

A Rede Assistencial em Fisioterapia no Município de João Pessoa: uma Análise a Partir das Demandas da Atenção Básica

The Physiotherapy Health Care System in The Municipality of João Pessoa: an Analysis from the Demands of Primary Care

ANA RUTH BARBOSA DE SOUSA¹
KÁTIA SUELY QUEIROZ SILVA RIBEIRO²

RESUMO

Objetivo: Portanto, faz-se essencial o estudo deste contexto, objetivando identificar os principais aspectos da relação entre os serviços da rede de assistência fisioterapêutica, considerando suas possibilidades e limitações, a partir da Atenção Básica. *Material e Métodos:* Foi desenvolvida uma pesquisa descritiva, com abordagem quali-quantitativa, através do estudo de caso de uma Unidade Integrada de Saúde da Família no município de João Pessoa/PB. Utilizando as ferramentas de análise documental e entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde e usuários, foi possível apreender sobre as atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta na Atenção Básica, apontando a necessidade, por muitas vezes, de realizar o encaminhamento aos serviços especializados de fisioterapia. *Resultados:* Observou-se que características como o fluxo deste encaminhamento, tempo de espera para marcação de consultas com especialistas e sessões de fisioterapia, quantitativo de serviços e profissionais e distância do território, constituem dificuldades no acesso aos serviços especializados, ocasionando grande demanda reprimida e piora na qualidade de vida. *Conclusões:* A necessidade da reorganização da rede de assistência fisioterapêutica no município, direcionada às reais demandas da população, proporcionando maior cobertura e qualidade de atendimento.

DESCRIPTORIOS

Fisioterapia. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde.

SUMMARY

Objective: Therefore, it is essential to study this context, intending to identify the main aspects of the relationship between the network services of physical therapy, considering their possibilities and limitations, starting at the Primary care. *Material e Methods:* A descriptive research was developed with a qualitative and quantitative approach, through a case study of an Integrated Unit of Family Healthcare in the city of João Pessoa / Paraíba state. Using the tools of document analysis and semi-structured interviews with health professionals and users, it was possible to learn about the activities of the physiotherapist in Primary care, highlighting many times the need for making the referral to specialist physical therapy services. *Results:* It was observed that characteristics such as the course of this referral, the waiting time for appointments with specialists and physical therapy sessions, and the amount of professional services and the territory distance, are difficulties in accessing specialist services, leading to a large repressed demand and worsening quality of life. *Conclusion:* The need for reorganization of the physical therapy services in the city, directing it to the population's real demands, providing greater coverage and quality of care.

DESCRIPTORS

Physiotherapy. Primary Care. Health Services.

1 Fisioterapeuta, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela UFPB, na modalidade Residência Multiprofissional

2 Fisioterapeuta, Doutora em Educação pela UFPB, docente do Curso de Fisioterapia da UFPB.

Ao considerar como significativa a discussão de integralidade, no contexto dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns autores como CECÍLIO, (2001) e MATTOS, (2001) apontam sentidos variados, porém, complementares, para a integralidade da atenção à saúde. Um destes sentidos considera a postura dos trabalhadores de saúde ao adotarem uma prática de assistência ampliada, rompendo com a tradicional visão médica fragmentada do usuário, passando a considerar entre outros aspectos, os vários saberes e práticas de uma equipe multiprofissional, bem como os determinantes sociais característicos da vida de tal usuário.

Outro sentido assinala a integralidade a partir da organização dos serviços de saúde nos diferentes níveis de densidade tecnológica, através da existência de uma rede de serviços bem articulada que não crie barreiras de acesso para as necessidades apresentadas pelos usuários.

Considerando este segundo significado de integralidade, percebe-se que, para tanto, o SUS preconiza um modelo regionalizado e hierarquizado, disposto em “níveis crescentes de complexidade” (PAIM, 2003, TEXEIRA, SOLLA, 2005), cabendo a cada um deles ações específicas de acordo com a densidade tecnológica que possuem. Tal modelo de organização traz ainda, através principalmente do uso eficiente dos mecanismos de referência e contra-referência, a possibilidade de criar um fluxo organizado e articulado, racionalizando o atendimento às necessidades da população, sendo elas atendidas nos espaços tecnológicos adequados de acordo com a necessidade de saúde que apresenta (CECÍLIO, 1997).

Desta forma, temos a Atenção Primária ou Atenção Básica na base da pirâmide, como a porta de entrada no Sistema Único de Saúde, com o objetivo principal de realizar ações de prevenção de doenças e agravos, promoção e proteção da saúde, mas também diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, representada, especialmente, pela implantação da Estratégia de Saúde da Família e pelo uso de tecnologias de baixa densidade. Na posição intermediária da pirâmide encontram-se os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e ainda os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais, configurando a Atenção Secundária através das tecnologias de média densidade. Por fim, no topo e enquanto Atenção Terciária existem os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual

ou, até mesmo, nacional, que fazem uso das tecnologias de alta densidade.

Neste contexto assistencial, os fisioterapeutas estão aptos a desenvolver seu exercício profissional em todos os níveis de atenção à saúde, segundo o objetivo da respectiva formação e as atribuições legais da profissão. Suas competências e habilidades são cabíveis nos três níveis, como apontado no **Decreto-Lei nº. 938/69 que regulamenta a profissão de fisioterapeuta, e ainda na resolução COFITTO nº. 08/78**. A assistência fisioterapêutica no SUS se configura então, a partir deste modelo de organização dos serviços de saúde, e na Atenção Básica, fica geralmente a cargo dos profissionais integrantes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em conformidade com a Portaria nº 154 de janeiro de 2008. Esta estratégia possibilita a inserção do fisioterapeuta junto às Equipes de Saúde da Família (ESF), atuando de forma integrada à rede de serviços de saúde, de acordo com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família. No nível secundário, ao longo do país, encontra-se a assistência especializada em forma de ambulatórios de Fisioterapia ou Centros de Reabilitação física que prestam assistência aos casos que requerem a intervenção através de recursos tecnológicos de maior densidade. Por fim, a atuação de tal profissional no nível terciário é realizada de acordo com as demandas que surgem para este nível de densidade, a citar a assistência em nível hospitalar.

Mesmo sendo habilitado a atuar na Atenção Básica a partir no NASF, a inserção do fisioterapeuta neste espaço ainda é incipiente quando a comparamos aos outros dois níveis de atenção. No município de João Pessoa/PB, encontram-se atualmente implantadas 13 equipes NASF, com aproximadamente 35 fisioterapeutas, atuando no modelo de Apoio Matricial, o qual tem o objetivo de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, prestando apoio especializado às ESF (BRASIL, 2004).

Outra estratégia de reformulação da prática fisioterapêutica na Atenção Básica se dá através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), oferecida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS-JP). Enquanto modalidade de pós-graduação configura-se por ser uma especialização em serviço em que os residentes estão diretamente inseridos juntos às ESF e NASF, no cotidiano das atividades de uma Unidade de Saúde da Família (USF).

A partir desta experiência de inserção nas USF's por meio da RMSFC, observou-se que as atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta na Atenção Básica

não eram, isoladamente, suficientes para gerar o cuidado demandado por determinado usuário que apresentava necessidades de uma intervenção mais especializada de reabilitação física, fazendo-se necessário referenciá-lo para os serviços de atenção especializada.

Em João Pessoa, é considerável a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos, contudo, é possível perceber que a ampliação de tal estratégia não foi acompanhada pelo aprimoramento adequado da atenção especializada, o que somado às condições físicas, sociais e econômicas de muitos usuários, findam por demandar que a assistência fisioterapêutica mais voltada para a reabilitação se dê também em nível da Atenção Básica. Pode-se atribuir a esta demanda quase explosiva por cuidado de reabilitação física, uma influência do fator de transição epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil, caracterizada pelo aumento das doenças crônico-degenerativas e das suas sequelas (BARRETO, CARMO, 2000). Este evento vem causando uma necessidade real de assistência especializada que acaba não sendo possível de ocorrer exclusivamente na esfera da Atenção Básica, visto as limitações impostas pelas tecnologias disponíveis neste nível de atenção.

As implicações advindas desta realidade mostraram-se claras quando, em contato com os usuários e profissionais das ESF's, por diversas vezes, foram colocadas as dificuldades de acesso ao serviço especializado de Fisioterapia, que acabavam por originar um longo tempo de espera pelo tratamento, uma alta demanda reprimida para estes serviços, e consequentes limitações no cuidado longitudinal e integral à saúde dos usuários.

Torna-se imprescindível a compreensão de que tais características da rede de assistência fisioterapêutica geram implicações diretas no cuidado que se pretende prestar aos usuários, partindo na Atenção Básica, ao se considerar a idéia de linha/rede de cuidado e de integralidade. Diante do exposto, pode-se inferir que na luta pela garantia da integralidade na assistência fisioterapêutica no SUS é necessário refletir, a partir da realidade percebida, sobre aspectos da organização do processo de trabalho, organização da rede de serviços, e da gestão e planejamento destes, entendendo que características como acesso e qualidade dos serviços podem limitar a efetividade e resolutividade do cuidado prestado ao usuário.

Portanto, faz-se essencial o estudo de tal contexto, com o objetivo de identificar os principais aspectos da relação entre os serviços da rede de assistência fisioterapêutica do município, considerando as possibilidades e limitações de tal assistência, a partir

da Atenção Básica, visto que “o estudo sobre a relação entre demanda e oferta em programas ou serviços locais, com ênfase na integralidade das ações, ganha notoriedade e pertinência para o campo da saúde coletiva” (PINHEIRO, 2001, p.66).

MATERIAL E MÉTODOS

Optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa descritiva, com abordagem quali-quantitativa, na perspectiva de apreender e refletir sobre aspectos importantes da realidade da assistência fisioterapêutica e sua relação em rede de cuidado no município de João Pessoa, com foco nas atribuições dos serviços dos níveis primário e secundário de atenção à saúde.

Para tanto, foi utilizada estratégia de estudo de caso de uma Unidade Integrada de Saúde da Família no município de João Pessoa/PB, uma vez que essa estratégia de pesquisa permite “descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação” (YIN, 2005, p. 32). Mediante autorização prévia da SMS-JP, foi desenvolvida uma pesquisa de campo junto ao território adscrito à Unidade Integrada de Saúde da Família Mudança de Vida, localizada numa região periférica do município, e vinculada ao Distrito Sanitário II. Tal Unidade abrangia no mesmo prédio quatro equipes de Saúde da Família e uma equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), totalizando um número aproximado de 4.200 famílias ou 14.500 usuários adscritos, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB 2009.

Inicialmente, foi desenvolvido um estudo bibliográfico e da legislação em vigor sobre temas pertinentes ao objeto de estudo, no sentido de obter-se o aporte teórico-metodológico direcionado às discussões e análises de tal objeto.

A pesquisa de campo se deu através de duas ações específicas para coleta de dados: análise documental e entrevistas semi-estruturadas. O recorte temporal da pesquisa compreendeu o período de outubro de 2009 a outubro de 2010.

A análise documental teve como um dos objetivos o levantamento das atividades desenvolvidas pelos profissionais fisioterapeutas que atuaram na USF através do NASF e da RSMFC através de consultas aos registros oficiais existentes na Unidade como prontuários, livros de ata, livros de registro de atividades, diários de campo, entre outros. Em seguida, procurou-se obter informações sobre os serviços de assistência fisioterapêutica especializada existentes no município, para consequente sistematização e produção de um panorama geral sobre esta rede de serviços, a partir de documentos

informativos da SMS-JP, como cartilhas e guias de serviços, e de materiais disponibilizados em visitas aos próprios serviços.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas individualmente com três grupos de profissionais. Primeiramente com o profissional técnico administrativo do setor de Regulação da SMS-JP, responsável pela autorização e marcação dos encaminhamentos para os ambulatórios de Fisioterapia vinculados à Instituição. Este instrumento continha questões abertas para investigação do fluxo de encaminhamentos para estes serviços.

Outro grupo foi o dos enfermeiros de cada ESF da Unidade, totalizando um número de 5 (cinco) profissionais, visto que estes trabalhadores detêm um conhecimento considerável de necessidades de saúde dos usuários adscritos à sua equipe, a partir das características do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família e do vínculo criado com os usuários (DIAS, 2005). Logo, considerou-se este profissional enquanto representação de toda a ESF. Para tanto foram colocadas questões abertas que tinham o objetivo de levantar as principais dificuldades percebidas no acesso do usuário ao serviço especializado de Fisioterapia e, de que forma estas dificuldades interferiam no cuidado produzido na Atenção Básica.

Encerrando esta fase, foi entrevistado um quantitativo de 20 (vinte) usuários da USF que realizaram ou estavam realizando tratamento nos serviços especializados de Fisioterapia vinculados a SMS-JP, durante o período analisado. Estes sujeitos foram elencados através de busca ativa com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde, constituindo uma amostra por conveniência. Tal intervenção se deu através de formulários compostos por questões objetivas e subjetivas, na tentativa de levantar evidências sobre a realidade da assistência fisioterapêutica recebida por eles e as dificuldades encontradas neste processo. O contato com os usuários e aplicação dos formulários foi feita por meio de visitas domiciliares.

Vale salientar que todas as entrevistas foram realizadas mediante prévia aceitação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96, que assegura a livre participação do pesquisado, sem que haja qualquer tipo de dano ou prejuízo. Além disso, a pesquisa contou com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB (Protocolo nº518/10).

Todas as informações coletadas a partir da investigação documental, como também a partir das respostas das entrevistas, foram submetidas à sistematização, categorização, descrição e comparação, para a

consequente elaboração de reflexões e questões de discussão sobre o objeto de estudo proposto (YIN, 2005).

Para a análise dos dados obtidos, como já colocado, o estudo fez uso de uma abordagem qualitativa. Isto se deu através do tratamento estatístico simples dos dados numéricos colhidos nas entrevistas com os usuários, somado à análise das descrições, impressões e relatos pessoais obtidos nas entrevistas com os demais grupos, os quais foram submetidos à análise do discurso. Isto traz importantes contribuições, pois segundo GOODE, HATT, (1973)

A pesquisa moderna deve rejeitar como uma falsa dicotomia a separação entre estudos “qualitativos” e “quantitativos”, ou entre ponto de vista “estatístico” e “não estatístico”. Além disso, não importa quão precisas sejam as medidas, o que é medido continua a ser uma qualidade. (p.398)

RESULTADOS

Tomando como base a Portaria do NASF, as atividades desenvolvidas pelos profissionais fisioterapeutas alocados na Unidade pesquisada, enquanto residente ou enquanto integrante do NASF, de acordo com a demanda apresentada no território, compreenderam ações de prevenção, promoção, reabilitação e manutenção da saúde, através de intervenções individuais e coletivas. Estas foram representadas por: visitas domiciliares individuais ou junto à equipe, para avaliação, acompanhamento, atendimentos ou orientações domiciliares de auto-cuidado e ao cuidador; avaliação e atendimentos individuais na própria USF; interconsultas com outros profissionais da equipe em diversas linhas de cuidado (pré-natal, puericultura, hipertensos, diabéticos) participação no planejamento e facilitação de grupos terapêuticos e de educação em saúde (grupo de gestantes, mães, idosos, mulheres, adolescentes, transtornos de ansiedade); promoção de atividades de saúde do trabalhador com os profissionais das equipes, através do desenvolvimento de grupo alongamento e orientações posturais; outras atividades de educação em saúde, como facilitação de rodas de conversa no momento de sala de espera sobre temas pertinentes à saúde e intervenções na escola e na creche do território; discussão de casos e construção de Projetos Terapêuticos Singulares junto às equipes. Mais especificamente inerente ao profissional do NASF, foram realizadas atividades de gestão administrativa da

USF, enquanto modelo do Apoio Matricial adotado pelo município para este Núcleo.

Mediante a realização de tais atividades foi possível identificar que as demandas mais frequentes para avaliação, acompanhamento e atendimento clínico fisioterapêutico, foram sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), artroses, dores crônicas na coluna (cervicalgias, lombalgias, hérnias de disco), paralisia cerebral e deficiências físicas congênitas. Vários dos casos identificados, sobretudo as sequelas mais agudas de algumas patologias, encontravam limitações na sua reabilitação motora em nível de Atenção Básica, visto que demandavam certa densidade tecnológica e necessidade de frequência de atendimento, não disponíveis neste nível de atenção à saúde, cabendo aos profissionais à realização de orientações e a devida indicação ao serviço especializado de Fisioterapia.

Tal indicação se respaldava na oferta de serviços de nível secundário que pudessem suprir adequadamente a necessidade de assistência fisioterapêutica especializada. Para tanto, a realidade do município no tocante a serviços deste caráter se configurava a partir da existência dos locais vinculados à Secretaria de Saúde enumerados no Quadro 1.

Constatou-se que o fluxo para tais serviços se dava a partir do encaminhamento do médico da ESF a

um médico especialista, profissional da rede de saúde da SMS-JP, que fosse neurologista, reumatologista ou ortopedista, de acordo com a patologia apresentada. Estes especialistas, então, prescreviam o tratamento fisioterapêutico, mediante avaliação clínica. Com o encaminhamento em mãos, o usuário seguia para a marcação das sessões fisioterapêuticas, a qual podia ocorrer de duas formas, dependendo do local de tratamento pretendido: através da demanda espontânea com a ida do usuário ao próprio local do tratamento e marcação segundo a disponibilidade de vagas, ou via serviço de regulação de vagas da SMS-JP. A exceção deste fluxo sucedia no CRMIPD onde o usuário era acolhido pelo setor de Fisioterapia, também, mediante encaminhamento do médico do próprio serviço. A seguir é apresentado um esquema que facilita a visualização do referido fluxo.

No caso das marcações reguladas em setor da própria SMS-JP, foi observado que não havia nenhum processo de eleição do local de tratamento considerando a relação espacial de distância deste com o território do usuário, visto que o critério utilizado era somente a disponibilidade de vagas de cada serviço no momento da marcação. Em relação aos serviços onde a marcação era feita pelo próprio usuário, percebeu-se que normal-

Quadro 1: Serviços da rede de assistência fisioterapêutica especializada vinculados à Secretaria de Saúde de João Pessoa (2010).

SERVICOS	CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO
3 (três) Ambulatórios de Fisioterapia nos Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS Cristo, Mangabeira e Jaguaribe).	Atendem, sobretudo, demandas ortopédicas e reumatológicas, além das neurológicas e respiratórias em menor número.
1(um) ambulatório de Fisioterapia no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI).	Atende exclusivamente a pessoas maiores de 60 anos, sobretudo, com demandas reumatológicas e neurológicas, além das ortopédicas e respiratórias.
1(um) ambulatório de Fisioterapia no Hospital Padre Zê, conveniado ao SUS.	Atende, sobretudo, demandas ortopédicas e reumatológicas, além das neurológicas e respiratórias em menor número.
2 Clínicas de Fisioterapia privadas, conveniadas ao SUS.	Atendem, sobretudo, demandas ortopédicas e reumatológicas, além das neurológicas e respiratórias em menor número.
Setor de órteses e próteses na Secretaria Municipal de Saúde.	Possibilita a aquisição de diversas próteses e órteses.
Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoas com Deficiência (CRMIPD).	Atende crianças e adolescentes com necessidades especiais, entre elas as deficiências motoras/físicas, através de uma equipe multiprofissional que inclui a assistência fisioterapêutica.



Figura 1: Fluxo de encaminhamentos para o serviço especializado de Fisioterapia no município de João Pessoa. Fonte: Dados da pesquisa.

mente eles procuravam o local que fosse de mais fácil acesso e mais próximo de sua residência.

Outro aspecto notado foi a fragilidade no registro dos encaminhamentos feitos pelos médicos especialistas, que na verdade não permite saber o número de usuários que são encaminhados por estes e, dentre eles, os que conseguem ter sua demanda suprida por meio da rede de serviços da SMS-JP.

O tempo médio de espera entre o encaminhamento do especialista e a marcação das sessões de Fisioterapia, segundo o serviço de regulação da SMS-JP, foi de 1 (um) mês. Nos serviços cuja marcação se dava por demanda espontânea encontrou-se filas de espera de até 100 (cem) pessoas, com tempo de espera médio de 1 (um) a 2 (dois) meses.

Como principais dificuldades deste processo identificaram-se o número reduzido de vagas ofertadas pelas clínicas privadas conveniadas, além do número de profissionais fisioterapeutas contratados em cada serviço, e da própria quantidade de serviços oferecidos, que se mostram restritos em comparação à necessidade da população, quando se leva em conta a demanda reprimida apontada nas listas de espera e no tempo médio de espera para a marcação.

Além destes serviços que compõem formalmente a rede de assistência fisioterapêutica regulada pela SMS-JP, foram identificados também serviços de assistência fisioterapêutica especializada/ambulatorial “independentes”, mas que recebiam usuários encaminhados por médicos da rede municipal, os quais são ofertados em formas de ambulatórios ou centros de reabilitação por Instituições de Ensino Superior e Associações de caráter

civil. Em tais serviços não se procurou estudar as características de fluxo dos mesmos, visto que compunham uma rede complementar à oferecida pelo SUS, via SMS-JP, com suas próprias formas de regulação e funcionamento. Foram eles: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), **Associação Paraibana de Ensino Renovado (ASPER)**, Faculdades de Ciências Médicas (FCM), Associação Paraibana de Equoterapia (ASPEQ), Associação Paraibana de Apoio ao Deficiente Físico (ASPADEF), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAIE).

A partir das entrevistas com os profissionais das Equipes de Saúde da Família foi possível apreender alguns aspectos interessantes, relativos ao conhecimento e apropriação que os mesmos tinham acerca do fluxo para atendimento de reabilitação, visto que a Estratégia Saúde da Família é proposta enquanto porta de entrada para o Sistema de Saúde.

As falas das enfermeiras, considerando seu papel enquanto representantes das equipes, revelaram certa confusão no conhecimento do fluxo para os serviços especializados de Fisioterapia. Não se obteve consenso sobre a exclusividade da prescrição do tratamento fisioterapêutico pelo médico especialista, uma vez que foi apontada a possibilidade de o médico da ESF também prescrever tal procedimento. Além disso, foi identificado o desconhecimento sobre o caminho que o usuário deveria proceder após o encaminhamento do especialista. Os recortes das falas a seguir demonstram o quanto esta informação é confusa.

“A gente detecta o paciente com necessidade de fisioterapia, ou ele vai até Unidade à

procura, e o médico do PSF encaminha para um neurologista, para um reumatologista, para um especialista. Aí o especialista é quem avalia o usuário e solicita a fisioterapia. (Enfermeira 3)

“O paciente chega até a Unidade, aí o médico por sua vez faz sua triagem e vê se há necessidade, preenche um formulário, encaminha para o setor de marcação.” (Enfermeiro 4)

“Agora eu não sei o que o usuário faz depois que já tem o encaminhamento do neurologista na mão, para onde ele vai.” (Enfermeira 1)

“Hoje, hoje, eu não sei não quais os passos que o usuário tem que seguir. Mas eu sei que teve uma época que era direto, com o papelzinho o usuário ia para o serviço... Mas parece que agora entra na regulação e marca.” (Enfermeira 2)

Em relação às principais dificuldades percebidas neste fluxo pelos profissionais da ESF, foi destacada de forma unânime a demora na marcação da consulta com o especialista, seguida da demora na marcação das sessões de Fisioterapia. Soma-se a esta, a distância entre os serviços disponibilizados pela SMS-JP e o território adscrito à Unidade, apontando que pela dificuldade neste deslocamento, muitos usuários acabam desistindo do tratamento.

“A principal dificuldade é a do acesso a um médico da ESF [caso da Equipe PACS que não tem médico na equipe] e depois para o especialista. Acho que a maior dificuldade é essa mesmo, marcar os dois encaminhamentos para os dois médicos diferentes.” (Enfermeira 5)

“A dificuldade é que para se conseguir falar com o especialista demora um tempo, dependendo de qual for o especialista. E a gente sabe que o neurologista e o reumatologista são duas especialidades que demoram bastante. O ortopedista nem tanto. Então o usuário reclamava muito por conta disso.” (Enfermeira 3)

“Falta de condição de deslocamento. Porque não tem dinheiro, porque é difícil de levar.” (Enfermeira 1)

Ao considerar, de que forma estas dificuldades interferiam no cuidado prestado pela ESF ao usuário que tinha demanda para tais serviços, foi apontado que os entraves encontrados neste fluxo geram a sensação de impotência e limitação do cuidado pelas equipes,

que identificam a piora na qualidade de vida e a probabilidade de complicações no quadro clínico destes usuários, aspectos ressaltados nas falas que seguem.

“Interfere muito, porque assim, a gente não vê melhora no paciente. E a gente também não tem condição de saber porque é uma área totalmente diferente. Eu mesma não sei nada de fisioterapia, não é minha área. A gente acaba fazendo o que pode, mas o usuário não evolui. E pra gente é desgastante.” (Enfermeira 1)

“Eu consigo ver numa visita a um paciente acamado que precisa de fisioterapia que se ele estivesse fazendo fisioterapia iria estar melhor. A gente vê que piora a qualidade de vida dos usuários que não conseguem fazer a fisioterapia, que eles vão complicando e isso implica no cuidado que a gente faz.” (Enfermeira 2)

“Porque um paciente desse tipo, acamado, tem muitas chances de ter uma pneumonia? Porque ele não faz exercício. O paciente que é acompanhado pela fisioterapia tem uma recuperação rápida porque tem um profissional qualificado.” (Enfermeiro 4)

Quando questionados sobre as sugestões que teriam para a melhoria deste processo, todos apontaram a inclusão do fisioterapeuta na ESF como primeira solução. Junto a isto, foi sugerido ainda o aumento do número de fisioterapeutas nos serviços especializados já existentes, o aumento do número de serviços especializados no município que contemplassem as áreas mais distantes territorialmente, a diminuição na demora da marcação para o médico especialista e para o serviço especializado de Fisioterapia, e ainda a possibilidade de solicitação pelo médico da ESF do tratamento fisioterapêutico especializado.

“Eu acho que todo PSF deveria ter fisioterapeuta na Unidade. Era um profissional que era para ser inserido dentro da equipe, cada equipe tinha que ter um.” (Enfermeira 1)

“Eu acho que um grande aliado são vocês, no caso os residentes, os apoiadores, que são profissionais de fisioterapia. São bons aliados porque tem casos que o paciente nem precisa sair de casa, só com as orientações, os exercícios que fazem em casa mesmo já dá para o paciente ter uma boa melhora do quadro que ele está. (Enfermeira 3)

“Minha sugestão seria que fosse contra-

tado um fisioterapeuta para a equipe, para completar a equipe multiprofissional do PSF.” (Enfermeira 5)

“Seria bom um local mais perto de casa, ou um transporte, uma ajuda de custo. E o acesso aos profissionais mesmo, porque tem muito pouco na rede.” (Enfermeira 2)

“Uma sugestão é que quando o médico encaminhasse um paciente ao serviço especializado, o serviço gestor não demorasse tanto para marcar as sessões. Infelizmente a quantidade de profissionais para atender João Pessoa é pequena. Eu acho que por isso é que há demora da marcação e do paciente chegar até o profissional.” (Enfermeiro 4)

“Eu acho também que deveria ter mais profissionais dessas especialidades (neurologia, reumatologia e ortopedia), já que são eles que solicitam. Ou então, por exemplo, deixar que o médico do PSF solicite também, tenha a autonomia de solicitar a fisioterapia, para não ter que esperar ainda o especialista. Por que se o médico já consegue identificar que o paciente é

sequelado, precisa de fisioterapia, porque não ele encaminhar direto? Isso evitaria menos três, quatro, seis meses esperando o especialista, porque demora esse tempo todinho.” (Enfermeira 3)

Observaram-se nas entrevistas realizadas com os usuários, aspectos como o tipo de demanda apresentado, o tempo de espera para a marcação das sessões e como esse tempo era considerado a partir da necessidade pelo tratamento, a possibilidade ou não de concluir o tratamento, e a satisfação com o número de sessões realizadas. Os resultados seguem ilustrados quantitativamente na Tabela 1.

Através dos dados acima elencados, apreende-se, sobre o tipo de demanda encaminhado para a assistência fisioterapêutica especializada, que foi observada uma distribuição equânime entre as patologias ortopédicas e reumatológicas (40% e 35% respectivamente), e em menor incidência as neurológicas (25%). Os distúrbios respiratórios não foram sequer apontados.

Encontrou-se em 50% dos casos, o tempo médio de espera pela marcação entre 0 e 2 semanas, porém com um número considerável de usuários (20%) que tiveram que esperar entre 4 e 8 semanas ou entre 8 a 12 semanas. Este tempo de espera foi, para a maior parte (40%), considerado longo e trazendo prejuízos para o seu estado de saúde.

Tabela 1: Quantitativos das respostas das entrevistas com os usuários acerca de aspectos sobre a realidade da assistência fisioterapêutica especializada recebida por eles.

TIPO DE DEMANDA	Nº DE RESPOSTAS
Ortopedia	40%
Reumatologia	35%
Neurologia	25%
Respiratória	0%
TEMPO DE ESPERA PARA MARCAÇÃO DAS SESSÕES	Nº DE RESPOSTAS
Entre 0 e 2 semanas	50%
Entre 2 e 4 semanas	10%
Entre 4 e 8 semanas	20%
Entre 8 e 12 semanas	20%
Entre 12 e 16 semanas	0%
CONSIDERAÇÃO SOBRE O TEMPO DE ESPERA	Nº DE RESPOSTAS
Curto e não prejudicou o meu estado de saúde	10%
Curto e prejudicou o meu estado de saúde	10%
Razoável e não prejudicou o meu estado de saúde	10%
Razoável e prejudicou o meu estado de saúde	10%
Longo e não prejudicou o meu estado de saúde	20%
Longo e prejudicou o meu estado de saúde	40%
CONCLUSÃO DO TRATAMENTO	Nº DE RESPOSTAS
Sim	40%
Não	50%
SATISFAÇÃO COM O Nº DE SESSÕES REALIZADAS	Nº DE RESPOSTAS
Sim	20%
Não	70%
USUÁRIOS AINDA EM TRATAMENTO	Nº DE RESPOSTAS
	10%

Metade dos usuários entrevistados alegou não conseguir concluir o tratamento prescrito, apresentando motivos para tal abandono que iam, principalmente, desde a distância e dificuldade financeira para o deslocamento, até a decisão própria de se dar alta por achar que já estava recuperado.

Os outros 40% dos usuários conseguiu concluir todas as sessões prescritas, que ocorriam normalmente em número de 10 (dez) sessões, com possibilidade de renovação, caso necessário. Porém, foi frequente a reclamação de que para esta renovação ocorrer, era preciso recomeçar todo o fluxo desde a consulta com o médico da ESF, passando pelo especialista para que este solicitasse as novas sessões, o que findava por causar a desistência de muitos usuários pela continuidade do tratamento. Foi identificado que no momento da entrevista, apenas 2 usuários ainda estavam realizando o tratamento.

Diante deste contexto, entre os que conseguiram realizar o número de sessões prescritas e os que por algum motivo não conseguiram, 70% considerou insuficiente o número de sessões realizadas para a sua reabilitação completa.

Na seleção dos usuários a serem entrevistados percebeu-se que havia um número considerável de pessoas no território da Unidade que tinham feito ou estavam fazendo tratamento fisioterapêutico especializado em um dos locais acima descritos como rede complementar à oferecida pelo SUS, via SMS-JP. Contudo, estes não fizeram parte da amostra que se propunha a abranger apenas os usuários que foram assistidos mediante a rede ofertada pela SMS-JP.

DISCUSSÃO

As ações desenvolvidas pelo fisioterapeuta residente e integrante do NASF apontam uma ampliação do **campo de atuação profissional** do mesmo, rompendo com a visão exclusivamente curativa e reabilitadora da profissão, tanto em relação aos níveis de assistência, quanto ao foco da atenção, a fim de assistir a saúde do indivíduo como um todo e não mais de forma fragmentada, considerando apenas os aspectos relacionados à sua capacidade física (REZENDE *et al.*, 2010).

A discussão levantada pelo novo modelo de assistência pretendido e defendido pelo SUS, que como anteriormente mencionada, reitera o princípio da integralidade, torna crescente o debate sobre a urgência da adequação das profissões à realidade epidemiológica e à nova lógica de organização do sistema de serviços de saúde. Isto implica em dizer que o fisioterapeuta precisa considerar em sua prática profissional as demandas do usuário/paciente, adotando uma postura de cuidado mais global e ampliada que resultem em ações

potencialmente integradoras, seja em que nível de atenção ele esteja atuando, na perspectiva de promover a resolutividade do cuidado, como afirma BISPO JÚNIOR, (2010):

Diante dos novos desafios da sociedade brasileira, com profundas mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde, surge a necessidade do redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia, que deveria aproximar-se do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação (p.1630).

A partir daí, quando este profissional na Atenção Básica se depara com uma demanda que não configura objeto de intervenção desta, ou seja, quando se esgotam as tecnologias disponíveis na Estratégia de Saúde da Família, e o usuário requer procedimentos de reabilitação física específicos oferecidos pelo nível de atenção secundária, é preciso dispor de uma rede articulada e organizada para o encaminhamento eficiente deste usuário. Neste sentido FONSECA *et al.*, (2008) colocam que

O centro de atenção secundária disponibilizaria profissionais especializados, recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e terapêutico com vistas a evitar complicações das morbidades referenciadas pela atenção primária e que possam demandar atenção de maior complexidade e custo, oferecendo serviços em escala compatível com a população a ser atendida. (p.26)

Em seus estudos MACHADO E FAYER, (2008) concluem a existência de dificuldades e problemas no sistema de encaminhamento do usuário para o setor secundário da fisioterapia, sobretudo a demora na chegada do usuário ao referido serviço, desde a Atenção Básica. Neste sentido a forma pela qual se dá o fluxo de encaminhamento para os serviços especializados de Fisioterapia no município de João Pessoa, com a solicitação das sessões realizadas pelo médico especialista (em número de 10 por cada guia), permite inferir a necessidade da agilidade da marcação das consultas para tais especialidades, como é apontado pelos próprios profissionais entrevistados.

Este é um entrave facilmente detectável quando se pensa a quantidade de profissionais especialistas na rede municipal em relação à demanda existente. É sabido que, mesmo havendo uma supervalorização das especialidades em detrimento à possibilidade de

tratamento na própria Atenção Básica, há realmente uma grande procura por tais especialidades devido ao aumento nas afecções neurológicas e cardiovasculares (BRASIL, 2006). Em face disto o acesso aos serviços especializados vem ficando cada vez mais difícil. Segundo CECÍLIO, (1997, p. 471): “Em geral, as esperas são tão demoradas, que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema.”.

A demora na marcação das consultas de especialidades acaba gerando um desconforto na espera do usuário, e, conta ainda com o agravante de um período de espera adicional pela existência de vagas no serviço especializado de Fisioterapia. Os achados neste estudo, que dizem respeito ao tempo de espera pela marcação das consultas com os especialistas e das sessões de Fisioterapia, assemelham-se aos apontados por RAMOS, (2006), possibilitando inferir que muito dos usuários podem ter seu quadro clínico agravado pelo longo tempo de espera.

A despeito de uma ampliação do quantitativo de especialistas, uma alternativa que parece viável para a diminuição desta demora, seria a reflexão sobre a possibilidade deste encaminhamento, em alguns casos, ser realizado diretamente pelo médico da ESF, a partir de uma postura consciente dos mesmos, de forma a evitar a transferência de responsabilidades e o aumento da sobrecarga dos serviços com encaminhamentos desnecessários. Junto a isto, uma intervenção do profissional fisioterapeuta, na avaliação e tomada de decisão multiprofissional, considerando suas competências e habilidades específicas, seria fundamental para a construção de um cuidado resolutivo. Contudo, esta possibilidade encontra restrições já que a maioria das ESF's no município, não conta com o fisioterapeuta, nem através do NASF nem da RMSFC.

Nesse sentido, ao pensar sobre a inserção do fisioterapeuta na equipe mínima de saúde da família, como repetidamente sugerido nas entrevistas com as ESF's, é importante ponderar a relação entre a probabilidade de contribuição com uma melhor performance da rede secundária, a partir do momento que se tem uma assistência mais ampliada a nível de Atenção Básica (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2004), e, a existência real de casos que demandam uma assistência tecnológica de nível especializado que atualmente não cabe à Estratégia Saúde da Família. É perigoso, portanto, considerar tal possibilidade de inserção como única, ou prioritária ação da reorganização da rede de cuidado fisioterapêutico.

Ademais, percebe-se que as mudanças que ocorreram ao longo da construção deste fluxo, aliadas à diversidade de direções que o usuário pode tomar para a marcação das sessões, deixam espaço para confusões

de informações e até a ocorrência de duplicidade de encaminhamentos, uma vez que o usuário pode entrar na fila de espera pelo setor de marcação da SMS-JP e, simultaneamente, direto no serviço, como nos ambulatórios do CAIS. Este é um dos inúmeros indícios que apontam a importância da gestão da informação e integração entre os níveis de atenção e, setores de gestão e planejamento, com o objetivo de empoderar o usuário e os próprios profissionais de saúde, sobretudo no âmbito da Atenção Básica, para promover realmente a integralidade da atenção. Neste sentido, HARTZ E CONTANDRIOPOULOS, (2004) colocam que

A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (p.332).

A falta de registros de dados dos usuários encaminhados que conseguem ou não realizar o tratamento fisioterapêutico, implica numa impossibilidade de conhecimento real da relação entre a oferta e a demanda absorvida pela rede, visto que o sistema não tem nem a ciência e nem o controle, por exemplo, de quem iniciou ou não o tratamento, e nem dos motivos que ocasionalmente levaram a não realização do mesmo. RAMOS, (2006) e MACHADO E FAYER, (2008), em achados semelhantes, afirmam que tal fato impede o levantamento e acompanhamento sistemático para avaliação e planejamento de acordo com a necessidade de ampliação e qualificação dos serviços especializados, bem como dificulta o processo de referência e contra-referência entre os níveis de atenção.

No que diz respeito à estruturação em si da rede de assistência fisioterapêutica de nível secundário, o que se nota é que, em relação à necessidade da população percebida pelas ESF, a oferta de vagas nos serviços existentes não é suficiente, e cria uma grande demanda reprimida, refletida nos enormes números das listas das esperas. Pode-se considerar, também, que o atual número de profissionais contratados e, também, a quantidade de locais estruturados enquanto atenção secundária de Fisioterapia não suprem a realidade da procura por tal assistência, corroborando com RODRIGUES, (2008), quando afirma que “Na medida em que se tornou mais conhecida e que se ampliaram as áreas de intervenção da Fisioterapia, houve um aumento na demanda por esses serviços, porém a oferta não aumentou na mesma proporção.” Vemos claramente como reflexo disto a crescente importância que os

serviços de Ensino Superior e Associações de caráter civil vêm ganhando no município, considerados como “válvula de escape” para esta demanda reprimida.

Ao focar-se no considerável índice de abandono do tratamento fisioterapêutico, é importante assinalar aspectos sociais como as dificuldades físicas e financeiras de deslocamento até o local de tratamento, pela localização do território da Unidade, atentando para o fato das especificidades de cada área, que no caso desta comunidade de localização periférica, apresenta boa parte da população com dificuldades econômicas (RIBEIRO, 2002, RODRIGUES 2008).

É preciso considerar, também, questões organizacionais como a burocracia na renovação das sessões para os casos que necessitam de mais do que o número inicial de sessões prescritas, com vistas a possibilitar uma continuidade da assistência fisioterapêutica demandada em tais casos. Neste sentido é imprescindível pensar em mecanismos de facilitação do trâmite de renovação das sessões, levando em conta, novamente, a autonomia e capacidade do profissional fisioterapeuta em exercer atribuições legalmente asseguradas, como a prescrição das técnicas fisioterapêuticas, alta clínica, entre outras, ou seja, seu ato profissional (REZENDE *et al.*, 2010).

É possível perceber que as dificuldades apontadas no estudo geram implicações diretas e indiretas no cuidado produzido pela ESF, uma vez que os demais profissionais da equipe enxergam que a falta de assistência fisioterapêutica adequada dificulta a melhoria das condições de vida em geral do usuário, gerando sequelas e complicações que acabam por fugir do campo de conhecimento específico das demais áreas profissionais. É o que se observa aqui:

A dificuldade de acesso da população aos níveis secundários de assistência ocorre também nos serviços de fisioterapia, desencadeando num grande contingente de cidadãos com limitações na saúde físico-funcional desassistidas, o que vai agravando cada vez mais sua saúde motora. O atendimento a essa demanda reprimida tende a sufocar as possibilidades de desenvolvimento de outras atividades no nível primário. (BISPO JÚNIOR, 2007, p.1635).

O entrave no processo de cuidado das ESF para com o contingente de usuários à margem dos serviços ambulatoriais de Fisioterapia, passa ainda pelo tipo de demanda que é mais absorvido por tais serviços. Esta, em concordância com RAMOS, (2006) e PAIVA E GOMES, (2007) aparece composta, em sua maioria, por casos de distúrbios ortopédicos e reumatológicos, contribuindo para o alto número de usuários com sequelas neurológicas restritos ao leito e ao domicílio,

que por sua vez acabam por constituir uma importante sobrecarga para as equipes.

Desta forma, considerando o conjunto de fatores apresentados, pode-se identificar a consequente limitação da integralidade na assistência prestada ao usuário, dentro da própria Atenção Básica e ainda, enquanto objetivo de rede (CECÍLIO, 2001).

Faz-se essencial considerar, também, a satisfação do usuário em relação à assistência recebida por ele nos serviços de saúde, entendendo como um indicador de avaliação da qualidade do serviço prestado e da eficácia do tratamento na melhoria de sua qualidade de vida (MACHADO e NOGUEIRA, 2008). Além disso, segundo PAIVA E GOMES, (2007) “a satisfação do usuário tem sido considerada importante componente da qualidade do cuidado, como parte do modelo de atenção participativa proposto pelo SUS e pelo fato de os usuários estarem mais conscientes de seus direitos.”

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou evidenciar aspectos que corroboram no sentido da superação de limites no atendimento aos usuários da rede de serviços de saúde no município de João Pessoa, sobretudo, na assistência fisioterapêutica, com vistas à luta pela integralidade da atenção.

Para tanto é essencial que sejam repensadas certas características importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e do planejamento, como a quantidade de serviços ofertados, o número de profissionais em cada serviço, a territorialização das necessidades, os fluxos de encaminhamentos, entre outros. Esta nova forma de pensar e agir no que diz respeito a uma “reforma” na organização e estruturação da rede deve surgir enquanto reflexão dada em cada nível de atenção à saúde, de forma que facilite, sobretudo, uma efetiva articulação entre os serviços.

Tal constatação impõe necessidade de um (re)direcionamento dos investimentos em recursos humanos, materiais e espaços físicos, através da adequação e melhor racionalização dos recursos públicos, direcionando-os às reais demandas existentes, proporcionando maior cobertura e qualidade de atendimento no SUS.

Desta forma, fica claramente exposta a urgência da reorganização da rede de assistência fisioterapêutica no município, na busca pela melhoria da qualidade de vida da população, garantindo serviços e ações resolutivas de acordo com as especificidades apresentadas. Torna-se imprescindível pensar em tal reorganização, considerando que a integração dos serviços por meio de redes assistenciais deve ocorrer priorizando o desenvolvimento de mecanismos de gestão próprios, e

capazes de responder eficientemente às necessidades de saúde de determinada população.

Ao fisioterapeuta profissional do SUS cabe a continuidade do processo de construção de novos saberes e práticas para a consolidação de um exercício profissional que vá além do tradicional cuidado fragmentado em saúde, de forma condizente com os

princípios de diretrizes do SUS, seja qual for seu nível de atuação.

Por fim, acredita-se ainda que os achados deste estudo possam implicar no interesse pelo aprofundamento do tema abordado, com a elaboração de novas pesquisas neste campo.

REFERÊNCIAS

1. BARRETO ML, CARMO EH. Mudanças nos padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO CA (Org.), *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Nupens-USP, 17-30p, 2000.
2. BRASIL. Decreto-Lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.197, seção 1, p.3658,16 de outubro de 1969.
3. BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990; Seção 1:018055.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*, 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde, *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
7. BISPO JUNIOR JP. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1): 1627-1636, 2010.
8. CECÍLIO LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. 13(3): 469-478, 1997.
9. CECÍLIO LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001, 113-126p.
10. FRANCO BT, MAGALHÃES JÚNIOR MH. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY E *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004, 125 -134p.
11. FONSECA JOP *et al.* A importância de um centro de atenção secundária a portadores de hipertensão arterial e diabetes em um cenário para melhoria da assistência à população idosa. *Rev. méd. Minas Gerais*, 18(4): 25-29, 2008.
12. GOODE W, HATT PK. *Métodos em pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Nacional, 1973, 488p.
13. HARTZ ZMA, CONTANDRIOPOULOS A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, 20(2): 331-336, 2004.
14. MACHADO GLR, FAYER VA. *Análise do perfil do serviço de Fisioterapia do setor secundário do SUS de Juiz de Fora / MG*. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Fisioterapia, Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008, 63p.
15. MACHADO NP, NOGUEIRA LT, Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev. Brasileira de Fisioterapia*, 12(5): 401-408, 2008.
16. MATTOS RA, Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO, 2001, 39-64p.
17. PAIM JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL M Z, ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, 567-571p.
18. PAIVA, SMA, GOMES, ELR. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(5):95-101, 2007
19. PINHEIRO R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 1.ed. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ ABRASCO, 2001, 65-112p.
20. RAMOS MCF. *Descrição do serviço de fisioterapia em nível secundário do SUS em Juiz de Fora*. Monografia (Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva) – Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), 2006, 76p.
21. REZENDE M, MOREIRA MR, AMÂNCIO FILHO A, TAVARES MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciências e saúde coletiva*, 14(1):1403-1410, 2010.
22. RIBEIRO KSQ. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioterapia Brasil*, 3(5): 311-318, 2002.
23. RODRIGUES RM. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Perspectivas online*, 2(8): 104-109, 2008.
24. TEIXEIRA CF, SOLLA JP. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA NS *et al* (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 451-479p.
25. YIN RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005, 212p.
26. YONAMINE CY, TRELHA CS. O modo de fazer saúde: a Fisioterapia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em uma Unidade Básica. *Revista Espaço para a Saúde*, 11(1): 17-27, dez. 2009.

CORRESPONDÊNCIA

Avenida Guarabira, 1125, Manaíra
58038-142 João Pessoa – Paraíba - Brasil

E-mail
anaruthbs@hotmail.com