

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO – USF
CURSO DE FISIOTERAPIA

**Fisioterapia no Município de Bragança Paulista: Caracterização do Serviço
e do Perfil Epidemiológico dos Pacientes em Lista de Espera**

BRAGANÇA PAULISTA – SP
2010

Alaine Sousa da Silva

Jaqueline Regina Kaik da Silva

Fisioterapia no Município de Bragança Paulista: Caracterização do Serviço e do Perfil Epidemiológico dos Pacientes em Lista de Espera

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, sob a orientação da Prof.^a Dra. Rosimeire Simprini Padula, como exigência parcial para conclusão do curso de graduação.

SILVA, Jaqueline Regina Kaik; SILVA, Alaine Sousa. **Fisioterapia no Município de Bragança Paulista: Caracterização do Serviço e do Perfil Epidemiológico dos Pacientes em Lista de Espera.** Trabalho de Conclusão de Curso. 2010. Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco. Bragança Paulista.

Prof.^a Dra. Rosimeire Simprini Padula
USF – Orientadora Temática

Prof.^a Ms. Michele Lacerda Pereira Ferrer
USF – Banca Examinadora

Prof.^a Ms. Gianna Carla Cannonieri
USF – Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico á minha família em especial, aos meus pais, Omar e Teresa, aos meus irmãos Caroline e Bruno, aos meus Tios Benedito e Silvia, aos meus avôs Jose e Maria, ao Josemar pelo apoio e incentivo constantes. Vocês me ensinaram a ter garra e dedicação para vencer obstáculos e conquistar meus sonhos. Dedico-lhes esta obra, pois sem vocês nada teria sido possível.

Jaqueline Kaik.

Dedico a minha família em especial aos meus pais Maria Prates e Adevaldo, que me deram a vida, amor e me ensinaram o caminho da verdade e ir a luta, sendo persistente na busca dos meus sonhos. Aos meus irmãos Alan e Pedro, que estiveram comigo todo este tempo me transmitindo alegria de viver e fortaleza. A minha avó Perpétua pelo o incentivo. Ao meu namorado Edsom que sempre esteve presente, me ajudando a crescer e vencer os obstáculos encontrados durante esta jornada, com seu amor e dedicação. Aos meus futuros sogros Maria e Jailson, que com respeito e carinho sempre me incentivaram a vencer mais esta etapa da minha vida. De forma geral, agradeço a todos por compartilharam comigo todos estes anos, para que este sonho se realizasse, me mostrando que o caminho não é facil, mas não é impossível de se concretizar.

Alaine Sousa da Silva.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Deus por sempre iluminar nossos caminhos e por fazer com que mais esse sonho se realize.

Não existirá um cenário se não houver quem o construa. Por detrás dos bastidores, estão os grandes responsáveis pela realização da peça.

À nossas famílias, pela certeza de um porto seguro, sempre.

À todos os amigos pelas valiosas contribuições durante o processo, por compartilharem as angústias e as conquistas e principalmente pela amizade, que tornaram o caminho menos árduo e mais colorido, vocês que nos acompanharam, choraram, riram, sentiram, participaram, aconselharam, dividiram companhias, sorriso, palavras e ausências,

A Prof. Dra. Rosimeire S. Padula, pela atenção, paciência, carinho para a realização deste trabalho.

A Prof.^a Patrícia Teixeira Costa, por plantar em nossos espírito uma inquietação, por abrir nossos olhos para uma Fisioterapia além da reabilitação, pela amizade, carinho, aprendizagem e estímulo na realização desta graduação. Nossa gratidão e reconhecimento eternos.

Aos fisioterapeutas do Centro de Fisioterapia, em especial a Manuella pela atenção que viabilizou a construção deste trabalho.

A todos aqueles que de uma maneira ou de outra fizeram parte desta caminhada. Acredito que sem o auxílio e compreensão nossos sonhos jamais teriam se concretizado.

“A persistência é o caminho do êxito”

(Charles Chaplin)

SILVA, Jaqueline Regina Kaik; SILVA, Alaine Sousa. **Fisioterapia no Município de Bragança Paulista: Caracterização do Serviço e do Perfil Epidemiológico dos Pacientes em Lista de Espera.** Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, Bragança Paulista/SP.

RESUMO

Introdução: Atualmente o fisioterapeuta atua nos níveis de atenção primária, secundária e terciária . Sendo de fundamental importância a inserção do fisioterapeuta como agente multiplicador de saúde, atuando em interação com a equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar. **Objetivo Geral:** identificar as necessidades de atendimentos fisioterapêuticos e propor soluções e encaminhamentos aos serviços disponíveis no município. **Método:** Estudo caráter longitudinal e prospectivo, com pacientes em lista de espera no Centro de Fisioterapia, com pacientes acima de 18 anos de idade. Pacientes foram avaliados após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo orientados ou encaminhados para a atenção primária ou secundária, de acordo com as suas necessidades. **Resultados:** O maior percentual da origem dos encaminhamentos foram de Ortopedistas/Traumatologistas com (87%). Dos diagnósticos clínicos encontrados a Osteoartrose, mostrou-se a mais presente no estudo em 34% dos pacientes. Houve maior incidência nos pacientes triados do sexo feminino com (69%). As mulheres representavam 69% dos pacientes avaliados que estavam em lista de espera. Sendo observado que novas contratações possam ser realizadas, para melhor resolutividade do atendimento no Município. **Conclusão:** Conclui-se, que ficou evidente a importância do estudo, pois a triagem mostrou-se eficaz na identificação das prioridades das lesões agudas e crônicas.

PALAVRAS-CHAVE: ENCAMINHAMENTOS, CENTRO DE FISIOTERAPIA, ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA.

ABSTRACT

Introduction: Currently the physiotherapist acts in the levels of primary care attention, secondary and tertiary. It fits to stand out the importance of the insertion of the physiotherapist as multiplying agent of health, acting in interaction with the multiprofessional team and of form to interdisciplinary. **General Objective:** to identify needs and solutions calls and referrals to services available in the county. **Method:** Study longitudinal and prospective character with patients of the Center for Physical Therapy, except that they are not on the waiting list, patients and minors. Patients had been screened after to sign the Term informed consent (IC), being guided or directed to the primary or secondary, according to their needs. **Results:** The highest percentages of the source of referrals were orthopedics / trauma with (87%). The diagnosis found in osteoarthritis, proved to be more present in the study with 34%. There was a higher incidence in patients screened with females (69%). Being observed that new hires may be made to better fulfill its service in City. **Conclusion:** It is concluded, it became evident the importance of the study, since the screening was effective in identifying the priorities of acute and chronic.

KEYWORDS: REFERRAL, PHYSICALTHERAPY CENTER, PRIMARY AND SECONDY CARE.

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1. Origem de Encaminhamentos.....	29
Gráfico 2. Diagnóstico Clínico dos Pacientes Triados.....	30
Gráfico 3. Sexo da População Estudada.....	31
Gráfico 4. Profissão dos Pacientes Triados.....	32
Gráfico 5. Pacientes que realizaram tratamento Fisioterapêutico anteriormente.....	33
Gráfico 6. Ações após a triagem.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Alocação dos Profissionais Fisioterapeutas no NASF e CF.....	28
Tabela 2. Ajustes no Fluxo de Atendimento e Encaminhamento antes e depois do estudo.....	35

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

ARE - Ambulatórios Regionais de Especialidades

ARSM - Ambulatórios Regionais de Saúde Mental

AVD's - Atividade de Vida Diária

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CEF - Clínica Escola de Fisioterapia

CF - Centro de Fisioterapia

CS - Centro de Saúde

EAC - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

HUSF - Hospital Universitário São Francisco

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Assistência à Saúde da Família

OA - Osteoartrose

PAD - Programa de Atendimento Domiciliar

PAM - Pronto Atendimento Médico

PPSRF - Programa de Promoção à Saúde e Reabilitação na Família

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBDS - Unidades Básicas Distritais de Saúde

USF - Universidade São Francisco

VE - Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Sistema Único de Saúde.....	13
1.2 Programa Saúde da Família /Estratégia Saúde da Família.....	15
1.3 A atuação da Fisioterapia na Atenção Primária.....	17
1.4 A atuação da Fisioterapia na Atenção Secundária.....	21
2. OBJETIVO.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3. MÉTODO.....	26
3.1 Desenho de estudo.....	26
3.2 Local do estudo.....	26
3.3 Critérios de inclusão.....	26
3.4 Critérios de exclusão.....	26
3.5 Materiais.....	26
3.6 Procedimentos.....	26
3.7 Análise dos dados.....	27
4. RESULTADOS.....	28
4.1 Caracterização de Fisioterapia no Município de Bragança Paulista.....	28
4.2 Perfil dos Pacientes em lista de espera no Centro de Fisioterapia.....	29
4.3 Adequações nas Ações de Planejamento e Gestão da Equipe de Fisioterapia do Município após o estudo.....	35
5. DISCUSSÃO.....	37
6. CONCLUSÃO.....	42
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	50

1. INTRODUÇÃO

1.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e tem por finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência á saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. O SUS é um sistema único porque segue a mesma doutrina em todo o território nacional (COSTA *et al.*, 2000).

A criação e a implantação gradativa do SUS podem vir a ser consideradas como uma das reformas sociais mais importantes realizadas pelo Brasil na última década do século 20 e nos primeiros anos do século atual (NUNES, AMARAL e ELIAS, 2001).

O SUS teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde (1990), com base no artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1998). O SUS tem apresentado resultados positivos nos propósitos de universalização, descentralização e ampliação de cobertura dos serviços de saúde. Avança com mais dificuldade na garantia da qualidade, equidade e na resolutividade da assistência ambulatorial e hospitalar, principalmente, pela falta de profissionais habilitados a prestar assistência integral de saúde. Para alcançar os objetivos propostos, torna-se necessário o incentivo à educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde, integrando todos os membros envolvidos no processo (BADUY *et al.*, 2001).

A regulamentação do SUS implica em condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Devido às características singulares da organização dos serviços de saúde e à diversidade da população dos recursos econômicos e da capacidade gerencial dos Municípios Brasileiros, há a transferência do gerenciamento e organização dos serviços da União para os estados e dos estados para os Municípios (MARTINS *et al.*, 2006).

A Atenção Básica é a forma de organizar o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, estimulada pelo Ministério da Saúde. Insere-se no movimento mundial de valorização da atenção primária e na construção dos sistemas públicos de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de

práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (MACHADO, *et al.*, 2004).

A atenção básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O SUS tem como um dos princípios a Integralidade, as ações de promoção, proteção e recuperação devem formar um todo, configurando-se, assim, um sistema capaz de prestar assistência integral. Além da atuação da organização contínua do processo de atendimento nos níveis de complexidade da atenção, entende-se que o processo de trabalho, no âmbito da saúde pública, deve refletir a compreensão de uma prática sanitária integralizadora, pois, as ações neste setor, requerem o envolvimento das diversas áreas. As necessidades de saúde são permanentes, pois, estão relacionadas à multifatorialidade das condições objetivas de vida da população. Desta forma, a “queixa física” apresentada, pelo usuário, traz consigo toda a sua subjetividade e necessidades que devem ser levadas em consideração no processo de atendimento.

As unidades de serviços de saúde constituem-se, assim, na porta de entrada das diversas demandas existentes, e a apreensão da realidade social como um “todo indivisível”, determina o processo de trabalho dos sujeitos sociais envolvidos. A compreensão desta dimensão poderá desencadear ações sobre as causas ou os riscos do adoecer num determinado território, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde, abarcando a apreensão quanto as demandas sociais emergentes no território de abrangência da Unidade de Saúde (MOTTER et al., 2006).

Para integrar aos princípios propostos pelo SUS, a Fisioterapia, como campo de conhecimento e prática, deve formar profissionais que sejam capazes de lidar com promoção de saúde e prevenção de doenças, além da assistência curativa e reabilitadora (SILVA, 2007).

1.2 Programa Saúde da Família /Estratégia Saúde da Família

Segundo Baraúna *et al.* (2008) o Programa Saúde da Família (PSF) surge, como mais uma oportunidade para o fisioterapeuta desenvolver suas habilidades no âmbito social oferecendo ao indivíduo uma melhora na qualidade de vida.

O PSF assume papel fundamental, na medida em que deve se constituir na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2005).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é uma proposta do ministério da saúde instituída em 1994, que vem sendo apresentada pelo Sistema Único de Saúde institucionalmente como alternativa para mudança de modelo assistencial (COELHO, SANTIAGO e MORAIS, 2006).

Conforme Ribeiro *et al.* (2008) a ESF, enfrenta vários problemas para sua implantação efetiva e grande parte é atribuída à deficiência de planejamento dos gestores, que muitas vezes, não integram os diversos indicadores de saúde e não consideram as especificidades regionais, sociais, institucionais e políticas das respectivas áreas de abrangência.

O que se observa na prática é que muitas vezes os profissionais da saúde trabalham com intervenções paliativas para problemas que geralmente são crônicos, adiando ações definitivas de resolução o que, quase sempre, leva ao desgaste do profissional e, por conseqüência, prejudica a qualidade da assistência prestada ao cliente, e isso acaba limitando o desenvolvimento da unidade o que, poderia ser evitado com um planejamento adequado dos serviços. O estabelecimento do perfil da unidade e da população assistida possibilita a otimização do gerenciamento do tempo, define-se responsabilidades, apresenta-se alternativas e, portanto, aumenta-se a eficiência e a eficácia das ações (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Segundo Santos *et al.* (2008) o PSF, foi implantado para modificar as práticas sanitárias, na medida em que as ações estariam direcionadas para as famílias de cada território, permitindo conhecer mais de perto o estado de saúde da população local.

A ESF convive mais de perto com os problemas de saúde da população e tem condições de intervir oportunamente sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença. Assim, um grande passo para a reorientação das práticas de saúde é a descentralização da VE para a ESF, à medida que os profissionais incorporarem-na como uma atividade cotidiana do trabalho e desde que o contexto político local seja favorável a este processo de mudanças (BARROS, 2006).

Há desafios no PSF como ampliar o acesso às ações de saúde, mas dar forma concreta a uma interpretação ampla de saúde e as idéias de integralidade da atenção, promoção da saúde, enfoque familiar, desenvolvimento de co-responsabilidades, humanização da

assistência, e formação de vínculo entre profissionais e população territorializada (MANDU *et al.*, 2008).

O PSF é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação dos usuários com doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade.

A ESF foi concebida com o propósito de reordenar os serviços da rede básica e implantar um novo modelo de atenção. Portanto, descentralizar a VE para a ESF, implica valorizar a realidade locorregional, identificando problemas e criando possibilidades de aumentar a capacidade de intervenção sobre estes (SANTOS *et al.*, 2008).

A VE, segundo a Lei Orgânica de Saúde (1990), é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva. Tem como finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Essa concepção rompe com um modelo de atenção à saúde com enfoque biológico e centrado na atenção à doença. Adota como paradigma conhecer os fatores que determinam e condicionam o aparecimento de um agravo nos espaços coletivos para implementar medidas eficazes de controle.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), são funções da vigilância epidemiológica: a coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação das informações pertinentes.

Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família, a melhoria da qualidade e resolutividade da atenção básica, está sendo proposta a criação dos NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que tem como objetivo, ampliar a abrangência e o escopo das ações de atenção básica, melhorar a qualidade e a resolutividade de atenção a saúde. Os núcleos são compostos por no mínimo cinco profissionais, definidos pelos gestores municipais, dentre as seguintes ocupações está o fisioterapeuta (CONASS, 2007).

Os objetivos da implantação do modelo de saúde da família são prestar assistência integral, contínua, resolubilidade e boa qualidade as necessidades a saúde da população; intervir sobre os fatores de riscos aos quais a população esta exposta; humanizar as práticas de

saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população; proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/ doença, da organização de serviço e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida com direito de cidadania; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (FERNANDES, 2006).

As unidades de saúde da família funcionam segundo algumas diretrizes operacionais como adscrição da clientela, cadastramento, integralidade e hierarquização e equipe multiprofissional. Sendo que essas equipes devem ser capacitadas para identificar o perfil epidemiológico, reconhecer os problemas de saúde, planejar o enfrentamento do processo saúde/ doença, atender a demanda programada, utilizar o sistema referência e contra-referência, promover promoção e saúde e identificar ações para os problemas (COSTA *et al.*, 2000).

O Ministério da Saúde (2006) realiza vários programas com a missão de trazer a saúde para perto do cidadão e ensinar ao profissional a especialização necessária, a fim de que possa exercer seu trabalho com mais qualidade. Nesses programas devem ser observados os princípios básicos que regem a organização de um serviço de saúde, dentre eles o planejamento.

Segundo Martins *et al.* (2006) a estruturação de um serviço ocorre a partir do diagnóstico da realidade e de um planejamento adequado, considerando-se todas as variáveis possíveis nesse processo. A identificação e a análise do contexto da atenção à saúde e respectivos problemas podem subsidiar e qualificar as decisões e ações dos profissionais de saúde e gestores, de modo que haja participação, no intuito de alcançar metas com resolutividade, efetividade, considerando-se as vantagens e desvantagens para todos os envolvidos.

1.3 A atuação da Fisioterapia na Atenção Primária

Com a definição da atenção básica como eixo central de reestruturação do modelo assistencial brasileiro, impõem-se uma nova lógica de organização dos serviços e uma redefinição na atuação dos profissionais de saúde. Esse novo modelo busca romper o conceito curativo, reestruturando e articulando a assistência com ações de promoção da saúde, controle de risco e prevenção de doenças. Cabe destacar, o enfoque que deve ser dado às ações intersetoriais e os determinantes mais gerais e estruturais das condições de vida (BACHELADENSKI, 2007).

De acordo com Teixeira *et al.* (2005) estes determinantes, só poderão ser transformados com articulação dos diversos setores do governo e da sociedade, como infraestrutura, economia, educação e habitação, em ações desenvolvidas em conjunto e com a participação da sociedade.

Para Machado *et al.* (2008) a atenção básica deve ser resolutive, solucionar os problemas de saúde mais prevalentes na população e encaminhar para outros níveis os problemas não solucionados em seu âmbito. Essa lógica de estruturação do sistema objetiva o oferecimento de uma assistência integral à população, de forma identificar os sujeitos como totalidades. Visto que, o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes considerados separadamente (CAMPOS, 2003).

Segundo Alves *et al.* (2005) diante desse contexto, a aproximação entre a fisioterapia e o nível primário apresenta-se como alternativa capaz fortalecer a atenção básica, aumentando a resolutividade do sistema e contribuindo para garantia da integralidade na assistência. A fisioterapia, embora historicamente tenha se mantido no nível da reabilitação, possui competências e habilidades suficientes para atuação em outros níveis. Neste sentido, apresentam-se algumas possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica e em ambiente comunitário.

Ações de vigilância devem ocorrer a partir da atenção básica e com a participação do fisioterapeuta, ou fazendo parte da equipe de saúde da família ou interagindo com essa. A equipe de vigilância tem a responsabilidade pela saúde cinesiológica e funcional de determinadas populações em territórios definidos (ALVES, 2005).

Para Valla (1999), no âmbito da atenção básica, o fisioterapeuta deve atuar preferencialmente com grupos populacionais, orientando sobre as posturas mais adequadas para cada grupo ou para cada situação. A prática da educação em saúde não deve e não pode ser entendida como ação vertical e unidirecional, do profissional que sabe para a população que não sabe. O processo de educação e orientação postural deve ser construído coletivamente, levando-se em consideração quais os hábitos, costumes e crenças com poder de influência na postura daquela comunidade. Nesse sentido, dentre as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na orientação postural, no âmbito da atenção básica, destaca-se a atuação em grupos de escolares, de gestantes e de idosos.

De acordo com Pattussi *et al.* (2006) o envolvimento e a participação da comunidade têm sido cada vez mais utilizados como instrumento para elevação dos níveis de saúde. Além disso, a participação comunitária propicia a valorização cidadania e elevação do capital social. O ser humano é, em essência, um ser participativo e a prática da participação facilita o crescimento da

consciência crítica, fortalece o poder de mobilização e interação para o entendimento e condução de sua vida social (BISPO *et al.*, 2009).

Nesse sentido, a participação popular, dentro das ações fundamentadas na promoção, é destacada como um de seus pilares. Segundo os autores, a promoção da saúde considera que melhores condições de vida e saúde só são atingidas por meio da participação da população de maneira ativa, o que pressupõe um relacionamento mais horizontal e menos submisso entre a população-alvo das intervenções e seus planejadores e gestores (SOUZA, 2007).

Segundo Trelha *et al.* (2007) o fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de atenção primária à saúde como é o caso do PSF. A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente a criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parcela do seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas seqüelas (RAGASSON *et al.* 2006).

Sabe-se que as práticas Fisioterapêuticas podem ser desenvolvidas em todos os níveis de atenção à saúde. Porém, devido a aspectos de ordem político- econômicos e organizacionais, sua função é pouco divulgada e subutilizada, uma vez que sua forma mais tradicional de atuação é centralizada nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para as práticas hospitalares e ambulatoriais em detrimento aos novos modelos assistenciais. (BISPO, 2006).

Assim em seu processo de trabalho na Atenção Básica (AB) o Fisioterapeuta deve suprir a demanda da comunidade com uma prática integral perpassando pela educação em saúde, acolhimento atendimentos individuais, grupos operativos e realizando visitas domiciliares, quebrando o paradigma de ser uma profissão apenas reabilitadora. A inserção do fisioterapeuta na Atenção Primária, mais especificamente na estratégia Saúde da Família é de fundamental importância para melhorar as condições de saúde da população (PEIXOTO, MATTOS e BARBOSA, 2007).

A fisioterapia apresenta uma missão primordial, de cooperação, mediante a nova realidade de saúde que se apresenta, através da aplicação de meios terapêuticos físicos, na prevenção, eliminação ou melhora de estados patológicos do homem, na promoção e na educação em saúde. A presença do fisioterapeuta na comunidade se torna relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação obedecendo aos princípios do atual modelo de saúde e conseqüentemente promovendo a melhora na qualidade de vida da população. (FERREIRA, 2005).

Segundo Regasson *et al.* (2003) uma das principais dificuldades encontradas na inserção do fisioterapeuta, não apenas no PSF, mas na Saúde Pública, diz respeito à formação inicial e a criação da profissão, que apresentava um caráter reabilitador, com atuação na atenção terciária, enraizada devido à grande demanda inicial por reabilitação, inerente a história da criação do curso. De acordo com o autor acima, 23% da população entrevistada ainda acreditam que a fisioterapia atua somente de forma reabilitadora, não conhecendo sua contribuição na forma preventiva.

A inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção primária à saúde é um processo em construção, associado, principalmente a criação da profissão, rotulando o fisioterapeuta como reabilitador, voltando-se apenas para uma pequena parte de seu objeto de trabalho, que é tratar a doença e suas seqüelas. Essa lógica de conceitualização, durante muito tempo, excluiu da rede básica os serviços de fisioterapia, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço e impedindo o profissional de atuar na atenção primária (RIBEIRO, 2002).

O fisioterapeuta, até pouco tempo atrás apresentava pouco destaque profissional na atenção primária à saúde. Os currículos dos cursos de fisioterapia existentes no Brasil priorizavam as ações curativas, valorizando pouco o modelo assistencial vigente, dificultando a inserção do fisioterapeuta na Saúde Pública. A formação do fisioterapeuta atual deve objetivar a capacitação de um profissional capaz de atuar na saúde nos níveis de promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde do ser humano (BISPO, 2009).

Cabe ressaltar a importância da inserção do fisioterapeuta como agente multiplicador de saúde, atuando em interação com uma equipe multiprofissional e de forma interdisciplinar, nas Unidades Básicas de Saúde da Família, Programa Saúde da Família. O Programa Saúde da família, criado em 1994, dentro desta abordagem de promoção da saúde, respeitando as diretrizes do SUS, propõe um modelo de assistência integral, enfatizando a atenção primária e à promoção da saúde familiar (COSTA NETO; MENEZES, 2000).

Desde que a saúde no país foi instituída como um direito de todos e um dever do Estado e operada por meio do SUS, que os gestores deste sistema vêm atribuindo ênfase à mudança do modelo de atenção à saúde, priorizando o nível de atenção básica, essa nova proposta, teve início em 1994, com a operacionalização do PSF, incorporando a experiência anterior do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FERREIRA *et al.*, 2005).

O fisioterapeuta nas UBS tem como caráter a visão preventiva e curativa, prestar à população atendimentos individuais e coletivos, formando grupos específicos por patologia. Esse atendimento é ofertado de forma integrada com os demais serviços de saúde. Nos

atendimentos coletivos são realizados trabalhos de reabilitação coletiva e também de prevenção, de acordo com o grupo formado. Além disso, há palestras sobre temas informativos para grupo, de acordo com a patologia. O ideal é que se tenha ao menos um fisioterapeuta em cada UBS, diariamente, por um período de 30 horas semanais (CREFITO, 2010).

1.4 A atuação da Fisioterapia na Atenção Secundária

O Nível Secundário constitui-se, em Ambulatórios Regionais de Especialidades (ARE), Ambulatórios Regionais de Saúde Mental (ARSM), Pronto Atendimento Médico (PAM), Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e os hospitais conveniados filantrópicos ou não (VICENTE, 2008).

A demanda no SUS tem origem nas respectivas cidades dos pacientes, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde (CS) – de livre acesso para qualquer pessoa e para os pacientes encaminhados por médicos assistentes do setor privado (mesmo não integrados ao sistema – particulares, conveniados, ou outros). Na eventualidade dos pacientes necessitarem da intervenção de especialistas, ou de outros procedimentos de média complexidade, são encaminhados para os hospitais ou ambulatórios locais do nível secundário (MAGNADO, 2007).

Aqueles que necessitarem de intervenções de maior complexidade, ou exames específicos, não disponíveis no local, são encaminhados aos hospitais do nível terciário o que também pode ocorrer em circunstâncias de acidentes ou intercorrências em doentes internados em hospitais conveniados (FERREIRA, 2005).

Segundo Bispo (2009), devido ao modelo curativo de atenção à saúde de desenvolvimento no país no período militar e à ausência de regulamentação curricular na década de 1970, a fisioterapia consolidou-se como profissão reabilitadora e direcionou-se para o nível terciário. No que diz respeito a desenvolvimento e reconhecimento da fisioterapia pelas demais profissões da área de saúde, esse período constituiu-se como alicerce para valorização e reconhecimento dos benefícios e das potencialidades da profissão junto à equipe de saúde. Na década de 1980, o estabelecimento do currículo mínimo para a formação em fisioterapia reforçou a posição da profissão de se pautar pelo modelo curativo-reabilitador.

Nos anos 1990 iniciou-se a expansão do número de cursos de fisioterapia no Brasil. Quanto ao modelo de formação, entretanto, as instituições de ensino mantiveram e aprofundaram o curativo-reabilitador privatista, formando fisioterapeutas a partir da concepção de profissional liberal. Estimulou-se o aprimoramento tecnicista sob o discurso da

crescente concorrência do mercado de trabalho, em que o domínio do conhecimento biológico e das técnicas de reabilitação era requisito suficiente e necessário para o estabelecimento no mercado (BISPO, 2009).

Do ponto de vista epidemiológico e sanitário, duas características principais marcaram a década: a consolidação da transição epidemiológica e a criação do SUS, com mudanças no modelo de atenção à saúde. No Brasil, a transição epidemiológica ocorreu de forma complexa, convivendo as doenças infecciosas e parasitárias (em parte presentes em meio à pobreza e ao subdesenvolvimento, com as da modernidade doenças crônicas não transmissíveis e óbitos e agravos decorrentes de causas externas (BARRETO, *et al.*, 2007).

Diante desse contexto, a fisioterapia optou por direcionar sua atuação para o sistema suplementar de assistência, e convênios e planos de saúde constituíram, quase sempre, requisitos necessários para o acesso aos serviços de fisioterapia. Frente aos desejos e necessidades dos usuários-pagantes, a fisioterapia aperfeiçoou-se e desenvolveu novas especialidades, a exemplo da fisioterapia estética, drenagem linfática, reeducação postural global, pilates e acupuntura. A profissão elitizou-se, o acesso dos usuários do sistema público tornou-se ainda mais difícil e a qualidade do atendimento não acompanhou a evolução do sistema privado (BISPO, 2009).

Assim, na década de 1990 a fisioterapia cresceu em relação ao status profissional, ampliaram suas especializações e seu campo de atuação, o que, no entanto, ocorreu majoritariamente no nível terciário de atenção e sob a lógica privatista da assistência, condição afetada e estimulada pelo aumento do número de cursos. Esses fatores têm contribuído para a dificuldade de ampliação do campo de atuação da fisioterapia, em virtude do inadequado perfil profissional para atuação em outros níveis (BISPO, 2009).

Silva *et al.* (2007) chamam a atenção para a limitada compreensão, por parte de profissionais e estudantes, das possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica. Segundo Meyer *et al.* (2006) a estrutura, a metodologia de ensino e a organização curricular dos cursos de fisioterapia ainda não se baseiam nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde, e existe pouco envolvimento dos discentes e docentes com políticas institucionais e governamentais.

De acordo com Bispo (2009) a atuação dirigida apenas para a reabilitação impõe restrições à prática do fisioterapeuta, que se limita a intervir quando a doença já está instalada e, na maioria dos casos, de forma avançada.

Rebelatto (1998) denomina essa situação "inércia profissional", caracterizada pela passividade dos profissionais, que só atuam em face de problemas de saúde já instalados e só

prestam assistência aos que procuram os serviços quando não suportam mais sua condição patológica. Nesse caso, destacam-se como atuação o hospital e a clínica de reabilitação, espaços tradicionalmente estabelecidos e popularmente valorizados para a prática fisioterapêutica. A priorização desses espaços condiciona e restringe as possibilidades de intervenção em apenas um nível de atenção, a reabilitação. Tal situação impõe à população grande carga de doenças e sequelas que poderiam ser, muitas vezes, evitadas.

As Unidades Básicas de Saúde, que até então se denominavam CS ou PAM, realizavam fundamentalmente ações médico curativas, médico preventivas, definindo assim um modelo clínico ou epidemiológico. Esse modelo atendia a uma concepção de assistência aos "socialmente excluídos", e as questões coletivas eram atendidas através de campanhas e educação sanitária. O planejamento e/ou organização dos serviços baseavam-se na ampliação da rede, definida de forma centralizada e sob a lógica da extensão da cobertura e atendimento médico (BISPO, 2009).

Todavia, a ação do SUS visando aproximar a área de fisioterapia e as demandas da população, não pode ocorrer fundamentada nas práticas de atuação profissional exclusivamente reabilitadora. A fisioterapia, ao longo de sua história, atuou de modo prioritário no nível terciário, destinando-se à cura de determinadas enfermidades e/ou à reabilitação de sequelas e complicações. Seu objeto de intervenção tem sido o sujeito individualizado, quando não apenas partes ou órgãos isolados de seu corpo (BISPO, 2009).

Um dos fatores que contribuem para explicar essa situação é a própria opção da fisioterapia em constituir-se como profissão liberal, direcionada para o atendimento à classe média e aos estratos de maior poder econômico. Durante muitos anos, o fisioterapeuta atuou como profissional autônomo, com atividade desenvolvida quase sempre em clínicas privadas, centros de reabilitação ou hospitais e voltada para a reabilitação de disfunções do sistema musculoesquelético. Parece ter ocorrido certa letargia, por parte desses profissionais, em discutir e apresentar proposições sobre as contribuições da fisioterapia para promoção da saúde e prevenção de doenças e sobre intervenção em âmbito coletivo. O que se encontra saturado é o campo privado de atuação curativista, orientado pela lógica do lucro, ao qual o acesso é determinado pela capacidade de pagamento e não pelas necessidades individuais ou coletivas (CAMPOS *et al.*, 2008).

Atualmente é comum encontrar pacientes em lista de espera tendo a expectativa de uma única possibilidade de atendimento pelo Centro de Fisioterapia.

A iniciativa em desenvolver o presente estudo, partiu de estudos que comprovem a eficácia do atendimento na atenção primária e secundária. Além disso, a comprovação deste

estudo, constitui a importância de um trabalho interdisciplinar para melhor atendimento e acompanhamento dos pacientes. Este trabalho tem como referência a discussão da atenção à saúde pública do Município de Bragança Paulista.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Levantar o perfil epidemiológico dos pacientes encaminhados para Fisioterapia e propor soluções e encaminhamentos aos serviços fisioterapêuticos disponíveis no município.

2.2 Objetivos Específicos

Avaliar os pacientes em lista de espera do Centro de Fisioterapia do Município de Bragança Paulista.

- Identificar as necessidades de atendimentos fisioterapêuticos.
- Encaminhar para atendimento individual ou em grupo.
- Orientar os pacientes quanto aos cuidados com a Saúde Física.
- Identificar a origem dos encaminhamentos.
- Propor ações para organização do fluxo de encaminhamento/atendimento.

3. MÉTODO

3.1 Desenho de estudo

Estudo epidemiológico de caráter longitudinal e prospectivo.

3.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado no Centro de Fisioterapia, do município de Bragança Paulista.

3.3 Critérios de inclusão

Foram selecionados pacientes que estavam na lista de espera, no Centro de Fisioterapia - Município de Bragança Paulista.

3.4 Critérios de exclusão

Foram considerados os critérios de exclusão, pacientes já selecionados para atendimentos pelos fisioterapeutas do Centro de Fisioterapia com quadros agudos e pacientes menores que 18 anos de idade.

3.5 Materiais

Foram utilizados os seguintes materiais para o estudo:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Anamnese
- Manual de Testes especiais ortopédicos
- Fita métrica
- Goniômetro
- Martelo de Reflexos
- Maca

3.6 Procedimentos

Inicialmente o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade São Francisco e aprovado pelo parecer número CAAE: 0228.0.142.000/09.

Após a aprovação do projeto, os pacientes que estavam em lista de espera, foram agendados para a avaliação conforme ordem de inclusão na lista.

Ao chegarem para a avaliação os pacientes foram orientados quanto aos objetivos e procedimento da pesquisa, e em seguida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I).

Os procedimentos realizados foram: avaliação específica para a anamnese, visando a coleta dos dados. Em seguida, foram realizados o exame físico que incluiu inspeção, palpação, goniometria, testes especiais, força muscular e reflexos osteostendinosos.

De acordo com as necessidades apresentadas pelos pacientes, eles receberam orientações como Atividades de Vida Diária (AVD's), uso de bolsa de gelo, uso de palmilhas, alongamentos, cuidados posturais de trabalho e/ou foram encaminhados de acordo com suas necessidades para o atendimento, em Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF) em quadro de lesões crônicas ou para atendimento no Centro de Fisioterapia em lesões agudas.

Os atendimentos foram realizados no Centro de Fisioterapia, para a realização das triagens. O estudo aconteceu no período de maio a outubro 2009, pela equipe de fisioterapeutas da USF.

No mês de março/2010, foi realizado uma entrevista com a Coordenadora de Fisioterapia Manuella do Centro de Fisioterapia do Município, onde relatou sobre a caracterização de fisioterapia no município e as mudanças após as ações realizadas.

3.7 Análise dos dados

Os dados registrados nos roteiros de avaliação foram revisados manualmente pelos pesquisadores. Posteriormente foram transcritos e armazenados nos moldes de arquivos para bancos de dados do programa Excel para posterior estatística descritiva. Para a análise dos dados foram realizados os cálculos de porcentagem.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização de Fisioterapia no Município de Bragança Paulista

Hoje no Município de Bragança Paulista incluindo UBS/EACS/ESF/PAD, são 19 unidades de atenção básica. Sendo 6 fisioterapeutas no Centro de Fisioterapia, 5 fisioterapeutas no NASF (Núcleos de Apoio á Saúde da Família), 1 fisioterapeuta na UBS (Unidade Básica de Saúde) 1 fisioterapeuta no PAD (Programa de Assistência Domiciliar).

A carga horária dos fisioterapeutas no Centro de Fisioterapia são de 20 horas semanais, totalizando 8 pacientes/dia por profissional. São atendidos 2 pacientes a cada 30 minutos, totalizando 40 atendimentos por profissional.

A carga horária dos fisioterapeutas nas Estratégias Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde são de 30 horas semanais. As ações ocorrem em grupo tendo duração de 45 minutos e o número de sessões depende da melhora do quadro clínico.

Tabela 1: Alocação dos profissionais fisioterapeutas no NASF e CF

	Nº de Profissionais	Carga Horária	Locais de Atendimento
NASF I	02	30hs semanais	- EACS Jd. S. Lourenço - EACS Pedro Megale - ESF Jd. São Miguel - ESF Jardim Aguas Claras - ESF Henedina Cortez - ESF Toró - ESF Planejada I - ESF Planejada II
NASF II	03		- ESF Planejada II – Igreja Batista - ESF Nilda Colli - ESF Parque dos Estados - ESF Madre Paulina - ESF CDHU - ESF Casa de Jesus - ESF Cidade Jardim - UBS Santa Luzia - UBS Vila Aparecida - UBS São Vicente
Centro de Fisioterapia	06	20hs semanais	Centro de Fisioterapia

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), os atendimentos em grupo estão relacionados com quadros crônicos como artroses e lombalgias, ou em outros casos com orientações a gestantes e cuidadores. Os grupos são formados de acordo com a demanda de cada unidade. O

atendimento individual ocorre em horários reservados para a avaliação de novos casos. As visitas domiciliares acontecem em casos de pacientes acamados e os cuidadores são orientados.

4.2 Perfil dos Pacientes em lista de espera no Centro de Fisioterapia

Encontrava-se 240 pacientes em lista de espera e foram triados 68 pacientes no período de Maio a Outubro 2009. Após a triagem na lista de espera, foi identificado o perfil da população, origem dos encaminhamentos, diagnóstico clínico, sexo, idade, profissão, pacientes que já fizeram tratamento fisioterapêutico. Foram implementadas ou sugeridas, algumas ações e mudanças, para melhor fluxo no atendimento e atuação profissional.

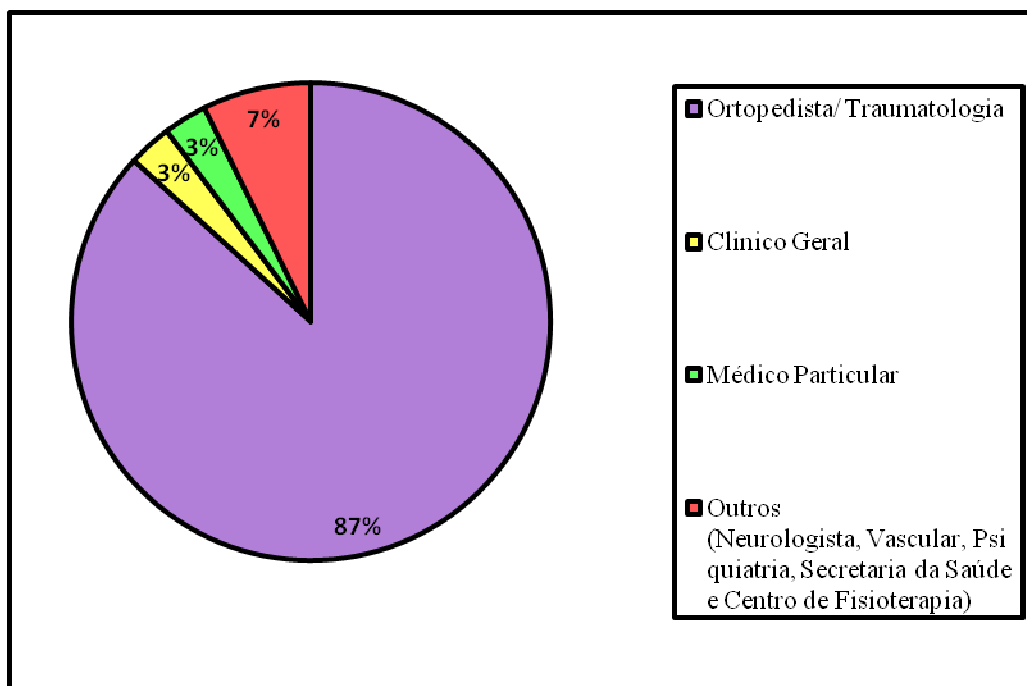


Gráfico 1: Origem dos Encaminhamentos

O gráfico 1, mostra que 87% dos encaminhamentos foram de Ortopedistas/ Traumatologistas; seguindo respectivamente com 3% do Clínico Geral e Médicos Particulares.

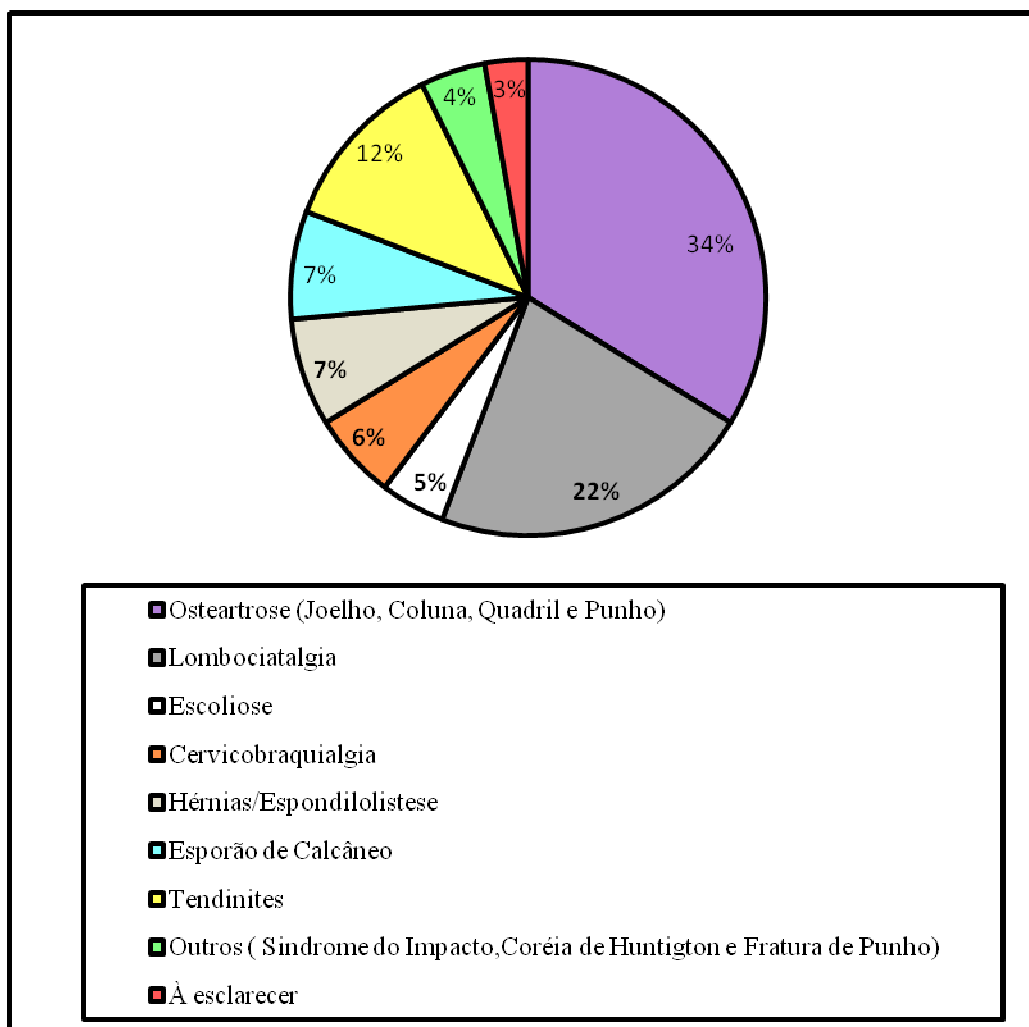


Gráfico 2: Diagnóstico Clínico dos pacientes triados

No gráfico 2, foram observados os diagnósticos clínicos dos pacientes triados, 35% Osteartrose (joelho, coluna, quadril e punho), 22% lombalgia, 12% Tendinites

Quanto à distribuição por gênero, dos 68 pacientes admitidos na triagem, 47 (69%) eram do sexo feminino e 21 (31%) do sexo masculino.

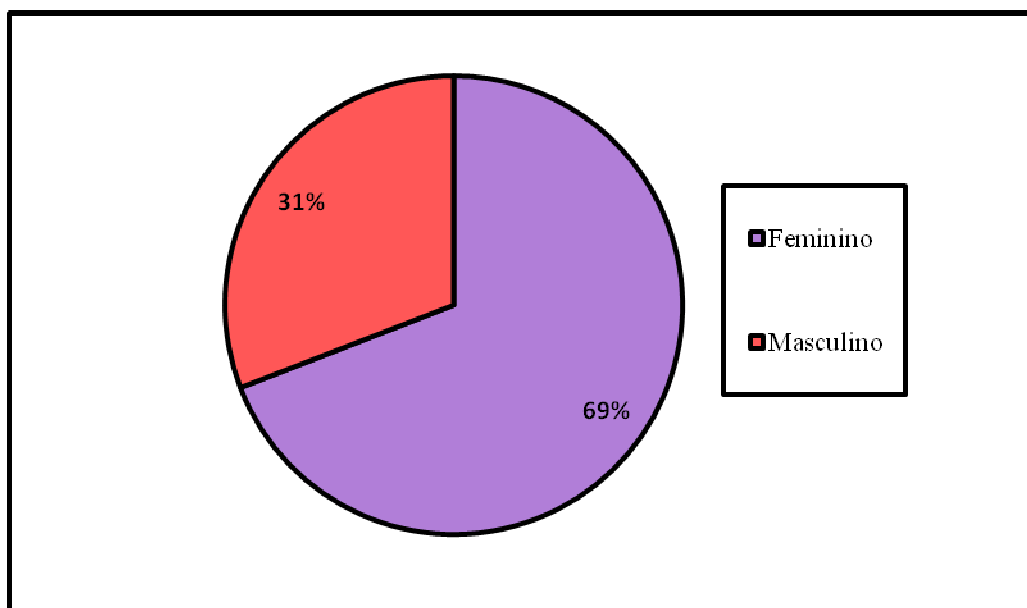


Gráfico 3: Gênero da população estudada.

O gráfico 3, mostra o percentual de pacientes que foram triados, em relação ao sexo masculino e feminino.

Em relação à idade dos pacientes triados no Centro de Especialidades, apresentaram média de idade $56,06 \pm 15,48$ anos, a idade mínima foi de 21 anos, e a máxima 85 anos.

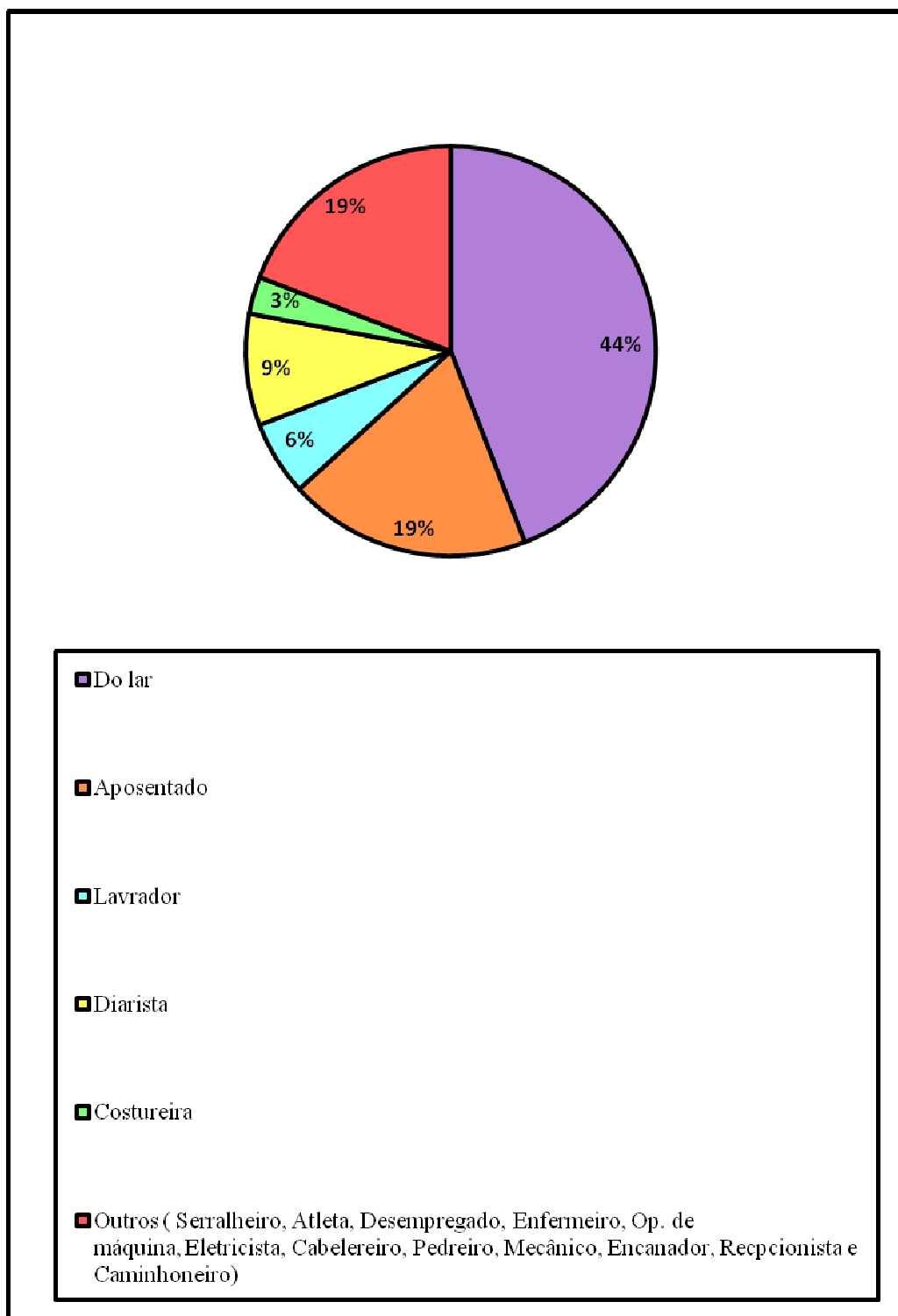


Gráfico 4: Profissão dos pacientes triados

O gráfico 4, mostra o percentual referente à profissão dos pacientes triados no Centro de Especialidades , 44% era Do Lar, 19% Aposentados e 19% outros.

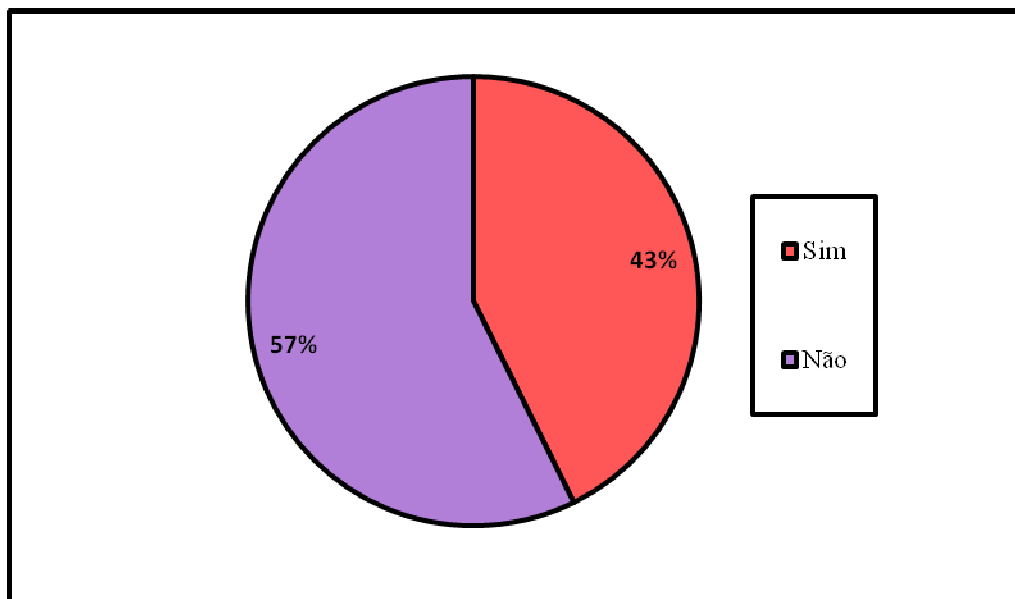


Gráfico 5: Pacientes que realizaram tratamento Fisioterapeutico Anteriormente

O gráfico 5, mostra o percentual referente aos pacientes que já realizaram tratamento fisioterapeutico. Sendo que, 43% já realizaram e 57%, não realizaram tratamento fisioterapêutico.

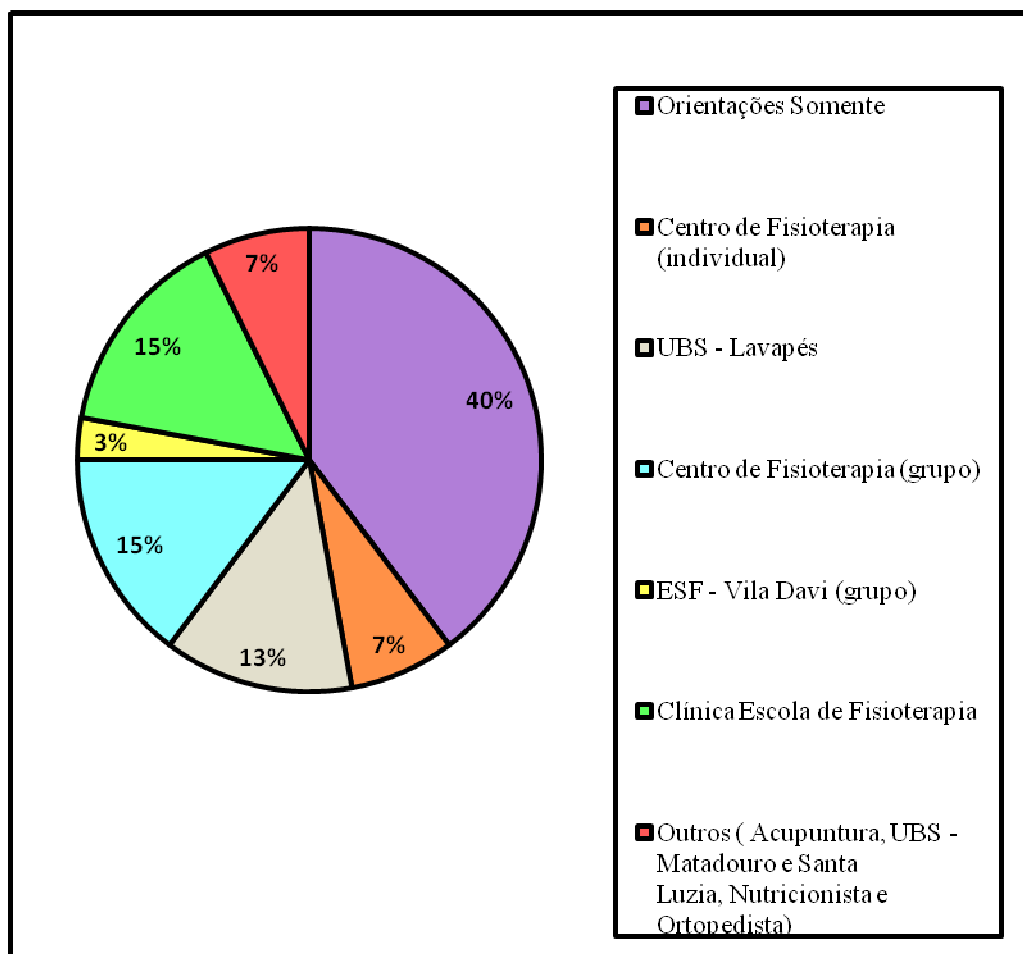


Gráfico 6: Ações após triagem

O gráfico 6, identifica as ações realizadas após a triagem. Nesta fase todos os pacientes receberam algum tipo de orientação, contudo, pode-se observar que 40% dos pacientes triados receberam somente orientações, sem nenhum encaminhamento específico. Sendo que, 7% foram encaminhados para atendimento individual no CF, 15% foram encaminhados para realizar fisioterapia em grupo no CF, 13% foram encaminhados para realizar tratamento fisioterapêutico em grupo na Unidade Básica de Saúde – Lavapés e na CEF 15%.

4.3 Adequações nas Ações de Planejamento e Gestão da Equipe de Fisioterapia do Município após o estudo

ANTES	DEPOIS
Encaminhamentos com diagnósticos pouco esclarecidos por outros profissionais. Prescrições de condutas, algumas até pouco utilizadas atualmente e com sessões de tratamento pré-estipuladas.	Em Novembro de 2009, houve uma reunião com os médicos onde foi proposto um novo modelo de encaminhamento, com o objetivo de melhorar o fluxo de encaminhamentos de pacientes em lista de espera
Centralização dos encaminhamentos para o CF. Triagem por prioridades, sendo agendados para a fisioterapia quadros agudos (cardiorrespiratórios, AVE e fraturas), colocados na lista de espera os pacientes com quadros crônicos.	Descentralização, melhorando a interação entre ESF e CF através de reuniões com a coordenadora nomeada pelos fisioterapeutas das unidades e o CF na Secretaria de Saúde após o estudo. Desta forma o fluxo de triagem ficou organizado, sendo triados no CF apenas pacientes que em seu bairro não têm ESF.
Lista de espera composta por 240 pacientes, sendo triados pela equipe de fisioterapia da USF no período do estudo 68 pacientes, sendo que todos recebiam orientações ou encaminhados de acordo com suas necessidades.	Após uma entrevista com a coordenadora do CF no mês de Março/2010, foi constatado redução do número de pacientes em lista de espera, no presente momento com 50 pacientes.
Os pacientes em lista de espera aguardavam para serem chamados sem receberem orientações e de acordo com alta dos pacientes eles eram agendados para o atendimento. Triagem apenas por prioridades, realizadas pelos fisioterapeutas do CF.	Escala de fisioterapeutas do CF, para realizarem triagem diariamente em todos os pacientes, dando orientações a todos, sendo encaminhados para os grupos quando necessário, colocando na lista de espera os pacientes que aguardam atendimento ou para o grupo se não houver vaga, pois há rotatividade do mesmo.

Tabela 2: Ajustes no Fluxo de Atendimento e Encaminhamento antes e depois do estudo.

Em Novembro de 2009, ocorreu uma reunião na Secretaria de Saúde, onde as equipes de fisioterapeutas do município, receberam orientações. Sendo nomeada uma fisioterapeuta

como coordenadora, responsável por discussões. No mesmo mês, foi realizada uma reunião com a equipe médica, foi discutido a proposta de um novo modelo de encaminhamento fisioterapêutico, que está em anexo, foi dada uma carta para cada médico, identificando os objetivos para esta mudança. Os demais médicos clínicos que atendem nas UBS/ ESF, a Secretaria da Saúde encaminhou circular para todas as unidades e para o HUSF.

Foi realizada uma reunião com dois ortopedistas e dois neurologistas que atendem na rede municipal de saúde, totalizando quatro profissionais que atendem no ambulatório de Especialidades. O Dr. Luiz Gustavo Vasconcelos Diniz faz parte desta equipe, porém ele é chefe do serviço de ortopedia no Hospital Santa Casa. Sendo assim, os demais profissionais foram orientados por ele.

O número de pacientes na lista de triagem foi reduzido, anteriormente eram de 240 pacientes. Após a entrevista realizada em março/2010 com a coordenadora de fisioterapia do CF do município, verificou-se que na lista de espera permaneceram 50 pacientes. Durante a triagem todos são orientados e dependendo do quadro aguardam na lista de espera. Esta vaga dependerá da alta de pacientes, que estão em tratamento e também das urgências nos casos de lesões ortopédicas, neurológicas, respiratórias e pós operatórios.

Hoje o critério para os pacientes estarem na lista de espera é por prioridades e conseqüentemente são chamados para serem triados pelos fisioterapeutas todos os dias, se houver necessidade são colocados na lista de espera para atendimento.

Os critérios de triagem anteriormente era de acordo com o encaminhamento, porém no período que foi feito o estudo, havia três profissionais fisioterapeutas para atender a demanda, respectivamente crescendo o número de pacientes na lista de espera.

O fluxo de triagem dos pacientes foram organizados após o levantamento dos dados do estudo. Cada paciente passou a ser triado pelo fisioterapeuta do seu ESF e pelos fisioterapeutas do CF, nos bairros que não há ESF. Desta forma melhorou a integração entre a atenção primária e secundária.

Descentralização, melhorando a interação entre ESF e CF através de reuniões com a coordenadora nomeada pelos fisioterapeutas das unidades e o CF na Secretaria de Saúde após o estudo. Desta forma o fluxo de triagem ficou organizado, sendo triados no CF apenas pacientes que em seu bairro não têm ESF.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o perfil epidemiológico de pacientes em lista de espera do Centro de Fisioterapia do Município de Bragança Paulista, SP.

A origem dos encaminhamentos em sua maioria vieram de Ortopedistas/Traumatologistas (87%), isso pode estar relacionado ao tipo de patologia identificado como de maior número nos encaminhamentos a equipe, que se concentrou em Clínico Geral, Médico Particular, Neurologista, Vascular, Psiquiatra, Secretaria da Saúde e Centro de Fisioterapia. Acredita-se que o maior percentual de encaminhamentos de Ortopedistas, possa estar relacionado com o tipo de patologias mais identificadas, como a Osteoartrose e Lombociatalgias, devido os quadros das doenças apresentadas. No estudo de Rios *et al.* (2009) os pacientes com esses quadros, procuraram os médicos generalistas na atenção primária, sendo assim encaminhados para outras especialistas. No nosso estudo pode-se comprovar, que os encaminhamentos dos outros profissionais da saúde não foram evidentes, pelo quadro de patologias diagnosticadas, sendo com maior incidência Osteoartrose e Lombociatalgias.

Acredita-se que os outros profissionais da área de saúde, não têm o conhecimento adequado sobre a atuação do Fisioterapeuta na atenção primária e secundária. Tendo em vista que a referência e contra referência acontece de forma reduzida nestes casos, pois poderia ser utilizado por todos os profissionais da saúde, para que se obtenha melhor resolutividade no atendimento e o fluxo. Isso pode justificar os poucos encaminhamentos recebidos dos outros profissionais. “Embora já um sentimento de que a profissão passou por um período de reconhecimento, valorização e consolidação social, tanto na relação com os colegas profissionais da saúde, principalmente pelo médico, quanto por parte da sociedade”

Para Finkelsztejn *et al.* (2009) o sistema de encaminhamentos, chamado de "referência e contra referência" em nosso meio, faz parte de um dos atributos essenciais da Atenção Primária a Saúde (APS) do SUS, a coordenação única da atenção à saúde. Esta coordenação prevê um cuidado compartilhado entre o médico generalista e o especialista, de maneira a integrar as informações dos cuidados entre os diversos níveis do sistema de saúde. No presente estudo, o modelo de encaminhamento utilizado na referência e contra-referência, não identifica com clareza o diagnóstico clínico e informações relevantes ao paciente. Dos encaminhamentos recebidos durante a triagem, observou-se que a queixa do paciente não era correspondente ao encaminhamento médico. Sendo necessário reencaminha-lo novamente.

Sabe-se que a identificação adequada dos problemas do paciente e recomendações imediatas para o tratamento são pontos - chaves para atingir as necessidades de contenção e da satisfação do mesmo. A interação da equipe interdisciplinar deve ser completa, para que não haja falhas, com o objetivo de diminuir riscos, potencializando resultados positivos no tratamento do paciente, diminuindo o tempo de recuperação, e proporcionando uma melhor qualidade de vida. Pois o procedimento de encaminhamentos vai melhorar a resolutividade.

Dos pacientes que participaram do estudo, 34% foram encaminhados com diagnóstico clínico de osteartrose (joelho, coluna, quadril e mão). O mesmo foi identificado no estudo de Fellet *et al.* (2007) onde mostra que a Osteartrose é uma doença musculoesquelética geralmente incidioso, progressivo, lento, que afeta tipicamente as articulações de mãos, coluna, quadril e joelho. Sendo um dos distúrbios articulares mais comuns, podendo afetar de 6% a 12% da população adulta.

O mesmo estudo mostra, que um terço das pessoas com mais de 60 anos de idade, apresentaram osteartrose. O mesmo foi confirmado em nosso estudo, onde observou-se que a faixa etária dos pacientes com esta patologia foi de aproximadamente (24%) com idade acima de 60- 83 anos.

Outro estudo Faucher *et al.* (2003) mostra que a prevalência da Osteoartrose (OA) aumenta com a idade, de 7% entre pessoas de 65- 70 anos, e 11,2% entre aqueles com 80 anos ou mais. Isso mostra, que a população com está idade, apresenta maior prevalência de OA, sendo que foi a maior população encontrada na lista de espera no estudo.

De acordo com o presente estudo, observou-se que a maioria da população estudada (69%), pertencia ao sexo feminino e (31%) ao sexo masculino, fato encontrado também no estudo realizado por Santos *et al.* (2007) dos pacientes atendidos pelo Serviço de Fisioterapia do Programa de Promoção à Saúde e Reabilitação na Família (PPSRF), foram de 64,9% mulheres e 35,1% homens. Dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) corroboram com o presente estudo a população do município de Bragança Paulista, estima-se 145.894 habitantes. No sexo masculino a estimativa são de 72.000 e feminino 73.897 habitantes.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina, vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens

realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2008).

Os pacientes triados em nosso estudo encontravam-se na faixa etária de 21 a 85 anos, sendo que aproximadamente 43% dos pacientes tinham acima de 60 anos, assim como na pesquisa realizada com pacientes do perfil epidemiológico do Município de Camaragibe por Santos *et al.* (2007) na qual foi feita uma análise por faixa etária mostrando que (42%) das pessoas tinham 60 anos ou mais.

Em nosso estudo, observou-se que o índice de profissionais do lar (44%), pode-se justificar, pois a maior população estudada foi do sexo feminino, o mesmo pode apresentar fatores hormonais, genéticos, entre outros como o sedentarismo, a obesidade, o stress, a depressão. Segundo Pinheiro *et al.* (2002) os fatores de risco citados associados a problemas de saúde variam segundo o sexo, sendo os papéis sociais exercidos pelas mulheres apresentados como fatores que aumentam os riscos de doenças neste grupo. Estes últimos são problemas que, de modo geral, apresentam baixa letalidade, apesar de produzirem vários sintomas e serem em muitos casos incapacitantes e gerarem um grande volume de demanda aos serviços de saúde.

Segundo Siqueira *et al.* (2005) realizam-se mais procedimentos fisioterapêuticos em faixas etárias avançadas (60 anos ou acima), por serem os idosos os mais afetados por doenças crônicas não transmissíveis e, também, devido ao fato de os grupos etários mais avançados terem pior percepção de sua saúde, diferentemente do que é observado em indivíduos jovens. Em nosso estudo foi verificado que os pacientes, que já receberam atendimento de fisioterapia anteriormente estavam na faixa etária de 34 a 81 anos (43%), o que não condiz com o estudo relatado acima.

As ações foram de acordo com a necessidade de cada paciente, identificadas durante a triagem. Sendo que 40% receberam orientações para alívio dos sintomas e melhor qualidade de vida. No estudo realizado no ambulatório de ensino de Clínica Médica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) localizado na cidade do Recife, no estado de Pernambuco, foi realizado uma análise de prontuários de pacientes atendidos com queixa musculoesqueléticas, apenas 6,6% foram encaminhados para a Fisioterapia, mostrou-se que através de modalidades fisioterapêuticas, pode-se melhorar o quadro algico e manutenção da integridade articular, porém não foi observado nenhuma conduta de orientações, como atividade física regular, de baixo custo e acessível, que também promove melhora aos pacientes (RIOS *et al.* 2009). O que não condiz, com o nosso estudo, pois todos os pacientes triados receberam orientações para a realização das AVD's, uso de bolsa de

gelo, alongamentos, uso de palmilhas e cuidados nas posturas de trabalho, melhorando assim a qualidade de vida.

De acordo com a alocação dos profissionais, os fisioterapeutas da atenção primária (ESF / UBS) ficaram destinados a continuar realizando suas atividades e triagens, encaminhando em casos de quadro agudo, para atenção secundária (Centro de Especialidades). No Centro de Fisioterapia ficou estabelecido, que a equipe de fisioterapeutas, realizará triagem e orientações todos os dias da semana, para identificar as necessidades dos pacientes. Sendo que, em cada período (manhã/tarde) um fisioterapeuta é responsável. Após o estudo os pacientes que não receberem atendimento no CF, podem receber três encaminhamentos:

- Não ter indicação para terapia, portanto recebe orientações em relação as AVD's;
- Apresenta condições para serem encaminhados para grupo, então é reencaminhado para a UBS mais próxima a sua residência, em casos onde não há serviço fisioterapêutico da atenção primária, será inserido no serviço do Centro de Especialidades de Fisioterapia, pois também há trabalho em grupo, realizado por dois fisioterapeutas;
- Apresenta indicação para terapia individual e aguarda na lista de espera.

A organização da carga horária dos fisioterapeutas no Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF) do Município de Bragança Paulista são de 30 horas semanais cada, formando uma equipe de 5 profissionais. De acordo com o Coffito (2008), pela lei 8856/94, trata-se da carga horária máxima dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, de uma forma a não prejudicar a efetividade dos Núcleos. Sendo determinado que, para os fisioterapeutas e terapeutas Ocupacionais, deverão ser contratados dois profissionais com carga horária no mínimo de 20 horas semanais cada, o que condiz com o que foi encontrado no nosso estudo. Segundo a Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, o NASF 1 é vinculado a 8 ESF no mínimo e no máximo 20 ESF, já o NASF 2 tem vínculo no mínimo 3 ESF.

De acordo com o Ministério da Saúde (2009) a ESF caracteriza-se, a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, tendo sob sua responsabilidade um território com uma população delimitada, partindo do conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade. Mas o trabalho realizado, mostrou uma deficiência na porta de entrada da ESF, devido os encaminhamentos indevidos por não haver uma integralidade multiprofissional adequada.

No estudo foi observado, que no Centro de Fisioterapia ocorre uma demanda superior de pacientes para serem atendidos, em relação a quantidade de profissionais. Tendo em vista,

novas contratações para melhorar a resolutividade e fluxo de atendimento. Conforme o NASF (2008) é definido pelo gestor municipal, através de solicitação critérios de prioridade, a partir das necessidades locais e disponibilidade de verba e profissionais para que tenha outras contratações. Fica evidente no estudo, que a alta demanda de pacientes, justifica a necessidade de novas contratações do serviço, pois dependerá de outros fatores para que haja novas admissões como a disponibilidade da verba, resolutividade em atendimento e conduta do profissional.

Segundo o senso do Crefito 3 (2005), há 79.382 fisioterapeutas no Brasil, sendo 1/1.000 habitantes, os dados apontam que houve o crescimento de profissionais nos últimos 10 anos. No Município de Bragança há 145.894 habitantes, cada equipe do NASF 1 é composta por 2 fisioterapeutas e o NASF 2 por 3 fisioterapeutas. Isso mostra que a demanda de profissionais é menor do que o esperado para atender a população, devendo ser revisto, melhorando a organização dos serviços de saúde e sendo identificado corretamente o perfil do paciente na “porta de entrada” do atendimento no SUS, à atenção primária, diminuindo assim a demanda de pacientes para a atenção secundária, melhorando a resolutividade e fluxo de atendimento. Se necessário fazer novas contratações na área de fisioterapia.

Anteriormente a triagem dos pacientes, acontecia após o agendamento por prioridades referidas nos encaminhamentos. No presente estudo observou-se que a triagem é uma avaliação, onde são identificadas as prioridades para o atendimento. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2010), a triagem é considerada uma consulta inicial; fica sob responsabilidade do fisioterapeuta a avaliação do caso, para a classificação da prioridade no atendimento, conforme critérios definidos. Ficou evidente em nosso estudo que a realização da triagem é um método eficiente para redução de pacientes em lista de espera.

Por fim, pode-se melhorar o fluxo dos pacientes em lista de espera e resolutividade do atendimento, quando se têm organização das equipes pela gestão de saúde.

6. CONCLUSÃO

- O perfil epidemiológico dos pacientes em lista de espera do Centro de Fisioterapia do Município de Bragança Paulista foram indivíduos com idade acima de 50 anos com predomínio do sexo feminino.
- As patologias mais prevalentes foram Osteoartrose e Lombociatalgia respectivamente, em relação a outros diagnósticos clínicos
- As ocupações profissionais dos pacientes triados foram do lar e aposentados.
- A maioria dos pacientes triados, não realizou tratamento Fisioterapeutico anteriormente.
- Atualmente, observou-se uma demanda dos encaminhamentos médicos para o serviço de fisioterapia, com o diagnóstico clínico não esclarecido, dificultando assim o desenvolvimento do plano de tratamento.
- Todos os pacientes triados no Centro, foram orientados e encaminhados de acordo com suas necessidades.
- A maioria dos encaminhamentos foram realizados pelos Ortopedistas/Traumatologistas, com pequena proporção de encaminhamentos de outros profissionais.
- Houve melhora do fluxo de triagem, através de uma organização entre os profissionais, onde são realizadas reuniões mensais com os fisioterapeutas do CF e bimestral com os fisioterapeutas da atenção primária, havendo integração entre os níveis de atenção primária e secundária.
- Conclui-se, que ficou evidente a importância do estudo, pois a triagem mostrou-se eficaz na identificação das prioridades e resolutividade na atenção primária e secundária

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos do Município já receberam o novo modelo de encaminhamento, mas a maioria ainda não o colocou em prática, por ser um novo método há dificuldades em seu uso na prática clínica, mas é de extrema importância, que os mesmos o coloquem em prática, para que possa identificar a prioridade de cada paciente.

Acredita-se que coloca-lo em prática, diminua o índice de encaminhamentos indevidos. Pois com o modelo de encaminhamento sugerido aos médicos, temos a expectativa de melhorar a resolutividade do atendimento. Sendo assim, identificando melhor a caracterização do perfil dos pacientes triados.

A solicitação de novas admissões, já aconteceu várias vezes pelos fisioterapeutas do município, sendo que o gestor municipal definirá por prioridades e necessidades locais. Porém para que ocorra as admissões, é necessário que haja disponibilidade de verba pela prefeitura, o que pode-se observar no momento.

A gestão da equipe é importante, para que se tenha uma melhor organização dos serviços do município. Mas para isso, o fisioterapeuta gestor da equipe deverá ter autoridade para realizar as mudanças necessárias, sendo importante que haja treinamentos constantes para a equipe de profissionais para haver melhor interação e concordância no meio.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface - Comunic Saude Educ 2005; 9(16):39-52.

BADUY, R. S.; OLIVEIRA, M.S.M. **Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das equipes de Saúde da Família: reflexos a partir da prática no Pólo Paraná.** Rev. Olho Mágico. Londrina, v. 8, n.2, p.17-20, 2001.

BACHELADENSKI, M.S. **Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v.3. 2007.

BARAÚNA, M.A *et al.* **A importância da inclusão do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família.** Fisioter. Bras;9(1):64-69, jan.-fev. 2008.

BARRETO, M.L; CARMO, E.H. **Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, supl, p.1779-1790. 2007.

BARROS, M.B.A. *et al.* **Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil.** Cienc Saude Coletiva. 2006; 11(4): 911-26.

BISPO, J.J.P. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação.** Hist. cienc. saúde-Manguinhos vol.16 no. 3 Rio de Janeiro July/Sept. 2009.

BISPO, J.J.P. **Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais.** Arq Ciênc Saúde; 13 supl 1 2006.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1988.

CAMPOS, C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciênc. Saúde coletiva vol.8 no. 2 Rio de Janeiro 2003.

CAMPOS, F.E. *et al.* **A formação superior dos profissionais do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Focruz. p.1011-1035. 2008.

CASTANHEIRA, L.R.E. *et al.* **Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência.** Rev. Saúde e Sociedade, v.18 supl. 2, 2009.

COELHO, L.M.; SANTIAGO, M.P.D.; MORAIS, S.B. **Atuação da fisioterapia na estratégia saúde da família – relato de experiência.** Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Fisioterapia da Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2006.

CONASS, **Núcleos de apoio à saúde da família.** Documento disponível em: <
<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>>. Acesso em: 05 de abril de 2010.

COSTA, N; MENEZES, M. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Secretária de políticas de saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2000.

CREFITO, **Fisioterapia e Terapia Ocupacional nas UBS.** Documento disponível em <
http://www.crefito.com.br/corpo_comuni.asp?codcomu=41>. Acesso em: 07 de junho de 2010.

DACH, J.N. W; SANTOS, A.P.R. **Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD. 2003.** Cienc Saude Coletiva. 2006; 11(4):887-94.

FAUCHER, M. *et al.* **Assessment of the test-retest reliability and construct validity of a modified Lequesne index in knee osteoarthritis.** Joint Bone Spine 70: 520–5, 2003.

FELLET, A. *et al.* **Osteoartrose: Uma Revisão.** Rev Bras Med 2007;64:55-61.

FERNANDES, B.G; BARBOSA.F.S; TERGILENE; BARBOSA.G. **Abordagens domiciliares da fisioterapia da implantação na atenção básica: revisão de literatra.** Ministério da Saúde, 2006.

FERREIRA, F. N. *et al.* **Intervenção Fisioterapêutica na Comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE**, 2005.

FINKELSZTEJN, A. *et al.* **Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil**. *Physis* vol.19 no. 3 Rio de Janeiro 2009.

IBGE, **Estimativas das populações residentes em 1º de Julho de 2009**. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Data de acesso: 12/04/2010.

KAMER, F.M; GRACZYK, N.O. **Nível de conhecimento da população atendida pelo programa de saúde da família (PSF) em relação à atuação da fisioterapia**. II Seminário de Fisioterapia da UNIAMERICA: Iniciação Científica 5 e 6 de maio 2008, Foz do Iguaçu, PR, ISBN: 978-85-99691-10-6.

LAURENTI, R. *et al.* **Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina**. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2005; 10:35-46.

LIMA, C.M.F. *et al.* **A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí**. *Rev Saúde Publica*. 2004; 38 (6): 202-8.

MACHADO, N.P; Nogueira L.T. **Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia**. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 401-8, set./out. 2008.

MACHADO, G.P.M. *et al.* **Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos**. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2004, vol.50, n.4, pp. 367-372.

MAGNAGO, T.S.B.S. *et al.* **Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho**. *Rev. bras. enferm.* vol.60 no.6 Brasília Nov./Dec. 2007.

MANDU, E.N.T. *et al.* **Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família**. *Texto Contexto Enfermagem*. v.17, n.1, p.131-140, Jan. 2008.

MARTINS, S.K. **Diretrizes do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira**. 2006. Dissertação - Universidade Federal do Paraná.

MEYER, P.F; COSTA, I.C.C; GICO, V.V. **Ciências sociais e fisioterapia: uma aproximação possível**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.877-890. 2006.

MINISTÈRIO DA SAÚDE. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Data de acesso: 09/03/2010.

MINISTÈRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/guia/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf>. Data de acesso: 09/03/2010.

MINISTÈRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral á Saúde do Homem**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> . Data de acesso: 10/06/2010.

MOTTER, D.G; ALVES, J.M. **Construção do princípio de integralidade: percepções e ações desencadeadas pela equipe de saúde da família quanto as demandas sociais apresentadas no município de Londrina – PR, Volume 8 - Número 2, Jan/Jun 2006**.

NUNES, A.D.; AMARAL, J.L.G.; ELIAS, P.E. **O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. Associação Paulista de Medicina. v. 2, p. 7, 2001.

PATTUSSI, M.P. *et al.* **Capital Social e a agenda de pesquisa em epidemiologia**. Cad Saúde Pública 2006; 22(8):1525-46.

PEIXOTO, F.F.; MATTOS, M.F.O.; BARBOSA, E.G.; **Atuação da fisioterapia na atenção básica: revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Fisioterapia da Universidade Vale do Rio Doce**. Governador Valadares, 2007.

PINHEIRO, S.R. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva vol.7 no.4 Rio de Janeiro 2002.

RAGASSON, C.A.P. *et al.* **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional.** Revista Olho Mágico. v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006.

REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais.** 2ª ed. São Paulo: Manole; 1999

RIBEIRO, K.S.Q. **A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde.** Fisioterapia Brasil, v.3, n.5, p.311-318, 2002.

RIBEIRO, L.C.C. *et al.* **O Diagnóstico Administrativo e Situacional como Instrumento para o Planejamento de Ações na Estratégia Saúde da Família.** Cogitare Enfermagem, 2008 Jul./Set; 13(3): 448-52.

RIOS, J.L.L. *et al.* **Prevalência de queixas musculoesqueléticas em pacientes atendidos em ambulatório de ensino de Clínica Médica.** Rev. Bras Clin Med, 2009; 7:283-289.

ROSIS, G.R; MASSABKI, P.S. **Osteoartrite: avaliação clínica e epidemiológica de pacientes idosos em instituição de longa permanência.** Rev Bras Clin Med 2010;8(2):101-8.

SANTOS, S.B.S.S; MELO, C.M.M. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família.** Ciênc. Saúde coletiva v. 13 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2008.

SANTOS, F.A.S. *et al.* **Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE.** 14(3):50-54, set.-dez. 2007.

SILVA, D.J; ROSE. A.M. **Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação.** Ciênc. saúde coletiva v.12 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2007.

SIQUEIRA, F.V; FACCHINI, L.A; HALLAL P.C. **Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly.** Rev. Saúde Publica. 2005; 39(4): 663-8.

SOUZA, C.M.N. **Relação saneamento-saúde-ambiente: os discursos preventivista e da promoção da saúde.** Saúde soc. vol.16 no. 3 São Paulo Sept./Dec. 2007.

TEIXEIRA, C.F, SOLLA JP. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas.** In: Lima NS, Gerschman S, Edler FC, Suárez, JM, organizadores. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

TRELHA, C.S.; *et al.* **O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR).** Trabalho de Conclusão de Curso do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina. Revista Espaço para a Saúde. v. 8, n. 2, p. 20-25, Dez 2007.

VALLA, V.V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** Cad Saúde Pública 1999; 15(supl 2):S7-S14.

VICENTE, R.F. **Organização e atendimento de uma Unidade Básico de Saúde: significados para usuários/familiares e funcionários.** Cogitare Enfermagem, Jul/Set; 13(3): 361-6 2008.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA – CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Fisioterapia no Município de Bragança Paulista: Caracterização do Serviço e do Perfil Epidemiológico dos Pacientes em Lista de Espera

Responsáveis:

Profª Dra. Rosimeire Simprini Padula

Acadêmicos: Alaine Sousa da Silva

Jaqueline Regina Kaik da Silva

EU, _____, anos _____, portadora RG
nº _____ residente _____ à _____ rua
_____, nº _____, bairro
_____, cidade _____, CEP _____,

fone (____) _____, voluntariamente concordo em participar do projeto de pesquisa acima mencionado, como será detalhado a seguir. É de meu conhecimento que este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa tendo como objetivo identificar as necessidades de atendimentos e propor soluções e encaminhamentos aos serviços disponíveis no município de Bragança Paulista.

I. O objetivo da pesquisa é verificar as necessidades de cada paciente e o perfil epidemiológico.

II. Estou ciente que não usarei nenhum tipo de medicamento.

III. Não mudarei meus hábitos diários e alimentares.

VI. Serei submetida a uma triagem.

V. De acordo com as necessidades do paciente, ele receberá orientações como: uso de bolsa de gelo, alongamentos.

VI. Se for visto a necessidade do paciente ela será atendido por uma Unidade Básica de Saúde ou programa Saúde da Família ou mesmo se precisar permanecer em atendimento no Centro de Fisioterapia este será encaminhado.

VII. Tenho pleno conhecimento da justificativa, objetivos, benefícios esperados e dos procedimentos a serem executados, pois recebi por parte dos pesquisadores todas as informações necessárias para a compreensão do estudo previamente à assinatura do documento. Será mantido sigilo quanto à identificação de minha pessoa e zelo à minha privacidade.

VIII. Estou ciente de que antes do início das intervenções propostas serei submetido a uma detalhada avaliação de minhas condições físicas e responderei a um questionário detalhado a respeito de minhas condições atuais.

IX. Estou ciente de que para a minha participação neste projeto de pesquisa será extremamente necessária. Caso estes pré-requisitos não sejam respeitados de forma assídua, é de direito dos pesquisadores não mais realizar as intervenções propostas pela investigação no presente voluntário.

X. Está claro que a qualquer momento se for da vontade do voluntário este pode não mais participar da investigação proposta sem que para isso sofra qualquer tipo de represália por parte da instituição participante e também por parte dos pesquisadores envolvidos.

XI. Concordo que os dados obtidos ou quaisquer outras informações permaneçam como propriedade exclusiva do pesquisador. Dou pleno direito da utilização desses dados e informações para uso em pesquisa e divulgação em periódicos científicos.

XII. É importante salientar que qualquer dúvida não esclarecida ou insatisfação o voluntário deve entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa para apresentar recursos ou reclamações em relação ao ensaio clínico (11) 24548028

XIII. Este Termo de Consentimento será lavrado em duas vias, ficando uma em poder do voluntário. Qualquer dúvida sobre a proposta do projeto, entrar em contato com Elaine Sousa da Silva (11)9694-9808 e/ou Jaqueline R. K. da Silva (11)9416-7537, Profa. Rosimeire Simprini Padula (11)99166215.

Bragança Paulista, de de 2010.

Nome do Voluntário

Nome do responsável pelo estudo e assinatura

Nome do responsável pelo estudo e assinatura

Nome do Professor responsável pelo estudo e assinatura.



Prefeitura do Município de Bragança Paulista
Secretaria Municipal de Saúde



Bragança Paulista, 09 de novembro de 2009.

Senhores Médicos,

Com o objetivo de melhorar o fluxo de encaminhamento de pacientes para o serviço de fisioterapia e terapia ocupacional municipal, favor preencher no SADT:

- Nome do paciente.
- Suspeita clínica ou hipótese de diagnóstico em investigação.
- Cirurgia realizada e descrição do tipo fixação, se houver. Essa informação é de extrema importância para a elaboração do programa de tratamento, principalmente em relação a liberação de carga na marcha e realização de exercícios resistidos.
- No campo “procedimentos” colocar preferencialmente: solicito avaliação e conduta da fisioterapia e/ou terapia ocupacional, não sendo necessário prescrever o tipo de recurso terapêutico a ser utilizado.
- Assinatura do médico solicitante e data.

Segue abaixo modelo de encaminhamento caso optem por não usar o SADT.

Estamos a disposição no Centro de Fisioterapia, através do telefone 4033-5253.

Atenciosamente,

Equipe de Reabilitação da Prefeitura Municipal de Bragança Paulista

Praça Hafiz Abi Chedid, 125 Centro
CEP: 12902-230 Fone/Fax 0xx11- 4034 – 7777
Email: damsbp@yahoo.com.br



Prefeitura do Município de Bragança Paulista
Secretaria Municipal de Saúde



Encaminhamento para Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional

Serviço: _____ **Data:** _____

Para: () Fisioterapia () Terapia Ocupacional

Nome do Paciente: _____

Suspeita Clínica: _____

Tipo de cirurgia realizada e fixação: _____

Restrição a carga () Não () Sim () a critério do terapeuta

Observações: _____

Médico: _____