisioterapia na atenção primária ainda é um processo em construção, e devido a isso, frequentemente enfrentam-se muitas dificuldades para tornar efetiva essa inserção. Dois fatores que merecem destaque como influenciadores dessa inclusão, é o fato da característica histórica que a fisioterapia traz consigo, no qual carrega o estigma da reabilitação, e a formação acadêmica, que geralmente está mais voltada para preparação de profissionais capacitados para realizarem a assistência reabilitadora, deixando a saúde coletiva em posição mais desfavorecida.

**Palavras-chaves:** Saúde coletiva. Atenção primária. História da fisioterapia. História da saúde pública. Fisioterapia na atenção primária.

## ABSTRACT

This study aimed to evaluate the knowledge of family health team about the importance of inclusion of physiotherapist in primary care in Vitoria – ES. The research is characterized as an study analytical observational cross-sectional quantitative character, was developed with eleven professional team members of family health. To conduct the evaluation we used a questionnaire containing thirteen questions, eight questions open and five open and closed questions, it was divided into five blocks. The sample was composed of doctors, nurses, dentists, pharmacist and psychologist. The results showed that compared to the levels of attention health that the physiotherapist can act there was a prevalence of tertiary level, the participants had difficulties on indicating the most important activities performed by this professional when inserted in primary care, but classified as ery important to insert the physiotherapist in primary care. We conclude that the inclusion of physiotherapy in primary attention is still on construction process, and because of this, often face many difficulties to bring about such insertion. Two factors that deserve mention as influencers this inclusion is the historical feature the that physiotherapy loads, the stigma of rehabilitation, and academic training, which usually more facing preparing professionals qualified to perform rehabilitative assistance, leaving the collective health in disadvantaged position.

**Keywords:** collective health. primary attention. history of physical therapy. history of public health physiotherapy.

## **LISTA DE SIGLAS**

SUS- Sistema Único de Saúde  
PSF- Programa Saúde da Família  
CNS- Conferência Nacional de Saúde  
PL- Projeto Lei  
CAPs- Caixas de Aposentadoria e Pensão  
IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões  
SESP- Serviço Especial de Saúde Pública  
MS- Ministério da Saúde  
INPS- Instituto Nacional de Previdência Social  
MPAS- Ministério da Previdência Social  
PPA- Plano Pronta Ação  
SNS- Sistema Nacional de Saúde  
CONASP- Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária  
SUDS- Sistema Único Descentralizado de Saúde  
APS- Atenção Primária à Saúde  
PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
ACS- Agentes Comunitários de Saúde  
UBS- Unidade Básica de Saúde  
ESF- Equipe Saúde da Família  
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
ABBR- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação  
INAR- Instituto Nacional de Reabilitação  
APTA- American Physical Therapy Association

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	19
<b>2.1.1 Sanitarismo campanhista.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1.2 O nascimento da previdência social.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.3 Estado Novo: período de 1930 à 1945.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1.4 Redemocratização e sanitário desenvolvimentista.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1.5 O regime militar e a decadência da saúde coletiva.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.6 Reforma sanitária.....</b>	<b>31</b>
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	34
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	39
2.4 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	41
2.5 AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	47
2.6 HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA .....	47
<b>2.6.1 Fisioterapia no mundo.....</b>	<b>47</b>
<b>2.6.2 Fisioterapia no Brasil.....</b>	<b>49</b>
<b>2.6.3 Regulamentação da fisioterapia.....</b>	<b>52</b>
2.7 FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	54
<b>2.7.1 Atribuições do Fisioterapeuta .....</b>	<b>57</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>61</b>
3.1 TIPOS DE ESTUDO.....	61
3.2 LOCAL.....	61
3.3 PARTICIPANTES.....	61
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
3.5 PROCEDIMENTOS.....	62
3.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	62



3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	63
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>65</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>6 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde vem sendo discutido no país há alguns anos, sendo que, somente a partir da década de 20, foi que ocorreu uma ampliação dos debates relacionados ao âmbito da saúde, que resultou na criação do conceito de saúde, no qual passou por diversas alterações no decorrer dos anos. Estas mudanças vieram a influenciar diretamente no modelo de atenção à saúde adotada (RAGASSON, 2004).

Inicialmente tinha-se um modelo considerado hospitalocêntrico, descrito assim, por desenvolver sua assistência à saúde voltada para as atividades de caráter curativo e reabilitador. Atualmente, o modelo de assistência praticado, encontra-se destinado a desenvolver atividades que visem à promoção e prevenção de saúde, e conta com a participação popular e a interdisciplinaridade para colocar em prática suas ações. Assim sendo, a saúde não é mais entendida somente como a ausência da doença, e sim como a busca para manter o equilíbrio do corpo, devendo, no entanto, ir além da assistência curativa (YONAMINE; TRELHA, 2009).

Após a década de 1970 começou a ser organizado um novo modelo de atenção à saúde em decorrência das mudanças que aconteciam no setor da saúde no Brasil, sendo este voltado para a Atenção Básica, o qual forma um conjunto de atividades em saúde focadas no âmbito individual e coletivo, envolvendo ações de promoção e prevenção em saúde, buscando diminuir o risco de agravos, e constituindo-se também de diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação (BARBOSA, et al., 2010).

No intuito de organizar a prática assistencial, foi então, criado e implantado de maneira gradativa o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi relacionado ao principal e mais importante influenciador das reformas que ocorreram no Brasil no final do século XX e início do século atual. O SUS orienta-se pelos princípios da universalidade, integralidade, acessibilidade, participação social, humanização e equidade (SILVA; ROS, 2007).

A implantação do SUS foi fortalecida a partir de 1994, quando foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente ficou conhecido como Estratégia Saúde da Família. Este programa visava introduzir um modelo assistencial interno baseado na Atenção Básica, e praticado por meio da Equipe de Saúde da Família,

que tem a função de realizar atendimentos nas unidades de saúde e nas comunidades, tendo como objetivo a aproximação familiar, melhorando o conhecimento dos fatores que influenciam direta ou indiretamente na saúde e proporcionar melhor planejamento de ações específicas a serem realizadas (YONAMINE; TRELHA, 2009).

Um importante aspecto sobre a Saúde da Família deve ser destacado: a forma no qual este programa foi incorporado vai além da proposição preventista, tem como meta intervir com ações fundamentadas pela chance de desenvolvimento de determinada doença, proporcionando o início de um movimento do foco na interpretação e fundamentação de atividades que possam melhorar a saúde (REZENDE, 2007).

O programa ainda traz consigo um outro fator de extrema importância para os serviços de saúde pública: a equipe multidisciplinar. Inicialmente o trabalho em equipe foi integrado visando uma maior interação entre os médicos, enfermeiros e os agentes comunitários, proporcionando uma visualização mais abrangente da comunidade. Em seguida, com a implantação da equipe de saúde bucal, o dentista também foi incluído como integrante da equipe de saúde da família. Atualmente, tem-se buscando inserir outros profissionais na equipe, para então, garantir uma atenção integral ao indivíduo (CASTRO; CIPRIANO JÚNIOR; MARTINHO, 2006).

No PSF, as equipes são responsabilizadas por realizar o acompanhamento do indivíduo e das famílias, podendo atuar com ações dentro ou fora das unidades de saúde, devendo, portanto, serem capazes de identificar a multicausalidade dos fatores mórbidos. O PSF tem ganhado destaque nas prioridades políticas referentes ao Ministério da Saúde, e no estabelecimento de medidas para a ampliação e qualificação das ações da atenção básica (REZENDE, 2007).

Alguns debates coletivos que aconteceram relacionados a história da saúde, a reforma sanitária, e a participação do profissional fisioterapeuta na formulação das novas diretrizes curriculares, contribuíram para o início da inserção do fisioterapeuta como profissional qualificado a atuar na política pública de saúde do Brasil (RODRIGUES, SOUZA; BITENCOURT, 2013).

A fisioterapia, no ano 1969, foi reconhecida como curso superior. Após o seu reconhecimento foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

(COFFITO), responsável por coordenar e definir o código de ética, possibilitando, dessa forma, a regulamentação da profissão (RODRIGUES, SOUZA; BITENCOURT, 2013). Conforme a Lei nº 6.316/75, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, ficaram incumbidos de fiscalizar e legalizar os serviços de fisioterapia (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos a fisioterapia vem se inserindo de forma cada vez mais expressiva no campo de atuação voltado para o cuidado com a saúde coletiva. Mesmo que nesse nível de atenção, sua atuação ainda se encontre em processo de construção. Isso ocorre devido o seu contexto histórico, onde a fisioterapia está muito ligada ao nível secundário e terciário de atenção à saúde (FORMIGA; RIBEIRO, 2012).

No entanto, a partir da década de 1980, a fisioterapia começou a ser incorporada no nível de atenção primária, o que levou a mudanças curriculares nos cursos de fisioterapia, os quais começaram a ser incrementados com disciplinas que envolviam promoção e prevenção de saúde, visando então a saúde coletiva (RODRIGUES, SOUZA; BITENCOURT, 2013). As novas diretrizes curriculares apontavam que a formação do fisioterapeuta deveria gerar profissionais generalistas (NOVAIS; BRITO, 2011).

Em resultado da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que ocorreu no ano de 2003, o plenário aprovou a elaboração da equipe multiprofissional, no qual o fisioterapeuta foi incluído como participante da equipe de apoio a Saúde da Família (SILVA; ROS, 2007). A fisioterapia foi introduzida como uma resposta as necessidades da população, dessa forma, o PSF serve como um intermediador para tornar viável o acesso aos serviços de saúde (GAMA, 2010).

No ano de 2004, foi proposto um Projeto de Lei (PL) 3256, este propõe a obrigatoriedade da inserção do fisioterapeuta na equipe do Programa Saúde da Família, e considera que a atuação desse profissional é indispensável no atendimento a comunidade, possibilitando dessa maneira, um maior cumprimento da atenção integral ao indivíduo (GAMA, 2010).

Em razão dos investimentos no âmbito da saúde terem tendência em se expandir nos próximos anos, rumo a atenção primária, torna de extrema importância realizar um estudo que valoriza a atuação do fisioterapeuta neste nível de atenção. Desta forma, o presente estudo propõe desenvolver uma pesquisa envolvendo a equipe de

saúde e a importância da inserção da fisioterapia na atenção primária. Para que seja possível uma melhor visão para projetos futuros que visem uma maior inserção da fisioterapia neste campo de atuação, o que permite também ampliar o conhecimento a cerca das atividades que o fisioterapeuta pode desenvolver nesse setor, e a sua relevância para a garantia de saúde à população. A ampliação do campo de atuação, reflete na necessidade de rever e estruturar a sua prática, possibilitando assim, uma maior regulamentação de suas ações (REZENDE, et.al. 2009).

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo foi avaliar o conhecimento da equipe de saúde acerca da importância da inserção do fisioterapeuta na atenção primária, tendo como objetivos específicos: descrever os principais marcos históricos da política de saúde pública, investigar sobre a origem da profissão e verificar seu processo de regulamentação, relatar acerca da atuação do fisioterapeuta na atenção primária e suas atribuições.

Este trabalho está estruturado em 4 blocos: inicia-se com Revisão da literatura disponível, após apresenta-se a metodologia, em seguida, tem –se os resultados e a discussão dos dados obtidos por meio da aplicação de um questionário e por fim as considerações finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Acurcio ([20--?]) define políticas públicas como: “[...] conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta”. Sendo assim, é dever do Estado administrar e criar formas de enfrentamento para solucionar problemas relacionados a políticas públicas de saúde.

A política pública de saúde no Brasil vem sofrendo modificações desde muito tempo no intuito de garantir à população uma maior qualidade nos serviços que são oferecidos por meio delas. As modificações mais significativas que ocorreram nesse ramo foram em sua maioria decorrentes de marcos históricos que aconteceram no Brasil e que contribuíram para o avanço de diversas áreas, inclusive a área da saúde (CARVALHO; MARTIM; CORDONI JÚNIOR, 2001).

A progressão das políticas de saúde foi acontecendo de acordo com o momento histórico em que o Brasil vivia, sendo aspectos importantes a serem considerados para esse desenvolvimento, a situação econômica, o grau de conhecimento científico que a população apresentava e o poder desta em influenciar nas decisões políticas (ACURCIO [20--?]).

Alguns principais marcos históricos devem ser abordados para permitir uma melhor compreensão da evolução histórica da saúde pública. Estes serão apresentados a seguir, de acordo com o principal componente de cada época.

#### 2. 1.1 Sanitarismo campanhista

No período da Proclamação da República também conhecido como República Velha (1889 até 1930) o Brasil enfrentava um quadro sanitário precário, no qual era possível observar epidemia de diversas doenças. Com intuito de reverter esse quadro o Presidente da República, Rodrigues Alves, nomeou Oswaldo Cruz, como o responsável legal do Departamento Federal de Saúde Pública (POLIGNANO, [20--?]).

A situação precária em que se encontrava a saúde coletiva motivou a criação de intervenções que visassem à diminuição de epidemias e que trouxesse melhorias à saúde voltada para a comunidade. Estas intervenções consideravam as campanhas sanitárias como o principal meio de se obter resultados positivos; foram desenvolvidos trabalhos de higienização, que contavam com a fiscalização de ruas e casas. Essa forma de atuação ficou conhecida como modelo Campanhista (CARVALHO; MARTIM; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Para compreender os motivos e os fatores determinantes para a implantação desse modelo de atenção à saúde, deve ser considerado o momento que o país enfrentava, no qual era marcado por altos índices de doenças transmissíveis que refletiam em um aumento nos gastos do governo com a saúde (MACHADO, 2012).

O interesse pela saúde também estava relacionada ao quadro econômico em que o país se encontrava, onde a agricultura era o principal recurso econômico, as exportações cresciam, e conseqüentemente, a preocupação em manter os produtos em ambientes adequados e limpos, resultou na realização do saneamento desses locais, que depois foi sendo ampliado para as cidades, tendo como objetivo a diminuição de doenças que pudessem prejudicar as exportações. Essas ações foram desenvolvidas visando a organização dos serviços de saúde (CARVALHO; MARTIM; CORDONI JÚNIOR, 2001).

No entanto, para a realização das atividades voltadas para a população, por diversas vezes se teve a intervenção da polícia isso ocorria, pois as pessoas não aceitavam as ordens dadas pelos responsáveis da campanha. Essa negação se manifestava devido a falta de explicações ao povo sobre a importância dessas intervenções e esses acontecimentos geravam desconfiança por parte da população, que em seguida ficou conhecida como Revolta da Vacina. A Revolta da Vacina foi marcada por protestos realizados pela população contra a obrigatoriedade de algumas intervenções estabelecidas pelo governo, um exemplo foi o programa de vacinação contra a varíola (BERTOLLI FILHO, 2002).

Segundo Polignano ([20--?]) mesmo com os abusos e iniquidades cometidos pelo governo, foi com o modelo campanhista que foi possível obter os melhores resultados no controle de epidemias. Este modelo se tornou a principal forma de intervenção durante décadas nas ações relacionadas à saúde coletiva.

As ações coletivas por muito tempo foram consideradas como ações preventivas e estavam sempre relacionadas aos serviços públicos de saúde, já as ações individuais eram classificadas como curativas e estavam relacionadas ao sistema previdenciário (CARVALHO; MARTIM; CORDONI JÚNIOR, 2001).

A assistência médica voltada para os atendimentos individuais eram diferentes para as classes sociais, as classes mais favorecidas eram atendidas por profissionais conhecidos como “médicos de família”, eram profissionais legalizados. Já a população mais carente, que representava a maioria, ficava a mercê das instituições filantrópicas, que eram mantidos pela igreja (ACURCIO, [20--?]).

As assistências públicas hospitalares desse período estavam destinadas mais a realização da assistência social, dos quais tinham como característica a atenção voltada para garantir abrigo e isolar os pacientes portadores de doenças como hanseníase e tuberculose, visavam à diminuição dos riscos de contaminação dessas doenças. Os outros tipos de assistência à saúde eram prestados por instituições de caridade (CARVALHO; MARTIM; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Apesar das dificuldades encontradas para a prática do sanitarismo, foi possível adquirir significativos ganhos relativos ao controle das epidemias o que permitiu também o aprimoramento de outros elementos de ações de saúde, como: registro demográfico, que visava conhecer mais as necessidades da população; a implantação de laboratórios como recurso auxiliar do processo de diagnóstico etiológico e possibilitou a fabricação de profiláticos em maiores quantidades para que a população tivesse maior acesso (VARGAS, 2008).

Esse modelo de assistência permaneceu fortemente presente por um longo período, apenas na década de 1940 é que foi perdendo sua força. Esta medida de intervenção tinha seu principal objetivo voltado para o fortalecimento da economia agro-exportadora. Sua ações estavam destinadas para a garantia de saúde dos trabalhadores que atuavam nesse âmbito e para o combate ao desenvolvimento de certas endemias (VITAL, 2007).

O sanitarismo campanhista conseguiu alcançar soluções para diversos problemas que atingiam a saúde da população, e conseguiu obter dados que favoreceram Carlos Chagas, sucessor de Oswald Cruz, na designação de seu meio de



intervenção, que foi baseada em campanhas rotineiras de ação com foco na educação em saúde (VARGAS, 2008).

No ano de 1920, o setor de saúde estava sob a liderança de Carlos Chagas, este efetuou a reestruturação no Departamento Nacional de Saúde, que antes estava ligado ao Ministério de Justiça. Com a separação dos setores, foi dado início a realização e a propagação da educação sanitária como forma rotineira de ação, o que diferenciou da atuação de Oswald Cruz, que era realizada de forma predominante fiscal e com auxílio policial (POLIGNANO, [20--?]).

Torna-se importante ressaltar que somente na década de 1920 a saúde pública começou a fazer parte da política do governo (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

### **2.1.2 O nascimento da previdência social**

No início do século a economia se encontrava baseada na agricultura, no qual, com as exportações foi sendo possível alcançar o acúmulo de capital, que veio a favorecer o processo de industrialização e conseqüentemente da urbanização, resultando no aumento da contratação de mão de obra, no entanto, os operários não contavam com nenhum tipo de garantia trabalhista. Com o aumento da industrialização houve igualmente o crescimento de imigrantes no país, visto que estes também foram usados como mão de obra, porém, os imigrantes, principalmente os europeus, traziam consigo o resultado dos movimentos operários que tiveram resultados significativos para os trabalhadores europeus (POLIGNANO, [20--?]).

Com a experiência trazida pelos imigrantes, estes começaram a mobilizar, organizar e incentivar as classes trabalhistas para lutar por melhores condições de trabalho e garantias trabalhistas, ou seja, batalhar por seus direitos. Os manifestos dos trabalhadores aconteceram em forma de greves, e a partir de então se deu início às conquistas dos direitos dos trabalhadores. Poucos anos depois, foi aprovada a Lei Eloi Chaves (POLIGNANO, [20--?]).

A Lei Eloi Chaves foi responsável pelo início das mudanças que beneficiariam os trabalhadores, foi a partir dela que foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs). O financiamento das CAPs era realizado pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Somente as grandes empresas

conseguiam manter os investimentos na CAPs, que era privado e posteriormente, passou a englobar o setor que exercia a atividade econômica. O Presidente da CAPs era designado pelo presidente da República, os empregadores e os empregados participavam apenas da parte administrativa (BRAVO, 2006; RONCALLI, 2003).

Dentre os principais benefícios promovidos pela CAPs estava o direito à aposentadoria, podendo ser por velhice, invalidez e tempo de trabalho; tinham o direito a assistência médica, auxílio funeral e pensão para dependentes. Como resultado da CAPs, surge o modelo de prestação de assistência médica. O investimento na CAPs era realizado para proporcionar benefícios aos trabalhadores, no entanto, este era proporcional ao valor da contribuição (BRAVO, 2006).

### **2.1.3 Estado Novo: período de 1930 à 1945**

O período de 1930 à 1945 ficou conhecido como Estado Novo, período este que se encontrava sob responsabilidade do Presidente da República, Getúlio Vargas. Durante seu governo, Vargas teve como objetivo a centralização do governo e a diminuição das reivindicações sociais. Entre as diversas mudanças ocorridas durante esse período, pode-se destacar a união entre o sistema sanitário e o setor educacional, com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (BERTOLLI FILHO, 2002).

As mudanças que ocorreram no Brasil, a partir da década de 1930, foram relacionadas principalmente ao processo de industrialização, a regulamentação do dever do Estado e a formação das políticas sociais que vieram como respostas aos protestos realizados pelos trabalhadores (BRAVO, 2006).

Concernente à criação do novo ministério, torna-se importante destacar que por meio deste, houve uma remodelação dos serviços sanitários no Brasil. O objetivo era que o governo federal obtivesse o controle desses serviços, já que passava por um período marcado pelo centralismo político-administrativo. Com as mudanças no setor de saúde foi firmado o compromisso do Estado em zelar pelo desenvolvimento das ações sanitárias que visavam garantir saúde à população (BERTOLLI FILHO, 2002).

A intervenção do Estado na saúde foi realizada a partir de uma organização na política de saúde, onde foram divididos dois eixos de atenção à saúde: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública contava com intervenções por meio das campanhas sanitárias, no qual ao mesmo tempo, também era responsável por desenvolver a saúde privada e filantrópica. Estas ações se encontravam sob responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, que foi criado em 1937. Já a medicina previdenciária era a principal responsável por prestar a assistência individual, e se encontravam voltadas para a atenção curativa, incentivava o desenvolvimento das indústrias responsáveis pela fabricação de medicamentos e de equipamentos hospitalares, tendo a intenção de obter lucros (SARRETA, 2009).

Devido a centralização governamental, os departamentos estaduais de saúde mantinham uma estrutura uniforme, em que foi possível notar uma expansão dos serviços de saúde para o interior do país (ACURCIO, [20--?]). Mesmo com a mudança do governo e de algumas estratégias de intervenções, nesse período ocorreu o auge do sanitarismo campanhista (RONCALLI, 2003).

Os meios de intervenções baseados em campanhas sanitárias prevaleciam, onde se tinha a educação sanitária proporcionando maior controle de doenças. No entanto, outras formas de intervenções estavam sendo realizadas. O Ministério da Saúde atuava juntamente com as Secretarias de Saúde e promovia a realização de programas especiais e mantinham os serviços que eram ofertados pelos hospitais, pronto-socorro e até mesmo centros de saúde da época (MACHADO, 2012).

Como resultado das intervenções e do estabelecimento de medidas assistenciais voltadas para a área de saúde foi possível a obtenção de um impacto muito significativo em relação a responsabilidade do governo em garantir saúde. A partir desta década, ocorreu um aumento do interesse governamental no âmbito da saúde, e sua atenção começou a ser direcionada para a assistência médica individual (VITAL, 2007).

No ano de 1933, foi criada a Previdência Social que era representada pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e estava sob responsabilidade do sistema público. Com a ascendência e a hegemonia conquistadas pelo Estado, houve a criação dos institutos; estes eram organizados por categorias profissionais e tinham o objetivo de beneficiar a classe de trabalhadores urbanos que estivessem

firμες em seus sindicatos e que apresentassem grande relevância para a economia agroexportadora (MACHADO, 2012).

O primeiro IAPs criado foi o da classe dos trabalhadores Marítimos, sendo que, a partir de então, as CAPs foram sofrendo uma queda significativa, e começaram a atuar mais com reversas financeiras do que com a prestação de serviços que antes era característico dessa assistência (SARRETA, 2009).

Polignano ([20--?]) relata os benefícios promovidos pelos IAPs, entre eles estão: a aposentadoria, pensão em casos de morte, assistência médica e hospitalar, entre outros. Cabe ressaltar a sua significância para o controle social e para o aspecto econômico, o que serviu como um instrumento de captação para a poupança, isso devido ao seu regime capitalista.

A criação desses institutos representou uma modernização no aspecto da política social, que serviram como um meio de transporte, para uma estrutura que antes era da sociedade e que conseguiu se “infiltrar” no Estado, ganhando uma atenção especial deste (CARVALHO; MARTIM; CORDONI JÚNIOR, 2001).

O governo militar proporcionou o desenvolvimento da educação em saúde, no qual as equipes responsáveis tinham um maior contato com os indivíduos, criando-se vínculos e tornando possível a tentativa de organizar as ações de saúde junto com a sociedade. Mesmo diante desse progresso na saúde pública, não foi possível obter muitos avanços, pois ainda prevalecia uma política desigual, que não abrangia de forma necessária, as necessidades apresentadas pela população, sendo estas voltadas para a educação, habitação, entre outros (SILVA, 2004).

Para se obter a organização na saúde pública era necessário se ter um conhecimento científico, pelo menos básico, para então estabelecer medidas e ações que viessem a trazer resultados satisfatórios a sociedade. No entanto, o Estado tratava os problemas de saúde como uma questão de polícia, em que eram impostas regras e normas. Não havia a busca por maiores conhecimentos. (SARRETA, 2009).

No ano de 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que possibilitou levar saúde para as áreas que ainda não haviam sido beneficiadas pelos programas já existentes no país (ACURCIO, [20--?]). Machado (2012) relata que o SESP surgiu principalmente para garantir boas condições sanitárias, e assim,

melhorar a produção de matéria-prima na Amazônia, já que este era um importante fornecedor de borracha. Vale lembrar que o SESP foi financiado pelos americanos por meio de um acordo com o Brasil.

#### **2.1.4 Redemocratização e sanitarismo desenvolvimentista**

Durante o período de 1945-1964, o Brasil viveu um período de redemocratização política, que teve grande influência na saúde pública do país, é deste período a criação de vários órgãos que beneficiaram o avanço da redemocratização. O SESP, que havia sido criado no período anterior, estava com a sua atuação em destaque, pois garantia saúde à população que antes era mais suscetível a contrair doenças devido ao ambiente em que viviam (ACURCIO, [20--?]).

Vital (2007) destaca dois marcos que refletiram nas mudanças ocorridas durante esse período, “a criação da Comissão de Planejamento e o Controle das Atividades Médico-Sanitárias” (p. 27), tendo como objetivo principal o desenvolvimento de um plano que durava vários anos e que envolvesse as ações de saúde do Plano Nacional de Desenvolvimento, conhecido como Sanitarismo Desenvolvimentista. O outro marco foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde, no qual foram discutidas as propostas de ações em saúde apresentadas pela comissão, e foi proposto o trabalho em saúde voltado para a descentralização e municipalização em saúde, possibilitando uma maior atenção a sociedade, pois tornava os serviços de saúde mais próximos a população.

Em 1953, com o avanço e a ampliação das ações de saúde pública, fez-se necessário a criação de uma estrutura administrativa própria, e, a partir de então, desenvolveu-se o Ministério da Saúde (MS). Devido à falta de verbas para que se obtivesse um bom funcionamento desse setor, a saúde coletiva ainda se encontrava comprometida. Na busca por adquirir melhorias nesse setor, foi criado o plano Salte que tinha como objetivo estimular o desenvolvimento do setor da saúde, alimentação, transporte e energia. Mas devido a problemas envolvendo a elaboração do projeto não foi possível sua implantação (BERTOLLI FILHO, 2002).

Quando foi criado o MS, este tinha como meta alcançar uma melhor execução das atividades envolvidas com a saúde coletiva, no entanto, o seu início foi marcado por desafios, no qual sua estrutura era considerada frágil, e não tinha muito apoio

financeiro da instituição responsável, que era o Ministério da Saúde e Educação, o que levou a uma maior dificuldade de praticar as intervenções que lhe cabiam (VITAL, 2007).

Com a atenção voltada para a diminuição das doenças que atingiam principalmente à população rural, o Ministério da Saúde se responsabilizou no combate a essas doenças, e ainda realizou programas de incentivo para a educação sanitária. Por meio das intervenções realizadas, ocorreu uma diminuição das doenças infecto-contagiosas e parasitárias, no entanto, a mortalidade ainda se encontrava acima do esperado (BERTOLLI FILHO, 2002).

Em relação à assistência médica, os trabalhadores urbanos estavam sob responsabilidade dos institutos a que pertenciam. Os sindicatos estavam na luta para que cada instituto construísse o seu próprio hospital para prestar assistência à saúde dos seus associados. Os institutos que tinham recursos acabaram acatando a essa meta dos sindicatos. Por meio desses eventos, deu-se início ao surgimento de serviços particulares. Aqueles que não estavam satisfeitos com sua assistência médica, contratavam serviços para sua empresa (ACURCIO, [20--?]).

O Estado enfrentava muita dificuldade no gerenciamento dos institutos, e a queixa dos trabalhadores em relação às atividades dos institutos previdenciários, levou o Estado a realizar mudanças nos serviços oferecidos, na tentativa de reorganizar e aperfeiçoar esse sistema. Foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), a principal medida adotada por esta lei, foi a unificação da contribuição paga pelos trabalhadores (BERTOLLI FILHO, 2002).

Em relação ao crescimento da industrialização, começaram a surgir preocupações em como manter a força de trabalho para garantir a produção e também a reintegração rápida de trabalhadores que se ferissem em ambientes de trabalho, com isso começaram a ser criadas prestações de serviços voltadas para a assistência ambulatorial e até mesmo de serviços voltados para a reabilitação. Outro fator a ser enfrentado era a crescente desigualdade social entre os trabalhadores relacionados ao aspecto legislativo, condições de trabalho e remuneração, tal qual cada classe trabalhista desfrutava de benefícios diferentes (VITAL, 2007).

Em razão das reivindicações realizadas pela classe trabalhadora que buscavam obter direitos entre si, o governo, visando atender as necessidades da classe

trabalhadora, criou o Ministério do Trabalho, que tinha como papel regulamentar essa classe e estabelecer medidas para o desempenho da atividade sindical, além de manter as estratégias de legitimidade (RONCALLI, 2003).

A crescente e predominante atenção voltada para a assistência de caráter curativa, influenciavam as empresas que fabricavam fármacos, estimulando estas a progredirem ainda mais, esse fator contribuiu para que fosse deixada de lado a assistência à saúde voltada para a prevenção, ou seja, ações coletivas (VITAL, 2007).

Devido à influência exercida pelos americanos na administração do setor da saúde, acabou-se por adotar o modelo de atenção à saúde usado por eles. É importante destacar que nesse modelo de atenção, tinha-se como foco os serviços oferecidos pelos hospitais, e decorrente desse aspecto, os postos de saúde, os ambulatórios e os consultórios, que refletiam em menores custos ao governo, foram deixados em segundo plano (ACURCIO, 20--?).

Segundo Vargas (2008), a prática do modelo de atenção à saúde foi sendo modificada com o passar do tempo, pois tal prática estava acima dos limites financeiros suportados pelo Estado. As mudanças na saúde pública foram tornando o sistema cada vez mais centralizado, deixando mais clara as divisões entre a saúde pública (que ficou responsável por desenvolver as ações coletivas com fins preventivo) e a assistência médica (responsável por ações individuais e curativas).

No início da década de 60 teve destaque o descontentamento da população acerca da estruturação do sistema de saúde, devido a isso a população começou a pedir mudanças por meio das reivindicações. Nesse momento o Brasil estava em período com um grau de industrialização e urbanização considerado muito significativo, no entanto, o Estado não estava preparado para atender as reivindicações populares com o modelo que havia adotado, sendo este o modelo capitalista, como resultado se teve a concretização do golpe militar, levando a centralização do poder na esfera federal (CARVALHO; MARTIM; CORDONI JÚNIOR, 2001).

### **2.1.5 O regime militar e a decadência da saúde coletiva**

No ano de 1964, deu-se início ao período conhecido como Regime Militar, que surgiu devido a um golpe de Estado e foi caracterizado por impor à população brasileira um regime ditatorial. Com a ditadura o governo estava sob o poder de militares, civis e tecnocratas, que permaneciam unidos em torno do lema “Segurança e desenvolvimento” (BERTOLLI FILHO, 2002).

Essa nova forma de liderança do Estado, foi responsável por colocar um fim na democracia. Tinham como desculpa, impedir o aumento do comunismo e das corrupções, e proporcionar segurança a população. Em resultado a essa mudança, ocorreu mudanças relacionadas a administração do setor público e a centralização do poder, no qual resultou em um empobrecimento da população, isso porque a política econômica também era influenciada. Como consequência desse fator, houve um aumento dos índices de mortalidade e morbidade (ACURCIO, 200--?).

Esse novo modo de governo repercutiu também na saúde pública. Um marco foi a queda significativa nas verbas que eram destinadas a esse setor, e com isso o Ministério da Saúde (MS) teve que diminuir seus investimentos em programas que trariam melhoria à saúde da população. Durante esse período, houve uma regressão no aspecto da saúde, pois os recursos não cobriam as necessidades do Ministério da Saúde e devido a isso o MS teve que deixar de ampliar as ações de saúde coletiva, agravando novamente o quadro de epidemias de dengue, malária, entre outros (BERTOLLI FILHO, 2002).

O pouco investimento que o Estado realizava no setor da saúde, provinha do desejo de obter lucros por meio do oferecimento desses serviços. A quantidade de hospitais teve um enorme crescimento em um período de aproximadamente 15 anos (1969 – 1984), sendo estes públicos e privados. Os serviços oferecidos pelos hospitais sofreram uma forma de especialização, em que foi dividido da seguinte forma: os hospitais públicos que contavam com recursos mais avançados seriam os responsáveis por atender os pacientes com quadro mais graves e de tratamento prolongados. Já os hospitais privados que tinham contratos com o governo, atendia aos casos mais simples, no qual o atendimento era rápido e com custos baixos, o que resultava em maiores lucros (VITAL, 2007).



O Estado interferiu também nos institutos (IAPs), tendo a justificativa de promover a igualdade, propôs a unificação do IAPs. Com a unificação foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). As modificações que ocorreram no regimento dos institutos resultaram no aumento da capitalização de verbas decorrentes das contribuições arrecadadas pelos institutos, pois com o novo regimento, qualquer trabalhador que tivesse carteira assinada, contribuía automaticamente para o INPS (VARGAS, 2008).

Como efeito das modificações, houve um aumento dos trabalhadores contribuintes e também um aumento na quantidade de trabalhadores que procuravam a assistência. E com isso, os hospitais responsáveis por prestar assistência a esses trabalhadores não conseguiam atender a demanda dos serviços. Sendo assim, o Estado que era o único responsável por coordenar o INPS, com o objetivo de garantir a assistência médica firmou convênios com a rede de hospitais privados (BERTOLLI FILHO, 2002).

No ano de 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), este influenciou ainda mais na centralização e no reforço do modelo de saúde vigente, ou seja, garantiu ainda mais a assistência curativista e clínica. O que levou a um aumento de epidemias e conseqüentemente de mortalidade. Ainda na mesma época foi criado o II Plano Nacional de Desenvolvimento, este estabeleceu as diretrizes que as instituições privadas e públicas deveriam seguir (VITAL, 2007).

No mesmo ano citado foi criado também o Plano de Pronta Ação (PPA), a partir desse plano que foi possível a diminuição da burocracia dos atendimentos de urgência que eram prestados pelos hospitais aos segurados, e o acesso a toda começou a ser expandido. Este “programa” deu início a universalização e, isso foi muito significativo para a continuidade do processo de avanço no setor de saúde (PAULUS JR e CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em 1975, como resultado da V Conferência Nacional, foi elaborada a Lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (SNN), que tinha como objetivo tornar mais acessível os serviços de saúde, em que os custos deveriam ser menores e as ações, desenvolvidas com eficácia. Ocorreu também a tentativa do estabelecimento da municipalização e a definição de responsabilidade dos órgãos responsáveis pelo setor da saúde. A Previdência Social seria a responsável pela assistência individual

e curativa, e os cuidados com as ações coletivas estavam sob responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais e do Ministério da Saúde (VITAL, 2007).

Na tentativa de regulamentar o dever dos municípios perante a saúde pública com base na Lei 6.229, foram elaboradas as responsabilidades dos municípios que constituía em: realizar a manutenção dos serviços de saúde prestados; acompanhar a vigilância epidemiológica; realizar o planejamento de ações com base nas intervenções estaduais e federais. Devendo os serviços prestados serem integrados no sistema nacional de saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em resultado do crescente aumento dos gastos com os serviços médicos, começaram a ser instituídas novas políticas de planejamento, que tinham o objetivo de privatizar a assistência médica, a compra desses serviços seriam realizados pela Previdência, no entanto, teria uma perda das ações que envolviam a saúde coletiva. Em consequência da privatização dos serviços de saúde, foi desencadeado um interesse muito grande dos prestadores desses serviços no super faturamento, o que levou a uma assistência médica com característica mais técnica, fazendo com que os valores fossem ainda mais altos (VITAL, 2007).

No ano de 1977 o Ministério da Saúde reconheceu a importância dos municípios estarem desenvolvendo as ações de saúde coletiva, tendo como papel fundamental o oferecimento de serviços básicos, voltados para a atenção primária. No entanto, durante esse período esse tipo de prestação de serviço não foi realizado. Em uma nova reunião realizada posteriormente foi definido como prioridade dos municípios a atenção primária, e os casos que fossem mais complexos, os que envolvem a atenção secundária e terciária, deixariam a cargo da União e Estado (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

### **2.1.6 Reforma sanitária**

O período da década de 80 e 90 foi marcado pela falência do regime militar junto com o agravamento da crise econômica. A partir de então, visava-se a reorganização do país, com o objetivo de torná-lo democrático (ACURCIO,[20--?]).

No ano de 1980 ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde, esta proporcionou a fundamentação para a proposta de criação de um programa voltado para exercer as

atividades pertinentes à área da assistência primária à saúde, conhecido como PREVSAÚDE, no entanto, não foi possível colocá-lo em prática devido a falta de recursos, resultado da crise econômica (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

A reestruturação do país para se tornar um Estado em que o direito fosse para todos, foi marcado por muitos conflitos. Porém, notam-se mudanças nos registros históricos do Brasil que favoreceram essa reestruturação do país, proporcionando maiores conquistas, e assim, o alcance de maiores benefícios para o desenvolvimento do país (PAIM et al, 2011).

Os conflitos que ocorreram influenciaram de forma vantajosa para o país, no qual nota-se uma continuação dos avanços na saúde pública. Durante esse período começava a ser pensado em relação à saúde integral do indivíduo, que era garantido por meio da Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988- Art. 198 (MACHADO, 2012).

Em resultado das reivindicações da população, nasce o Movimento Sanitário, realizado por grupos de críticos contra a supremacia governamental existente no Brasil, e que propunham transformações no sistema de saúde. As reações causadas pelo movimento sanitário tiveram maior repercussão para o avanço da saúde, pois a política neste período encontrava-se fragilizada (PAIM et al. 2011).

Por meio do movimento sanitário, foi possível notar significativas mudanças no âmbito da saúde, promovendo a reformulação do sistema de saúde. Em resultado da difusão de um novo modelo científico, que dava importância aos aspectos sociais e relacionava-os ao processo saúde-doença. Baseado nesse novo conceito tinha-se como meta a compreensão de outros processos que interfeririam no desenvolvimento da doença (VITAL, 2007).

Os objetivos destacados pela Reforma Sanitária eram de garantir um acesso vasto da população aos serviços oferecidos pela rede pública, sendo estes de qualidade. Outro objetivo era promover ações voltadas para a atenção básica à saúde, dando origem, assim, ao nível de atenção primária à saúde (SILVA, 2004).

Na busca por uma maior racionalização dos serviços de saúde foi criado o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social”, este plano ficou conhecido como Conselho Consultivo da Administração de Saúde

Previdenciária (CONASP), exerceu uma atuação na simplificação de contas que envolviam os gastos dos serviços hospitalares que haviam sido contratados, pondo fim no pagamento por serviços por unidade de saúde, começou a dar ênfase na atuação voltada para um maior aproveitamento dos serviços ambulatoriais públicos que haviam sido instalados (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Como resultado da ação do CONASP, que tinha como intuito conseguir alcançar melhor aproveitamento dos serviços oferecidos pelo setor público, foram realizados convênios com setores envolvidos na atenção à saúde, este convênio mais tarde veio a ser substituído pelas Ações Integradas de Saúde – AIS. Essas ações se encontravam destinadas a obtenção da universalização do acesso aos serviços de saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu no ano de 1986, foi possível obter uma nova conceituação de saúde e estabelecer o direito do cidadão no âmbito da saúde, onde foram também estabelecidos os fundamentos do SUS. Para o bom funcionamento deste novo sistema, foram então traçadas as estratégias de desenvolvimento, estabelecendo a coordenação, integração e a forma que se daria as transferências de recursos entre as instituições responsáveis (PAIM et al. 2011).

No ano seguinte ao da conferência nacional, foi implantado o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), este modelo de sistema já havia sido usado internacionalmente e, por meio dele, obtido bons resultados. Encontrava-se baseado em princípios como: a universalização, a integralidade de ações e a descentralização, e propunha obter a integração dos serviços oferecidos pela rede de atenção privada e pública. A descentralização seria o ponto de maior significância para introduzir o sistema (MACHADO, 2012).

O Suds tinha inserido ao seu projeto a municipalização dos serviços de saúde, garantido por meio da descentralização, porém, para a realização dessa meta seria necessário que o setor privado de saúde se unisse ao público. Esse fator não aconteceu, sendo assim, não foi possível a implantação do Suds. A partir de então, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), este voltado exclusivamente para a rede pública (BERTOLLI FILHO, 2002).

## 2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

No ano de 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento considerado como um marco muito importante para a evolução da saúde pública, pois influenciou no desenvolvimento de diversas discussões sobre a saúde no país, e teve como resultado final o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (GALLO, 2005).

Decorrente da CNS foi possível verificar significativas mudanças no setor de saúde e um exemplo desta, é a mudança do modelo de saúde atual, que deixou de ser um modelo curativo, reabilitador e voltado para a doença, para então começar a considerar outros fatores, na tentativa de tornar um modelo assistencial, que tem como característica a prevenção de doença e promoção de saúde. Mediante essa mudança, a saúde começou a ser definida não mais como somente ausência de doença, e sim, como o equilíbrio humano, levando em consideração o seu aspecto físico, mental e social (RAGASSON, 2004).

Pode ainda dar destaque a outro marco histórico decorrente da CNS, que foi a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a Constituição de 1988 e as “Leis Orgânicas da Saúde” influenciaram diretamente nas mudanças deste sistema de saúde (GALLO, 2005). O SUS foi criado com base em princípios éticos e diretrizes para tornar possível o alcance de um melhor direcionamento das atividades e ter eficácia em sua implantação, estes princípios foram determinados pelas Leis Orgânicas de Saúde (LIMA, 2006).

A Lei Orgânica da Saúde é representada por meio de duas leis, sendo elas: Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90. A primeira, “Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 2013). A segunda, “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990). Paim (2011) destaca que essas leis não estão restritas somente aos serviços públicos e que abrangem de igual forma, qualquer setor que esteja relacionado à saúde.

Os princípios estabelecidos foram divididos em dois âmbitos: nos doutrinários, encontram-se aderidas a universalidade, integralidade e equidade; e nos organizacionais: a descentralização, regionalização e hierarquização (LIMA, 2006).

Em relação aos princípios doutrinários: a universalidade correspondente à garantia de acesso gratuito aos serviços de saúde, levando em consideração que muitas pessoas não tem condições econômicas para pagar pelos serviços, sendo assim, esse princípio visa abranger todas as classes sociais, para que algumas famílias não venham a ter dificuldades no acesso ou até mesmo ausência do serviço devido a falta de renda (SISSON, 2007).

Segundo BRASIL (2000), o Poder Público tem o dever de garantir saúde e prover meios para que isso aconteça. Ressalta ainda, que, saúde é um direito de todos. Considerando que dentro da universalidade encontra inserido o dever do Estado de garantir a oferta dos serviços de saúde e o trabalho com ações preventivas.

É importante destacar que a igualdade no acesso só será alcançada, se houver empenho do setor público na distribuição dos serviços de acordo com a necessidade da população, assim, fica claro que para um bom desempenho dos serviços é necessário obter o planejamento do modelo assistencial, para que as desigualdades sociais nos acessos possam ser vencidas (SISSON, 2007).

Na integralidade encontramos a explicação para a importância de, na atenção à saúde, ser levado em consideração as necessidades de grupos específicos, ainda que esses grupos representem a minoria em relação a quantidade da população. Esses grupos dependem de níveis diferenciados de atenção à saúde. No entanto, é característico da integralidade garantir a assistência integral do indivíduo, independente do grupo a que pertence. Mas, para o cumprimento deste, é necessário uma prestação de serviço humanizada no SUS (BRASIL, 2000).

Cabe ainda ressaltar a importância de considerar o indivíduo como uma totalidade. Tendo como objetivo atender todas as dimensões que influenciam na vida do indivíduo e que cabe ao sistema de saúde, sendo que, para realizar tal ato, é necessário ter o consentimento dos indivíduos que estão sendo beneficiados. O atendimento integral vai além da hierarquização e regionalização existente na assistência a saúde, foca na qualidade da atenção individual e coletiva dos serviços oferecidos, e engrandece a necessidade de estudos permanentes pelos servidores e

a prática da equipe de saúde por meio de uma atuação multiprofissional (MACHADO, et. al, 2007).

Na integralidade se propõe uma integração dos serviços oferecidos, podendo este ser preventivo ou curativo, com ações individuais ou coletivas. Uma das propostas da integralidade é uma atuação conjunta das ações de saúde, onde tendo foco na prevenção, porém, sem deixar de lado a atenção assistencial (FONTOURA; MAYER, 2006).

Para alcançar a integridade é necessário que, os profissionais do serviço de saúde pública, busquem colocar em prática uma abordagem integral, devendo enxergar o paciente como um todo. Além de sempre levar em consideração as particularidades de grupos específicos, para que se possa realizar ações direcionadas, e assim, abranger toda a população (BRASIL, 2000).

A organização da saúde também merece atenção quando se pretende alcançar este objetivo, onde por meio da busca constante da determinação e ampliação das necessidades do indivíduo, trace as melhores respostas. É necessário também a intervenção por parte do governo, as suas respostas devem ser baseadas nos problemas apresentados, incorporando todos os níveis de atenção à saúde e todas as esferas de atenção, sendo elas: municipal, estadual ou federal (FONTOURA; MAYER, 2006).

Uma outra diretriz do SUS é a equidade. Essa tem como meta a garantia da igualdade no acesso aos serviços de saúde. Souza (2007a), destaca que a equidade vai além do acesso igualitário, envolve também o direito do cidadão, está relacionado à justiça. Nesse sentido, destaca-se que o fundamento desse princípio é voltado para o respeito ao direito do indivíduo, em que todos são considerados iguais e há necessidade de dar prioridade na atenção aqueles que mais necessitam, tornando um sistema justo.

Esses princípios, quando praticados, contribuem para a capacitação dos municípios, em executar as responsabilidades apresentadas pelo SUS, bem como, a realização das ações que correspondem aos objetivos propostos pelo SUS e que são focados em ações que visem a promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2000).

Esse sistema ainda conta com diretrizes que foram desenvolvidas no intuito de orientar todo o processo de implantação eficaz do SUS. Estão aderidos às diretrizes: a regionalização e hierarquização do serviço, a descentralização e a participação popular, sendo que, cada um, apresenta particularidades diferentes, o que proporciona um desenvolvimento diferencial do sistema (PETRI, 2006).

Na regionalização e hierarquização, tem-se como alvo uma melhor distribuição dos estabelecimentos que prestam os serviços, de forma que, estes se encontrem bem difundidos e descentralizados no território. Significa organizar os serviços de saúde, estabelecendo os níveis de complexidade de forma crescente, e definindo-os de acordo a situação da região geográfica e com o seu perfil epidemiológico (PAIM, 2011). Também está relacionado a esse princípio, a busca pela melhor forma de prover um sistema eficaz e efetivo, sendo que o papel dos gestores estaduais e municipais são fundamentais para esse processo (BRASIL, 2000).

A Descentralização esta voltada para a caracterização da situação da área abrangida, considerando o seu aspecto social, econômico e sanitário. Após a determinação da situação, deve-se estabelecer as ações a serem desenvolvidas e distribuir as responsabilidades de cada nível de governo. É importante ressaltar que quanto mais de perto for realizada a pesquisa sobre a situação do local, mais eficaz será o desenvolvimento das ações e serviços, e terá maior resolutibilidade dos problemas sociais (PAIM, 2011).

Na diretriz da participação popular se encontra designado que a população pode participar das questões de saúde pública, mostrando a força que a população tem na determinação das políticas públicas, buscando o controle social no desenvolvimento do SUS. Enquadra-se também o dever da sociedade em fiscalizar e discutir as ações de saúde e a aplicação dos recursos (PETRI, 2006).

O SUS é um sistema constituído pela junção dos três níveis de governo, sendo eles, União, Estado e Municípios. São serviços oferecidos de origem pública, no entanto, podem ter convênios e/ou contratos com a rede privada. Assim, quando o serviço for oferecido pela rede privada, devem ser seguidas as mesmas normas do SUS, ou seja, este serviço será regido e organizado pelas mesmas doutrinas do SUS (ACURCIO, [20--?]).



O SUS se constitui em um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas, sendo que podem ser de origem municipal, estadual e/ou federal, e estar sob administração do Poder Público. As principais mudanças na forma de prestações de serviços se baseiam na proposta apresentada pelo SUS, no qual temos a universalização e a descentralização, que resulta em maior democracia no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2000).

Segundo Lima (2006, p.27), de acordo com as diretrizes apresentadas pelo SUS, outros fatores como as políticas econômicas e sociais, se enquadram no direito à saúde, ou seja, o Estado deve trabalhar com meios que propiciem boas condições de vida. Este sistema visa prevenir os problemas de saúde ou solucioná-lo rapidamente, evitando agravos, e promovendo a realização de intervenções junto à população.

Para a execução adequada do SUS é necessário que haja um cumprimento dos princípios e diretrizes que regulamentam esse sistema, no entanto, vem sendo encontrados muitos desafios para a implantação eficaz do SUS, e, para reverter o quadro, torna-se necessário um maior empenho do governo em colocar em prática os aspectos teóricos do SUS. E assim, permitir uma maior eficiência e melhor acesso ao sistema (PAIM, 2011).

Ainda segundo Paim (2011), entre os principais desafios enfrentados pelo SUS, pode ser dada ênfase à dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade, sendo que, esses serviços, são oferecidos principalmente pela rede privada, considerando que existe uma baixa proporção de convênios com a rede pública, dificultando assim, o acesso. Outros desafios a serem enfrentados devem ter maior atenção do governo para sua solução e assim, tornar mais eficaz os serviços de saúde pública.

Segundo RAGASSON (2004), outras dificuldades vêm sendo encontradas para o adequado desempenho do SUS, entre elas encontramos a garantia da qualidade dos serviços oferecidos, a equidade e a capacidade de resolver os problemas decorrentes da assistência ao serviço ambulatorial e hospitalar de forma integral. Para se ter a solução desses desafios, tornam-se necessários maiores incentivos para a reorganização dos serviços de saúde.

As novas práticas para o processo de reestruturação do serviço de saúde pública vêm sendo preconizadas como método de implantação de medidas que visem a diminuição dos gastos com serviços hospitalares e que tenham as suas ações voltadas para o campo extra-hospitalar, com foco na prevenção de doenças, tornando possível uma racionalização da assistência médica (SOUZA, 2007a).

Starfield (2002), considera a Atenção Primária como porta de entrada para iniciar a solucionar os problemas apresentados pelo SUS. Deposita-se na atenção primária a tentativa de melhor atendimento as necessidades apresentadas pela população e diminuição dos problemas do desenvolvimento do SUS. Sua ação é voltada para a intervenção em conjunto, com funções combinadas, e integrando todos os níveis de atenção à saúde, por meio do trabalho em equipe.

### 2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Após a Reforma Sanitária em 1980, começou a ser desenvolvida uma reestruturação do sistema de saúde, com intuito de tornar o serviço mais acessível e eficaz para a população, constituindo assim, uma organização da atenção à saúde, sendo esta baseada em princípios e diretrizes, para obter um melhor funcionamento deste sistema (ESPÍRITO SANTO, 2008).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é composta por ações desenvolvidas no intuito de abranger o nível de atenção primário, e se encontra voltada para a garantia de qualidade de vida ao indivíduo, através da “promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (VIANA, 2005, p.42), podendo ser com intervenções individuais ou coletivas. A APS é baseada na Lei 8.080 (que fundamenta os princípios do SUS) e tem como finalidade a reorientação da assistência à saúde, considerada o principal modelo apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Para se ter eficácia e qualidade nos serviços oferecidos pela APS, é necessário que as ações estejam baseadas em princípios, que são eles: “universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade, responsabilização, vínculo, continuidade, humanização, resolubilidade, territorialização, intersetorialidade e participação social” (ESPÍRITO SANTO, 2008, p.11).

A atenção primária visa atender às necessidades apresentadas pela comunidade que estejam desvinculadas ao processo da doença, ou seja, “fugindo” da esfera que compreende o modelo curativo e reabilitador, com ações que incentivam a prevenção e promoção de saúde, e a educação continuada (SOUZA, 2007a).

A promoção de saúde está voltada para a garantia de melhor qualidade de vida a população, e está garantida por meio de um conjunto de atividades desenvolvidas com o intuito de propiciar uma melhor condição de vida e conseqüentemente um maior bem estar ao indivíduo, favorecendo o desenvolvimento de estratégias que propiciem uma integração do indivíduo com o controle de sua saúde, realçando o seu cuidado com a saúde. As atividades desenvolvidas relativas à promoção de saúde envolvem: elaborar e desenvolver políticas que enfatizam a saúde; desenvolver ambientes que favoreçam o despertar sobre o cuidado da saúde; estimular o auto-cuidado, entre outros (BUSS, 2003).

Em relação a prevenção de saúde, esta engloba as ações desenvolvidas no intuito de prevenir o desenvolvimento de doenças, incluindo também, a redução de sua incidência e a prevalência em grupos populacionais. Suas ações estão direcionadas ao desenvolvimento de projetos de educação e orientação acerca de determinados assuntos, ex: dengue, doenças sexualmente transmissíveis, etc. Para estabelecer as medidas de prevenção e promoção de saúde, é necessário desenvolver um estudo epidemiológico da área abrangida, e assim, traçar os principais objetivos a serem alcançados (CZRESNIA, 2003).

A educação em saúde é outro fator que contribui muito para a garantia de uma vida saudável, seu foco está na ação educadora, no qual é realizado uma comunicação e diálogo com os grupos de interesse, onde por meio de um conjunto de conhecimentos e práticas, são transmitidas as informações cabíveis a determinados assuntos de ordem diversas. Com esse modo de atuação é possível transmitir informações que enfatizam a exposição de riscos pertinentes a saúde, e como agir para evitá-los (VIANA, 2005).

Considerando isso, é importante ressaltar, que a prática da APS é realizada por meio do trabalho em equipe, abrangendo populações delimitadas pelo programa, e, as ações desenvolvidas por estas, consideram a particularidade do local. É responsabilidade da equipe, buscar meios para resolver os problemas de saúde que

apresente maior frequência e maior relevância em sua região. Uma das principais características desse sistema é a aproximação dos usuários com os serviços de saúde, sendo a equipe o ponto central desse contato (BRASIL, 2007).

A partir da implementação do sistema de saúde com foco na APS, busca-se a criação de métodos e formas de intervenções que tenham como objetivo a garantia de saúde, o que resulta em modificação no modelo predominante na saúde que geralmente está voltado para a doença, refletindo em uma grande procura por hospitais, ou seja, serviços de maiores complexidades. Com a implantação desse novo modelo de atenção à saúde é esperada a descentralização da doença e centralização da promoção de saúde (VIANA, 2005).

Desse modo, com o empenho em organizar o sistema de saúde sendo este já voltado para a atenção primária, no ano de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), que mais tarde, no ano de 1997, foi designado como Estratégia Saúde da Família, tendo como objetivo principal a consolidação da APS e do Sistema Único de Saúde (SUS), (ESPÍRITO SANTO, 2008).

#### 2.4 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA / ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Após a Reforma Sanitária começou a ser dada maior ênfase à melhoria de saúde da população. Durante esse período foram criados diversos programas no intuito de contribuir para a melhoria do sistema de saúde. No ano de 1991, o Ministério da Saúde formou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no entanto, só teve a sua expansão em 1995, junto com o Programa Saúde da Família (PSF). O PACS é considerado antecessor do PSF (VIANA; POZ, 1998).

Após a criação do PACS, deu-se início às mudanças nos serviços de saúde pública. Começou a dar prioridade não mais ao indivíduo, e sim, a família. A partir de então, a família tornou-se uma unidade base para a programação de ações de saúde, o que favoreceu a melhora do conhecimento em relação às necessidades prioritárias da população local, facilitando assim, na escolha da forma de intervenção. O PACS foi criado com o objetivo principal de ajudar na luta pela diminuição dos índices de mortalidade infantil e maternal, com foco de atuação em regiões carentes, dentro desse objetivo, o agente comunitário teria o papel de tornar mais ampla a

coberturados serviços , ou seja, levando o acesso à saúde a populações de áreas mais pobres (VIANA; POZ, 1998).

Torna-se importante considerar que o PACS também foi essencial no processo de aperfeiçoamento e consolidação do Sistema Único de Saúde e que as suas atividades voltadas para a orientação em saúde, por meio de informações, resulta em prevenção de doenças. A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para realizar as atividades de orientação e outras, é realizada por meio de um enfermeiro que atua junto aos ACS, ocupando assim, o cargo de instrutor-supervisor. Vale ressaltar que as atividades são desenvolvidas de acordo com a necessidade apresentada pela comunidade (BRASIL, 2001).

Após a implantação do PACS, começaram a ser formadas as primeiras equipes de saúde, sendo que estas se encontram agregadas ao Programa Saúde da Família (PSF), que foi criado com intuito de servir como o principal meio de reorientação do modelo de assistência à saúde pública, junto ao PACS, para que pudesse ser colocado em prática os serviços de saúde voltado para a APS, e que estivesse baseada nos mesmos princípios que regem o SUS (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Esse novo modelo de serviço busca trazer uma nova forma de abordagem em relação ao processo saúde-doença, tendo seu foco na atenção a saúde, trabalha para diminuir a procura dos serviços que atuam diretamente na doença, característica de intervenções curativas. A proposta do PSF é desenvolver o seu trabalho voltado para o campo de prevenção (CASTRO; CIPRIANO JÚNIOR; MARTINHO, 2006).

A nova estratégia de intervenção se encontra baseada, e em sintonia, com os princípios que regem o SUS: universalidade e equidade na atenção e integralidade nas ações. Com essa nova estruturação é possível conquistar novas práticas de intervenções à saúde, considerando como foco a atenção primária e a promoção da saúde da família, e, por meio dessas, tornar as ações mais humanas e eficazes, afim de atender às necessidades apresentadas pelo indivíduo (BRASIL, 2000).

O PSF é considerado um programa diferencial, pois além de sua forma de intervenção, propõe uma assistência humanizada e assume vínculos de responsabilidade e compromisso entre o serviço de saúde e a população, buscando

uma maior aproximação da comunidade com os serviços de saúde, garantindo assim uma maior assistência e atenção à saúde. (BRASIL, et al, 2005).

O programa trabalha para garantir uma melhor qualidade de vida à população, abrangendo o direito à saúde para todos (GALLO, 2005). Com a atenção voltada para a saúde da família, pode-se obter um maior conhecimento acerca dos principais problemas existentes na comunidade atendida pelo programa, facilitando assim, a resolução e diminuição desses problemas colaborando para que se torne um programa com capacidade de realizar as mudanças transformadoras, que é o foco do modelo assistencial (BRASIL, et al, 2005; CASTRO; CIPRIANO JUNIOR; MARTINHO,2006).

A proposta de intervenção do PSF se diferencia de outros programas, pois propõe uma nova forma de relacionamento com a comunidade, uma nova dinâmica ao colocar em prática a atenção a todos os níveis de saúde, e enfatiza o compromisso de prestar assistência integral, tanto ao indivíduo como as famílias. Outra proposta das equipes atuantes no PSF é identificar os fatores de risco aos quais a população se encontra exposta, humanizar a prática da atenção à saúde e tornar mais próximo o relacionamento entre os profissionais de saúde e a comunidade. Buscando ter como resultado dessa forma de atuação, uma maior satisfação dos usuários e a garantia do direito à saúde para todos (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

A prática do PSF ocorre por meio da Equipe de Saúde da Família (ESF) e esta se encontra estruturada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS estão sob responsabilidade dos municípios, sendo que, com a municipalização, torna-se mais fácil à tomada de decisões para as questões que permeiam as necessidades da população, e assim, favorece a realização de mudanças necessárias para a melhora do sistema. Todos os serviços prestados pelas unidades de saúde estão concomitantemente relacionados com o regimento do SUS (PASSOS; CIOSAK, 2006).

No entanto, torna-se importante considerar que a unidade básica não deve ser usada somente para atender a pacientes doentes de baixa complexidade, mas também, deve servir como receptor dos problemas que o indivíduo apresenta em relação à saúde, e tentar solucioná-lo por meio de encaminhamento para os serviços especializados, garantindo uma assistência integral. Sendo também de caráter das

UBS o acompanhamento de grupos prioritários como pacientes crônicos, gestantes e crianças (BERTUSSI, OLIVEIRA; LIMA, 2001).

Os serviços ofertados pelas UBS serão determinados de acordo com a necessidade apresentada pelo município abrangido, sendo assim, não existe uma padronização dos serviços. Porém, todas as UBS apresentam a sua equipe e a diversificação das especialidades destas vão de acordo com a demanda (PASSOS; CIOSAK, 2006).

No PSF tem destaque o trabalho multiprofissional, no qual com a integração dos profissionais da equipe de saúde e o reconhecimento da importância de todos os profissionais, favorece com maior eficácia a assistência à saúde oferecida às famílias, isso acontece devido a troca de informações entre a equipe, sendo que serão traçadas as melhores formas de intervenção (OLIVEIRA, et al, 2011).

A equipe de saúde da família varia na composição dos profissionais que a integram de acordo com a demanda apresentada pela comunidade, porém o Ministério da Saúde classifica alguns profissionais como obrigatórios para a implantação do PSF, constituindo então, a ESF mínima (REZENDE, et.al, 2009).

A ESF mínima é composta por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, no entanto, quando ampliada, podem fazer parte da equipe mínima um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene bucal, a inclusão desses profissionais é dada de acordo com a necessidade apresentada pela população (LOURES; SILVA, 2010).

Com a ampliação da cobertura assistencial da ESF, foi possível identificar outras necessidades de saúde nas comunidades, favorecendo assim para a criação de novas demandas de saúde, sendo que estas não estariam enquadradas dentro dos serviços oferecidos pela equipe mínima de saúde, essas novas demandas estavam mais direcionadas aos serviços mais especializados, o que refletiu na necessidade de inclusão de outros profissionais na ESF (FORMIGA; RIBEIRO, 2012).

Gallo (2005) considera que um dos principais desafios percebidos pela equipe de Saúde da Família, na busca pela sua expansão e consolidação, é encontrar profissionais no mercado de trabalho que sejam capazes de realizar mudanças necessárias para que se tenha uma maior organização do sistema de saúde.

Para que se cumpram os objetivos propostos pelo Programa Saúde da Família é necessário estar identificando as necessidades da comunidade e estabelecer meios

de resolver as questões, buscando sempre a garantia de assistência integral e assim, uma rede de atenção básica com qualidade (FORMIGA; RIBEIRO, 2012).

No entanto, para o alcance da assistência integral, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), este projeto busca aderir outros profissionais na equipe para que estes venham a servir como apoio para melhorar as intervenções e assistência à saúde, e assim, permitir ao indivíduo e a família maior acesso a outras especialidades do setor de saúde. (BARBOSA, 2010).

O NASF tem o intuito de ajudar a equipe de saúde da família, tendo como base a realização de trabalhos interdisciplinares, atuando de acordo com a necessidade local, para que assim possa ser alcançado maior eficiência nas ações que visam a promoção de saúde, e conta com profissionais que não estão integrados a equipe de saúde que atua no PSF (FLORINDO, 2009).

Existem duas modalidades de NASF: NASF 01 e NASF 02, sendo que estes são dimensionados de acordo com o número de habitantes abrangidos pela respectiva ESF. Em ambos os NASF apresentam-se inseridos na lista de profissionais que podem fazer parte da equipe: o assistente social, educadores físicos, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e farmacêutico. Sendo que no NASF 01 ainda podem estar aderidos outros profissionais, sendo eles: médico acupunturista, homeopata, psiquiatra, pediatra e ginecologista (BARBOSA, 2010).

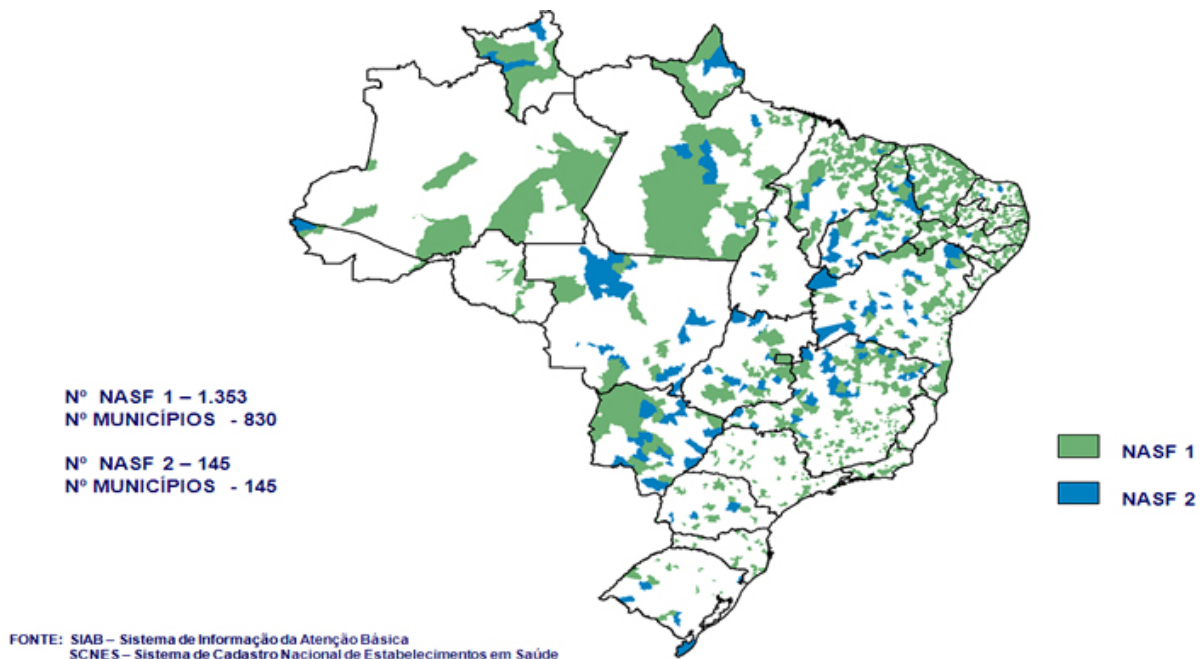
Devido o NASF ser um programa que está ainda sendo aderido pelos municípios brasileiros, muitas dúvidas e indagações podem vir a surgir pelos profissionais que o compõem. As dúvidas e problemas que surgem nesse âmbito devem ser bem resolvidos. Os problemas que geralmente são encontrados, estão relacionados a permanência dos atendimentos individuais, sendo que estes não são prioridades dos profissionais do NASF, considera-se também que um outro problema frequentemente encontrado é a falta de conhecimento dos próprios coordenadores em relação as principais finalidades do NASF (FLORINDO, 2009).

Segundo Barros e Uchida (2013), um levantamento de dados realizados em 2012, revelaram que no país existem apenas 1.966 NASFs. A imagem a seguir mostra os locais que dispõem de NASF, e qual a sua modalidade 1 ou 2. Os estados que



apresentam os menores índices de implantação do NASF é o Acre e o Espírito Santo.

**Figura 1:** Situação de Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
BRASIL - 2008 - AGOSTO 2011



FONTE: (BRASIL, [2012?])

Torna-se importante destacar que todos os profissionais integrantes da ESF devem desenvolver suas ações com base no modelo proposto pelo SUS, seguindo os seus princípios e diretrizes (SILVA; ROS, 2007).

Embora sejam evidentes os benefícios que podem ser trazidos quando se tem uma inserção de programas que estejam voltados para o campo de atenção primária, junto com um aumento da satisfação da população dos locais que recebem estes programas, ainda é possível encontrar dificuldade na execução eficaz do mesmo, o que determina a necessidade de aprimorar os serviços e garantir melhoria no respectivo programa (SOUZA, 2007a).

## 2.5 AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As Equipes de Saúde da Família (ESF) são responsáveis por permitir maior contato dos serviços de saúde com os usuários. No entanto, as equipes devem estar preparadas para fazer a identificação das necessidades das famílias e também conhecer a realidade do local sob sua responsabilidade (PAULA; PORTES, 2009). O trabalho da ESF está voltado para a prática de ações preventivas e curativas, mantendo sempre como foco a assistência integral ao indivíduo. Com a atuação multiprofissional da ESF é permitida uma maior diversificação nas intervenções e o contato constante entre os diferentes profissionais (MARQUES et al, 2007).

Toda a equipe deve estar capacitada para realizar a análise das necessidades do local, do perfil epidemiológico, da sociodemografia das famílias, estar atenta ao surgimento de problemas de saúde e procurar meios para resolvê-los, fazer identificação de riscos que a população se encontra exposta, estabelecer modos de enfrentamento para diminuir os riscos que estão relacionados ao processo saúde-doença. Ainda faz parte das atribuições da equipe de saúde, atender a demanda dos serviços, sendo estes programados ou não, devendo também cumprir com os princípios estabelecidos pelo SUS, o que resulta em uma implantação correta do programa. Quando traçados os objetivos a serem alcançados pela ESF, é importante estimular e incentivar as ações intersetoriais para o alcance de bons resultados (COSTA, 2010).

## 2.6 HISTÓRIA DA FISIOTERAPIA

### 2.6.1 Fisioterapia no mundo

A história das profissões é o principal fator que leva a compreensão de como foi estabelecido o objeto de estudo e a atuação de uma determinada profissão. No entanto, abordar os princípios da história da fisioterapia torna-se relevante, pois proporciona uma ampliação do conhecimento em relação a evolução e mudanças obtidas no decorrer dos anos, pertinentes ao seu campo de atuação e o reconhecimento da fisioterapia como uma profissão da área da saúde (GIUSTINA, 2003).

Na Antiguidade, já havia preocupação em alcançar o tratamento das doenças que eram conhecidas como “diferença incomoda”. Buscava-se a eliminação dessas doenças por meio de condutas usando técnicas, procedimentos e diversos recursos. Os curandeiros, eram os responsáveis pela busca por tratamentos adequados, tinham conhecimento sobre os agentes físicos e tentava inseri-los como forma de tratamento (um reflexo desse conhecimento foi à inserção dos peixes elétricos como terapia); consideravam o movimento do corpo como um recurso terapêutico. Sendo assim, a ginástica foi empregada como forma de tratamento de disfunções já instaladas (OLIVEIRA;TUBINO; FERNANDES, 2009).

Durante a Idade Média ocorreu um retrocesso nos avanços e estudos na área da saúde. Nesse período, se tinha muita influência religiosa, estes consideravam o corpo humano como algo inferior, e não dava atenção necessária a saúde do indivíduo. A ginástica, que nesse período já recebia o nome de exercício, era usada pelos nobres para aperfeiçoar a potência física, já os burgueses usavam como forma de diversão (GIUSTINA, 2003).

No Renascimento, volta a eclodir a preocupação com o corpo e os estudos são retomados. Neste momento, enfatiza-se o corpo saudável, e a busca por tratamentos e cuidados com o organismo doente e a preservação das condições normais do indivíduo são considerados objetivos (OSTROWSKI, 2012).

No período da industrialização, se tem a restauração da atenção voltada para o tratamento das “diferenças incomodas”. No entanto, já havia um tratamento voltado diretamente para essas doenças. Durante essa fase o foco da saúde estava voltado para a área curativa, recuperadora e reabilitadora, deixando de lado a área preventiva. Devido a esse fator, começam a surgir especializações curativas. É importante considerar que essa atenção curativa resultou em avanços nos tratamentos e na área tecnológica, colaborando também para maiores conhecimentos científicos em relação a fisiologia do corpo, tornando possível melhor compreensão dos fatores contribuintes para lesões e como estas ocorriam (OLIVEIRA; TUBINO; FERNANDES, 2009).

Durante a Segunda Guerra Mundial, devido ao alto índice de indivíduos lesados e mutilados, em resultado dos combates, foram criadas as primeiras escolas de Cinesioterapia, que estavam destinadas ao tratamento dessas sequelas, e tinham

como meta a reintegração desse indivíduo, garantindo, no mínimo, o retorno às atividades sociais. O reconhecimento da fisioterapia como parte da “Área da Saúde”, ocorreu no final do século XX. As evoluções dessa profissão continuaram no decorrer dos anos e, devido a sua história, o campo de atuação e seus recursos em sua maioria, foram desenvolvidos destinados a prestar uma assistência reabilitadora (GIUSTINA, 2003).

Figura 2- Fisioterapia nos anos 50.



FONTE: (RODRIGUEZ, 2011)

### 2.6.2 Fisioterapia no Brasil

O aparecimento da Fisioterapia no Brasil tem seu passo inicial por meio da vinda da família real ao país. Com a vinda dos monarcas, nota-se uma contribuição no que se refere à saúde, pois foi a partir desse fato que se desenvolveram as primeiras escolas médicas, que influenciaram no avanço da saúde no país. Inicialmente os recursos fisioterápicos eram usados por médicos, e se teve a produção de novos serviços como a hidroterapia e a eletricidade médica (GIUSTINA, 2003).

A fisioterapia foi formada com o incentivo de médicos, os primeiros serviços oferecidos voltados para a respectiva área, foram executados no Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro, em seguida foram criados novos locais que

ofereciam serviços de fisioterapia, sendo estes em São Paulo e em outros Estados (NOVAES JUNIOR, 2001).

A Segunda Guerra Mundial foi um fator contribuinte para a expansão da fisioterapia, pois com o alto índice de sequelas causadas pelos conflitos, fez-se necessário uma ampliação da prestação de serviços à saúde que diminuísse essas sequelas, com isso a fisioterapia começou a sua atuação, que visava à recuperação física das vítimas (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2004).

Durante a Segunda Guerra Mundial foram formadas escolas de Cinesioterapia, que visava realizar o tratamento dos indivíduos com sequelas, permitindo a esses um retorno às atividades sociais, de forma que tivessem uma vida o mais próximo ao normal possível (GIUSTINA, 2003).

Como resultado do processo de industrialização, é possível notar a repercussão que este novo sistema econômico trazia para a saúde de seus operários. O foco estava no aumento da produção, e não cediam condições de trabalho apropriado o que influenciava no aparecimento de doenças e também de acidentes no trabalho. A fisioterapia ganha espaço, pois, com o crescente índice de sequelas devido ao trabalho, começa-se a enfatizar a recuperação dessas vítimas para manter a força de trabalho (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2004).

Outro fator influenciou para o estabelecimento do caráter reabilitador da fisioterapia. Durante a década de 50 ocorreu uma alta incidência de poliomielite, doença esta responsável por deixar severas sequelas motoras nos indivíduos, o que levava a necessidade de reabilitação, realizados pela fisioterapia (GAMA, 2010).

Em resultado da crescente procura por serviços de reabilitação os médicos ditos reabilitadores, começaram a buscar maior resolutividade nos tratamentos, para alcançar tal meta; iniciaram o desenvolvimento de estratégia para ampliar os estudos na área de fisioterapia, que se encontravam restritos aos bancos médicos; visavam incluir a fisioterapia entre os paramédicos (GIUSTINA, 2003).

No ano de 1951, foi criada a primeira escola voltada para área de fisioterapia, eram formados técnicos em fisioterapia, chamados de fisioterapistas. Seus fins eram exclusivamente voltados para a reabilitação do indivíduo. A partir de então, deu-se início a formação de várias escolas de fisioterapia (GAMA, 2010).

A primeira turma de técnicos em fisioterapia foi inserida em consultório e clínicas e classificada como auxiliar dos médicos, pois as atividades que exercia estava sob ordem médicas, que determinavam os exercícios e os recursos a serem utilizados e os fisioterapeutas apenas aplicavam e realizavam o que haviam sido prescritos. Isso ocorria, pois os primeiros profissionais formados não possuíam o conhecimento e competência necessária que permitisse a realização de uma avaliação funcional eficaz, ou seja, o conhecimento científico adquirido no curso técnico ainda era insuficiente para que pudesse ser um profissional independente. No intuito de garantir um atendimento com maior qualidade e conhecimento científico, os cursos técnicos de fisioterapia tiveram um aumento em seu período de estudo ampliado para dois anos (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2004).

Durante a década de 50, criou-se também a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), que tinha o objetivo de garantir tratamento a indivíduos portadores de sequelas motoras, visando o restabelecimento social dessas pessoas. Cerca de 2 anos após a implantação da ABBR, foi fundada a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, sendo que esta foi criada pela ABBR. Na mesma década foi criado pelo presidente Juscelino Kubitschek o Centro de Reabilitação da ABBR. Este centro era a instituição mais moderna voltada para a reabilitação (BARROS, 2003).

No ano de 1959, os médicos, juntamente com órgãos internacionais, criaram o primeiro Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) que formava fisioterapeutas com curso ampliado, oferecido pela Universidade de São Paulo (GAMA, 2010).

Anos após a ampliação do curso realizado pelo INAR, em 1964, foi formado o Instituto de Reabilitação (IR), que veio a substituir o INAR. Esse novo instituto começou a oferecer curso de formação superior em Fisioterapia, mas o Parecer 388/63 do Conselho Federal de Educação destinou a fisioterapia como auxiliar de medicina, definindo o fisioterapeuta como profissional competente para realizar atividades terapêuticas, somente sob supervisão médica. O Parecer considerava o fisioterapeuta como uma profissão integrante da equipe de reabilitação em saúde, mas não lhe competia o diagnóstico da doença, destacando que o profissional fisioterapeuta, mesmo com formação superior, era considerado como técnico em Fisioterapia (GIUSTINA, 2003).

Em relação à formação dos profissionais, o sistema educacional, que era regido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 1961), propunha a elaboração de currículos mínimos para os cursos de graduação. Esses currículos estabeleciam a quantidade mínima de matérias que deveriam fazer parte da área de conhecimento. O método buscava ampliar o conhecimento do profissional, permitindo a este melhor atuação (OLIVEIRA, 2002).

A proposta curricular mínima voltada para o curso de Fisioterapia determinava uma formação de maior qualidade para esses profissionais, permitindo que fossem capazes de compreender e exercer com eficiência o ato terapêutico. Mesmo com esse aprimoramento na sua formação o fisioterapeuta ainda não era reconhecido como profissional competente para atuar com base apenas em seu conhecimento, sem ser submisso ao médico (OSTROWSKI, 2012).

Com o desenvolvimento crescente da fisioterapia os profissionais da respectiva profissão buscavam adquirir cada vez mais direitos dentro da área da saúde, visando defender a categoria. Entretanto, muitas dificuldades persistiam, e a tentativa de inserção do fisioterapeuta nos serviços públicos não obteve sucesso. Em 1972, aconteceu a II Conferência Nacional de Fisioterapia, que foi organizada pela Associação Brasileira de Fisioterapia (fundada em 1962). Neste evento foi designado o dia 13 de Outubro como o Dia do Fisioterapeuta, e teve ênfase a discussão sobre a necessidade de regulamentar a fisioterapia (BARROS, 2003).

### **2.6.3 Regulamentação da fisioterapia**

A fisioterapia só foi regulamentada como profissão de nível superior em 1969, momento em que o Brasil vivenciava o ápice do regime militar, e enfrentava intensos problemas relacionados à saúde, devido a elevada incidência de epidemias, durante este período o sistema assistencial não trazia resultados condizentes com a realidade, sua atuação era considerada ineficiente. A regulamentação veio a partir do decreto - lei 938 (BISPO JÚNIOR, 2009).

O decreto – lei 938 contribuiu muito para o reconhecimento do fisioterapeuta como profissional de nível superior, como também, para o estabelecimento de sua função. Este decreto descreve também acerca do objeto de trabalho do fisioterapeuta, no

qual este se encontravoltado para a execução de métodos e técnicas fisioterapêuticas, tendo estas a finalidade de restaurar, desenvolver ou preservar a integridade física do indivíduo (GIUSTINA, 2003).

Um outro documento foi criado para dar ênfase as atividade pertinentes ao campo da fisioterapia, em 17 de dezembro de 1975, foi sancionada a Lei nº 6.316, que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, tendo como função a fiscalização da prática profissional (NASCIMENTO, et al. 2006).

O COFFITO instituiu o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional a partir da resolução nº10, que traz em seus artigos o objeto de estudo e obrigações do profissional fisioterapeuta. Com o código de ética torna evidente a evolução da atuação do fisioterapeuta e a autenticação dos níveis de atenção à saúde que o mesmo pode atuar, sentenciam a responsabilidade do profissional em relação ao cliente. A Resolução nº 8/78, que antecedeu o código de ética e foi publicada pelo COFFITO, dispõe sobre o exercício do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, descrevendo os seus atos privativos (competências). Encontra-se em pauta no respectivo documento os aspectos técnicos da prática profissional e delimitação das suas funções (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2004).

Os documentos legais pertencentes ao profissional fisioterapeuta, em sua maioria estavam destinados ao processo saúde-doença, não apresentando algum tipo de atenção a saúde destinada para a prevenção, enfatizavam apenas a atuação voltada para a assistência de caráter reabilitadora, o que resultou em uma redução do objeto de estudo e campo de atuação da fisioterapia. O primeiro documento oficial que deixou os termos voltados para as patologias e valorizou a assistência ao indivíduo, foi o código de ética (GIUSTINA, 2003).

É essencial considerar dois aspectos relativos ao percurso do desenvolvimento da fisioterapia. O primeiro se refere a legislação da fisioterapia que enfrentou mudanças significativas no decorrer dos anos e que vieram a interferir no exercício e na formação dos profissionais. O segundo aspecto que vale ser evidenciado, é o momento histórico em que o país percorria. O Brasil enfrentava o período do regime militar quando foram formados os primeiros documentos legais e esse fator influenciou nas definições, pois o povo estava privado de exercer completamente



sua cidadania, diminuindo a participação dos profissionais na composição dos respectivos documentos (ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2004).

A década de 90 foi marcada pela quantidade de documentos oficiais que foram publicados voltados para a fisioterapia, sendo estes: resoluções pelo COFFITO, legislações pelo governo federal e estaduais e Ministério da Saúde. Esses decretos, portarias e resoluções colaboraram para o avanço do campo de atuação da fisioterapia, buscando a desvinculação da assistência reabilitadora, tendo o intuito de alcançar as áreas de todo o campo de saúde. Em resultado da conquista de sua autonomia, da atuação legitimada por todos os âmbitos de poderes (judiciais, executivo e legislativo), além da diminuição dos problemas pertinentes a legalidade, o fisioterapeuta começa também a conquistar campo de atuação, sendo que já começava a ser inserido no campo de educação, promoção de saúde, prevenção de saúde, etc (BARROS, 2003).

Segundo o autor, Oliveira et.al.(2012), em resultado da determinação das Diretrizes Curriculares, sobreveio em uma melhor percepção das capacidades e competências concernentes a atuação do fisioterapeuta, deixando claro que o respectivo profissional está habilitado a atuar em todos os níveis de atenção e a desenvolver os mais diversos modos de ações, relacionadas tanto a assistência individual quanto a coletiva, podendo realiza atuações interdisciplinar, multidisciplinar e/ou transdisciplinar.

Por meio da Resolução 363 nº 363, de 20 de maio de 2009, o COFFITO certifica a Saúde Coletiva como área de atuação da fisioterapia. A fisioterapia coletiva deixa de considerar apenas o aspecto reabilitador e começa ressaltar a relevância da assistência na promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 2009).

Na 12ª CNS, que ocorreu no ano de 2003, foi aprovado pelo plenário, a inclusão do fisioterapeuta como profissional da equipe de apoio a equipe de Saúde da Família, sendo que estes serão agrupados às equipes de acordo com a demanda pelos serviços. A partir de então, foi criado o Projeto de Lei nº 4261/2004, este busca a introdução do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família (SILVA; ROS,2007).

## 2.7 FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A fisioterapia desde o seu surgimento é caracterizada por desenvolver suas atividades com foco principalmente no nível de atenção secundário e terciário, ou seja, para minimizar agravos de doenças e executar atividades voltadas para a reabilitação do indivíduo, Este fator veio contribuir para a dificuldade de percepção e atuação do fisioterapeuta na atenção primária (SILVA; ROS, 2007).

A American Physical Therapy Association (APTA), descreve a fisioterapia como profissão que atua na promoção da saúde e da função, utilizando conhecimentos científicos para evitar, restaurar, manter e avaliar disfunções dos movimentos. Por meio desta definição podemos notar que ocorre a inclusão da atuação do fisioterapeuta na atenção primária (TONELINI, 2009).

A fisioterapia definida pelo autor Barros (2003, p. 20), também é inserida na atenção primária:

... atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional que cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças, sendo portanto, seu principal objeto de trabalho a saúde funcional.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do SUS, instituições que possuíam vínculos com a fisioterapia, como a associação e o conselho federal, iniciaram o incentivo a introdução do fisioterapeuta na atenção primária. O objetivo dessa iniciativa era garantir na nova tendência das políticas públicas de saúde, um espaço para o profissional fisioterapeuta (PAULA; PORTES, 2009).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional ao estabelecer as áreas de atuação do fisioterapeuta, inclui a Saúde Coletiva em seu campo de atuação, e destaca que suas atribuições no respectivo campo, se encontram voltadas para o desenvolvimento de trabalhos focados na prevenção, educação e assistência, sendo todos voltados para a atenção primária (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, [19--?]).

Além disso, o fisioterapeuta é um profissional com competências e habilidades suficientes para atuar com ações individuais ou coletivas, e quando desempenha suas atividades juntamente com a equipe multiprofissional, o mesmo se encontra

apto a assumir com eficácia posições de liderança, tendo como objetivo geral a garantia de bem-estar à comunidade (LOURES; SILVA, 2010).

O fisioterapeuta quando integrante da Equipe de Saúde da Família representa um importante papel. Por meio da sua atuação é possível obter muitos benefícios para a melhoria da qualidade de vida da população, pois sua assistência à saúde é diferenciada e apresenta características próprias da profissão (SILVA; ROS, 2007).

Colabora, portanto, no desenvolvimento, no planejamento, no controle, na organização e no exercício de programas e atividades que estejam direcionadas para o serviço público de saúde. Por meio da inserção do fisioterapeuta, pode-se garantir uma maior integralidade na assistência, o que permite um melhor cumprimento dos princípios estabelecidos pelo SUS (LOURES; SILVA, 2010).

A participação do fisioterapeuta em programas de atenção básica e em atividades e ações que visem os cuidados voltados para a atenção primária em saúde, é necessária para tornar possível a concretização e o cumprimento pleno de todas as metas propostas quando criado o sistema vigente de saúde no Brasil, tornando real a integralidade na assistência. Sendo assim, a profissão deve mostrar a sua importância para “convencer” os gestores responsáveis pela saúde que sua atuação é indispensável (MACHADO; FONSECA; MACHADO, 2007).

O fisioterapeuta embora habilitado, não está inserido como integrante da equipe de saúde da família mínima, mas tem lutado para conquistar esse espaço. Vale ressaltar que quando se tem uma alta demanda dos serviços de fisioterapia, este profissional pode fazer parte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Sendo assim, os profissionais fisioterapeutas estão distribuídos de forma alternada nas equipes multiprofissionais (LOURES; SILVA, 2010).

Alguns aspectos importantes devem ser considerados. Os profissionais que atuam nesse setor precisam estar atentos às necessidades e os fatores que influenciam a vida do indivíduo, podendo este ser de âmbito físico, social e econômico; estar atentos e possuir conhecimentos em relação ao quadro epidemiológico atual; possuir vínculos com outros campos da área da saúde, como: vigilância sanitária, ambiental, nutricional, entre outras, e assim, proporcionar maiores benefícios a população abrangida (BISPO JUNIOR, 2010).

Silva e Ros (2007), destacam que o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta, apresenta termos em que garante que o fisioterapeuta pode atuar na recuperação e promoção de saúde, sendo que também compete ao fisioterapeuta realizar programas de assistência à comunidade. Considerando o apresentado pode-se garantir a inserção do fisioterapeuta nesse setor. No entanto, é importante destacar que os profissionais atuantes desse setor, devem estar capacitados e preparados para desenvolver ações preventivas e educativas, e assim, contribuir de forma relevante para a melhoria da saúde.

### **2.7.1 Atribuições do Fisioterapeuta**

Buscando uma maior compreensão acerca da atuação do fisioterapeuta nesse nível de atenção, é importante destacar às atividades que o fisioterapeuta pode desenvolver no âmbito da promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. As ações no campo da atenção primária à saúde abrangem: elaborar atividades coletivas mediante as necessidades apresentadas em reuniões com a participação popular; desenvolver trabalhos em escolas, visando uma intervenção voltada para a ergonomia e manutenção de uma boa postura, orientação de professores acerca da análise de alterações precoces em crianças e adolescentes, e como integrar da melhor forma em indivíduos que apresentam deficiência (TONELINI, 2009).

Ainda se enquadra nesse ramo, atuar com orientação a toda a população sobre como cuidar e adquirir uma boa postura corporal, além de conscientizá-los acerca da importância de posturas adequadas ao lidar com pesos. A manutenção de uma boa postura reflete em uma diminuição dos riscos de desenvolvimento de alterações na coluna (SOUZA, 2007b).

Em ambientes domiciliares que tenha paciente acamado, é de extrema importância dar atenção aos cuidadores para manter sua integridade e, orientá-lo também, quanto aos fatores que influenciam na melhora na qualidade de vida do paciente. O cuidador deve estar sempre estimulando a manutenção das habilidades funcionais, estimular as mudanças e transferências de decúbito, treino respiratório, compreender a necessidade de um bom posicionamento no leito, e também cuidar de sua própria saúde (TONELINI, 2009).

Além disso, o fisioterapeuta deve realizar atendimentos nos pacientes acamados, sendo estes portadores de doenças degenerativas e/ou crônicas, ou que, por outro motivo, estejam impossibilitados. Sua atuação deve ser com o objetivo de evitar o agravamento das condições do paciente e torná-lo mais independente possível, além de garantir um atendimento integral (RAGASSON, et al, 2005).

A realização de atendimentos em crianças portadoras de doenças neurológicas e que afetam o desenvolvimento motor, afecções respiratórias, má formação congênita, entre outras, é extremamente necessário, pois permitir melhores condições de vida à criança e também reflete em benefícios a família. As intervenções nesse âmbito são voltadas para estimular o desenvolvimento motor normal, diminuir riscos de complicações respiratórias e evitar progressão das alterações patológicas (CURITIBA, 2004).

Sua atividade também pode estar voltada para desenvolver controle de riscos em pacientes que apresentam predisposição a desenvolver determinadas doenças; deve ser dada ênfase também em ações de saúde, buscando alcançar condições favoráveis para o desenvolvimento de boas condições de vida a população (BISPO JUNIOR, 2010).

Em grupos de obesos, atuar com atividades físicas e desenvolvimento de atividades para melhorar o condicionamento do sistema cardiorrespiratório. Em mulheres obesas, ainda pode se trabalhar com orientações acerca dos cuidados para evitar o surgimento de incontinência urinária, já que a obesidade é um fator que colabora para o desenvolvimento da incontinência (GALLO, 2005).

Em gestantes as atividades são geralmente voltadas para a preparação para o parto, orientações para o pré-parto e pós-parto, exercícios preparatórios para o parto e para fortalecimento de musculatura do assoalho pélvico, melhorar o condicionamento físico, orientações quanto à importância do aleitamento materno, atividades educativas sobre o desenvolvimento motor do bebê e como estimular (CURITIBA, 2004).

Em grupos de idosos deve ser dada ênfase a prática de atividade física, visando sempre manter a integridade física do idoso, deixando-o o mais independente possível, desenvolver palestras sobre como prevenir doenças comuns na terceira

idade, alertá-los sobre maneiras de prevenir quedas, e em um contexto geral desenvolver atividades educativas (TONELINI, 2009).

O fisioterapeuta exerce um importante papel na promoção de envelhecimento saudável, a sua intervenção com exercícios de equilíbrio, marcha, consciência corporal, alongamento, fortalecimento muscular e incentivo à atividade física, colaboram para manter a integridade física, diminuir os riscos de quedas e promover qualidade de vida (SOUZA, 2007b).

Em grupos de crianças, as atividades devem ser voltadas para a orientação postural e atividades educativas. Para crianças que apresentem alguma alteração patológica, realizar orientações de acordo com a gravidade. Tem se verificado um índice crescente de alterações como asma, sendo assim, é necessário realizar orientações e exercícios terapêuticos que ajudam no controle da patologia. Já em grupos de adolescentes, além das atividades de orientações posturais, é importante trabalhar com projetos que visem desenvolver palestras educativas, com objetivo de diminuir incidência de alterações patológicas característica da idade, por meio de orientação (CURITIBA, 2004).

A saúde da mulher também deve estar incluída em programas e projetos do fisioterapeuta, devendo atuar com orientações visando a prevenção de câncer, sendo de extrema importância o diagnóstico precoce, como o autoexame de mamas e papanicolau. Nos casos de cirurgias de mastectomia e histerectomia, o fisioterapeuta deve prover de técnicas com intuito de melhorar a qualidade de vida; estimular a prática de atividades físicas em mulher no período de climatério, visando a diminuição dos sintomas. Nas fases de gravidez e puerpério, é relevante estimular a prática de atividade física, com o intuito de melhorar o condicionamento físico, e ensinar exercício de relaxamento (RAGASSON, 2004).

Enquadra-se também como papel do fisioterapeuta, atuar com saúde ocupacional nas comunidades, onde o profissional deve buscar meios de intervenção que tenham o objetivo de diminuir os riscos de doenças e lesões ocupacionais, algumas formas de intervir é realizar palestras de conscientização aos funcionários, realizar análise ergonômica e postural, estimular a prática de ginástica laboral e orientações gerais (DELIBERATO, 2002).

A alta incidência de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), levam à necessidade de intervenção para que possa ser promovida maior qualidade de vida aos indivíduos portadores dessas doenças. Na HAS a fisioterapia atua com o incentivo a prática de atividade física, orientações sobre o auto-cuidado e monitoramento frequente da pressão arterial (AGUIAR, 2005).

Em pacientes portadores de DM, é importante o trabalho em grupo, no qual o trabalho com orientações deve ser enfatizado, pois essa doença provoca alterações que merecem uma atenção especial. Além do estímulo a realização de atividade física frequentemente, o auto-cuidado também deve ser incentivado, devido a alteração na sensibilidade (RODRIGUES; SOUZA; BITENCOURT, 2013).

Em ambas afecções, podem ser inseridas nos programas de intervenções exercícios respiratório, proprioceptivos, para ganho de equilíbrio e hidroterapia em locais que dispõem do respectivo recurso. É importante sempre desenvolver trabalhos que impedem o surgimento de deformidades e incapacidades. Sendo assim, mediante as tantas atribuições que o fisioterapeuta pode desempenhar na saúde pública, vale ressaltar que este é um profissional generalista e capaz de atuar com eficácia e eficiência em todos os níveis de atenção à saúde, contribuindo para uma assistência integral à saúde, pois atua em todos os determinantes de saúde (AGUIAR, 2005).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 TIPOS DE ESTUDO**

A pesquisa realizada é caracterizada como um estudo analítico observacional transversal de caráter quantitativo.

#### **3.2 LOCAL**

A pesquisa está centrada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória-ES, onde foi aplicado um questionário aos profissionais integrantes da Equipe de Saúde da Família.

#### **3.3 PARTICIPANTES**

A pesquisa foi desenvolvida junto à 11 profissionais de nível superior integrantes da Equipe de Saúde da Família, compondo assim uma amostra intencional, foi utilizado como critério de inclusão os profissionais que atuam no Programa Saúde da Família e que tenham participação efetiva nas Unidades Básicas de Saúde, onde foi considerado também a aceitação do profissional em participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que atuavam em mais de uma unidade de saúde ou profissionais que estivessem atuando em substituição a outro profissional.

#### **3.4 ASPECTOS ÉTICOS**

Os participantes deste estudo foram orientados em relação a pesquisa, estando informados acerca dos objetivos da pesquisa, devendo assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B). O TCLE foi efetuado de acordo com o proposto pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96. Mediante a publicação dos resultados encontrados na pesquisa, os dados pertinentes à identificação do participante ficaram omissos, não permitindo a sua identificação.

Os participantes também foram comunicados sobre a não remuneração ou qualquer outra forma de recompensação para a participação, tendo como único propósito



cooperar para o êxito da pesquisa. A cooperação para a realização da pesquisa não proporcionava qualquer risco social, físico e/ou psicológico ao participante.

### 3.5 PROCEDIMENTOS

Após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, tendo então o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 19248713.7.0000.5068, foi enviado via e-mail o questionário para os profissionais responderem, no qual, em casos de dúvidas em relação ao questionário, estavam livres a perguntarem pelo respectivo meio de comunicação, os profissionais deveriam confirmar seu consentimento por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada no mês de Outubro de 2013.

### 3.6 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Na pesquisa foi utilizado um questionário, de caráter quantitativo, composto por 13 questões, sendo 8 questões fechadas e 5 abertas. O primeiro bloco contava com 3 questões referentes a caracterização social, sendo elas relacionadas à profissão; idade e sexo. O segundo bloco estava voltado para traçar o perfil dos participantes em relação a sua atuação, sendo composto por 3 questões: tempo de formado; tempo em que atua no programa saúde da família e unidade de saúde em que trabalha. O terceiro bloco dispunha de 4 questões e buscava caracterizar o campo de atuação do fisioterapeuta: na unidade de saúde em que trabalha tem o fisioterapeuta como integrante da equipe de saúde; se já havia trabalhado com um fisioterapeuta; em qual lugar já trabalhou com fisioterapeuta; se trabalha ou já trabalhou em equipe com um fisioterapeuta em outro nível de atenção. As 3 últimas perguntas, compôs o quarto bloco, estavam direcionadas a identificação da forma que a equipe de saúde vê o profissional fisioterapeuta: qual ou quais os níveis de atenção que o entrevistado considera que o fisioterapeuta atua; quais as ações que o fisioterapeuta desenvolve na unidade de saúde que o entrevistado considera importante para a equipe e comunidade; e quanto o entrevistado considera importante a atuação do fisioterapeuta na equipe de saúde, possibilitando adquirir

informações de como se encontra o conhecimento dos profissionais da equipe de saúde em relação a atuação do fisioterapeuta e como classificam a sua importância.

### 3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados foi utilizado o software Microsoft Office Excel. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com medidas de frequência, média, moda e mediana e apresentados sob a forma de gráficos e tabelas.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando a diminuição dos problemas sociais relacionados à saúde, o sistema público passou por diversas mudanças nas últimas décadas. Um marco das mudanças que ocorreram foi a implantação de um novo modelo de atenção à saúde, sendo este voltado para a atenção primária, que surgiu mediante a necessidade de melhorar a condição de vida da população e diminuir os riscos de desenvolvimento de doenças.

Com base na história da saúde pública, verificam-se algumas tentativas de mudanças neste setor, no entanto, inicialmente não foi possível ter sucesso nos projetos criados, com exceção do período da Reforma Sanitária (início da década de 70), que foi quando houve êxito na instalação dos programas, com a fundação inicial do SUDS que posteriormente se tornou o SUS.

O processo tardio de implantação desse programa veio a refletir no atraso da inclusão do fisioterapeuta no SUS, mais especificamente, no PSF. Isso ocorreu, devido o PSF ainda se encontrar em processo de aperfeiçoamento e apuração de seus desafios para buscar soluções cabíveis. No entanto, fica sob a responsabilidade desta categoria profissional traçar metas para tornar possível a ampliação de sua inclusão no PSF.

Diversas pesquisas com sua metodologia voltada para experiências foram desenvolvidas em municípios do Brasil, buscando verificar a efetividade da inclusão do fisioterapeuta na equipe de saúde e estabelecer sua forma de atuação. Os resultados dessas pesquisas colaboraram para a realização do presente estudo, pois, por meio delas, foi possível obter informações de quais benefícios são proporcionados quando se tem inserido o fisioterapeuta no PSF, considerando que, em resultado da determinação destes benefícios, se tenha uma maior aceitação da inclusão do fisioterapeuta por parte da equipe de saúde, e conseqüentemente, reflita em uma expansão da oportunidade de mostrar as ações que este pode vir a desenvolver na equipe, propiciando assim, uma ampliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre a importância da fisioterapia na APS.

Ao desenvolver o presente estudo, buscou-se identificar o conhecimento da equipe de saúde sobre a importância da inserção da fisioterapia na atenção primária. Para tal, foi aplicado um questionário a 11 profissionais de saúde, que resultou em uma

amostra composta por 73%(n=8) dos participantes do sexo feminino e 27%(n=3) do sexo masculino. Dentre as profissões dos participantes, observou-se uma diversidade de 5 áreas, entre as quais 27% (n=3) eram médicos, 37% (n=4) enfermeiros, 18% (n=2) dentista, 9% (n=1) psicólogo e 9% (n=1) farmacêutico. Mediante este resultado observa - se uma predominância de médicos, enfermeiros e dentistas, fato este que pode ser justificado pela composição atual da equipe mínima de Saúde da Família, onde se tem apenas esses profissionais de níveis superiores como obrigatórios.

Nas pesquisas desenvolvidas por Novais e Brito (2011) e Oliveira e outros (2011), foi visto que as unidades de saúde que serviram como ponto de pesquisa, contavam apenas com a presença dos profissionais da equipe mínima de saúde da família, resultando em uma amostra composta somente de médicos, enfermeiros e odontólogo, quando considerado somente os profissionais de nível superior. Essas pesquisas corroboram para os resultados encontrados no presente estudo.

Em relação à idade dos participantes obteve-se uma média de 36 anos, mediana correspondente a 32 anos, a moda equivalente a uma amostra trimodal, tendo os seguintes valores: 31, 39 e 40 anos, sendo a idade inferior 28 e superior 54 anos. Cotta e outros (2006), ao pesquisar o perfil dos profissionais que atuam no PSF, verificou uma maior prevalência da faixa etária de 20 a 30 anos, com mediana equivalente a 28 anos. Tomasi e outros (2008), ao traçar o perfil dos profissionais de saúde que participaram de sua pesquisa, encontrou uma faixa etária predominante entre 31 a 45 anos, no entanto, ao considerar a categoria até 30 anos, houve uma maior concentração dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família.

Mediante os dados apresentados anteriormente e os dados encontrados no presente estudo, verifica-se que os profissionais de saúde que atuam na atenção primária, são relativamente novos, esse resultado pode ser explicado pelo fato da APS ser uma área nova no mercado, e, no entanto, os profissionais com maior tempo de formação tem interesse maior pela área assistencial curativa e reabilitadora, já os profissionais com menor tempo de formado, devido o incentivo governamental pela ampliação deste campo, se interessam mais pela assistência preventiva.

Em relação ao tempo de formação verifica-se que a média foi de 10 anos, a mediana 7anos e moda equivalente a 5 anos, tendo o tempo de formado inferior 2 anos e

superior 31 anos. No estudo de Novais e Brito (2011), observa-se que o tempo de formação compreendido foi entre um ano e meio a 13 anos. Embora o presente estudo tenha o valor superior do tempo de formação maior que o encontrado por Novais e Brito, verifica-se que o tempo médio de formação, a mediana e a moda se encaixa dentre os valores relatados por Novais e Brito.

Em relação ao tempo que trabalha na Equipe Saúde da Família, a média e a mediana encontrada foi de 5 anos e a moda foi composta por amostra trimodal: 2, 4 e 5 anos, tendo como tempo inferior 2 anos e superior 9 anos. Segundo Brasil (2004), ao pesquisar sobre o perfil dos profissionais envolvidos com a coordenação do setor da Atenção Básica, foi verificado uma predominância entre 5 e 10 anos de experiência na Atenção Básica. Na pesquisa de Novais e Brito (2011), observa-se uma média de 9 anos em relação ao tempo que os profissionais atuam na atenção primária.

Marsiglia (2011), desenvolveu um estudo com 621 profissionais de saúde que atuavam na atenção primária e obteve como resultado acerca do tempo de trabalho, que, 52,8% dos entrevistados atuavam há menos de 1 ano ou entre 1 e 2 anos no PSF. Desta forma, pode ser observado que, embora a média encontrada nos estudos citados se difere com a encontrada no presente estudo, verifica-se que a diferença é pequena, e pode estar relacionada ao tempo de implantação do PSF no local que serviu como ponto de estudo.

A maioria dos profissionais pesquisados, trabalham em unidades de saúde diferentes, proporcionando uma amostra composta por 9 unidades de saúde, esse fato corrobora para uma maior ampliação do conhecimento, pois permite identificar a realidade de diversas unidades de saúde. Mesmo tendo uma diversidade de unidades de saúde, é possível observar que não há muita diversidade entre as profissões que atuam nessas unidades, identifica-se a presença predominante e quase que exclusiva de médicos, enfermeiros e dentistas. Uma justificativa para essas ocorrências é devido a falta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) nas unidades de saúde, o que deixa restrito a inserção de outros profissionais.

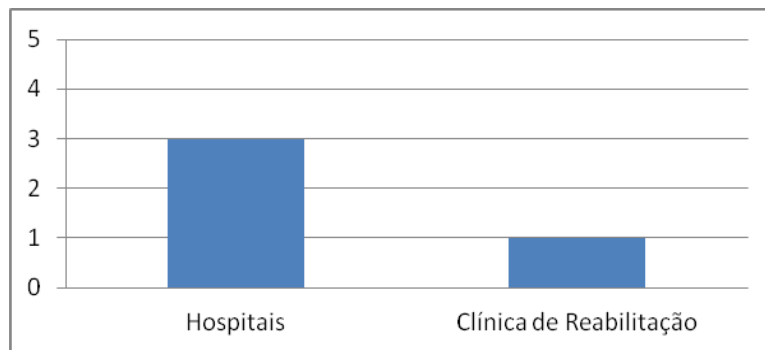
As próximas questões do questionário estavam destinadas à identificação da presença da fisioterapia na unidade de saúde e a formulação do conhecimento da equipe de saúde da família em relação à atuação do fisioterapeuta e sua importância

na atenção primária. Quando perguntados se na unidade de saúde em que trabalha, tem o fisioterapeuta como integrante do NASF, 100%(n=11) dos profissionais assinalaram a opção NÃO.

A falta do fisioterapeuta nas unidades de saúde da família está relacionado principalmente a ausência do NASF no município, fato que pode ser notado na Figura 1 já descrita anteriormente, em que mostra a situação do processo de implantação do NASF no Brasil, verifica-se que o estado do Espírito Santo, é um dos mais atrasados em relação a implantação de NASF no país, estando presente apenas em algumas regiões como no extremo Litoral Norte e extremo Sul do Espírito Santo.

Na questão se já havia trabalhado em equipe com fisioterapeuta, 64% (n=7) profissionais assinalaram a opção NÃO e 36% (n=4) SIM. Referente à pergunta anterior, os participantes que marcaram a opção SIM, deveriam responder ainda a questão que identificava o local em que já trabalhou com fisioterapeuta. Dessa forma, apenas 7 participantes responderam a essa pergunta. Ao identificar os locais que já haviam trabalhado com o fisioterapeuta, foram assinalados apenas 2 locais, sendo estes Hospitais e Clínica de Reabilitação, o primeiro representou 75% (n=3) e o segundo 25% (n=1).

Figura 2: Local em que já trabalhou com o fisioterapeuta.



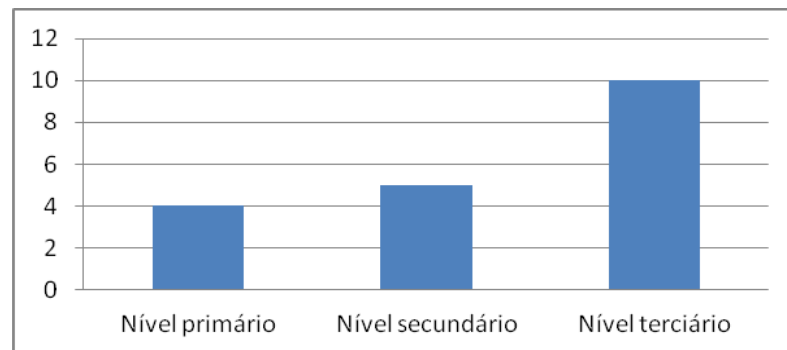
Fonte: Elaboração própria

Gallo (2005) cita que a maioria dos fisioterapeutas geralmente trabalha em clínicas, hospitais, e outros locais característicos da assistência curativa. Bispo Júnior (2010), também relata acerca da prevalência do fisioterapeuta em ambientes voltados para a atenção terciária, como é o caso de hospitais e clínicas de reabilitação e associa este resultado a característica histórica da fisioterapia. Esses estudos justificam e

confirmam os resultados que foram obtidos na pergunta em questão. Freitas ([2007?]), descreve que a fisioterapia surgiu devido a necessidade de um profissional responsável pelo tratamento de acometimentos físicos do indivíduo, sendo assim, sua prática ficou quase que exclusivamente voltada para a atenção secundária e terciária. Essa característica tem influenciado muito na inclusão do fisioterapeuta na atenção primária.

A pergunta seguinte estava relacionada aos níveis de atenção à saúde que o fisioterapeuta pode atuar de acordo com o conhecimento da equipe de saúde da família. O nível de atenção primário recebeu a menor classificação, com 21% (n=4), seguido pelo nível secundário 26% (n=5) e o nível terciário 53% (n=10).

Figura 3: Níveis de atenção à saúde que o fisioterapeuta atua.



Fonte: Elaboração própria

Os estudos realizados por Brito e Novaes (2011) e Oliveira e outros (2011), relatam que quando pesquisado acerca dos níveis de atenção à saúde que o fisioterapeuta pode atuar, é possível encontrar um elevado valor pertinente aos níveis de atenção secundário e terciário, tendo estas características reabilitadoras, e se encontram voltados para a doença e seu tratamento.

No estudo realizado por Oliveira e outros (2011), utilizando uma amostra de 76 profissionais, também foi verificado que se teve um valor mais expressivo para os níveis secundário e terciário, deixando em uma classificação mais desfavorecida a atenção primária. Este mesmo resultado também foi encontrado por Novais e Brito (2011), que ao realizarem uma pesquisa com 17 profissionais de saúde, questionaram acerca da inserção e atuação do fisioterapeuta na atenção primária, e foi verificado uma diminuição da consideração da atuação do fisioterapeuta nesse nível de atenção.



Os resultados encontrados nestes estudos que foram citados corroboram para os resultados obtidos na presente pesquisa, no qual verifica-se uma semelhança entre todos os estudos, ou seja, ambos tiveram maior consideração para o nível secundário e terciário. É possível compreender, portanto, que o nível primário foi onde obteve menor classificação, este fato justifica-se pelo fato de a fisioterapia carregar o estigma da reabilitação.

Essa frequente e elevada característica reabilitadora associada ao fisioterapeuta, pode ser justificada pelo histórico da profissão. A fisioterapia foi criada devido à necessidade de se ter um profissional que tivesse uma atuação voltada para a reabilitação, durante um período marcado por elevados índices de indivíduos portadores de algum tipo de sequela motora, em resultado de guerras e do quadro epidemiológico.

A consequência da permanência da compreensão histórica do fisioterapeuta como apenas reabilitador, pode ser preocupante quando presente na equipe de saúde, pois a equipe é considerada como um possibilitador e orientador dos usuários aos serviços prestados pelo sistema de saúde, sendo assim, os profissionais da equipe de saúde podem inclusive influenciar no estímulo à integração do fisioterapeuta na rede de saúde (OLIVEIRA, et al., 2011).

Segundo Gama (2010) mesmo a fisioterapia tendo o seu histórico voltado para atuações na reabilitação, é possível se ter uma ótima atuação deste profissional no campo de saúde básica, devendo ser trabalhado a ampliação desse campo a partir da formação acadêmica, considerando como foco a garantia da atenção integral ao indivíduo.

Barbosa e outros (2010) classificaram como principal fator que impede a inclusão do fisioterapeuta no PSF, a formação acadêmica. Oliveira e outros (2011) relatam que nos dias atuais, ocorreram alterações relevantes que influenciaram na maneira de interpretar a atuação do fisioterapeuta, afastando a característica de profissionais apenas reabilitadores, o que influencia na ampliação do espaço no campo de atendimento no nível primário. Um dos motivos que merecem destaque para essa modificação, foi a implantação das novas grades curriculares de instituições educacionais, com ênfase na formação de profissionais generalistas.

Brasil e outros (2005), Rodriguês (2008) e Viana e Cicotoste (2008), classificaram outro ponto como fator determinante para o processo de expansão da inclusão do fisioterapeuta na atenção básica. Relaciona o estágio acadêmico como de extrema importância para a ampliação desse campo. Acredita que ao incluir a saúde coletiva como matéria curricular e como campo de estágio, permitiria a expansão do conhecimento da equipe de saúde e da sociedade sobre esse nível de atenção à saúde.

Este mesmo ponto citado anteriormente, também é defendido por Silva e Rós (2005) no qual destacam a importância da realização de estágio voltado para a saúde coletiva, para obter um aumento da capacitação, preparação e incentivo dos alunos para atuar nessa área, possibilitando uma maior experiência prática e melhor formação acadêmica.

Em resultado da regulamentação do SUS, e mudanças no âmbito da saúde pública, Freitas (2009) destaca que as instituições que possuíam vínculos com a Fisioterapia, começaram a realizar mudanças para acompanhar a nova tendência de investimento público, e assim, garantir a inclusão do fisioterapeuta nesse novo campo de atuação, incentivando-os a trabalhar nesse nível.

No ano de 2002 foi sancionada pelo Ministério da Saúde a Lei Federal 10.424, que garante a atuação do profissional fisioterapeuta na atenção básica, por meio da equipe multidisciplinar, tendo como objetivo garantir a atenção integral ao indivíduo. Embora a lei tenha sido aprovada há 10 anos, o fisioterapeuta ainda não se encontra inserido na APS.

A penúltima pergunta do questionário estava relacionada às atividades que o fisioterapeuta desenvolve nas equipes de saúde consideradas mais importantes. A questão contava com opções que envolviam todos os níveis de atenção à saúde, como: atendimentos em domicílios, atividades educativas em saúde, atendimentos em grupos (idosos e gestantes), conscientização, orientação, promoção à saúde, prevenção em saúde e também a opção não tem serviço de fisioterapia.

De um total de 11 participantes, apenas 1 assinalou os atendimentos em domicílio, orientação, promoção e prevenção em saúde, o que corresponde a 9% (n=1) dos participantes. Os outros 10 participantes (91%) marcaram a opção não tem serviço de fisioterapia. Com base nesses resultados, identifica-se a dificuldade dos

profissionais de saúde em identificar as ações que o fisioterapeuta desenvolve na unidade de saúde mesmo diante do reconhecimento dos níveis de atenção em que podem atuar. Isso ocorre devido a ausência do fisioterapeuta na composição das equipes, dificultando assim, o conhecimento de suas atividades.

Teixeira (2001), em seu estudo verificou, com base em dados, um baixo índice do conhecimento da equipe de saúde da família acerca das atividades específicas do fisioterapeuta na APS. Este mesmo resultado foi obtido por Brasil e outros (2005), quando classificava as principais dificuldades encontradas para a atuação do fisioterapeuta no PSF. Esses resultados podem estar associados ao fato de a fisioterapia ser uma profissão recente no mercado, e ainda não ter refletido em uma abrangência tão considerável, que permitisse um maior conhecimento sobre a sua atuação. Esses estudos corroboram com os resultados encontrados na presente pesquisa.

Em uma pesquisa realizada por Oliveira e outros em 2011, foi observado que a equipe de saúde da família reconheciam a atuação do fisioterapeuta na atenção primária e sua influencia para um bom desempenho da atenção à saúde. Por meio de uma experiência, Barbosa e outros (2010), definiram as contribuições do fisioterapeuta quando incluso no NASF, baseados em outros estudos desenvolvidos no país. Concluíram que é função do fisioterapeuta planejar e realizar eventos educacionais, participar de pesquisas epidemiológicas respeitando as particularidades das outras profissões, e dessa forma atender as necessidades do seu público, contribuindo assim, com o planejamento e execução de ações públicas.

Saar e Trevizan (2007) realizaram um estudo com 37 profissionais de saúde, sobre o papel dos profissionais na equipe de saúde, ao qual o fisioterapeuta estava incluso. Mediante os resultados encontrados foi verificado que a maioria dos profissionais consideravam o fisioterapeuta como um coadjuvante do trabalho médico, sendo que também foi associado ao mesmo, como profissional responsável por atuar exclusivamente na reabilitação. No entanto, vale destacar que alguns profissionais o classificaram como capacitado a desenvolver atividades voltadas para a promoção e prevenção de saúde, diagnóstico e tratamento de doenças. E houve ainda um baixo percentual de profissionais que relataram que o fisioterapeuta é um profissional que prefere atuar no nível ambulatorial e que apresenta pouca interação com a equipe de saúde.

Além da fisioterapia, outras profissões enfrentam dificuldades de inserção na atenção primária, isso devido a uma característica histórica. Profissões como medicina e enfermagem, tiveram maior facilidade no acesso a esse setor de saúde, isso se deve ao fato dessas profissões já possuírem experiências no âmbito da saúde pública, e por estarem introduzidas em locais que permitem maior aproximação da comunidade a muito tempo (FREITAS, 2009).

No entanto, do outro lado temos profissões que por não terem uma história de atuação na saúde pública, enfrentam dificuldades e desafios na delimitação de sua atuação, vivenciando um campo com pouca relação com sua história, já que geralmente estavam introduzidas em ambientes voltados para o tratamento, cura e reabilitação. Esse fato influencia na aceitação e entendimento da forma de contribuição de determinadas profissões para a saúde coletiva (FREITAS, 2009).

Na última questão foi pedido aos profissionais para classificarem na escala de percepção, variando de 1 (não tem nenhuma importância) a 10 (muito importante), o quanto consideravam importante a atuação do fisioterapeuta na equipe de saúde, foi encontrado os seguintes resultados: 9% (n=1) dos participantes graduaram a 7; 9% (n=1) classificaram como 8; 9% (n=1) marcaram 9 e 73% (n=8) classificaram como 10. Observa-se que a equipe de saúde considera de importante a muito importante a inserção do fisioterapeuta na atenção primária.

Assis e outros (20--?), no desenvolvimento do seu estudo, com enfermeiros, enfatizaram a importância da integração do fisioterapeuta com a equipe multidisciplinar de saúde, no qual relataram ser importante a participação do fisioterapeuta e os reconheceram como profissionais qualificados para o alcance da recuperação do paciente. Apenas uma pequena porcentagem de enfermeiros relataram acerca da importância da ação do fisioterapeuta no nível primário de saúde.

Segundo Loch-Neckel e outros (2009), ao realizarem uma pesquisa com profissionais integrados no PSF, perguntaram sobre a importância da inserção de outros profissionais na equipe, e os participantes afirmaram que não seria necessário inserir outros profissionais na equipe, relataram que, se fosse necessário outros tipos de serviços que a unidade não dispunha, necessitaria apenas

encaminhar o indivíduo para locais que ofertassem os serviços desejados, não precisando que os profissionais fossem exclusivos da unidade de saúde.

Machado (2003) apud Loch-Neckel e outros (2009), afirma ser ininteligível, o fato de ainda na atualidade haver equipes de saúde da família que não contam com diversidades de profissionais, sendo a saúde um campo com amplo conhecimento e capaz de incorporar novas práticas profissionais, podendo envolver na equipe de saúde, até profissionais não próprios da área, mas que quando integrado refletem em grandes benefícios para a comunidade, podendo ser citadas áreas como: arquitetura, economia, pedagogia, entre outros.

Segundo Saar e Trevizan (2007), o trabalho em equipe é visto como sendo necessário para a garantia de uma adequada reabilitação ao paciente, isso acontece devido a união que ocorre entre os profissionais para garantir uma assistência integral ao indivíduo. O trabalho em equipe foi classificado como uma forma de melhorar o aprendizado e a percepção a respeito da atuação e importância de cada profissional. Fato este comprovado por Novais e Brito (2011), que ao desenvolver sua pesquisa com a equipe de saúde, perguntaram acerca da importância das intervenções que o fisioterapeuta pode realizar nas Unidades de Saúde da Família, e todos os profissionais entrevistados, classificaram as intervenções como muito importante. Tanto para as atividades voltadas para a promoção e prevenção de saúde, quanto para as mais específicas do exercício da fisioterapia.

#### 4.1 SÍNTESE DOS RESULTADOS:

##### 1º Bloco: CARACTERIZAÇÃO SOCIAL

SEXO	VALOR
Masculino	27%
Feminino	73%

IDADE	
Média de 36 anos	
Inferior: 2 anos	Superior: 54 anos

PROFISSÕES	VALOR
Enfermeiro	37%
Médico	27%
Odontólogo	18%
Farmacêutico	9%
Psicólogo	9%

##### 2º Bloco: PERFIL DOS PROFISSIONAIS

TEMPO DE FORMAÇÃO	
Média de 10 anos	
Inferior: 2 anos	Superior: 31 anos

TEMPO EM QUE TRABALHA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
Média de 5 anos	
Inferior: 2 anos	Superior: 10 anos

UNIDADE DE SAÚDE EM QUE TRABALHA
9 Unidades diferentes

## 3º Bloco: CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

NA UNIDADE DE SAÚDE EM QUE TRABALHA TEM O FISIOTERAPEUTA COMO INTEGRANTE DO NASF?	VALOR
Sim	0
Não	100%

JÁ TRABALHOU EM EQUIPE COM FISIOTERAPEUTA?	VALOR
Sim	36%
Não	64%

EM QUE LUGAR JÁ TRABALHOU EM EQUIPE COM FISIOTERAPEUTA?	VALOR
Hospitais	27%
Clínica de Reabilitação	9%

## 4º Bloco: FORMA QUE A EQUIPE DE SAÚDE VÊ O FISIOTERAPEUTA

QUAL OU QUAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE VOCÊ CONSIDERA QUE O FISIOTERAPEUTA ATUA?	VALOR
Nível primário	21%
Nível secundário	26%
Nível terciário	53%

QUAIS SÃO AS AÇÕES QUE O FISIOTERAPEUTA DESENVOLVE NA UNIDADE DE SAÚDE QUE VOCÊ CONSIDERA MAIS IMPORTANTE PARA A EQUIPE E	VALOR
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

COMUNIDADE?	
Atendimentos em domicílio	9%
Atividades educativas em saúde	-
Atendimentos em grupos (idosos e gestantes)	-
Conscientização	-
Orientação	9%
Promoção à saúde	9%
Prevenção	9%
Não tem serviço de fisioterapia	91%

MARQUE O QUANTO VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE DE SAÚDE.
9% graduaram a <b>7</b>
9% graduaram <b>8</b>
9% graduaram <b>9</b>
73% graduaram <b>10</b>





Conclui-se com base na revisão teórica realizada, que a reorganização do modelo de atenção à saúde proporcionou consideráveis avanços para a fisioterapia, permitindo por meio de documentos regulamentadores a atuação do fisioterapeuta em todos os níveis de atenção a saúde e o esclarecimento das ações efetuadas por este profissional no campo da saúde coletiva e a importância destas para a sociedade.

Após a verificação e discussão dos dados obtidos neste estudo, pode ser evidenciado que a equipe de saúde da família que atua em unidades básicas de saúde no município de Vitória-ES considera muito importante a inserção do fisioterapeuta na atenção primária, mesmo tendo dificuldade em identificar os níveis de atenção à saúde que o fisioterapeuta pode atuar e as atividades realizadas por eles. No entanto, percebe-se que é um desejo dos profissionais que compõem a equipe mínima de saúde da família, ampliar essa equipe. Diante disso, é notável a necessidade de expandir o conhecimento da equipe de saúde e da população acerca das atividades que o fisioterapeuta pode desenvolver.

Ao realizar uma análise comparativa dos níveis de atenção a saúde que o fisioterapeuta pode atuar, conclui-se que o nível primário atualmente se encaixa em uma posição mais desfavorecida, ou seja, embora o governo tenha realizado diversos investimentos no setor da atenção básica, o estímulo a inclusão do fisioterapeuta nesse nível de atenção ainda é muito baixo. No nível secundário e terciário, tem-se uma maior inserção do fisioterapeuta, este fato encontra relacionado a historicidade da fisioterapia.

Embora atualmente venha sendo adquirido uma maior inclusão do fisioterapeuta na Atenção Primária no país, ainda existem diversas dificuldades e desafios a serem enfrentados. Para tanto, além da dedicação e empenho desta categoria profissional é necessário maior incentivo e estímulo das universidades em implantar projetos de estágio que visem introduzir os alunos de fisioterapia em atividades voltadas para a saúde coletiva e assim, dissipar a prática e proporcionar melhor integração entre os acadêmicos e a população, servindo também como estímulo para despertar o interesse dos estudantes para esse campo de atuação.



ACURCIO F. A. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.** ([20--?]). Disponível em: <<http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>> Acesso em: 22 de maio 2013.

AGUIAR, R. G. de. **Conhecimentos e atitudes sobre atuação profissional do fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe mínima de Saúde da Família de Ribeirão Preto.** 2005. 124f. Dissertação (Mestre em Ciências Médicas) – Área de concentração: Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-31102005-172524/pt-br.php>>. Acesso em: 12 ago 2013.

ANDRADE A. D. de.; LEMOS, J. C.; DALL'AGO, P. **Trajetória dos cursos de graduação na saúde. Fisioterapia.** p. 201- 350, [20--?]. Disponível em: <[http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Artigos/inep\\_fisio.pdf](http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Artigos/inep_fisio.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2013.

ASSIS, T. R. et al. **Situação do papel do fisioterapeuta nas unidades públicas de saúde enquanto integrante da equipe multiprofissional no município de Jataí-GO.** Resumo. Disponível em: <<http://www.ufg.br/conpeex/2011/extensao-cultura/extensao-cultura-thais-rocha.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

BARBOSA, E. G. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, p. 323-330, abr./jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502010000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000200015)>. Acesso em: 04 out. 2013.

BARROS, F. B. M. de. Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. **Revista FisioBrasil**, Brasil, n.59, p. 20-31, 2003. Disponível em: <[http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13151/9263/artigo\\_autonomia\\_profissional\\_ao\\_longo\\_da\\_historia.pdf](http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/13151/9263/artigo_autonomia_profissional_ao_longo_da_historia.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2013.

BERTOLLI FILHO, C. **História as saúde pública no Brasil.** 4. Ed. São Paulo. Ática. 2002. 71p.

BERTUSSI, D. C.; OLIVEIRA, M. S. M.; LIMA, J. V. C. A unidade Básica no Contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, M. de A.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C. **Bases da Saúde Coletiva.** Londrina, Paraná: 2001 p. 133 – 143.

BISPO JUNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 1627-1636, jun. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700074](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700074)> Acesso em: 15 abr. 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde –**

**Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, jul./set. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300005)>. Acesso em: 12 set. 2013.

BRASIL, A. C. de O. et al. O Papel do Fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do Município de Sobral-Ceará. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza, v.18, n.1, p. 3-6, jan. 2005. Disponível em:<<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/859/2077>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

BRASIL, A. C. de O. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral - Ceará. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n.1, p. 3-6, 2005. Disponível em:<<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/859/2077>>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária - Seminário do CONASS para construção de consensos**. Brasília, n. 2, 44f, 2004. Disponível em<[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass\\_documenta2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf)>. Acesso em: 31 out. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília. 2000. v.1 e 2. Disponível em:<[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_n1\\_p1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf)>. Acesso em: 15 de jun 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde**. 4 ed. Série E. Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4 Brasília – DF 2007 Disponível em:<[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 20 jun 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 40f. jan. 2001. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QfrylPaf\\_QQJ:bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QfrylPaf_QQJ:bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 05 mai 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS: Princípios e Conquistas**. Brasília – DF 2000. Disponível em:<[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2013.

BRASIL, República Federativa do. Resolução nº 363, de 20 de maio de 2009. Diário Oficial. Brasília, 2009. Disponível em:<[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe\\_eletronico/2009/iels.jun.09/iels109/U\\_RS-COFFITO-363\\_200509.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.jun.09/iels109/U_RS-COFFITO-363_200509.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2013.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 20 out. 2013.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 6.316, de 17 de dezembro de 1975**. Brasília, 1995. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/L6316.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6316.htm)>. Acesso em: 26 set. 2013.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 26 set. 2013.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 26 set. 2013.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. **Política de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, p. 1-24, 2006. Disponível em: <<http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto1-5.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

BUSS, P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção de Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15 – 38.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 2, p. 27-59.

CASTRO, S. S.; CIPRIANO JÚNIOR, G.; MARTINHO, A. Fisioterapia no programa saúde da família: uma revisão e discussão sobre a inclusão. **Fisioterapia em Movimento, Curitiba**, v. 19, n. 4, p. 55-62, out./ dez. 2006. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11828/1/ARTIGO\\_FisioterapiaProgramaSaude.PDF](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11828/1/ARTIGO_FisioterapiaProgramaSaude.PDF)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Definição**. [19--?]. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=27](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27)>. Acesso em: 30 de set de 2013.

COTTA, R. M. M. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p. 7-18, jul./set. 2006. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=es&nrm=.pf&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=es&nrm=.pf&tlng=pt)>. Acesso em: 26 out. 2013.

CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde. **Fisioterapia na Secretaria Municipal de Saúde**, [s.n.] 2004. Disponível em: <[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/orientacao\\_prevencao/arquivos/fisioterapia.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/orientacao_prevencao/arquivos/fisioterapia.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2013.

CZRESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre a Prevenção e Promoção. In: \_\_\_\_\_. **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.39 – 53.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2002.

FLORINDO, A. A. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.14, n.1, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/758/767>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Santo Ângelo, v.59, n.4, p. 532 – 537, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 19, n. 2, p. 113-122, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10639/7300>> . Acesso em: 11 abr. 2013.

FREITAS, M.S. A atuação da fisioterapia na atenção básica: ressignificando a prática profissional. In: III Congresso Internacional do Conhecimento Científico, [2007?], Campos dos Goytacazes, **Anais...Campos dos Goytacazes: Institutos Supervisores de Ensino do CENSA**, [2007?], p. 69-73. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0iONTBgheEJ:www.perspectivasonline.com.br/suplementos/iii\\_cicc/PALESTRAS/CI%25C3%258ANCIAS%2520BIOL%25C3%2593GICAS/PALESTRAS37.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0iONTBgheEJ:www.perspectivasonline.com.br/suplementos/iii_cicc/PALESTRAS/CI%25C3%258ANCIAS%2520BIOL%25C3%2593GICAS/PALESTRAS37.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 13 out. 2013.

GALLO, D. L.L. **A fisioterapia no programa saúde da família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária**. 2005. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/74.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2013.

GAMA, K. C. S. D. Inserção do fisioterapeuta no programa de saúde da família: Uma proposta ética e cidadã. **C&D -Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.3, n.1,p.12-29, jan./dez. 2010. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/73/64>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. dos. O sistema único de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 21, n. 61, p.177 – 227, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n61/a10v2161.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

GIUSTINA, B. D. **A história da fisioterapia e as ações multidisciplinares e interdisciplinares na saúde**. 2003.15f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado de Fisioterapia) – Curso de Pós – graduação de Saúde Coletiva, Universidade de Londrina, Londrina, 2003. Disponível em: <<http://www.fisiotb.unisul.br/Tccs/03b/bianca/artigobiancadelagiustina.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.

LIMA, J. C. **História das Lutas Sociais por Saúde no Brasil**.n. 4, 2006. Disponível em:<<http://www.institutoconscienciago.com.br/pdf/lutassocias.pdf>> Acesso em: 24 de maio de 2013.

LOCH-NECKEL, G.Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família.**Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 1463-1472, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800019&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 set. 2013.

LOURES, L. F.; SILVA, M. C. de S. **A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n.4, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n4/a29v15n4.pdf>> Acesso em: 03 de mar. de 2013.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 335 – 342, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200009&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200009&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 12 ago. 2013.

MACHADO, R. M.; FONSECA, F. de B.; MACHADO, D. T. de M. Avaliação da qualidade de vida da comunidade assistida pelo programa de saúde da família e a inserção do profissional fisioterapeuta nos serviços de atenção básica de saúde. **FisioBrasil**, São Paulo, v.11, n. 84, p.10-16, jul/ago 2007.

MACHADO, R. R. Políticas de saúde no Brasil: um pouco da história. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina, Florianópolis. v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/145/175>> Acesso em: 16 de abr. 2013.

MARQUES, J. B. et al. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (psf): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Areal, v.31, n.2, p.246-255, jul./dez. 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0021.pdf#page=54>>. Acesso em: 09 mar 2013.



MARSIGLIA, R. S. G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.900-911, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/08.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2013.

NASCIMENTO, M.C. et. al. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 241- 247, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n2/v10n2a15.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé RS. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas, v. 42, n. 6, p.1041- 52, mai. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v42n6/6420.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

NOVAES JUNIOR, R. R. Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil e de duas entidades representativas. **Efísio**, Curitiba, 2001. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Novaes+RRJunior.+Pequeno+hist%C3%B3rico+do+surgimento+da+fisioterapia+no+Brasil+e+de+suas+entidades+representativas&btnG=&lr=>>>. Acesso em: 21 set. 2013.

NOVAIS, B. K. L. de O.; BRITO, G. E. G. de. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 14, n. 4, p. 424-434, out./dez. 2011. Disponível em:<<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1245/554>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

OLIVEIRA, de G. et al. Conhecimento da equipe de saúde da família acerca da atuação do fisioterapeuta na Atenção básica. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, v.24, n. 4, p. 332-339, out./dez., 2011. Disponível em:<<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2090>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**, Botucatu, São Paulo, p. 727-33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>> Acesso em: 27 de maio de 2013.

OLIVEIRA, G. R.; TUBINO, M. G.; FERNANDES, F.J. Os períodos de Evolução da fisioterapia esportiva no futebol latino-americano. **Revista Científica Internacional Indexada - InterSciencePlace**, Rio de Janeiro, n ° 07, mai./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/view/81/86>>. Acesso em: 12 de set. 2013.

OLIVEIRA, V. R. C. **A História dos Currículos de Fisioterapia: A Construção de uma Identidade Profissional**. 2002, 328p. Tese (Mestrado em Educação) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2002. Disponível em: <[http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Teses\\_Dissertacoes/AHistoria\\_dos](http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Teses_Dissertacoes/AHistoria_dos)>

\_Curriculosde\_Fisioterapia\_Dissertacao\_ValeriaOliveira.pdf>. Acesso em: 19 set. 2013.

OSTROWSKI, K. R. P. **Conhecimento sobre as diferentes áreas de atuação de fisioterapeutas por acadêmicos do curso de fisioterapia de uma instituição de ensino superior do Vale dos Sinos – RS.** 2012, 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) - Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2012. Disponível em:  
<<http://ged.feevale.br/bibvirtual/monografia/MonografiaKethullynOstrowski.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil**, Salvador, v.1, p. 11-31, mai. 2011. Disponível em:<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Temas de Saúde. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2011.144p.

PASSOS, P.P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2006. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a02.pdf>> Acesso em: 27 de mai. 2013.

PAULA, L.T; PORTES, L.H. **Discussão sobre a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde:** uma revisão da literatura brasileira. 2009. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009. Disponível em:  
<<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Discuss%C3%A3o+sobre+a+atua%C3%A7%C3%A3o+do+fisioterapeuta+na+Aten%C3%A7%C3%A3o+B%C3%A1sica+%C3%A0+Sa%C3%BAde%3A+uma+revis%C3%A3o+da+literatura+brasileira.+&btnG=&lr=>>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez. 2006. Disponível em:<[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf)>. Acesso em: 06 set. 2013.

PETRI, F.C. **História e interdisciplinariedade no processo de humanização da fisioterapia.** 2006, 80f. Dissertação ( Mestrado em Programa de Pós- Graduação Latino-americana) - Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006. Disponível em:<[http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde\\_arquivos/27/TDE-2006-12-12T063743Z-279/Publico/Fernanda.pdf](http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/27/TDE-2006-12-12T063743Z-279/Publico/Fernanda.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2013.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Secretaria de Estado da saúde - Governo de Mato Grosso. [20--?.] Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226)> Acesso em: 13 maio 2013.

RAGASSON, C. A. P. et al. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: Reflexões a partir da prática profissional.** UnioesteCascável – Paraná,

2004. Disponível

em:<[http://henriquetateixeira.com.br/up\\_artigo/atribuiCOes\\_do\\_fisioterapeuta\\_no\\_programa\\_de\\_saUde\\_da\\_famlli\\_co2gi5.pdf](http://henriquetateixeira.com.br/up_artigo/atribuiCOes_do_fisioterapeuta_no_programa_de_saUde_da_famlli_co2gi5.pdf)>. Acesso em: 01 ago 2013.

REZENDE, M. de. **Avaliação da inserção do fisioterapeuta na saúde da família de Macaé/rj: a contribuição deste profissional para a acessibilidade da população idosa às ações de saúde das Equipes. Um estudo de caso.** 2007. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ ENSP, Rio de Janeiro, abr. 2007. Disponível

em:<<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4638/2/895.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2013.

REZENDE, M. de. et.al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.1403-1410, 2009. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800013)>. Acesso em: 20 fev. de 2013.

RODRIGUES, F.; SOUZA, P. S. de.; BITENCOURT, L. T. G. A Fisioterapia na Atenção Primária. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família**, Criciúma, v.1, n. 1, p. 33-41, 2013. Disponível em:<<http://periodicos.unesc.net/index.php/prmultiprofissional/article/viewFile/1146/1113>>. Acesso em: 09 out. 2013.

RODRIGUES, R. M. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Revista perspectivas online**, v.2, n.8. 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: 06 jun. 2013.

RODRIGUEZ, A. F. **História da fisioterapia.** [s.l.], 2011. Disponível: <<http://fisioterapiafisio.webnode.es/historia-de-la-fisioterapia/>>. Acesso em: 12 out. 2013.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: Antonio Carlos Pereira (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre, Cap. 2. p. 28-49, 2003. Disponível em:<[http://www.ufpi.br/subsiteFiles/nesp/arquivos/files/downloads/especializacao1-2007/modulo\\_l/desenv\\_pol\\_pub\\_saude\\_brasil.pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/nesp/arquivos/files/downloads/especializacao1-2007/modulo_l/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf)> Acesso em: 17 de maio de 2013.

SAAR, S. R. da C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.1, jan./fev., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2013.

SARRETA, F. O. de. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS.** São Paulo: UNESP, Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

SILVA, D. J. da ;ROS, M. A. da. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Palhoça, v. 12, n. 6, p.1673 – 1681, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n6/v12n6a26.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

SILVA, F. L. **A psicologia e o programa saúde da família**: novas possibilidades, velhos dogmas? 2004. 121f. Dissertação ( Pós-graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. **Saúde Sociedade São Paulo**, Florianópolis, v.16, n.3, p.85-91, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/08.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

SOUZA, R. de R. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 41, p. 765-770, 2007. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Xqyo8mF7haEJ:www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41682/45293+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 10 set. 2013.

SOUZA, R.P de. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Revista Escolar Enfermagem**, São Paulo, vol. 41, p. 765-770, 2007a. Disponível em: <[www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41682/45293](http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41682/45293)>. Acesso em: 04 ago. 2013.

SOUZA, W. de B. Inclusão do Fisioterapeuta no PSF: pela integralidade da atenção a saúde e reorientação do modelo assistencial. **FisioBrasil**, São Paulo, v. 84, jul./ago. 2007b.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 193 - 201, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/23.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2013.

TONELINI, F. M. **Atenção Primária**: Uma proposta de inserção das ações de fisioterapia. 2009.109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Políticas e Práticas de Saúde, Universidade Católica de Santos, Santos, 2009. Disponível em:<[http://biblioteca.unisantos.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=237](http://biblioteca.unisantos.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=237)>. Acesso em: 13 set. 2013.

UCHIDA, S.; BARROS, J de O. Atenção Primária em Saúde. 2013. Disponível em:<[http://anamtdados.kinghost.net/15\\_congresso\\_apresentacaos/13.05.2013/Simp%C3%B3sio%204/simposio4\\_seiji.pdf](http://anamtdados.kinghost.net/15_congresso_apresentacaos/13.05.2013/Simp%C3%B3sio%204/simposio4_seiji.pdf)>. Acesso em: 31 out 2013.

VARGAS, J. de D. **História das políticas de saúde no Brasil**: Revisão da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército. Curso de Formação de Oficiais do Serviço de Saúde, Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <[http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC\\_2008\\_CFO\\_PDF/CD52%201%BA%2](http://www.essex.ensino.eb.br/doc/PDF/PCC_2008_CFO_PDF/CD52%201%BA%2)>

0Ten%20AI%20JEFFERSON%20DUTRA%20DE%20VARGAS.pdf>Acesso em: 10 mar. 2013.

VIANA, G. S.; CICOTOSTE, C. de L.. A importância da inserção do profissional fisioterapeuta no programa saúde da família (PSF): uma revisão bibliográfica. In: II SEMINÁRIO DE FISIOTERAPIA DA UNIAMERICA: INICIAÇÃO CIENTÍFICA, mai. 2008, Foz do Iguaçu. Disponível em:<<http://www.uniamerica.br/site/arquivos/2seminario-fisioterapia/pdf/18-Gilmara-SilvaViana-Camil.pdf>>. Acesso em: 15 jun.2013.

VIANA, S. B. P. **Competências dos Fisioterapeutas para Atenção Básica em Saúde da Família**: avaliação dos professores e egressos da UNIVALI. 2005. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2005. Disponível em: <[http://www6.univali.br/tede/tde\\_arquivos/4/TDE-2006-12-04T130224Z-147/Publico/SIMONE%20VIANA.pdf](http://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2006-12-04T130224Z-147/Publico/SIMONE%20VIANA.pdf)>. Acesso em: 13 mai. 2013.

VITAL, O. M. **Saúde pública**: estudo epidemiológico social do bairro Santa Cruz – cascavel - PR. 2007. 146f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Faculdade Assis Gurgacz de Cascável, Cascável, 2007. Disponível em:<[http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/saude\\_publica\\_estudo\\_epidemiologico\\_social\\_do\\_bairro\\_santa\\_cruz\\_cascavel\\_pr.pdf](http://www.fag.edu.br/tcc/2007/Fisioterapia/saude_publica_estudo_epidemiologico_social_do_bairro_santa_cruz_cascavel_pr.pdf)>. Acesso em: 17 mai. 2013.

YONAMINE, C. Y.; TRELHA, C. S. O modo de fazer saúde: a fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família em uma unidade básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 17-27, dez. 2009. Disponível em:<<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v11n1/modo.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2013.

## QUESTIONÁRIO

### IDENTIFICAÇÃO :

- 1 - PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ 2 - IDADE : \_\_\_\_\_ ANOS
- 3 - SEXO : ( ) FEMININO ( ) MASCULINO
- 4 - TEMPO DE FORMADO: \_\_\_\_\_ ANOS
- 5 - TEMPO QUE TRABALHA NA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): \_\_\_\_\_ ANO
- 6-UNIDADE DE SAÚDE EM QUE TRABALHA: \_\_\_\_\_
- 7- NA UNIDADE DE SAÚDE EM QUE TRABALHA TEM O FISIOTERAPEUTA COMO INTEGRANTE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 8- JÁ HAVIA TRABALHADO EM EQUIPE COM UM FISIOTERAPEUTA?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 9- SE A RESPOSTA ACIMA FOR SIM, RESPONDA: EM QUE LUGARJÁ TRABALHOU EM EQUIPE COM FISIOTERAPEUTA?  
( ) HOSPITAL ( ) CENTROS DESPORTIVOS  
( ) CLÍNICA DE REABILITAÇÃO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_
- 10 - TRABALHA OU JÁ TRABALHOU EM EQUIPE COM UM FISIOTERAPEUTA EM OUTRO NÍVEL DE ATENÇÃO?  
( ) SIM ( ) NÃO
- 11-QUAL OU QUAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE VOCÊ CONSIDERA QUE O FISIOTERAPEUTA ATUA?  
( ) NÍVEL PRIMÁRIO  
( ) NÍVEL SECUNDÁRIO  
( ) NÍVEL TERCIÁRIO
- 12 - QUAIS SÃO AS AÇÕES QUE O FISIOTERAPEUTA DESENVOLVE NA UNIDADEDE SAÚDE QUE VOCÊ CONSIDERA MAIS IMPORTANTE PARA A EQUIPE E COMUNIDADE?  
( ) ATENDIMENTOS EM DOMÍCIlios ( ) ORIENTAÇÃO  
( ) ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE ( ) PROMOÇÃO À SAÚDE  
( ) ATENDIMENTOS EM GRUPOS (IDOSOS E GESTANTES) ( ) PREVENÇÃO  
( ) CONSCIENTIZAÇÃO ( ) NÃO TEM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
- 13 – MARQUE O QUANTO VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE DE SAÚDE. ESCALA DE PERCEPÇÃO:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



## APÊNDICE B

### FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRITO SANTO GRADUAÇÃO DE FISIOTERAPIA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DA PESQUISA:** A visão da equipe de saúde sobre a importância da inserção da fisioterapia na atenção primária no município de Vitória – ES.

**PESQUISADORA:** Débora Santos de Assis

**JUSTIFICATIVA:** Ao realizar um estudo envolvendo a equipe de saúde e a importância da inserção da fisioterapia na atenção primária, possibilita uma melhor visão para projetos futuros que visem uma maior inserção do respectivo profissional neste campo de atuação, onde permite também ampliar o conhecimento a cerca das atividades que o fisioterapeuta pode desenvolver nesse setor, e a sua relevância para a garantia de saúde à população. Com uma ampliação do campo de atuação, torna-se necessário rever e estruturar a sua prática, possibilitando assim, uma maior regulamentação de suas ações.

**OBJETIVOS:** O presente estudo tem como objetivo geral avaliar o conhecimento das equipes de saúde atuantes no PSF no município de Vitória - ES, acerca da importância da fisioterapia em programas de atenção primária, e destacar a atuação deste profissional na respectiva área.

**PROCEDIMENTOS DA PESQUISA:** A pesquisa será realizada através da aplicação de um questionário para os profissionais integrantes da Equipe de Saúde da Família, este sendo de caráter quantitativo, onde tem questões relacionadas à profissão; idade; sexo; tempo de formado; tempo em que atua no programa saúde da família; unidade de saúde em que trabalha; se na unidade de saúde em que trabalha tem o fisioterapeuta como integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); se já havia trabalhado com um fisioterapeuta; em qual lugar já trabalhou com fisioterapeuta; se trabalha ou já trabalhou em equipe com um fisioterapeuta em outro nível de atenção; qual ou quais os níveis de atenção que o entrevistado considera que o fisioterapeuta atua; quais as ações que o fisioterapeuta desenvolve na unidade de saúde que o entrevistado considera importante para a equipe e comunidade; e o quanto o entrevistado considera importante a atuação do fisioterapeuta na equipe de saúde. Sendo que, também serão analisados dados da Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória.

**DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:** A pesquisa não apresenta riscos aos participantes por se tratar somente da aplicação de um questionário.

**ESCLARECIMENTOS E DIREITOS:** A pesquisa não oferece remuneração e não haverá custos aos sujeitos da pesquisa pela sua participação. Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. O participante tem a liberdade de se recusar a responder as questões em que sintam qualquer tipo de constrangimento. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do



atendimento usual fornecido pelos pesquisadores. Para desistência ou qualquer informação procurar as pesquisadoras Débora, pelo telefone (27) 9901-6556, e também no endereço Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória (Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo).

**CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS:** As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizado. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

### **CONSENTIMENTO PÓSINFORMAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador da Carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo Órgão \_\_\_\_\_, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante Voluntário

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pelo Estudo

\_\_\_\_\_  
Data