

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NAS REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA REGIÃO DO CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
DO SETENTRIÃO PARANAENSE – CISAMUSEP

GABRIELA GARCIA KRINSKI
DR. JOSÉ EDUARDO GONSALVES
DRA. SÔNIA CRISTINA SOARES DIAS VERMELHO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARINGÁ
2015

**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NAS REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE DA REGIÃO DO CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
DO SETENTRIÃO PARANAENSE – CISAMUSEP**

**Dissertação de mestrado apresentada ao Centro
Universitário de Maringá (UNICESUMAR), como
requisito à obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde**

**MARINGÁ - PARANÁ
FEVEREIRO
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

Krinski, Gabriela Garcia

Análise da atuação do fisioterapeuta nas Redes de Atenção à Saúde da região do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – CISAMUSEP. / Gabriela Garcia Krinski. -: 2014.

Orientador: Prof Drº José Eduardo Gonsalves
Co Orientadora: Prof. Dr. Sonia Cristina Soares Dias Vermelho

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Promoção da Saúde, no Curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, do Centro Universitário Maringá.

1.Fisioterapia. 2. Redes de Atenção à Saúde. 3. Fisioterapia.

Centro Universitário de Maringá. Análise da atuação do fisioterapeuta nas Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – CISAMUSEP.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	8
2.OBJETIVOS.....	11
3.REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4.METODOLOGIA.....	18
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
6.CONCLUSÃO.....	36
7.REFERÊNCIAS.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Relação entre número de habitantes, número real de fisioterapeutas, número ideal de fisioterapeutas, número de fisioterapeutas entrevistados e proporção.....	20
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Relação do número ideal e abaixo e acima do ideal de fisioterapeutas.....	22
---	----

RESUMO

Desde a sua origem, a fisioterapia tem um caráter essencialmente curativo e reabilitador. O modelo de atenção à saúde no Brasil tem passado por um processo de profundas alterações, entre um modelo baseado na assistência hospitalar-curativa e um modelo com ênfase na atenção básico-preventiva. O objetivo desta pesquisa foi realizar estudo quanti e qualitativo sobre a atuação do fisioterapeuta nas Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – CISAMUSEP, verificando e avaliando a quantidade de profissionais e entrevistando-os. A primeira etapa deste estudo foi quantitativa e as variáveis analisadas foram: quantidade de fisioterapeutas, quantidade de habitantes por município da regional, e a quantidade ideal de fisioterapeutas segundo a OMS. As entrevistas foram realizadas com 10 fisioterapeutas que atuam na Saúde Pública dentro do CISAMUSEP. A análise dos resultados mostrou o déficit de profissionais da fisioterapia na maioria dos municípios estudados, e, nas entrevistas alguns fisioterapeutas relataram problemas com a estrutura, listas de espera.

Palavras-chave: Fisioterapia. Saúde Pública. Redes de Atenção à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Since its origin, physical therapy has an essentially curative and rehabilitative character. The health care model in Brazil has undergone a process of profound change, between a model based on curative hospitalar- assistance and a model with emphasis on basic-preventive care. The objective of this research was to perform quantitative and qualitative study on the role of the physiotherapist in Care Networks to Public Health Consortium operating region of the Intermunicipal Paranaense Setentrião Health - CISAMUSEP, checking and evaluating the number of professionals by contacting them for interviews. The first step of this study was quantitative and the variables analyzed were: number of physiotherapists, number of inhabitants by the regional council, and the optimum amount according to the WHO. Interviews were conducted with 10 physical therapists who work in Public Health within the CISAMUSEP. With data analysis can observe the deficit of physical therapy professionals in most of the cities studied, and interviews some physical therapists reported problems with the structure, waiting lists.

Keywords: Physical Therapy. Public Health. Health Care Networks. Health Promotion.

1. INTRODUÇÃO

A fisioterapia é definida como “ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas”. Essa ciência atua por meio de mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, ciências morfológicas, ciências fisiológicas, patologias, bioquímica, biofísica, biomecânica, cinesia, sinergia funcional, patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (COFFITO, 2014).

Na saúde coletiva, a atuação do fisioterapeuta consiste em programas institucionais, ações básicas de saúde, saúde do trabalhador e vigilância sanitária. A atuação do fisioterapeuta não se limita, então, apenas ao setor curativo e de reabilitação. As ações de prevenção, promoção e educação em saúde são essenciais para a melhora da qualidade de vida da população e as intervenções no atendimento domiciliar serão benéficas na relação do paciente com o meio físico e social (COFFITO, 2014).

A organização da atenção em saúde é classicamente dividida em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária (LEAVELL; CLARCK, 1976). De acordo com esse modelo, a prevenção primária consiste, sobretudo, em cuidados relativos à prevenção das doenças e promoção da saúde. Medidas nesta área abrangem ações como vacinação e medidas educativas com a finalidade de melhoria da resistência e do bem-estar geral. A prevenção secundária atua nos indivíduos doentes em duas frentes: o diagnóstico e tratamento precoce em pessoas assintomáticas, buscando a diminuição da incidência e a diminuição das incapacidades em pessoas sintomáticas. Quando se trata da prevenção terciária, o foco é a reabilitação do paciente (WESTPHAL, 2006).

Desde a sua origem, a fisioterapia tem um caráter essencialmente curativo e reabilitador. Na Antiguidade (4.000 a.C. e 395 d.C.), já existia o desejo de acabar com as doenças das pessoas, por meio de alternativas e utensílios que existiam na época como o peixe elétrico, realizando eletroterapia para o tratamento de morbididades. Na China, em 2.698 a.C., surgem os

primeiros registros do uso de meios físicos com fins terapêuticos (NAVES; BRICK, 2011).

A fisioterapia surgiu na metade do século XIX, na Europa, com suas primeiras escolas na Alemanha nas cidades de Kiel, em 1902, e Dresden, em 1918. Na Inglaterra, a fisioterapia entrou em evidência com os trabalhos de Mendell e Cyriax na área de massoterapia, Karel e Barta Bobath no desenvolvimento de um método na área de neurologia e Winifred Linton com trabalhos na área respiratória (NAVES; BRICK, 2011).

Em 1929, na Santa Casa de Misericórdia, em São Paulo, a fisioterapia surgiu no Brasil como primeiro curso para formação de técnicos. A fisioterapia foi reconhecida como curso superior em 1969, segundo o [DECRETO-LEI Nº 938, de 13 de outubro de 1969](#) (BRASIL, 1969).

Para legislar e instituir o código de ética regularizando a atuação do fisioterapeuta foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e, com a função de legalizar e fiscalizar o trabalho do fisioterapeuta foi criado os Conselhos Regionais (CREFITO) conforme a Lei nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975 (NAVES; BRICK, 2011).

Com base nisso, pode se perceber que historicamente, a atuação do fisioterapeuta é totalmente entendida como assistência no nível de atenção terciária. Porém, sabe-se que quando o profissional está inserido na atenção primária, acrescentará muito na realização de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (SILVA; DA ROS, 2007).

No Brasil, ocorreram mudanças no perfil epidemiológico e os princípios do Sistema Único de Saúde impõem novos desafios à fisioterapia e novas responsabilidades aos profissionais (BISPO JÚNIOR, 2010).

O modelo de atenção à saúde no Brasil tem passado por um processo de profundas alterações, entre um modelo baseado na assistência hospitalar-curativa e um modelo com ênfase na atenção básico-preventiva. Isso pode ser confirmado pelas alterações no fluxo das aplicações financeiras dos gestores de saúde, que, paulatinamente, estão incrementando o repasse de verbas para a atenção básica em detrimento das esferas hospitalares, ou de alta densidade tecnológica (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Neste novo cenário, as Redes de Atenção à Saúde são um conjunto de serviços de saúde que de forma cooperativa e interdependente, permitem

prestar assistência contínua a determinada população e se responsabiliza pelos resultados sanitários relativos a essa população. Trata-se de um processo complexo, que requer além da gestão, uma combinação de recursos humanos, econômicos, políticos e culturais (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Assim, esta pesquisa visou realizar estudo quanti e qualitativo sobre a atuação do fisioterapeuta nas Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – CISAMUSEP, através da verificação e avaliação a quantidade de profissionais, e análise das entrevistas realizadas com fisioterapeutas que atuam na saúde pública na região pesquisada.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo desta pesquisa foi realizar estudo quanti e qualitativo sobre a atuação do fisioterapeuta nas Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a atuação do profissional de fisioterapia nas Redes de Atenção à saúde, na Promoção da saúde e na Saúde Pública.
- Verificar os municípios com déficit desses profissionais.
- Relatar as ações mais executadas pelos profissionais de fisioterapia nesta regional.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado e regulamentado através da lei 8.080 do dia 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990).

Consta nesta lei, em seu Art. 2º que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, sendo assim um marco na saúde pública brasileira (BRASIL, 1990).

Para o funcionamento ideal do SUS, foram criados alguns princípios: A universalidade deve garantir o acesso da população a qualquer serviço de saúde; A equidade permite o acesso em igualdade nos diferentes níveis de complexidade do SUS; e a integralidade garante o atendimento integral ao usuário (SOUSA, 2007).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde foi possível gerar uma grande mudança na saúde pública brasileira, mesmo em circunstâncias históricas e particulares que influenciaram este processo. Estas circunstâncias ainda influenciam negativamente o funcionamento do sistema que não tem conseguido promover as transformações necessárias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde integral e familiar (RODRIGUES, 2014); (SOUSA, 2007).

Reafirmando os princípios básicos do SUS, no ano de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família, com o objetivo de reorientar a assistência em saúde no Brasil (BRASIL, 1997).

Este novo modelo trouxe novas práticas de promoção e prevenção da saúde nas unidades básicas. Foram criadas equipes multiprofissionais para se responsabilizarem por uma determinada área para que a saúde da população fosse beneficiada (SILVA; ATHAYDE, 2008); (SISSON et al, 2011).

Após a edição da Portaria n. 648/06, que trata da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa Saúde da Família passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

A ESF reafirma as diretrizes e os princípios básicos do SUS e apresenta alguns pilares: a família, o território, responsabilização e o trabalho em equipe (BRASIL, 1997).

No programa ESF, as famílias devem ser atendidas de forma integral e em seu ambiente social, analisando seu contexto socioeconômico e cultural, e considerando que nas famílias ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas (BRASIL, 1997) (SISSON et al, 2011).

Em uma pesquisa, Sisson, et al. (2011) realizaram entrevistas com 789 famílias e 343 profissionais com o objetivo de analisar o modelo assistencial de atenção básica de saúde em Florianópolis. Foi concluído que houve um avanço com a implantação da Estratégia Saúde da Família, porém, o município ainda enfrenta muitas dificuldades no modelo.

Outra pesquisa teve o objetivo de analisar as fortalezas e as limitações da Estratégia Saúde da Família e da Unidade Básica de Saúde tradicional na ótica dos usuários. Foram realizadas entrevistas com usuários que utilizam as diversas modalidades de atenção à saúde. Os resultados mostraram que o vínculo e o enfoque familiar ocorrem de forma mais efetiva no ESF e a satisfação com a equipe de profissionais foi maior na unidade tradicional (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK; 2013).

Para o sucesso do programa Estratégia Saúde da Família é necessário um bom trabalho da equipe da saúde da família juntamente com a participação social. É importante que os habitantes que vivem na área de atuação de determinada equipe estejam sempre recebendo os profissionais em suas casas e seguindo orientações de prevenção e promoção da saúde. Esse modelo caracteriza um novo tempo na saúde pública brasileira.

A nova lógica de organização do sistema de saúde e o novo perfil epidemiológico têm exigido uma reestruturação na atuação do fisioterapeuta na saúde pública (BISPO JÚNIOR, 2010).

O artigo de Bispo Júnior (2010) teve como objetivo discutir a reorientação do campo de atuação profissional da fisioterapia e as novas possibilidades de atuação no Sistema Único de Saúde. Foi concluído que o fisioterapeuta deve atuar em uma equipe multiprofissional e com abordagem interdisciplinar, objetivando a assistência integral. A atuação deve ocorrer no âmbito coletivo e

com o envolvimento e a participação da população, transformando a visão antiga e ultrapassada de que o fisioterapeuta atua apenas na reabilitação.

Para o funcionamento com excelência da Estratégia da Saúde da Família é fundamental a participação de diversos profissionais de saúde na atenção primária (Neves, Acioli, 2011).

Neves e Acoli (2011) realizaram um estudo com o objetivo de realizar uma revisão sistemática da visão acadêmica do papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família (ESF). Em suas considerações, os autores relataram a baixa quantidade de publicações abordando este tema. Também foi descrito a importância das discussões sobre o assunto, para que se possa iniciar a construção de uma proposta nacional das diretrizes de atuação profissional com o objetivo de uniformizar a atuação básica nacional do fisioterapeuta.

Com base em toda esta mudança de perfil e atuação na atenção básica da fisioterapia, David et al. (2013) elaboraram uma proposta de assistência fisioterapêutica na rede básica de saúde objetivando a realização desse serviço para a saúde da criança e do adolescente. O fisioterapeuta atua na prevenção de doenças e promove orientações. Assim, propuseram sua atuação com base em três estratégias: orientação, assistência e acompanhamento.

Aciole e Batista (2013) apresentaram estratégias de prevenção e promoção da saúde de idosos, sugerindo que se aproveite a demanda de queixas e solução de problemas como uma oportunidade para estimular e conquistar a população, para a inclusão de atitudes e hábitos, com informações e outras atividades como os grupos de atividade física, ou de informações para a manutenção de sua qualidade de vida.

Torres, Estrela e Ribeiro (2009) procuraram valorizar as sabedorias e práticas populares. A cada visita domiciliar, foi confrontado com a realidade social das camadas populares e os problemas que estas pessoas estão enfrentando.

Foi concluído que há uma educação em saúde baseada no diálogo, que propõe a troca entre os saberes científicos e populares na qual ocorre o aprendizado gerando motivação na perspectiva de um compromisso à saúde junto à comunidade.

Avieiro et al (2013), realizaram um estudo clínico randomizado com o objetivo de avaliar os efeitos de um programa de treinamento fisioterapia de baixa intensidade, realizado em grupo, sobre a qualidade de vida de mulheres da comunidade. Foi concluído que um programa de fisioterapia em grupo e uma estratégia de promoção da saúde e pode contribuir para manter a qualidade de vida e melhorar especialmente aspectos psicológicos e físicos de mulheres idosas da comunidade (AVIEIRO et al, 2013).

Outra pesquisa teve o objetivo de investigar o conhecimento dos usuários do Programa Estratégia Saúde da Família sobre a Fisioterapia. Em busca de resultados, foi aplicado um questionário a 275 usuários de uma Unidade Saúde da Família em Ribeirão Preto/SP. Foi verificado que a maioria dos entrevistados já tinha ouvido falar sobre a fisioterapia e a considerava importante. No entanto, o conhecimento dos entrevistados voltou-se aos aspectos de reabilitação. Foi relatado também que as pessoas que precisam de fisioterapia são os deficientes físicos, portadores de lesão ou apresentam dores músculo-esquelético. Foi falado também que a maioria dos fisioterapeutas trabalha no hospital e que não realizam ações educativas (CARVALHO, CACCIA-BAVA, 2011).

É possível observar que vagarosamente a visão do fisioterapeuta sobre a sua atuação exclusiva na reabilitação está se modificando. Esse desafio ainda existe, pois alguns profissionais e a população precisam ser informados de que o fisioterapeuta pode realizar um trabalho eficaz dentro da promoção da saúde.

O aumento do número de profissionais da fisioterapia e demais áreas de saúde é uma das maneiras de melhorar a eficácia do atendimento à população.

Em 2013, a Organização Mundial da Saúde revelou que existe um déficit de 7,2 milhões de profissionais de saúde em todo o mundo e que este número subirá para 12,9 milhões até 2035, trazendo graves consequências para milhões de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Este estudo apresentou informações sobre 186 países e, apenas 68 (36,6%), incluindo o Brasil, atingem as metas definidas, revela a agência das Nações Unidas para a saúde. Oitenta e três países (44,6%) ainda não atingiram sequer as exigências mínimas definidas pelo Relatório Mundial de Saúde de 2006, que prevê 22 profissionais de saúde qualificados por cada 10.000 habitantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Sobre o Brasil, a Organização Mundial da Saúde ressalta que há grandes disparidades geográficas no acesso aos profissionais de saúde, onde o maior número está localizado nos grandes centros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Esses dados nos mostram que não existe um baixo número de profissionais da saúde atuando no Brasil, e sim na saúde pública, não alcançando a recomendação da própria Organização Mundial da Saúde de 1 fisioterapeuta para 1500 habitantes.

Ultimamente, o conceito de promoção da saúde tornou-se um marco para as políticas de saúde em todo o mundo e vem sendo muito difundido na mídia. A promoção de saúde tem o objetivo de melhorar a saúde, bem-estar, qualidade de vida coletiva e individual (BOTTI, SCOCHI, 2006) ;(FERREIRA et al, 2011).

Assim, ela se tornou uma estratégia fundamental da saúde coletiva no Brasil. A Promoção da Saúde relaciona a uma combinação de estratégias para ocorrer uma responsabilização recíproca pela saúde, como: Ações do Estado (políticas públicas), ações da comunidade (aumento da participação popular) e parcerias de outros setores (BUSS, 2009).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Promoção da Saúde, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir os riscos à saúde relacionados aos modos de viver da população, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

Para alcançar este objetivo, foram priorizadas ações voltadas à: alimentação saudável, atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Santos, et al (2012) realizaram uma pesquisa qualitativa abordando os sentidos atribuídos às práticas de promoção da saúde do adolescente por 47 profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza-Ceará. Concluiu-se que há vontade da parte dos profissionais em realizar ações de promoção da saúde e que a escola é um local de parceria para que estas ações sejam realizadas (SANTOS et al, 2012).

A promoção da saúde em escolas é uma excelente estratégia de alcançar a população, pois através dos alunos a família inteira pode ser influenciada.

Considerando bons estudos na área da saúde, podemos concluir que a fisioterapia é importante em diversos âmbitos da saúde pública, inclusive na atenção primária, através de atividades coletivas, educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças.

4. METODOLOGIA

A pesquisa recebeu autorização do secretário de saúde de cada município e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR sob o protocolo 66312 e CAAE n. 06354912.9.0000.5539.

Essa pesquisa fez parte de um grande estudo intitulado “Levantamento e avaliação das Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense CISAMUSEP” realizado nos anos 2013 e 2014, cujo objetivo é realizar estudo quanti e qualitativo das Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP.

Algumas etapas foram criadas para facilitar a realização deste grande estudo, e esta pesquisa se enquadrou nas etapas 3 e 4 para analisar as Redes de Atenção à Saúde em termos de Promoção e Vigilância à saúde com aplicação de instrumento de coleta de dados e analisar as experiências e expectativas dos usuários (profissionais e população) dos serviços da rede de Atenção Primária em Saúde.

Em julho de 2002, os trinta municípios da região da AMUSEP (Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense), os quais pertencem à 15ª Regional de Saúde, deram início ao CISAMUSEP (Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense). O objetivo desta parceria foi a busca de soluções conjuntas para os problemas na área da saúde. (BUENO; MOTTA, 2011).

Os municípios que integram o CISAMUSEP são: Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Floraí, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Munhoz de Mello, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paiçandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi e Uniflor. Juntos, esses municípios possuem

733.459 mil habitantes, segundo censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BUENO; MOTTA, 2011).

O presente estudo teve uma abordagem quanti qualitativa e utilizou dados obtidos através da secretaria e saúde e de entrevistas com fisioterapeutas que atuam na 15ª regional de saúde do Paraná, região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP.

A primeira etapa deste estudo foi quantitativa e as seguintes variáveis foram analisadas: número de fisioterapeutas que atuam em cada cidade do CISAMUSEP, número de habitantes por município da regional, e a recomendação da OMS.

Os dados sobre a quantidade de fisioterapeutas foram obtidos por meio das Secretarias Municipais de Saúde de cada município no ano de 2014, e os dados populacionais, pelo censo demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A partir destes dados, foi calculada a quantidade ideal de fisioterapeutas com base na recomendação da Organização Mundial da Saúde: 1500 habitantes por fisioterapeuta (SOUZA et al, 2012). Com base nos dados populacionais encontrados, foi comparada a quantidade de fisioterapeutas existentes em cada município com a recomendação.

A segunda etapa desta pesquisa foi qualitativa e foram utilizados os dados populacionais dos municípios desta regional e um instrumento de coleta de informação em forma de um questionário semiestruturado aplicado em entrevistas individuais. Foram levantadas questões sobre saúde pública, promoção da saúde, redes de atenção à saúde, infraestrutura, ações mais executadas e formação profissional.

As entrevistas foram realizadas com 10 fisioterapeutas que atuam na Saúde Pública em oito cidades integrantes do CISAMUSEP.

Os fisioterapeutas entrevistados estavam representando as seguintes cidades: Presidente Castelo Branco (4.775 habitantes), Flórida (2.540 habitantes), Colorado (22.347 habitantes), Santa Fé (10.436 habitantes), Floresta (5.921 habitantes), Paiçandu (35.941 habitantes), Ivatuba (3.008 habitantes) e Maringá (357.117 habitantes), sendo que algumas delas apresentam a quantidade e profissionais adequados e outras não. Para a não

identificação dos fisioterapeutas entrevistados, neste estudo eles foram nomeados de sujeitos e numerados de 1 à 10 (S1 à S10)

Para realização das entrevistas foi utilizado o gravador da marca Sony e do modelo ICD- PX312. A pesquisa foi apresentada e explicada e os fisioterapeutas leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). A análise do conteúdo foi realizada através do software atlas.ti.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, com o objetivo de avaliar a atuação do fisioterapeuta, o déficit de profissionais foi verificado quanti e qualitativamente. Na primeira etapa foram coletados dados do IBGE e das Secretarias Municipais de Saúde sobre o número de habitantes dos municípios do CISAMUSEP e número de fisioterapeutas por município. Posteriormente calculou-se o número ideal de profissionais para cada município segundo a Organização Mundial da Saúde, como mostra a Tabela 1.

Ao serem analisados os dados da Tabela 1, foi observado que 11 dos 30 municípios apresentaram o número ideal de fisioterapeutas segundo a Organização Mundial da Saúde, que sugere um fisioterapeuta para 1500 habitantes.

Os municípios que apresentaram o número ideal de profissionais foram: Munhoz de Melo, Ivatuba, Ourizona, Santo Inácio, Santa Inês, Nossa Senhora das Graças, Lobato, Uniflor, Flórida e Ângulo.

Os demais municípios apresentaram déficit de profissionais da Fisioterapia. Santa Fé é um município de 10.436 habitantes e necessitava de 6 fisioterapeutas, segundo a OMS, para atender sua população e tinha apenas 2. Outro caso é encontrado em Paiçandu, o município tinha 35.941 habitantes e 4 fisioterapeutas atuavam na saúde pública, onde o ideal seriam 23. Marialva contava com 2 profissionais onde necessitaria de 21 devido seu numero de habitantes serem 31.972. Maringá também sofre de déficit de profissionais, o município de 357.117 habitantes deveria ter, segundo a OMS, 238 fisioterapeutas e apresentava apenas 11. Não havia fisioterapeutas em Sarandi, o município de 82.842 habitantes precisaria de 55 profissionais da fisioterapia.

A região de atuação do CISAMUSEP apresentou um total de 729.781 habitantes e 64 fisioterapeutas atuando na saúde pública. Este número está

muito abaixo do ideal, nesta região, segundo a recomendação da OMS, o número de profissionais da fisioterapia deveria ser 472.

Tabela 1- Relação entre Número de Habitantes, Número Real e Número Ideal de Fisioterapeutas.

Município	N de habitantes	N Real	N Ideal	Proporção	Entrevista
Munhoz de Melo	3.678	3	2	122%	0
Ivatuba	3.008	2	2	100%	1
Ourizona	3.380	2	2	89%	0
Santo Inácio	5.269	3	3	85%	0
Santa Inês	1.818	1	1	83%	0
Nossa Senhora das Graças	3.834	2	2	78%	0
Floresta	5.921	3	4	76%	1
Lobato	4.392	2	2	68%	0
Itaguajé	4.568	2	3	66%	0
Presidente Castelo Branco	4.775	2	3	63%	1
Uniflor	2.465	1	1	61%	0
Flórida	2.540	1	1	59%	1
São Jorge do Ivaí	5.508	2	3	54%	0
Ângulo	2.861	1	1	52%	0
Doutor Camargo	5.829	2	3	51%	0
Iguaraçu	3.992	1	2	38%	0
Atalaia	3.913	1	2	38%	0
Colorado	22.347	5	14	34%	1
Floraí	5.050	1	3	30%	0
Santa Fé	10.436	2	6	29%	1
Itambé	5.977	1	3	25%	0
Paiçandu	35.941	4	23	17%	1
Mandaguaçu	19.784	2	13	15%	0
Paranacity	10.256	1	6	15%	0
Mandaguari	32.669	3	21	14%	0
Astorga	24.704	2	16	12%	0
Nova Esperança	26.613	2	17	11%	0
Marialva	31.972	2	21	9%	0

Maringá	357.117	11	238	5%	3
Sarandi	82.842	0	55	0%	0
TOTAL	729.781	64	472	13%	10

Ao analisar a Figura 1, é possível observar que apenas 33% dos municípios da região pesquisada apresentaram o número ideal de profissionais da fisioterapia. Apenas 3% apresentaram mais profissionais que o ideal e o maior número de municípios, 63%, apresentaram déficit de fisioterapeutas.

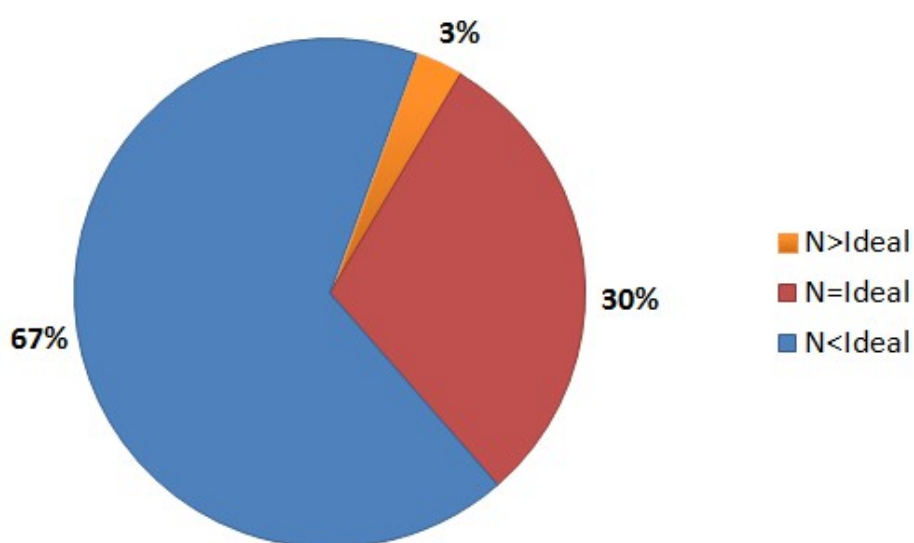


Figura 1- Relação do número ideal e abaixo e acima do ideal de fisioterapeutas

Para o melhor entendimento da realidade do fisioterapeuta que atua na saúde pública na região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – CISAMUSEP, na segunda etapa da pesquisa foram realizadas entrevistas com 10 profissionais da fisioterapia.

Para a escolha dos profissionais que participaram das entrevistas foram analisados o número de habitantes do município e a quantidade de fisioterapeutas. Dentre estas cidades há algumas com o número ideal de fisioterapeutas e outras com muita escassez.

Os dez fisioterapeutas entrevistados apresentaram entre 24 a 39 anos de idade. A maioria era do sexo feminino (nove profissionais) e apenas um era do

sexo masculino. Nove fisioterapeutas ganhavam entre 2 a quatro salários mínimos e apenas um ganhava de quatro a seis. Um profissional apresentava mestrado, seis apresentavam especialização e três apenas a graduação.

Para a melhor organização e entendimento da discussão, foram apresentados trechos das entrevistas em citações.

Um dos objetivos deste trabalho foi verificar as regiões com déficit de profissionais com a finalidade de suprir a população da necessidade de fisioterapia.

O S1 relatou a necessidade de mais um profissional atuando na clínica de seu município que segundo a OMS, apresentava um déficit de profissionais.

O S2 era fisioterapeuta de um pequeno município que apresentava o número ideal de profissionais, porém, sempre trabalhava muitas horas a mais que seu horário de trabalho para atender todos os pacientes. O fisioterapeuta acreditava que a indicação a OMS na era o suficiente para a sua realidade.

O S3 acreditava que para o trabalho da clínica era necessária a admissão de mais um profissional, porém, a quantidade de fisioterapeutas deste município está ideal segundo a OMS.

Ao decorrer deste estudo foi possível observar que, alguns fisioterapeutas que trabalhavam em municípios com o número ideal de profissionais, segundo a OMS, acreditavam que havia a necessidade de mais profissionais atuando em seu município e uma estrutura melhor. O contrário disto é observado no maior município do CISAMUSEP, Maringá apresentava um baixo número de fisioterapeutas para atender sua população e os pacientes das cidades vizinhas, porém, os profissionais elogiaram a estrutura e seus locais de trabalho

Em um município que apresentava 2 fisioterapeutas e a OMS indica que hajam 3 profissionais, o S4 comentou que a indicação da OMS é válida e que o município necessita de mais um profissional.

O município do S5 necessitava de 14 fisioterapeutas para ser ideal para a OMS e possuía apenas 2. O fisioterapeuta comentou sobre a dificuldade de se contratar esta grande quantidade de fisioterapeutas e que para o aumento de profissionais era necessário também um aumento e melhora na clínica.

O S6 atua em um município com um grande déficit de fisioterapeutas segundo a OMS. O fisioterapeuta comentou sobre um problema que enfrentou:

Fica difícil né, trabalhar, porque daí a gente acaba até fugindo um pouco do nosso Crefito. Na verdade a gente foi autuado porque eu estava com 2 pacientes neurológicos, 3 pacientes em pós operatório, e 4 pacientes no aparelho ortopédico. Só eu, sozinha, uma única fisioterapeuta que estava naquele momento.

Segundo o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia (Resolução 424), artigo 27 relata que fisioterapeuta deve empenhar-se na melhoria das condições da assistência fisioterapêutica e nos padrões de qualidade dos serviços de Fisioterapia, no que concerne às políticas públicas, à educação sanitária e às respectivas legislações (COFIFTO, 2013).

O S6 também relatou que em seu município, apenas a entrada de novos profissionais não resolveria o problema, era necessário a ampliação da clínica ou a construção de mais uma.

No município do S7 existiam 3 fisioterapeutas atuando na saúde pública e o número ideal, segundo a OMS, seriam 4, porém as profissionais relataram que ninguém está ficando sem atendimento fisioterapêutico nesta cidade.

Com base nestas informações, pode-se observar que a indicação da OMS é válida em alguns locais, porém em outros, o número indicado continua sendo insuficiente, dependendo assim da realidade do município.

O município do S8 apresenta um grande déficit de profissionais, onde deveriam atuar 238 fisioterapeutas e atuam apenas 11. O profissional comentou a necessidade de mais profissionais, porém disse que o município teria dificuldades de encontrar fisioterapeutas para trabalhar na saúde pública devido o baixo salário.

Maringá é o maior município do CISAMUSEP (357.117 habitantes) e também era o segundo lugar com maior déficit de profissionais da fisioterapia. Na frente de Maringá, no quesito déficit de profissionais estava apenas o município de Sarandi, que não apresentava nenhum fisioterapeuta atuando na Saúde Pública.

O S5 comparou a maneira que a fisioterapia era tratada em seu município com as demais áreas da saúde:

Enfermeiro, dentista tem 1 em cada unidade de posto de saúde tem e o fisioterapeuta não, quer dizer, a demanda aqui é muito grande, demora 2 meses para conseguir uma vaga (S5).

Nas entrevistas perguntou-se também sobre a estrutura do local de trabalho dos fisioterapeutas. O S5 relatou que melhorias seriam válidas, mas que apresentam o básico para dar um atendimento de qualidade aos seus pacientes. O S2 mostrou que existia a falta de alguns itens básicos na clínica e a largura da porta era menor que a de uma cadeira de rodas dificultando o atendimento de cadeirantes.

Um estudo realizado por Castro em 2011, com o objetivo de analisar as dificuldades de acessibilidade aos serviços de saúde vividos por pessoas com deficiências discutiu a equidade no SUS. Para uma pessoa com deficiência, não é suficiente ter as mesmas oportunidades quando não há condições de aproveitá-las, comparativamente a alguém que não tenha deficiência (CASTRO et al, 2011). Com base nisso, foi observado a ausência de equidade quando em uma clínica do SUS apresenta uma porta onde não se passa uma cadeira de rodas.

O S1 e o S9 elogiaram seus locais de trabalho e outros profissionais falaram sobre a precariedade da estrutura para realizar os atendimentos:

Está precisando de mais fisioterapeutas e ampliação do local, porque o município cresceu e o local ficou do mesmo tamanho. Nós estamos com falta de pessoas para a parte da limpeza. Às vezes chega um aparelho para nós, mas até vir fazer a fiação, fica parado. E agora, por mais que, eles mandem equipamentos nós não temos onde colocar, não tem sala para instalar. (S6)

Eu só tenho a criatividade e a vontade de trabalhar porque a gente por enquanto não tem material, infelizmente não tem. Todo material de fisioterapia a gente precisava. (S10)

Neste trabalho discutiu-se muito que para prestar um atendimento fisioterapêutico de qualidade para toda a população é necessário que se aumente o número de profissionais, porém o investimento na estrutura das clínicas é fundamental para que se alcance isso.

Questões sobre a influência da estrutura no atendimento fisioterapêutico também foram abordadas, o S5 reconhece que o atendimento individualizado é o mais indicado, porém isso não era possível e então atendia de 2 a 3 pacientes por horário.

O S1 relatou que não havia a possibilidade de acompanhar todos os exercícios realizados pelo paciente durante o atendimento.

Sabe-se que o fato de ocorrer mais que um paciente por horário, o tempo ser reduzido (30 a 40 minutos) e não haver o total monitoramento pelo fisioterapeuta, prejudica a qualidade do atendimento fisioterapêutico. Foi abordada também a questão de listas de espera: Conforme as entrevistas, foi observado que a questão é complexa. O S5 relatou que seu município apresentava uma grande lista de espera para o atendimento fisioterapêutico e que a procura pela fisioterapia era cada vez maior. O município do S6 apresentava uma lista de espera de 30 a 40 dias.

O município do S2, segundo a OMS tinha o número ideal de profissionais da fisioterapia em relação ao número de habitantes, mesmo assim o profissional que atuava na cidade nos mostrou suas dificuldades com a demanda de pacientes e fila de espera. O S4 nos informou que não existe fila de espera para o seu atendimento e para se tornar ideal segundo a OMS, o município necessitaria de mais um fisioterapeuta, esse profissional modificou o seu atendimento e criou uma rotatividade maior de pacientes.

O S8 comentou que a diminuição da lista de espera não depende só da administração da clínica, mas que também havia atraso na liberação da fisioterapia nas unidades básicas de saúde. Neste caso, o problema e falta de atendimento fisioterapêutico para a população não era apenas por déficit de profissionais mas também uma falha na gestão da saúde do município.

No município do S2 não havia listas de espera. O S3 falou sobre a estratégia usada por ele para não ter fila de espera:

Nós colocamos dois pacientes no aparelho e um fazendo exercício. Como a gente já conhece os pacientes dá certo, pois todo mundo conhece todo mundo em cidade pequena, fica mais fácil para trabalhar.

A recomendação da Organização Mundial da Saúde sobre o número de fisioterapeutas por habitantes é muito importante para que seja possível avaliar a qualidade e o funcionamento da saúde pública, porém, como neste caso, algumas estratégias podem fazer com que mais pessoas sejam atendidas.

O S6 nos informou sobre a sobrecarga de pacientes que os profissionais da clínica em que atuava estão sofrendo. O município que o S6 atua apresenta um grande déficit de profissionais.

:

A clínica funciona das 7 da manhã, e vai até a noite, não fechamos no horário do almoço. Temos só uma fisioterapeuta que está fazendo atendimento em domicílio, então somos em 3 na clínica. Nós temos, em torno de 40, 60 pacientes por fisioterapeuta que está na clínica. A fisioterapeuta que atende em domicílio atende menos. A gente tá se virando. O atendimento acaba não sendo tão eficaz. Apesar de que todo mundo aqui que vai para outra clínica quer voltar para cá.

Os municípios dos fisioterapeutas S8 e S9 apresentavam grande déficit de profissionais e atendiam 4 a 6 pacientes ao mesmo tempo. O S9 acreditava que ele e seus colegas conseguiam realizar um atendimento de qualidade ao atender mais que um paciente por horário, porém, sabe-se que um atendimento individualizado, nestes casos, apresenta resultados melhores. Ele também comentou que pela falta de profissionais não conseguem alcançar toda a população.

Nas entrevistas também foi questionado a área da fisioterapia em que as patologias são mais frequentes e a maioria respondeu a Ortopedia.

A prevenção de muitos problemas desses pacientes que procuram a fisioterapia pode ser feita com eficácia através de fortalecimento da musculatura, alongamentos constantes e correção postural. Um programa de prevenção poderia ser realizado em Unidades Básicas de Saúde e a participação da população é fundamental.

O S2 relatou o alto índice de Acidente Vascular Encefálico em seu município. Mesmo com o claro conhecimento da alta incidência deste problema, o município não tinha estrutura para atender este tipo de paciente, desde os primeiros socorros, onde o paciente era encaminhado para Maringá, até o tratamento após AVC, onde uma cadeira de rodas não passava na porta estreita da sala de fisioterapia.

No município do S7 a prevalência era um pouco diferente:

Nós temos uma demanda de 40 a 50 pacientes em tratamento.
Nós temos de 4 a 5 na área da neurologia.

O S5 falou sobre a dificuldade de atender pacientes neurológicos devido à demanda de pacientes. O S6 comentou o alto índice de fraturas ósseas em seu município.

O S1 informou que acreditava que a Fisioterapia respiratória não era muito conhecida em seu município e que pacientes com patologias

uroginecológicas surgiam em cerca de uma vez por ano em sua clínica de trabalho. O S7 também comentou sobre isso:

Acho que falta os médicos encaminharem pacientes na área de Ginecologia e Obstetrícia. Apesar de que, ficou difícil sem recurso tratar esses dois casos que apareceram. Então é bem complicado.

Nos pequenos municípios dos S4 e S7 havia uma prevalência de LER/DORT (Lesão Por Esforço Repetitivo/ Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho).

Pelo tipo de trabalho que esses pacientes têm. Como aqui é uma cidade bem de moradia, bastante trabalham fora, então aqui ou trabalha no corte de cana ou trabalha no setor de abatimento de aves, a maioria é isso, então é aquele trabalho repetitivo, tudo (LER), a maioria (S4).

Nós temos uma empresa de metais aqui então temos muitos pacientes que trabalham lá. São peças pequenas, então, muitos têm lesão por esforço repetitivo (S7).

Alves realizou um estudo em 2008 com o objetivo de apresentar os danos que o trabalho causa aos cortadores de cana. Os trabalhadores submetidos a longas jornadas de trabalho, sob o sol e vestindo roupas e equipamentos inadequados, sofrem de dores no corpo (lombalgias), e vários são acometidos de lesões sérias nas articulações, as quais podem ser consideradas LER/DORT (Lesões por esforço repetitivo/Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho).

Os trabalhadores acometidos de dores no corpo têm duas alternativas: faltar ao trabalho e procurar um médico, ou trabalhar mesmo com dores. Optam por trabalhar, têm produtividade reduzida e correm o risco de perda do emprego, caso não atinjam a média de 9 toneladas por dia. Se ficam em casa para tratamento de saúde e não vão ao trabalho, só têm o dia abonado, caso apresentem atestado médico e/ou recibo de compra dos medicamentos receitados pelo médico. Compram-se os medicamentos, em geral, consomem mais do que o valor da diária recebida. A alternativa a essa contradição é a automedicação. Conforme relatou Alves (2008) em todos os alojamentos visitados, durante a pesquisa de campo deste estudo era comum encontrar antiinflamatórios e analgésicos.

Em nosso trabalho, foi conversado com um fisioterapeuta que atuava somente na Promoção da Saúde. Então, quando foram questionadas as patologias que ela atendia com mais frequência obtivemos a seguinte resposta:

Então, aqui no meu serviço eu não faço atendimento de fisioterapia. Eu trabalho para o NASF que é o núcleo de apoio à saúde da família. A gente faz visita domiciliar, orientação e prevenção. Eu não faço atendimento como fisioterapeuta (S10).

O trabalho deste fisioterapeuta evita que muitos pacientes precisem de atendimentos de reabilitação.

Os fisioterapeutas entrevistados nos falaram sobre incentivo de seus municípios para atuar na saúde pública e para sua capacitação profissional. O S1 atuava há 7 anos como fisioterapeuta em seu município e havia realizado apenas 2 cursos ofertados pela prefeitura, no município do S10 a situação é diferente, o fisioterapeuta realizava muito cursos e havia muito incentivo dos gestores.

O S5 relatou sua preocupação com a ausência de capacitação profissional, pois os cursos na área estavam caros e não alteravam seu salário.

A qualificação profissional e a busca por novos conhecimentos na área são essenciais para aumentar cada vez mais a qualidade do atendimento fisioterapêutico, pois proporciona aos profissionais diversos recursos para que o mesmo alcance seus objetivos.

Ao questioná-los sobre os motivos de mesmo assim trabalharem na saúde pública, as respostas foram o amor pela profissão, a possibilidade de ajudar as pessoas e a variabilidade dos casos atendidos

Apesar disso, na saúde pública, o profissional da fisioterapia também encarava muitas lutas:

Os gestores não têm noção de como e quantos devem ser atendidos. Não investem em cursos, e então a gente acaba se desestimulando um pouquinho. O salário também que não é o ideal e quando vamos reclamar, eles falam que no concurso a gente sabia quanto iríamos ganhar. Com o concurso temos estabilidade e tudo, para eles a estabilidade é tudo que precisamos. (S6)

A fisioterapia, por muitos anos teve um caráter curativo e reabilitador o que dificulta a sua inserção na promoção da saúde. A promoção da saúde é

um dos eixos do Sistema Único de Saúde (SUS), e diz respeito ao fortalecimento da capacidade de indivíduos e grupos sociais para intervir nos determinantes do seu processo saúde-doença (CHIESA et al, 2007).

Para que o profissional da fisioterapia tenha a sua completa inserção no Sistema Único de Saúde é preciso que ele saiba a sua importância na promoção da saúde e não focar apenas na reabilitação.

Os fisioterapeutas foram questionados sobre a possibilidade de realizarem ações de Promoção da Saúde, o S1 respondeu que não havia possibilidade de deixar de reabilitar para realizar prevenção, pois sua lista de espera estava muito grande e, o S5 também relatou a impossibilidade devido a grande quantidade de pacientes para a reabilitação.

O S2 realizava orientações aos pacientes, entrega de folders, palestra com gestantes anualmente e observava resultados positivos. O S4 disse que não havia um feedback de seus pacientes em relação à Promoção da Saúde e o S3 relatou uma experiência:

Nós fazíamos o hiper dia, que é feito a aferição da pressão e o pessoal aqui participava bastante. Em cidade pequena é complicado porque, por exemplo, a gente faz um grupo, um grupo para dor e grupo de exercício, no começo vem bastante gente e depois vai diminuindo, até que acaba. Então no começo tinha resultado. O que eu sempre via resultado era no hiper dia, que eles tinham que participar para pegar o remédio (S3).

O fato de o paciente ter que participar de um grupo de acompanhamento de pressão arterial e exercício físico para poder fazer a retirada de seu remédio controlado é uma estratégia eficaz para que a população participe dos programas de promoção da saúde.

O S10 elogiou a participação social da população que frequentava a unidade básica de saúde em que trabalhava e o S9 relatou a falta de interesse das pessoas atendidas por ele. A participação social é um dos princípios do SUS e é essencial para que toda a população seja alcançada.

O S7 acreditava que haveria muitas melhoras se fosse possível realizar ações de Promoção da Saúde.

Com certeza. Teria uma taxa de pacientes lesionados bem menor. Temos muitos pacientes que têm doenças relativas ao trabalho. Até se essas empresas pudessem estar promovendo

isso, acho que a quantidade de pacientes lesionados diminuiria bastante (S7).

No município do S7, às vezes surgiam oportunidades de atuação na Promoção da Saúde, realizando palestras, programas de alongamentos musculares, entrega de materiais para educação em saúde.

O S8 acreditava que a promoção da saúde era responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde e não das clínicas.

O S10 atuava somente na Promoção da Saúde:

É, esse é o meu trabalho. A gente promove saúde. Aqui na nossa unidade o meu trabalho, a gente trabalha muito com grupos, então a gente tem grupos de tabagismo, a gente participa de grupos de hiperdia, que é hipertenso e diabético, grupo de gestante, tem grupo de adolescente. Então nesses grupos que a gente trabalha prevenção e a promoção da saúde. Então, a gente trabalha todos os temas tentando prevenir. Esse nosso trabalho é diferente porque a gente faz parte preventiva, nós somos um grupo de apoio. Então a gente apóia a equipe do programa de saúde da família (S10).

O S6 deu sua opinião mostrando uma maneira de realizar ações de promoção à saúde e dar alta para muitos de seus pacientes através das ATIs's. As ATIs (Academias da Terceira Idade) são grandes exemplos de promoção da saúde do idoso. Tahan e Carvalho, em 2010, realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de analisar as percepções dos idosos em relação à sua qualidade de vida após a participação de Grupos de Promoção de Saúde (GPS). A pesquisa diz que estes idosos valorizam a sua independência e autonomia na realização de suas atividades e atribuem uma vida saudável a comportamentos adequados em relação aos cuidados com a sua saúde enfatizando as atividades de lazer, a participação nos GPS e os bons relacionamentos como imprescindíveis para satisfação com a vida.

O S10 falou sobre os resultados do seu trabalho voltado inteiramente para a Promoção da Saúde como a redução do encaminhamento para consultas especializadas e a pressão arterial controlada nos participantes do grupo hiperdia.

Foi perguntado a esse profissional se ele acreditava que se houvessem mais fisioterapeutas atuando apenas na promoção da saúde, haveriam melhoras na saúde pública, e ele respondeu que com certeza sim.

Ao analisar a realização de estratégias, programas e ações de promoção da saúde na região da pesquisa, pode-se relatar que existe muito trabalho a ser feito. Maringá, a maior cidade da região, é o único lugar que apresentou profissionais atuando exclusivamente na promoção da saúde. Nos demais municípios o foco principal ainda é a reabilitação de doenças. Com as novas estratégias de saúde pública do nosso país é fundamental que mentalidades sejam renovadas e que o cuidado com a saúde apareça muito antes de qualquer problema com ela.

Os entrevistados também foram questionados sobre como foi abordado a Promoção da Saúde em sua graduação e a grande maioria apendeu sobre o assunto. Notou-se uma dificuldade de nossos entrevistados em diferenciar os termos Prevenção e Promoção da Saúde.

Segundo a Carta de Ottawa, 1986, Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no neste processo.

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (OTAWA, 1986)

Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OTAWA, 1986)

Outra questão abordada nas entrevistas foi a busca de especializações e demais cursos pelos fisioterapeutas:

“Fiz pós, terminei agora em saúde, saúde pública e fiz outra em auditoria em saúde que são as mais recentes, mas tem o RPG e o pilates” (S2).

“Eu faço doutorado em Ciências da Saúde, participo de congressos e participo de capacitações” (S10)

Foi observado que a maioria dos fisioterapeutas entrevistados tinha procurado se especializar.

A especialização em Terapia Manual e Postural foi escolhida pelo S1 e pelo S2. Levando em consideração as dificuldades encontradas com a estrutura ao trabalhar na saúde pública, o conhecimento de técnicas que não necessitam de equipamentos ou aparelhos e que na maioria das vezes é mais eficaz que a fisioterapia convencional é muito válida.

O S7 tinha formação nos métodos therasuit, equoterapia e especialização em Neuropediatria. Estes métodos são muito eficazes principalmente na área de neuropediatria, estimulando o desenvolvimento motor, equilíbrio e fortalecimento muscular. O S4 apresentava formação em pilates e terapia manual. O pilates tem sido uma técnica muito utilizada pelos profissionais da fisioterapia devido a sua eficácia e a grande procura pelos pacientes. O S3 apresentou formação em Acupuntura, Osteopatia e Auriculoterapia.

Um dos fisioterapeutas acreditava que não há necessidade de se especializar:

Eu fiz na parte cardiorrespiratória, paguei caro, e aí a prefeitura te dá o quê? 1% no seu salário. Então para quê? A gente acaba ficando meio parado, e não está fazendo curso (S6).

O S1 comentou sobre a falta de tempo e estrutura para realização de terapias alternativas e que havia apenas a utilização da fisioterapia convencional. O S2 nos relatou que técnicas alternativas trariam mais resultados, como, posturas da técnica de Reeducação Postural Global e Pilates, e que a fisioterapia convencional desanima o fisioterapeuta e paciente devido a sua lenta evolução.

O S5 relatou que havia falta de incentivo para a formação em técnicas alternativas. Esse profissional tinha apenas formação em Pilates e não conseguia aplicar em seu trabalho na saúde pública. O S3 conseguia aplicar uma terapia alternativa chamada auriculoterapia em seu trabalho na saúde pública e observou bons resultados.

Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, tem se buscado a introdução de terapias alternativas no âmbito dos serviços públicos de saúde. Porém, apenas em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas

e Complementares, os profissionais não-médicos puderam atuar como acupunturistas no Sistema Único de Saúde (SUS) (FAS et al, 2009).

O estudo de Fas, 2009, teve como objetivo descrever a evolução da acupuntura no SUS e a inclusão de novos acupunturistas não-médicos. Esta pesquisa nos mostrou a existência de uma expansão das consultas e do número de cidades que registram acupuntura no SUS por estes profissionais.

Ao perguntar sobre a atuação dos fisioterapeutas entrevistados nas Redes de Atenção à Saúde (Cegonha, Psicossocial, Oncológica, Urgência e Emergência) descobrimos que apenas um deles atuava nelas.

Fisioterapia não se encaixou em nenhuma dessas redes novas. Ouvimos falar, mas não atuamos (S7).

Sim, como eu te falei, a gente participa de todas essas redes porque a gente apoia o programa de saúde da família, então a gente está dentro dessas redes, da (Mãe Paranaense), (Rede Cegonha) a gente participa com palestras, com atividade, no grupo de gestante. Em todas essas redes a gente está inserido. (S10).

Em geral, pode-se observar que a fisioterapia não estava incluída na implantação das novas redes. Os profissionais da fisioterapia poderiam acrescentar muito neste novo modelo. Na rede cegonha com o cuidado da mãe e do bebê. Na rede oncológica com o cuidado do paciente na área respiratória e motora. Na rede de urgência e emergência com pacientes com diagnósticos cardiorrespiratórios que necessitem de ventilação mecânica e oxigênoterapia. O S10 percebeu uma melhora da prestação de serviços de saúde com a implantação das redes, quando comparado ao modelo anterior.

Questionamos também a interação entre o fisioterapeuta e os demais profissionais, somente 2 profissionais vivenciam isso e acreditavam que essa relação era benéfica para o melhor atendimento da população. O S6 comentou a sua não interação com os demais profissionais, o profissional só permanece na clínica com os demais fisioterapeutas.

A interação entre os profissionais pode proporcionar um melhor atendimento ao paciente, analisando a sua situação com visões diferentes e encontrando com eficácia a resolução do problema.

6. CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa foi realizar estudo quanti e qualitativo sobre a atuação do fisioterapeuta nas Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP e concluiu-se que há um déficit de profissionais da fisioterapia nos municípios do CISAMUSEP e que isso reflete em uma grande lista de espera, na diminuição de qualidade do atendimento e o impedimento do profissional realizar ações de Promoção à Saúde em alguns municípios.

Além da recomendação da Organização Mundial da Saúde, deve se observar a realidade do local e os profissionais que estão atuando na saúde pública.

Apenas um fisioterapeuta entrevistado atua nas Redes de Atenção à Saúde (Cegonha, Oncológica, Psicossocial e Urgência e Emergência), os que não atuam alegaram que não há tempo para atuar em qualquer coisa que não seja a reabilitação de seus pacientes.

A estrutura da maioria das clínicas onde esses profissionais atuam, necessitam de melhoras, porém há o básico para o bom atendimento. A maioria relatou a falta de incentivo para capacitação profissional e em algumas vezes compararam o investimento na fisioterapia com outras áreas da saúde por parte do município.

Novos estudos que mostrem a importância do fisioterapeuta na saúde pública e mostrem o déficit de fisioterapeutas que existe no Brasil são válidos, pois através deles pode-se mudar esta situação.

7. REFERÊNCIAS

Aciole GG, Batista LH. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Saúde em Debate*, 2013. 37(96). 10-19.

Alves F. Processo de Trabalho e Danos à Saúde dos Cortadores de Cana. *Interfacehf*. 2008. 3(2): 1-26.

Avieiro MC, Driusso P, Santos JG, Kiyoto VD, Oishi J. Efeitos de um programa de fisioterapia sobre a qualidade de vida de mulheres idosas da comunidade: estudo randomizado controlado. *Fisioterapia em Movimento*, 2013. 26(3): 503-513.

Bispo Júnior, JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1627-1636, 2010

Brasil, [Decreto-Lei Nº 938, de 13 de outubro de 1969](#). Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. República Federativa do Brasil, Brasília, DF.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990; Seção 1:018055.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo*, Brasília, DF, 2006, 28 mar, Seção 1. [acesso 4 dez. 2014]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma nova estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde;1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde; Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf [acesso em 15 jan. 2015].

Botti ML, Scochi MJ. O aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. *Saude soc*. 2006; 15(1):107-114.

Bueno JBD; Motta ID. Instrumentos para Efetivação do Direito à Saúde como Direito da Personalidade: Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP e sua Aplicabilidade. Revista Jurídica Cesumar- Mestrado. 2011; 11(2): 481-494.

Buss, P.M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D.; Freitas, C.M.de (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.19-42.

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca.

Carvalho STRF, Caccia-Bava MCGG. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. Fisioterapia em Movimento. 2011; 24(4): 655-664.

Castro SS. Acessibilidade aos Serviços de Saúde por Pessoas com Deficiência. Rev Saúde Pública. 2011. 45(1):99-105.

Chiesa AM. Nascimento DDG, Bracciali LAD, Oliveira MAC . A Formação de Profissionais da Saúde: Aprendizagem Significativa à Luz da Promoção da Saúde. Cogitare Enfermagem. 2007. 12(2): 236-40.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Resolução 424, 8 de Julho de 2013.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição de Fisioterapia e Áreas de Atuação. Disponível em <http://www.coffito.org.br/>. Acesso em 23/09/2014.

David M, Ribeiro MAGO, Zanolli ML, Mendes RT, Assumpção MS, Schivinski, CIS. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. Saúde em Debate, 2013., 37(96). 120-129.

Faz S, Gouveia GC, Martelli PJJ, Vasconcelos EMR. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. Rev Bras Fisioter, 2009. 13(4). 330-334.

Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. Ciência & Saúde Coletiva, 2011. 16(1): 865-872.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010.

Leavell S. Clark EG, 1976. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill.

Marin MJS; Marchioli M; Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de

saúde da família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm.* 2013. 22(3): 780-788.

Naves CR, Brick, VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(1): 1525-1534.

Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface - Comunic., Saude, Educ.,* 2011. 37(15). 551-564.

Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos,* 2014. 21(1). 37-59.

Santos AAG, Silva RM, Machado MFAS, Vieira LJES, Catrib AMF, Jorge HMF. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. *Ciência & Saúde Coletiva,* 2012; 17(5):1275-1284.

Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix públi co-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(5):1431-40.

Silva ACB, Athayde M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* 2008; 33(117): 23-35).

Silva DJ, Da Ros, MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva,* 12(6):1673-1681, 2007.

Sisson MC, Andrade SR, Giovanella L, Almeida PF, Fausto MCR, Souza CRP. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. *Saúde e Sociedade.* 2011.20(4). 991-1004.

Souza DM, Tekahachi M, Abreu MF, Fagundes, DS. Os Anseios e as Problemáticas Vivenciadas pelos Primeiros Estagiários do Curso de Fisioterapia em Ortopedia, Traumatologia, Reumatologia e Desportiva da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente.* 2012. 3 (1): 94-100.

Sousa MF. O Programa Saúde da Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2007;61(2):153-158.

Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. *Saúde Soc.* 2010.19(4). 878-888.

Torres CKD, Estrela JFM, Ribeiro KSQS. Contribuição da educação popular no atendimento fisioterapêutico domiciliar, 2009. 14(5). 1877-18

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos G WS. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

World Health Organization. A Universal Truth: No Health Without a Workforce, 2013.

ANEXO- 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Gabriela Garcia Krinski, residente na Rua Saldanha Marinho, nº 1090, apto 303, Centro, cidade: Guarapuava- Paraná, tel: (42) 9925-7036, e-mail: gabriela.krinski@hotmail.com, aluna do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde da Unicesumar, com orientação do Professor Doutor José Eduardo Gonçalves, venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: “**Análise da atuação do fisioterapeuta nas Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – CISAMUSEP.** O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) define o fisioterapeuta como o profissional de saúde com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço. A atuação fisioterapêutica pode ser em clínicas, hospitais, ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, em saúde coletiva, em educação e em indústria de equipamentos. Na saúde coletiva, a atuação do fisioterapeuta consiste em programas institucionais, ações básicas de saúde, saúde do trabalhador e vigilância sanitária. A atuação do fisioterapeuta não se limita, então, apenas ao setor curativo e de reabilitação. As ações de prevenção, promoção e educação em saúde são essenciais para a melhora da qualidade de vida da população e as intervenções no atendimento domiciliar serão benéficas na relação do paciente com o meio físico e social. Com base nisso o objetivo desta pesquisa é realizar estudo quanti e qualitativo sobre a atuação do fisioterapeuta nas Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – CISAMUSEP. As informações serão utilizadas na pesquisa e serão publicados sem prejuízo ao anonimato dos envolvidos. Qualquer dúvida ou problema entrar em contato com o pesquisador responsável: Gabriela Garcia Krinski, telefone nº (42) 9925-7036 e endereço Rua Saldanha Marinho, 1090, centro, cidade: Guarapuava – Pr.

Eu RG:,
declaro que fui esclarecido sobre as informações e objetivos da pesquisa e que irei participar espontaneamente.

Data: / /

Gabriela Garcia Krinski

Participante

ANEXO2 – Roteiro de Perguntas Realizadas aos Fisioterapeutas

PESQUISA: Análise da atuação do FISIOTERAPEUTA nas Redes de Atenção à Saúde da região de atuação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP.

BLOCO DE CARACTERIZAÇÃO DO INFORMANTE

- 1) IDADE: _____
- 2) SEXO:() Masculino () Feminino
- 3) CIDADE EM QUE RESIDE: _____
- 4) RENDA MENSAL:
 - () de 1 até 2 Salários Mínimos
 - () maior que 2 até 4 Salários Mínimos
 - () maior que 4 até 6 Salários Mínimos
 - () maior que 6 até 8 Salários Mínimos
 - () maior que 8 até 10 Salários Mínimos
 - () Acima de 10 Salários Mínimos
- 5) ATUALMENTE FAZ ALGUM CURSO? QUAL?

- 6) HABILITAÇÕES ACADEMICAS: () Técnico() Graduação
() Especialização () Mestrado () Doutorado
- 7) VÍNCULO EMPREGATÍCIO: Estatutário () CLT ()
- 8) HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NESSA PROFISSÃO? _____
- 9) HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NO SETOR PÚBLICO? _____
- 10) TRABALHA QUANTAS HORAS POR SEMANA?

- 11) FAZ HORÁRIO EXTRA? EM MÉDIA QUANTAS HORAS?

ENTREVISTA:

- 1) Qual sua opinião sobre a indicação na OMS onde deve haver 1 fisioterapeuta para cada 1500 habitantes?
- 2) Como é a estrutura do seu local de trabalho?
- 3) Há fila de espera para o seu atendimento?
- 4) Atua em alguma Rede de Atenção à Saúde? (Rede de Urgência e Emergência, Psicossocial, Oncológica, Cegonha)
- 5) Se sim, Você percebe diferenças ao modelo anterior?

- 6) Há interação do profissional da Fisioterapia com gestores ou demais profissionais de saúde?
- 7) Você tem realizado ações de promoção da saúde? Se sim, tem observado resultados?
- 8) Em sua graduação, o termo Promoção da Saúde foi abordado?
- 9) Há um incentivo do município para sua capacitação profissional?
- 10) Você tem participado de eventos na área da saúde?
- 11) Você gosta de ser Fisioterapeuta? E de trabalhar em saúde pública?
- 12) Qual o incentivo e a motivação que você encontra para trabalhar na Saúde Pública?
- 13) Quais as patologias mais freqüentes em seus atendimentos?
- 14) Qual a faixa etária mais atendida por você?
- 15) Há incentivos e estrutura para o uso de terapias alternativas em seu trabalho?
- 16) Você tem formação em alguma terapia alternativa?
- 17) Em seu trabalho você usa apenas fisioterapia convencional ou consegue inserir métodos alternativos?
- 18) Se sim, você consegue ver resultados melhores?