



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE FISIOTERAPIA

CAMILA DELA VEDOVA DOS SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA
DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Araranguá

2017

CAMILA DELA VEDOVA DOS SANTOS

**CONHECIMENTO SOBRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA
DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de curso II.

Orientador: Ione Jayce Ceola Schneider

Araranguá

2017

Dedico este trabalho aos meus pais, que foram
Meu suporte para chegar até aqui e a toda minha
Família, pelas palavras de apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter proporcionado esse sonho virar realidade.

A Universidade Federal de Santa Catarina, todos os professores e servidores, que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

A minha orientado Ione Jayce Ceola Schneider, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais por todo amor, apoio e confiança.

Aos meus amigos antigos e aqueles que a universidade me proporcionou e que levo para minha vida, onde direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

ARTIGO**CONHECIMENTO SOBRE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA
DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE****Conhecimento sobre Atenção Básica****Knowledge about basic health care**

Palavras –chave: Fisioterapia, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

Key-words: Physiotherapy, Primary Health Care, Unified Health System.

RESUMO

Introdução: Os primeiros relatos da atuação do fisioterapeuta na atenção básica estão datados de 1995, mas, o que predomina atualmente, ainda é a visão reabilitadora e o atendimento individualizado. Nesse contexto o objetivo deste trabalho foi investigar o conhecimento do fisioterapeuta atuante na rede de saúde da região da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), especificamente na Atenção Básica de Saúde, sobre sua própria atuação profissional. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, com fisioterapeutas atuantes na atenção básica dos municípios pertencentes à AMESC, através da aplicação de um questionário eletrônico. **Resultados:** No total, 12 fisioterapeutas participaram da pesquisa, a maioria do sexo feminino, com média de idade 30,75 (DP=3,88) anos, com tempo de atuação na Atenção Básica entre 1 a 12 anos. A maioria realiza atividades com grupo de pacientes e tem apoio da equipe para essa prática, mas destacam algumas dificuldades, como a baixa adesão dos pacientes, alta demanda de serviços, falta de materiais, falta de interesse dos gestores pelo trabalho do fisioterapeuta. Entre os municípios dos respondentes, 10 possuem NASF e 4 participantes são integrantes deste Núcleo. Algumas questões referiam-se a conceitos relacionados à Atenção Básica e atuação em equipes, sendo que os resultados demonstraram que os participantes desconheciam alguns conceitos importantes. **Conclusão:** O fisioterapeuta atuante na Atenção Básica de saúde na região da AMESC, demonstrou conhecer em partes os aspectos conceituais relacionados ao trabalho em equipe, desenvolvendo de forma incipiente o trabalho na promoção da saúde, o que reitera a atuação deste profissional no atendimento individualizado reabilitador.

Palavras –chave: Fisioterapia, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

KNOWLEDGE OF THE PROFESSIONAL PHYSIOTHERAPIST WHO OPERATES IN BASIC HEALTH CARE

ABSTRACT

Introduction: The first reports of the physical therapist's performance in basic attention are dated 1995, but the current predominantly is still the rehabilitative vision and individualized attendance. In this context, the purpose of this work was to investigate the knowledge of the physiotherapist active in the health network of the region of the Association of the Municipalities of the southern end of Santa Catarina (AMESC), specifically in the basic health care, about his own professional performance. **Methods:** A transversal study was conducted, with physiotherapists acting in the basic attention of the municipalities belonging to the AMESC, through the application of an electronic questionnaire. **Results:** In total, 12 physiotherapists participated in the survey, the majority of female with average age 30.75 (DP = 3.88) years, with performance time in basic attention between 1 to 12 years. Most conduct activities in group of patients and has team support for this practice, but highlight some difficulties, such as the low adhesion of patients, high demand of services, lack of materials, lack of interest of managers by the work of the physiotherapist. Among the municipalities of the respondents, 10 possess nasf and 4 participants are members of this nucleus. Some questions referred to concepts related to basic attention and action in teams, and the results demonstrated that participants were unaware of any important concepts. **Conclusion:** The physiotherapist acting in the basic health care in the region of AMESC, has demonstrated to know in parts the conceptual aspects related to teamwork, developing in a fledgling way the work in promoting health, which reiterates the performance of this professional in the individualized rehabilitation.

Key words: Physiotherapy, primary health care, single health system.

INTRODUÇÃO

A Fisioterapia surgiu no Brasil no ano de 1929, teve início através de um curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A partir daí foi regulamentada como nível superior, pelo decreto nº 938 de 13 de outubro de 1969. Apresentou um desenvolvimento lento nos anos de 1970 e 1980, porém o aumento na oferta de vagas de curso superior se deu apenas em 1990, e sete anos após começou a evoluir de forma notável ¹.

Concomitante a isso, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre inicialmente com a definição, que foi por meio da Constituição Federal Brasileira de 1988 e caracterizou o modelo de proteção social adotando o conceito de seguridade social, integrada pelo conjunto das ações referente à saúde, previdência, e assistência social ². Então o SUS se estabelece como forma de organização de saúde do país, e tem como princípios doutrinários a universalização, equidade e a integridade, que consiste no direito ao atendimento a todos, sem desigualdade e considerando o indivíduo como um todo, e os princípios organizativos, que são, a regionalização e hierarquização, a descentralização e comando único, e a participação social. Porém sua regulamentação ocorreu somente em 19 de setembro de 1990 por meio da Lei 8.080 que definia as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências ³. O decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, teve como principal tarefa esclarecer alguns conceitos e inovar em elementos para tentar corrigir algumas falhas do sistema ^{4,5}.

À vista disso, o SUS possui o princípio da hierarquização e a regionalização, torna-se necessário o nível primário de acesso da população à rede de serviços de saúde, que deve estar qualificado para atender e resolver os principais problemas e demandas. Torna esse nível o contato inicial dos usuários, a ligação e o centro de comunicação com toda a rede de Atenção à saúde, definindo a Atenção Básica à Saúde por uma série de ações de saúde tanto em nível individual como coletivo, e baseada pelos princípios do SUS ^{6,7,8}.

A fim dessa ligação entre a população e a Atenção básica, as unidades básicas de saúde no Brasil estão instaladas dentro das comunidades, o que busca garantir o acesso a saúde de qualidade, e tem como principal dispositivo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como instrumento para promoção da saúde e defesa da vida priorizando a assistência à família em seu ambiente sociocultural e possibilita atenção integral e individualizada ^{7,9}.

Dessa forma, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vem como resultado da

inúmeras práticas dos integrantes envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação do SUS. Diante das reformulações da PNAB, a ESF foi concedida com o apoio matricial em muitos municípios brasileiros com o surgimento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da portaria ministerial n°. 154, de 24 de janeiro de 2008, com intuito de ampliar o alcance e o alvo das ações da atenção básica ^{7, 10}.

Com essa nova concepção, o profissional fisioterapeuta é inserido na atenção básica, com apoio a ESF, seguindo os fundamentos da integralidade, intersetorialidade, com práticas individuais e coletivas voltadas à educação, promoção e prevenção em saúde ¹¹.

A partir de 1995, segundo Freitas, já iniciava algumas experiências da Fisioterapia na atenção básica à saúde, movida pela mudança na política pública de saúde. Assim, a Fisioterapia inicia o processo diferencial na atenção básica e em outros níveis de atenção à saúde. Dessa forma foi fundamental a mudança do modelo assistencial que habitualmente estavam presentes a sua trajetória fixada nos níveis secundário e terciário de atenção ¹².

Desde então, a Fisioterapia está, cada vez mais, adquirindo apoio na área da saúde, por ser uma profissão importante no processo de promoção, manutenção e recuperação das condições de saúde. A inserção e acesso da fisioterapia no âmbito SUS, torna se relevante para acrescentar ações que venham ao encontro das necessidades da população ¹³.

Segundo Bispo Júnior (2009), a ação do SUS ao aproximar a área de fisioterapia e as reivindicações da população, não pode ocorrer apenas práticas de atuação profissional exclusivamente reabilitador onde as intervenções têm sido especialmente sobre o sujeito individualizado. Afirma que apresenta ter ocorrido uma demora, por parte desses profissionais, em discutir e apresentar possibilidades sobre as contribuições da fisioterapia para promoção da saúde e prevenção de doenças e sobre intervenção no contexto coletivo ¹.

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi investigar o conhecimento do profissional fisioterapeuta sobre sua atuação profissional e o conhecimento sobre o seu trabalho.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, para caracterizar o conhecimento do profissional fisioterapeuta que atua na Atenção Básica de saúde, sobre sua atuação profissional. O local do estudo foi a rede de saúde dos municípios que compõem a AMESC: Araranguá, Balneário

Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo.

A população do presente estudo foi composta por fisioterapeutas atuantes nos municípios da região da AMESC. Como critério de inclusão, o participante deve ser fisioterapeuta contratado pela prefeitura para atuar na atenção básica, e os critérios de exclusão consistem em atuar em cargos de gestão e não de atendimento clínico, bem como não atuar na Atenção Básica do município no qual está vinculado. A coleta de dados ocorreu através da aplicação de um questionário eletrônico, encaminhado via e-mail. Os pesquisadores entraram em contato com os fisioterapeutas por telefone, e informaram o tema da pesquisa e como seria o método de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa, com base na literatura, contendo a descrição do perfil sócio-demográfico, dos participantes, descrição da atuação na abordagem em grupos, no NASF, percepção do nível de satisfação ao trabalho, e questões sobre conceitos e competências relacionados à atenção básica. Quando aplicável, foi utilizado a escala de *Likert* como opções de resposta.

O formulário utilizado para as respostas gerou uma planilha eletrônica, que foi exportada para o programa SPSS 20.0, e os dados foram analisados por frequência absoluta. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (CAAE:61720316.7.0000.0121). Todos os participantes consentiram com a participação na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 15 municípios da região da AMESC, apenas 12 fisioterapeutas responderam ao questionário, os quais atendem em 8 municípios. A partir da análise dos dados coletados nesta pesquisa, verificou-se que a maioria dos fisioterapeutas da região AMESC é do sexo feminino e com média de idade 30,75 (DP=3,88) anos, varia de 2 a 10 anos de formação acadêmica, a grande maioria na Universidade Do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Conforme descrito na Tabela 1, a maior parte dos profissionais apresenta apenas

especialização. Dentre os municípios que mais fisioterapeutas participaram da pesquisa foram, Araranguá, Balneário Gaivota e Ermo. Com média de 1 a 12 anos de atuação na atenção básica. Em relação às perguntas que seguem a escala de Likert para as respostas, considerou-se, para a análise dos dados, que as opções “excelente” e “muito bom” representam respostas positivas, “ruim” e “péssimo” representam as respostas negativas. O mesmo foi realizado para as opções “concordo plenamente” e “concordo”; e “discordo plenamente” e “discordo”.

Inserir Tabela 1

A Tabela 2 descreve as respostas dos fisioterapeutas em relação à abordagem em grupo. Quando questionados se desenvolvem atividades em grupo e se recebem apoio da equipe para essas abordagens 7 responderam positivamente. Ao perguntar sobre a vivência de dificuldades para a realização das abordagens em grupo, 6 responderam que sim. Dentre esses as dificuldades mais citadas incluem-se a baixa adesão dos indivíduos aos grupos, a falta de incentivo pelos gestores e a alta demanda em atendimento clínico individual.

Inserir Tabela 2

Em relação a atuação do Fisioterapeuta no NASF (Tabela 3), 10 participantes responderam que o município possui NASF, porém apenas 4 dos entrevistados são integrantes, estes informam que as atividades desenvolvidas são o atendimento clínico, atividades terapêuticas em grupos, orientações como palestras e visitas domiciliares. Os profissionais mais citados que atuam junto aos fisioterapeutas são o médico, enfermeiro, psicólogo, técnico de enfermagem e o agente comunitário.

Inserir Tabela 3

A Tabela 4 indica as respostas referentes ao grau de satisfação do Fisioterapeuta com seu trabalho. Em relação ao relacionamento com a chefia e valorização do trabalho pela equipe e pela comunidade a percepção foi positiva. Entretanto, quanto ao estímulo dos órgãos

público (prefeitura) ao seu trabalho, 4 dos entrevistados responderam negativamente.

Inserir Tabela 4

A Tabela 5 descreve as respostas dos Fisioterapeutas sobre sua atuação profissional, bem como sobre conceitos relacionados à Atenção Básica e trabalho em equipe. As perguntas continham algumas afirmativas verdadeiras e outras falsas, para serem respondidas de acordo com o conhecimento que cada um apresentava. A primeira afirmativa falsa sobre o conceito atual de saúde, 3 participantes concordaram. Já na afirmativa verdadeira sobre o conceito de Atenção primária a saúde, 6 respostas somaram as opções “discordo”, “discordo plenamente” e “indiferente”. Sobre o conceito de trabalho interdisciplinar e multidisciplinar que estavam invertidos, 8 concordaram com a afirmativa falsa.

Inserir Tabela 5

DISCUSSÃO

De acordo com os achados desta pesquisa, é válido destacar que o conhecimento do fisioterapeuta sobre os pressupostos da atenção básica ainda é incipiente, haja vista a recente inserção deste profissional neste nível de atenção à saúde. Isso foi confirmado através das perguntas relativas acerca dos conhecimentos sobre o conceito atual de saúde, atenção primária, trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, os quais parecem não sedimentados pelos participantes da pesquisa.

Possivelmente, o histórico da formação profissional voltada à reabilitação e não às práticas de promoção da saúde interfere no perfil de atuação do fisioterapeuta, o qual demonstrou desconhecer alguns conceitos importantes para a prática da promoção da saúde e do trabalho em equipe.

É consenso na literatura que a prática interdisciplinar é complexa nas equipes de saúde, e que o perfil de trabalho que predomina é, de fato, o trabalho multidisciplinar.

A realização de abordagens terapêuticas em grupos, não é de caráter exclusivo dos fisioterapeutas atuantes do NASF, de acordo com a Resolução 387 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), de 8 de junho de 2011. Esta resolução afirma

que o fisioterapeuta pode realizar atividades que visem a prevenção, promoção em saúde coletiva, saúde do trabalhador, práticas integrativas e complementares em saúde assim como o levantamento epidemiológico que requer apresentação de palestras, campanhas, discussão de evidências. Entretanto, os fisioterapeutas que atuam nos serviços de atenção básica participantes desta pesquisa não realizam tal atividade, exceto os participantes do NASF. Tal dificuldade pode ser devido à grande demanda no atendimento individual clínico e a falta de incentivo pelos órgãos públicos, que foram colocações citadas pelos participantes. E até a falta de conhecimento de conceitos básicos da atenção primária, de acordo com as respostas do questionário ¹⁴.

Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, as práticas dos profissionais da reabilitação devem incluir questões sociais e devem ser desenvolvidas no âmbito coletivo, integrando o modelo clínico e social. Essa perspectiva se dá pelo novo entendimento do processo saúde-doença, o qual não se compreende apenas o estado de não doença, mas sim, o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social. Em vista disso, devem ser repensadas as práticas profissionais, ou seja, reconsideradas na construção de ações de promoção a saúde, prevenção de agravos e reabilitação no âmbito da atenção primária a saúde. Portanto, a falta de consenso na compreensão do conceito de saúde pode limitar o profissional no desenvolvimento de atividades no nível de atenção primário, o que deixa o foco apenas na reabilitação ¹⁵.

Diante desse ponto de vista, uma das estratégias que não se limita ao atendimento individual e de demanda, é o desenvolvimento de trabalho em grupos, o profissional tem a oportunidade de incentivar os participantes a encontrar estratégias coletivas de enfrentamento dos problemas vividos pela comunidade. E fica evidenciado o papel dos profissionais da saúde em promover a conscientização dos indivíduos sobre sua realidade e os aspectos desta realidade que pode ser transformado para favorecer escolhas saudáveis, trabalhando com grupo ¹⁶.

Entretanto as dificuldades em manter esse tipo de abordagem é uma realidade. Nota-se a ausência de adesão dos participantes, ao atendimento em grupo. Segundo Rodrigues et al a participação dos indivíduos está diretamente relacionada com o modo de compreensão sobre o cuidado da sua saúde, que é determinado pelo entendimento acerca do estado de doença. Destaca-se também como relato dos participantes o deslocamento até as unidades de

saúde e o trabalho, dificultam a participação. E os profissionais de saúde colocam como empecilho, o horário de realização das atividades, que compreende o horário de funcionamento das unidades, onde os participantes estão no trabalho ou realizando atividades do lar.¹⁷

Outros fatores ainda dificultam o desenvolvimento dessa prática dentro da atenção primária. Um dos pontos que é ressaltado pela literatura e pelos participantes desta pesquisa, é a falta de incentivo por parte das coordenações ou secretarias municipais e estaduais.

Albuquerque e Stotz firmam que a falta de incentivo é real e demonstrada em políticas ou atitudes políticas, como exemplo, quando é cobrado em número de atendimentos, que dificulta a realização de atividades educativas, ou condições para o desenvolvimento destas, como o espaço físico, equipamentos, bem como o material educativo. Relatam também que é comum os profissionais de saúde considerar que não é necessário capacitar-se para fazer educação em saúde, que o saber clínico e a formação acadêmica são suficientes para essa prática¹⁸.

No entanto a educação popular em saúde vai além disto. De acordo com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, é necessário que através de ações político-pedagógica construir processos educativos e de trabalho social direcionados a promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os conhecimentos populares e técnico-científicos, à formação de indivíduos com raciocínio crítico, a participação da comunidade e o respeito às diversas formas de vida, assim como a superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação¹⁹.

Baseado nisso, o conceito de atenção primária segundo a OMS tem como ideal a assistência primordial e acessível para todos os indivíduos e famílias da comunidade, baseando-se em métodos e tecnologias práticas, devidamente fundamentadas, aceitáveis e acessível a todos. A um custo que o país e a comunidade disponham em todas as etapas do seu desenvolvimento, firmando um espírito de auto responsabilidade e autodeterminação. E atuar nesse nível de atenção requer o conhecimento do mesmo, para conhecer o perfil dos usuários, a forma de abordagem e o desenvolvimento das práticas²⁰.

A fim de compreender sua atuação, o fisioterapeuta deve priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, geram experiência para todos os profissionais envolvidos. Favorece ações

integradas e abrangentes, não se limita a atos profissionais exclusivos, como a multidisciplinariedade, nem pela anulação dos saberes nucleares e específicos, mas coloca as diferentes capacidades (específicas e comuns) a serviço do trabalho coletivo da equipe, diante de necessidades existentes de usuários e grupos sociais. De acordo com os fisioterapeutas participantes desta pesquisa, o entendimento entre a diferença do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar não está claro, no entanto, destacaram os principais profissionais que atuam junto a eles na atenção básica, e o médico, enfermeiro, psicólogo, técnico em enfermagem e o agente comunitário ¹⁵.

Os resultados deste estudo refletem a baixa adesão dos fisioterapeutas em responder o próprio questionário, e dentre os que responderam, o conhecimento sobre seu papel na atenção básica parece ser incipiente. Os participantes destacam que as principais formas de atuação são a realização de palestras e reuniões de grupos específicos para a promoção e prevenção de saúde. Porém, o atendimento clínico e reabilitador na atuação do Fisioterapeuta prevalece.

CONCLUSÃO

Ao analisar os dados obtidos nota-se que o fisioterapeuta conhece as formas de abordagens na atenção básica, porém a compreensão dos conceitos básicos que regem essa forma de atenção não está clara, e o apoio está sendo insuficiente para o desenvolvimento daquelas.

REFERÊNCIAS

1. BISPO JÚNIOR, José Patrício. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. Manguinhos, Rio de Janeiro. **História, Ciência, Saúde**. V 16, n.3, p. 655-668, jul/set 2009.
2. BRASIL. 5 de outubro de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
3. BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990**. Sistema Único de Saúde disposição preliminar. Brasília-DF, 1990.
4. CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira; GUIMARAES, Alóide Ladeia. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino – Serviço. **Caderno FNEPAS**, Volume 1, Dezembro 2011.
5. BRASIL. **Decreto nº 7,508 de 28 de junho de 2011**. Presidência da República Casa Civil. Brasília-DF, 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde, 110 p. 2012.
8. CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. A implantação do sistema único de saúde. **Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Santos**. Sem Data.
9. AMARANTES, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Diário Oficial da União; 2008.
11. LEAL, Daiane Pontes; SANTOS, Wine Suélhi dos; LEITE, Pedro de Sousa. A Fisioterapia e a saúde coletiva no Brasil: Uma revisão bibliográfica. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. Juazeiro do Norte (CE), Brasil, Vol. 3, Nº 1, Ano E, 2015.
12. FREITAS, Marcos Souza. A atenção básica no campo de atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares ressignificando a prática profissional [tese]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro, pág 138, 2006.
13. VASCONCELOS, Márcia K. P.; FAGUNDES, Maurício B.; GIUSTI, Patrícia H. Resgate da Fisioterapia Ambulatorial Realizada pelo Sistema Único de Saúde desde a Municipalização

- Plena em Pelotas/RS. **Boletim da Saúde**. Volume 21, Número 2. Porto Alegre: Jul./dez. 2007.
14. Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução 387, de 08 de junho de 2011**. Disponível em: < <http://www.crefito2.gov.br/legislacao/resolucoes-coffito/resolucao-387--de-08-de-junho-de-2011-109.html>>. Acesso em: 23 de Maio de 2017.
 15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
 16. SOUZA, A.C; COLOMÉ, I.C.S; COSTA, L.E.D; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção de saúde. Rev Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre-RS. Pág 147-53, agosto, 2005.
 17. RODRIGUES, Franciani; MOREIRA, Janine; SOUZA, Priscila Soares; CERETTA, Luciane Bisong; TUON, Lisiane. O funcionamento e a adesão nos grupos de hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. **Rev. Saúde Pública**. Santa Catarina. Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 44-62, dez. 2012.
 18. ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
 19. BRASIL. Ministério da saúde secretaria de gestão estratégia e participativa política nacional de educação em saúde. Brasília-DF. 2012.
 20. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão, 1978.

Tabela 1 – Descrição do perfil dos participantes

Variáveis	n
Sexo (n=12)	
Feminino	11
Masculino	1
Ano da conclusão do curso de graduação (n=12)	
2.003	1
2.004	1
2.005	2
2.006	1
2.008	2
2.009	1
2.010	2
2.014	1
2.015	1
Universidade que se formou (n=12)	
Estácio de Sá de Santa Catarina	1
UFSC	1
UNESC	7
UNISUL	2
Universidade Veiga de Almeida	1
Possui pós-graduação (n=12)	
Especialização	9
Mestrado	1
Não	2
Município de atuação na Atenção Básica (n=12)	
Araranguá	3
Balneário Arroio do Silva	1
Balneário Gaivota	2
Ermo	2
Jacinto Machado	1
Meleiro	1
Praia Grande	1
Santa Rosa do Sul	1
Tempo em anos de atuação como fisioterapeuta na Atenção Básica (n=12)	
1 ano	1
3 anos	2
5 anos	2
6 anos	2
8 anos	1
9 anos	1
10 anos	1
11 anos	1
12 anos	1
Carga horária de trabalho na unidade (n=12)	
20 horas	4
30 horas	8
Possui outro emprego (n=12)	
Não	3
Sim	9
Informar o outro vínculo empregatício (n=8)	
Clínica particular	7
APAE	1

Secretaria de Saúde de município não participante da pesquisa
Fonte: Elaboração do autor, 2017.

1

Tabela 2 – Descrição das respostas dos Fisioterapeutas sobre sua atuação

Variáveis	n
Você desenvolve atividades com pacientes em grupo (n=12)	
Não	5
Sim	7
Recebe o apoio da equipe para a realização de abordagens em grupo (n=12)	
Sim	7
Vivencia dificuldades para realização de abordagens em grupo (n=12)	
Não	1
Sim	6
Dificuldades vivenciadas na abordagem em grupo	
Adesão dos pacientes	2
Alta demanda	2
Financeiras/falta de materiais	2
Falta de interesse dos gestores/colegas	2
Receio dos pacientes encaminhados para atividades em grupo	1

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

Tabela 3 – Relação do Fisioterapeuta com o Núcleo de Apoio Saúde da Família

Variáveis	n
Possui Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (n=11)	
Não	1
Sim	10
Você é integrante do NASF (n=11)	
Não	7
Sim	4
Atividades desenvolvidas (n=8)	
Fisioterapia clínica	1
Atividades em grupo	2
Auriculoterapia	1
Matriciamento	1
Triagem de pacientes	1
Palestras a comunidade	1
Visita domiciliar	1
De acordo com suas vivencias assinale os profissionais que atuam junto a você na	
Atenção Básica	
Médico(a)	9
Enfermeiro(a)	10
Psicólogo(a)	8
Farmacêutico(a)	4
Nutricionista	6
Odontólogo(a)	5
Assistente Social	3
Técnico(a) de enfermagem	9
Agente comunitário de saúde	9

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

Tabela 4 – Descrição das respostas sobre a percepção Satisfação do Fisioterapeuta em relação ao trabalho

Variáveis	n
Seu relacionamento com a chefia (n=12)	
Bom	1
Excelente	4
Muito bom	5
Razoável	1
Estimulo dos Órgãos públicos (prefeitura) ao seu trabalho (n=12)	
Bom	3
Muito bom	2
Razoável	4
Ruim	1
Valorização do seu trabalho pela equipe (n=12)	
Bom	4
Muito bom	6
Valorização do seu trabalho pela comunidade (n=12)	
Bom	2
Excelente	2
Muito bom	6

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

Tabela 5 – Descrição das respostas dos Fisioterapeutas sobre conceitos e competências relacionadas à Atenção Básica.

Variáveis	n
O conceito atual de saúde se compreende o estado de não doença (n=12)	
Concordo	3
Discordo	3
Discordo plenamente	5
Atualmente o conceito de Atenção primária a saúde, é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias praticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade. Mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto responsabilidade e autodeterminação (n=12)	
Concordo	4
Concordo plenamente	1
Discordo	4
Discordo plenamente	1
Indiferente	1
A forma de trabalho interdisciplinar compreende a atuação de um grupo de profissionais que trabalham em conjunto a fim de chegar a um objetivo comum (n=12)	
Concordo	6
Concordo plenamente	3
Discordo	2
A forma de trabalho multidisciplinar é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de troca entre os especialistas: desde o processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas (n=12)	
Concordo	4
Concordo plenamente	4
Discordo	3
A principal atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica é o controle de riscos e promoção de saúde (n=11)	
Concordo	8
Concordo plenamente	1
Discordo	2
Um exemplo de atividade de promoção de saúde realizado pelo fisioterapeuta é a criação de um grupo de "Dor Lombar" (n=11)	
Concordo	6
Concordo plenamente	4
Discordo	1
Indivíduos saudáveis não necessitam de estratégias para promoção de saúde (n=11)	
Discordo	2
Discordo plenamente	9
O atendimento humanizado pode dificultar a interação terapeuta - paciente (n=11)	
Discordo	2
Discordo plenamente	8
Indiferente	1
O acolhimento é um instrumento de trabalho adequado para todos os trabalhadores de saúde em um serviço, não se limitando a recepção do paciente, mas em uma sequência de atos e modos que fazem parte do processo de trabalho em saúde (n=11)	
Concordo	4
Concordo plenamente	7
O fisioterapeuta pode atuar no controle de risco (n=11)	
Concordo	6
Concordo plenamente	4

Indiferente	1
Levando em consideração o Diabetes como uma doença crônica comum na população, o fisioterapeuta pode desenvolver ações preventivas para qualificar cuidado da pessoa com diabetes e para ampliar a resolutividade da atenção primária a saúde (n=11)	
Concordo	6
Concordo plenamente	5
O fisioterapeuta pode promover ações para orientar os cuidadores de idosos da sua cidade (n=12)	
Concordo	3
Concordo plenamente	8
Não é de caráter do fisioterapeuta nas unidades básicas de saúde desenvolver grupos para o tratamento de mulheres com incontinência urinária (n=11)	
Discordo	3
Discordo plenamente	8
Toda a equipe de saúde deve trabalhar em conjunto para o sucesso da amamentação, as equipes de saúde devem elaborar propostas de acompanhamento tanto no pré, peri e pós-natal, e o fisioterapeuta atuante também em todo processo (n=12)	
Concordo	6
Concordo plenamente	5

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

ANEXO A – Normas da Revista.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde) v. 15, n. 51 (2017)

Diretrizes para Autores

1. O manuscrito deve conter o texto integral (não ultrapassando 21 (vinte e uma) páginas (incluindo referências, figuras, tabelas e anexos)), sem identificação do(s) autor(es), estar digitado com fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço simples e 2,5 centímetros de margens, e elaborado na sequência abaixo, com todas as páginas numeradas, com início na página de título[1].
2. *Página de título e Identificação (1ª. página)*. A página de identificação deve conter os seguintes dados: a) *Título do manuscrito* em letras maiúsculas; b) *Título para as páginas do artigo*: indicar um título curto para ser usado no cabeçalho das páginas do artigo (língua portuguesa e inglesa), não excedendo 60 caracteres;c) *Palavras-chave*: uma lista de termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) deve ser incluída (versões em português e inglês).
3. A Revista de Atenção à Saúde (RAS) usa o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde para consulta aos termos de indexação (palavras-chave) a serem utilizados no artigo(<http://decs.bvs.br/>).
4. *Resumo (2ª. página)*. Para autores brasileiros, o resumo deve ser escrito em língua portuguesa e língua inglesa. Para os demais países, apenas em língua inglesa. Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, deve ser escrita em folha separada e colocada logo após a página de título. O resumo deve ser apresentado em formato estruturado, incluindo os seguintes itens separadamente: *Introdução, Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusões*. Notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas.
5. *Abstract (3ª. página)* Em caso de submissão em língua portuguesa, o *título*, o *resumo* estruturado e as palavras-chave do artigo devem ser traduzidos para o inglês sem alteração do conteúdo.

6. *Texto*. Após o *Resumo* e o *Abstract*, incluir as páginas referentes ao texto do manuscrito com ou sem setores destacados, conforme o tipo de manuscrito: *comunicação, relato de caso (estudo de caso), artigo original e artigo de revisão*. Abaixo segue breve relato dos principais setores a serem destacados: Para artigo original: Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor(es) a empreender a pesquisa. Casuística e Métodos ou Metodologia - descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. *Neste item deverá estar explícito a aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa), portanto apresentando o número do protocolo.* Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido. Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão. Conclusão - deve ser breve, apoiada nos resultados e relacionada ao(s) objetivo(s). Pode apontar futuros encaminhamentos para o tema desenvolvido. Para comunicação, relato de caso:
7. ATENÇÃO: Utilizar os mesmos critérios que foram apresentados no ARTIGO ORIGINAL. Para artigo de revisão: Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autores a empreender a pesquisa. Desenvolvimento - utilizada nos artigos de revisão de literatura, deverá apresentar a descrição da revisão de literatura feita ou não em setores determinados pelos autores. Conclusão – deve ser breve, apoiada nos resultados e relacionada ao(s) objetivo(s). Pode apontar futuros encaminhamentos para o tema desenvolvido. *Após o texto*, de qualquer natureza, incluir: *a) Agradecimentos*. Quando apropriados, os agradecimentos poderão ser incluídos, de forma concisa, no final do texto, antes das Referências Bibliográficas, especificando: assistências técnicas, subvenções para a pesquisa e bolsa de estudo e colaboração de pessoas que merecem reconhecimento (aconselhamento e assistência).

Os autores são responsáveis pela obtenção da permissão, por escrito, das pessoas cujos nomes constam dos *Agradecimentos*.

8. *Referências Bibliográficas*. As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html> ou <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n3/0301.pdf> - Versão em português). As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.
9. *Notas de Rodapé*. Devem ser evitadas.
10. *Tabelas e Figuras* Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Figuras. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA QUE ATUA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Pesquisador: IONE JAYCE GEOLA SCHNEIDER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61720316.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.860.415

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um trabalho de conclusão de curso de Fisioterapia do Campus Araranguá da Universidade Federal de Santa Catarina e que pretende investigar o conhecimento fisioterapeuta que atua na atenção básica de saúde sobre as políticas de saúde. Para tanto, os profissionais de fisioterapia da atenção básica da AMESC - associação dos municípios do extremo Oeste de Santa Catarina receberão um questionário para ser respondido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o conhecimento do profissional fisioterapeuta que atua na unidade básica de saúde sobre as políticas de saúde na região AMESC.

Objetivo Secundário:

Conhecer o perfil do profissional fisioterapeuta que atua nas unidades básicas de saúde da Região da AMESC. Verificar o conhecimento que os profissionais fisioterapeutas possuem acerca de Atenção Primária. Identificar a consciência do profissional fisioterapeuta sobre o seu papel nas ações na Atenção Primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.660.415

Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de riscos bastante reduzida à aos participantes. Os questionários serão respondidos pelos participantes. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão assistência imediata aos participantes, no que tange possíveis complicações e/ou danos decorrentes da pesquisa. Em casos em que os participantes sejam expostos a situações de constrangimento, os pesquisadores preveem aos participantes o reparo, com reconsideração e desculpas por escrito em qualquer uma das fases da pesquisa. Por fim, salienta-se que os procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade e a proteção da imagem dos participantes serão realizados em sua totalidade. Assegura-se que os dados obtidos com essa pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos no protocolo e/ou no consentimento livre e esclarecido desse estudo.

Benefícios:

Entre os benefícios, encontram-se que as informações da pesquisa permitirão que tenha conhecimento sobre a situação de alguns em relação as necessidades de desenvolvimento profissional dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica dos municípios da AMES/C.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância teórica, está adequadamente instrumentalizada, exceto pela ausência do nome da graduanda como assistente no formulário de tramitação da Plataforma Brasil e ausência da mesma ao final do TCLE. É importante informar que o nome da orientadora que consta ao final do TCLE encontra-se incompleto e por trata-se de documento com foro legal, necessita que esta igualmente seja identificada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sobre o TCLE: está em sua maior parte de acordo com a Resolução 466/2012 - contudo será preciso esclarecer melhor a dimensão de riscos/constrangimento - tanto no TCLE como no formulário de tramitação da Plataforma- pois da forma como está redigindo, os participantes não conseguirão dimensionar especificamente a que se refere aos pesquisadores quando informam: "Os procedimentos utilizados neste estudo apresentam possibilidade de riscos bastante reduzida à aos participantes". Igualmente, especificar a que ações se referem quando afirmam no TCLE o seguinte aspecto: "os questionários serão respondidos pelos participantes. Pesquisadores e instituições envolvidas nesta pesquisa fornecerão assistência imediata aos participantes, no que tange possíveis complicações e/ou danos decorrentes da pesquisa". É necessário utilizar a "palavra indenização" quando abordam sobre os "reparos e pedidos de desculpa" diante de danos da pesquisa. Faz-se necessário incluir o item da Resolução sobre "ressarcimento" no TCLE, incluir

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6284 E-mail: cap.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.800-415

local com nome e assinatura da graduanda - uma vez que esta fará a coleta de dados.

Recomendações:

rever a Resolução 466/2012 no que se refere a composição do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão: pendente

Solicita-se aos pesquisadores que enviem carta de resposta a pendência informando os ajustes realizados no TCLE na Plataforma Brasil nos itens referentes a inclusão do graduando como assistente da pesquisa, bem como incluir na plataforma com o TCLE revisado conforme observações contida no item acima "comentários sobre o termo de apresentação obrigatória".

Sugerimos a leitura do documento disponível no site:

- <http://cep.ufsc.br/orientacoes-para-evitar-que-seu-projeto-fique-em-pendencia-3/>
- Item: Orientações para evitar que seu projeto fique em pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_820032.pdf	06/11/2016 23:54:07		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	06/11/2016 23:53:43	IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER	Aceito
Outros	carta_anuencia.jpeg	03/11/2016 21:09:06	IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/11/2016 21:08:34	IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.docx	03/11/2016 21:08:25	IONE JAYCE CEOLA SCHNEIDER	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 08 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)

