

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
ESTUDO DE DEMANDA DE FISIOTERAPIA EM UM SERVIÇO
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

GUILHERME GRIVICICH DA SILVA

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Antônio Sirena

Porto Alegre, Março de 2013.

CIP - Catalogação na Publicação

GRIVICICH DA SILVA, GUILHERME
ESTUDO DE DEMANDA DE FISIOTERAPIA EM UM SERVIÇO
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE / GUILHERME GRIVICICH DA
SILVA. -- 2013.
76 f.

Orientador: SÉRGIO ANTÔNIO SIRENA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2013.

1. FISIOTERAPIA. 2. DEMANDA. 3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE. I. SIRENA, SÉRGIO ANTÔNIO, orient. II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
ESTUDO DE DEMANDA DE FISIOTERAPIA EM UM SERVIÇO
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

GUILHERME GRIVICICH DA SILVA

Orientador: Prof.Dr. Sérgio Antônio Sirena

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga, Coordenador Pedagógico do Programa de Pós-graduação e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha, Faculdade da Serra Gaúcha.

Prof. Dr. Júlio Baldisserotto, Pós-Graduação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Coordenador Adjunto do Mestrado Profissional de Gestão de Tecnologias de Saúde em Atenção Primária à Saúde (UFRGS/GHC/MS).

Profa. Dra. Camila Giugliani, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

DEDICATÓRIA ou MENSAGEM

“Dias inteiros de calma, noites de ardência, dedos no leme e olhos no horizonte, descobri a alegria de transformar distâncias em tempo. Um tempo em que aprendi a entender as coisas do mar, a conversar com as grandes ondas e não discutir com o mau tempo. A transformar o medo em respeito, o respeito em confiança. Descobri como é bom chegar quando se tem paciência. E para se chegar, onde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso, antes de mais nada, querer”.

Amir Klink.

Dedico essa minha conquista aos meus pais, dos quais sou fruto do amor e companheirismo e que, mesmo com uma passagem muito curta por esse mundo, me ensinaram princípios de amor, carinho e solidariedade.

Dedico à minha vó Brasília, responsável por absolutamente tudo o que tenho e que sou hoje. Sem o incentivo, carinho e conselhos dela nada disso seria possível. Obrigado Vó, por tudo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus irmãos que são meu porto seguro e que me ajudam a suportar os trancos que vida nos impõe. “Sempre unidos!”.

Agradeço à minha tia/mãe Brasília (Poca) pelo amor, carinho e zelo maternos incondicionais. Sem ela, minha vida teria sido muito mais difícil. Muito obrigado do fundo do coração! Não tenho como agradecer tudo o que já fizestes e o que fazes por mim.

Agradeço à minha prima/irmã Ana Luiza (Bunitona) pelo amor, pelas conversas e conselhos. Por ser uma irmã maravilhosa, um pouco de sangue, mas 100% de coração.

Agradeço à minha cunhada Tati pela companhia e carinho durante todo esse período na família e, principalmente, por dar à luz a uma linda princesinha que alegra meus dias e se chama Clarissa.

Agradeço à minha namorada Micheli pelo seu companheirismo, amor, cumplicidade, compreensão, ajuda e estímulos nessa jornada. Tua dedicação e teu esforço me ajudaram e muito. Sou muito feliz por te ter ao meu lado. À tua família, obrigado pela receptividade e carinho.

Agradeço à minha mãe preta Sueni (Nega) pelo cuidado, amor e preocupação diários. Sempre pronta pra ajudar nos momentos bons e ruins. O agradecimento se estende ao Seu Paulinho e a Andiará.

Agradeço ao meu padrinho Brasília (Picucho) e toda sua turma: Lorena, Caco, Rê, Rena e Chico. Obrigado por estar ao meu lado nas horas boas e ruins. Isso é o que faz a vida valer a pena!

Agradeço a minha parte Grivicich da família, pelo carinho, atenção e por ajudar a cultivar o “sangue” em comum.

Agradeço aos meus amigos do edifício Dom Rodrigo, pela amizade sincera, verdadeira e eterna.

Agradeço aos amigos de verdade que o IPA me deu: Rodrigo e Rafael pelas risadas, conselhos, angústias, parcerias e pela amizade sincera.

Agradeço aos meus amigos de verdade (eles sabem quem são) que a minha vida como fisioterapeuta me proporcionou. Obrigado pelos momentos alegres, divertidos e por estarem ao meu lado sempre.

Agradeço à Glorinha pelo seu exemplo de amizade sincera, verdadeira e duradoura. Carinho e admiração também transferidos ao meu xará Gui.

Agradeço ao Dedé por fazer parte de uma época muito importante da minha vida: minha infância. Responsável por incentivar minha “paixão tricolor” e por ser um exemplo de “paizão” a ser seguido.

Agradeço ao meu orientador Dr. Sérgio Sirena pela oportunidade, ajuda, paciência, compreensão e por possibilitar a concretização de uma meta de vida: concluir o mestrado.

Agradeço ao GHC e à equipe do Centro de Reabilitação da PUCRS pelas liberações, dispensas e pela oportunidade de crescimento profissional.

Agradeço ao Ministério da Saúde/SEGETES pela oportunidade e financiamento desse programa de Mestrado Profissional.

Agradeço ao SSC-GHC, às equipes das Unidades de Saúde participantes e aos médicos (contratados e residentes) pela disponibilidade, paciência e parceria, sendo essenciais na execução dessa pesquisa.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	
2. INTRODUÇÃO	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
3.1.1 – Conceitos	16
3.1.2 – Atributos da Atenção Primária à Saúde	17
3.1.2.1 – <i>Primeiro Contato</i>	18
3.1.2.2 – <i>Integralidade</i>	18
3.1.2.3 – <i>Longitudinalidade</i>	19
3.1.2.4 – <i>Coordenação</i>	20
3.2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	20
3.3 – FISIOTERAPIA	22
3.3.1 – Histórico e Atuação Profissional	22
3.3.2 – Fisioterapia e APS (NASF)	25
3.4 – DEMANDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE	28
3.4.1 – Conceitos	28
3.4.2 – Demanda e Atenção Primária	29
3.4.3 – Demanda e Evidências Científicas	30
4. OBJETIVOS	33
4.1 – Objetivo Geral	33
4.2 – Objetivos Específicos	33
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

6. ARTIGO	38
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
8. ANEXOS	62
A. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	63
B. Formulário Padrão	65
C. Formulário de Pesquisa	66
D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
E. Normas para Submissão à <i>Revista de Saúde Pública USP</i>	68

ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS – Atenção Primária à Saúde;
- ESF – Estratégia de Saúde da Família;
- GHC – Grupo Hospitalar Conceição;
- PSF – Programa de Saúde da Família;
- SF – Saúde da Família;
- SSC – Serviço de Saúde Comunitária;
- SUS – Sistema Único de Saúde;
- UBS - Unidade Básica de Saúde;
- US – Unidade de Saúde;

RESUMO

Embora o fisioterapeuta tenha capacidade e deva desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se que sua atuação no nível primário ainda é pouco explorada. O conhecimento da demanda de fisioterapia é essencial para a formulação de estratégias e políticas de saúde capazes de atender às necessidades dessa população. Os objetivos do presente estudo são: verificar a prevalência de encaminhamentos de fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS) e caracterizar os usuários encaminhados à fisioterapia pelas Unidades de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC)-GHC, quanto ao perfil demográfico, motivo do encaminhamento (diagnóstico clínico), dor e repercussões no trabalho. Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de prevalência. Foi realizado nas Unidades de Saúde do SSC-GHC, todas localizadas na zona norte de Porto Alegre, de nível primário de atenção à saúde, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram analisados todos formulários de encaminhamento à fisioterapia, no período de julho a setembro de 2012, totalizando 258 formulários. A prevalência média de encaminhamentos à fisioterapia das 8 Unidades de Saúde participantes foi de 1,12%, sendo os diagnósticos clínicos mais prevalentes a osteoartrose (29,1%) e as tendinopatias/lesões de tecidos moles (27,1%). Evidenciamos que essa população encaminhada à fisioterapia apresenta dor em 87,1% dos casos, de intensidade de moderada a muito grave em 85,2%, com interferência no trabalho de moderada a grave em 72,1% e incapacitando para o trabalho, pelo menos parcialmente, 48,1% dos usuários encaminhados. Dada a relevância das prevalências de encaminhamentos à fisioterapia, entende-se que o papel do fisioterapeuta deva ser ampliado e melhor definido tanto em relação ao matriciamento, quanto em relação ao atendimento.

ABSTRACT

Although the physical therapist has the ability and must develop effective activities in all levels of health care, we realize that their performance at the primary level is still poorly explored. The knowledge of the demand with the objective of formulating strategies and health policies should be capable to meet the needs of this population. The objectives of this study are: check the prevalence of referrals for physical therapy in Primary Health Care (PHC) and to characterize the users referred to physiotherapy by the Primary Health Care Units (PHCU) of the Department of Community Health (DCH) -GHC, according to demographic profile, reason for referral (clinical diagnosis), pain and repercussions in the workplace. This is a prevalence study. It was performed in PHCU of DCH-GHC, all located in the northern zone of Porto Alegre, primary level of health care, with public provision of health care. We analyzed all forms of referral to physical therapy of participating PCHU, in the period of July to September 2012. Analysing 258 forms, we found the median referral to physical therapy prevalence of 1.12%. The two most prevalent clinical diagnosis were osteoarthritis (29.1%) and tendinoses/soft tissues injuries (27.1%), with higher prevalence of female (70.5%) and individuals with less than 60 years old (59.4%). It was evidenced that in referred to physical therapy population there was pain in 87.1% of cases (from moderated to very hard intensity in 85.2%), with 72.1% of work interference (from moderated to hard intensity) and in 48.1% of them there was, at least, parcial incapacity for work. Given the relevance of prevalence of referrals to physical therapy, it is understood that the role of the physiotherapist should be expanded and better defined both in relation to support as compared to attendance.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Estudo de Demanda de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 07 de Março de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo(s)
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

1. INTRODUÇÃO

A política de saúde antes da Reforma Sanitária baseava-se na assistência médica centrada no atendimento individual, priorizando ações curativas, de altos custos com baixo impacto na qualidade de vida. À medida que foram sendo observados avanços no processo das reformas no setor saúde, novas demandas foram geradas a partir do novo perfil epidemiológico, da ampliação da consciência social e da emergência de novos problemas. A questão do acesso e da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população passou a se constituir num grande desafio (MENEGAZZO, PEREIRA & VILLALBA, 2010).

No Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus focos prioritários a reorientação do modelo assistencial direcionando a mudança no padrão de vida e saúde da população brasileira. Tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como base estruturante, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária, as práticas e ações dos profissionais de saúde precisam alcançar princípios fundamentais, dentre eles, a garantia da integralidade na produção do cuidado (NEVES & ACIOLI, 2011).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado em seus princípios de universalidade, integralidade e equidade têm suscitado diversas elaborações e proposições referentes aos modelos assistenciais adotados, à lógica de financiamento e às práticas profissionais. No que tange à atuação profissional, tem se tornado crescente o debate em torno da necessidade de adequação das profissões à realidade epidemiológica e à nova lógica de organização dos sistemas de serviços de saúde (BISPO Jr., 2010).

A reabilitação na APS deve estar inserida na atenção integral ao sujeito, à sua família e à comunidade, considerando todas as necessidades identificadas no território para além do plano da deficiência propriamente dita, contemplando as diversas condições e agravos de saúde habitualmente evidenciadas no cotidiano das equipes de Saúde da Família, tais como dor crônica, fraturas, alterações de linguagem oral e escrita, voz, na motricidade orofacial, entre outras. Mais do que isso, o papel do profissional em tal campo deve contribuir para que sujeitos, famílias e comunidade possam assumir um protagonismo no desenvolvimento de ações que

promovam a mobilização da comunidade, no sentido da prevenção de deficiências e melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2010).

A Fisioterapia, como profissão da saúde, não ficou à margem dessas transformações. Restringiu-se, por muito tempo, ao atendimento de pessoas já acometidas de alguma enfermidade, atuando de forma individual, priorizando o campo da reabilitação, voltando-se apenas para apenas um de seus objetos de trabalho. Com a Resolução nº 10 de 03 de julho de 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, onde ficou estabelecido o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, estabeleceu-se uma visão mais ampliada da prática profissional. No primeiro artigo explicita-se que “*o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde*”. A lógica de conceitualização reabilitadora vem limitando a atuação do fisioterapeuta na rede básica, acarretando uma grande dificuldade de acesso da população a esse serviço. Além disso, pode ser atribuição do fisioterapeuta atuar no controle de risco, ou seja, no controle de fatores que potencialmente podem contribuir para o desenvolvimento da doença (MENEGAZZO, PEREIRA & VILLALBA, 2010).

Para entender o papel da fisioterapia na sociedade brasileira, suas responsabilidades e seus desafios, é necessário conhecer o perfil epidemiológico da população. O Brasil tem passado por um processo de transição epidemiológica, definida como uma mudança nos padrões de morbi-mortalidade da população. Tais mudanças decorrem do rápido e importante envelhecimento populacional em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (BISPO Jr., 2010). Em virtude das grandes transformações demográficas e epidemiológicas, e com a implantação do PSF, percebe-se a necessidade e a importância da inserção do fisioterapeuta na equipe, visando maior prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde, melhorando, assim, a qualidade de vida da comunidade. (LOURES & SILVA, 2010).

Atualmente, sabe-se da importância do fisioterapeuta dentro das equipes de saúde multidisciplinares, seja no contexto público ou privado. Baseando o seu conhecimento e sua atuação no âmbito da integralidade, o fisioterapeuta pode dar sua contribuição à sociedade atuando em todos os níveis de atenção à saúde (primária,

secundária e terciária). Porém, para que o seu trabalho seja feito com qualidade, é preciso conhecer a sua demanda na tentativa de elaborar estratégias e políticas de saúde capazes de atender a essas necessidades da população.

A gestão da demanda é o processo de identificação onde, como, porquê e quem procura os cuidados de saúde. É feito para decidir-se sobre os melhores métodos de gestão da demanda (o que pode significar cerceamento, enfrentamento ou criação de demanda) de tal forma que um sistema de cuidados de saúde mais rentável, adequado e equitativo possa ser desenvolvido. Criticamente, depende de entender como o comportamento daqueles que expressam a demanda (cidadão e profissionais) está mudando. Está preocupada com a utilização mais adequada dos serviços de saúde, não necessariamente reduzi-los ou torná-los mais baratos. Mais especificamente, a gestão da demanda é o suporte às pessoas para que possam tornar a saúde racional e as decisões médicas com base na ponderação dos benefícios e riscos (PENCKEON, 1998).

Do ponto de vista da reabilitação, é preciso que se conheça e se monitore as necessidades e potencialidades da população em todos os ciclos de vida, incluindo a ocorrência das incapacidades e deficiências. Também é necessário que se faça a análise de prevalência e tendências, sendo que essas informações precisam ser compartilhadas, de modo que o conjunto dos profissionais envolvidos utilize os dados e as informações obtidas como norteadores de suas ações. Em seguida, definem-se os planos de trabalho, a partir das necessidades dos usuários e das potencialidades das equipes de SF, de maneira compartilhada e descentralizada, priorizando-se as ações que promovam a capacitação relativa aos saberes de reabilitação aos profissionais de SF e demais envolvidos na questão. Esses dois aspectos são fundamentais para a construção dos projetos terapêuticos singulares, visto que implicam efetivo conhecimento relativo ao coletivo, de seus contextos e dos atores que se responsabilizarão pela intervenção (BRASIL, 2010).

A reabilitação deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, valorizar o saber da comunidade e integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços de APS e as equipes de SF sejam fortalecidas para o cuidado da população e da pessoa com

deficiência, e que tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade (BRASIL, 2010).

Justificativa

Com os resultados dessa pesquisa, poderemos ter um panorama da população no que diz respeito à demanda de fisioterapia. Tais resultados contribuem para a compreensão do perfil desses usuários atendidos pelas Unidades de Saúde (US). A partir desse dimensionamento, será possível sugerir a padronização desses encaminhamentos, definindo o papel da fisioterapia nesse contexto e qualificando os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Tal estudo poderá estimular a discussão sobre: a necessidade de um fisioterapeuta como membro integrante da equipe básica de saúde, com intuito de melhorar a resolutividade de alguns problemas, como distúrbios musculoesqueléticos; ou a consolidação de seu papel no matriciamento (já normatizado através da portaria de criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF) contribuindo para a prevenção de agravos e promoção de saúde. Toda e qualquer política de saúde e estratégia para qualificar a APS deveria partir de um estudo de demanda com certo rigor metodológico, proporcionando aos gestores embasamento científico para a tomada de decisões. A partir disso e levando em consideração a escassez de literatura científica com esse objetivo, a presente pesquisa se faz necessária e importante na construção do papel da fisioterapia na APS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1.1 - Conceitos

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições (STARFIELD, 2002).

A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável. Já existem evidências suficientes de que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde, menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande desigualdade social, como é o caso do Brasil. A APS brasileira está definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, destinadas a populações de territórios geograficamente delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território onde vivem essas populações. Sendo o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e

continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (MENDONÇA, 2009).

A atenção básica ou atenção primária à saúde (APS) representa a porta de entrada preferencial do sistema, utilizando-se de tecnologias de baixa densidade para resolução dos problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território³. À medida que a resolução dos problemas demanda disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos de maior densidade, a APS é complementada pelos demais níveis, por meio de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, desenvolvidos em ambiente ambulatorial ou hospitalar, visando ao atendimento integral à saúde da população (BRASIL, 2011). A APS constitui-se, assim, como o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, representando o foco principal e o eixo orientador das demais ações (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a busca dos objetivos da universalidade, integralidade e equidade têm suscitado diversas elaborações e proposições referentes aos modelos assistenciais adotados, à lógica de financiamento e às práticas profissionais.

3.1.2 – Atributos da Atenção Primária à Saúde

De uma maneira didática, a APS apresenta quatro principais atributos: o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o

reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2009).

3.1.2.1 – *Primeiro Contato*

Tal atributo pode ser reconhecido como a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento. Quando um serviço é identificado pela equipe e pela população como primeiro recurso de saúde, pode ser considerado uma porta de entrada. Para isso, deve ser de fácil acesso e disponível. Caso contrário, a procura pode ser adiada, podendo afetar o diagnóstico e o manejo do problema (TAKEDA, 2004).

A garantia de atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social (STARFIELD, 2002).

3.1.2.2 - *Integralidade*

A integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, pode ser entendida como “atendimento integral”, focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais (SALA *et. al.*, 2011).

Uma das acepções de integralidade pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Concorrem aí os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde (MATTOS, 2004). Outro ângulo de aproximação com a integralidade considera a rede de serviços com distintos níveis de complexidade e de competências em que a integração entre as ações se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo (MATTOS, 2004).

Na organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade busca romper com a polaridade entre saúde pública e assistência médica, ou entre as ações de prevenção e as de recuperação (curativas) da saúde (SALA *et. al.*, 2011). A

integralidade pressupõe uma organização do trabalho nos serviços de saúde que considere a relação assimétrica entre profissional e usuário do serviço, com necessidades não redutíveis ao conhecimento técnico do profissional (COSTA, 2004).

3.1.2.3 – *Longitudinalidade*

Em artigos relativos à APS, muitas vezes o termo “continuidade do cuidado” é utilizado com significado semelhante ao de longitudinalidade (CUNHA & GIOVANELLA, 2011). Esses dois termos possuem significados diferentes, uma vez que a continuidade do cuidado estaria relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Alguns autores diferenciam longitudinalidade de continuidade do cuidado. Entendem a longitudinalidade como o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um mesmo médico, e a continuidade do cuidado como o acompanhamento por um mesmo médico ou não, de um problema específico do paciente. Ressaltam ainda que a continuidade não é um elemento característico da atenção primária, nem exige uma relação pessoal entre o profissional e o paciente, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia. (STARFIELD, 2002; PASTOR-SÁNCHEZ *et al.*, 1997).

Os benefícios apontados como relacionados à continuidade do cuidado são maior possibilidade de integração das dimensões físicas, psicológicas, sociais e econômicas; melhora na relação entre usuários e provedores de serviços; promoção de um papel mais efetivo na manutenção de saúde por parte do usuário; redução do sobreuso dos serviços de saúde e ainda provável redução dos custos do cuidado, por prevenir a duplicação dos serviços e tratamentos desnecessários (CUNHA & GIOVANELLA, 2011).

3.1.2.4 - Coordenação

A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, o que por sua vez exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (STARFIELD, 2002).

A disponibilidade de informação a respeito de problemas e ações realizadas e o reconhecimento daquela informação na medida em que ela está relacionada às necessidades do presente atendimento são a essência da coordenação. Implica na troca adequada de informações nos casos de referência e contra-referência (TAKEDA, 2004).

3.2 – ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolveu-se basicamente por meio de dois grandes modelos de organização de suas ações: o modelo da Programação em Saúde, nos anos 1970, e o modelo do Programa de Saúde da Família, nos anos 1990. O modelo da Programação em Saúde teve origem na atuação da Saúde Pública, no século XX, no momento em que se trabalhava na perspectiva da integração dos serviços de saúde pública com os serviços de assistência médica (SALA *et al.*, 2011).

Nos anos 1970, em São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e as Secretarias Municipais de Saúde foram incentivadas a reorganizar seus serviços sob a forma de Programas de Saúde: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde mental, saúde bucal e programas especiais para atendimento à tuberculose e à hanseníase (NEMES, 1990). Nessa perspectiva, incentivou-se a constituição da ação da Saúde Pública em uma base territorial, o acompanhamento das pessoas ali residentes, o desenvolvimento de ações de promoção (educação em saúde, por exemplo) e a prevenção à saúde (programas de imunização, por exemplo), reduzindo a atenção à demanda espontânea.

No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até a atualidade, assistimos a várias tentativas de se organizar a APS. Mais do que isso, vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. As primeiras experiências de medicina comunitária da década de 1970, sob influência do movimento de reforma sanitária e

com o apoio das Universidades marcaram o início de participação dos municípios no desenvolvimento da APS (LAVRAS, 2011).

Já no início da década de 1980, com o processo de redemocratização no país foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição. Nesse período, observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional. Somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 é que começou a haver uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento (LAVRAS, 2011).

No Brasil, as reformas que culminaram com a implantação do SUS buscaram fortalecer a APS e ampliar a sua cobertura. Cumprida a etapa de aumento considerável da cobertura da APS, concentram-se os esforços para melhoria da sua qualidade (CUNHA & GIOVANELLA, 2011).

Mesmo identificando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves devem ser superados para que os propósitos explícitos na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. Parte desses entraves pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que não necessariamente implica em medidas locais para sua superação. Ainda, no que se refere especificamente à APS, há que se superar um padrão cultural vigente tanto na sociedade como no aparelho formador, na perspectiva de valorizar e legitimar as práticas que aí se desenvolvem. Mas, além disso, reconhece-se que a maior parte desses entraves se constitui em desdobramentos de desafios que devem ser enfrentados pelo SUS na atualidade (LAVRAS, 2011).

A implantação da atenção primária como uma estratégia de organização dos sistemas de saúde tem relevância inquestionável. Já existem evidências suficientes que os países cujos sistemas de saúde se organizam a partir dos princípios da atenção primária alcançam melhores resultados em saúde com menores custos, maior satisfação dos usuários e maior equidade, mesmo em situações de grande

desigualdade social, como é o caso do Brasil. Os resultados positivos nas avaliações da Saúde da Família são múltiplos e não deixam dúvida do sucesso da estratégia. Como exemplo, temos que a expansão do PSF associada ao desenvolvimento econômico, possibilitou uma redução significativa na taxa de mortalidade infantil (MACINKO, GUANAIS & SOUZA, 2006). Apesar de todos os avanços, alguns desafios estão postos para o futuro; entre eles, destacam-se o desafio da formação e educação permanente, o desafio de consolidar a atenção primária à saúde (APS) como ordenadora do sistema e o desafio da comunicação com a sociedade (MENDONÇA, 2009).

3.3 – FISIOTERAPIA

3.3.1 - Histórico e Atuação Profissional

Ao considerarmos sua origem, podemos perceber a fisioterapia como uma profissão de cunho essencialmente reabilitador. Em decorrência das grandes guerras e dos elevados índices de acidentes de trabalho, foram crescendo o número de óbitos e mutilações, contemplando, em sua maioria, homens em idade produtiva. Desta forma as forças de trabalho foram sendo exauridas, gerando a necessidade de reinserção dos indivíduos mutilados e lesionados ao setor produtivo. Sendo assim, surgiram os centros de reabilitação, os quais possuíam como intuito principal o de restaurar a capacidade física original de indivíduos mutilados e acidentados e quando isto não fosse possível, readaptá-los a outras funções valendo-se da capacidade física residual (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

A fisioterapia como profissão de nível superior foi instituída no Brasil no ano de 1969, mediante a publicação de Decreto-Lei nº 938/69 (DECRETO LEI). Anterior a tal decreto, a ocupação de fisioterapeuta era considerada de nível técnico e dentre as funções atribuídas estavam: executar técnicas prescritas por médicos, com o intuito de reabilitar pacientes lesionados. Após a publicação de decreto que regulamenta a profissão, o fisioterapeuta obteve *status* de nível superior e autonomia profissional, no entanto, sua atuação continua destinada, quase em sua totalidade, a ações de caráter reabilitador (BISPO JUNIOR, 2010).

Em análise com o objetivo de avaliar a legislação que regulamenta a profissão foram encontradas limitações nas possibilidades de atuação fisioterapêutica em

outros níveis de atenção. O Decreto-Lei nº 938/69 aponta restrições na prática profissional, instituindo como “atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (REBELATTO & BOTOMÉ, 1999). O profissional de nível superior, em especial os da área da saúde, não podem restringir-se apenas a executar métodos e técnicas, devem perpassar a capacidade de executar procedimentos, devendo, sobretudo zelar pela análise e produção de novos saberes (BISPO JUNIOR, 2010).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia indicam que a formação de fisioterapeutas no Brasil, deve ser “generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando o egresso a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual”. Visando contemplar estes e demais requisitos de suma importância na formação de futuros profissionais, as instituições de nível superior vêm adequando suas práticas curriculares e distribuindo-as nos três níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2002; GIL, 1991).

Considerando o contexto histórico do período de publicação do referido Decreto-Lei, pode-se admitir que as condições de saúde da população, bem como a lógica de organização do sistema de saúde vigente, tenham contribuído para esta forma de atuação. No entanto, com as mudanças no perfil epidemiológico e as transformações no sistema de saúde brasileiro, tornam-se necessários novos desafios à fisioterapia e novas atribuições a estes profissionais (BISPO JUNIOR, 2010).

A maioria dos países tem passado por um processo de transição epidemiológica, definido através de mudanças nos padrões de morte, morbidade e invalidez, os quais caracterizam uma população específica na qual, em geral, ocorre um conjunto de outras transformações demográficas, sociais e econômicas (OMRAM, 2001). Em pequena ou larga escala a maioria dos países apresenta tal processo como sendo caracterizado por diminuição da mortalidade e natalidade, bem como mudança na carga de doença, diminuindo a prevalência de óbitos por doenças infecto-contagiosas e aumentando a carga por doenças crônico-degenerativas (BARRETO & CARMO, 2000). No Brasil, o processo de transição epidemiológica ocorreu de maneira complexa, devido a uma sobreposição de fatores (BISPO JUNIOR, 2010). Desta forma, podemos afirmar que o elevado crescimento

populacional, a taxa de urbanização e a crescente expectativa de vida têm caracterizado o processo de transição demográfica brasileiro (RISSI JUNIOR *et al.*, 2002; PATARRA, 2000).

Um estudo realizado no município de Campinas-SP verificou que há demanda significativa de agravos à saúde, como a artrose, as doenças osteomusculares, o acidente vascular encefálico, as fraturas, e outras, para atuação do fisioterapeuta, o qual tem atribuições específicas para intervir nessas necessidades de saúde. Portanto é imprescindível a atuação do fisioterapeuta na APS, atuando na promoção, proteção e recuperação desses pacientes (MENEGAZZO, PEREIRA & VILLALBA, 2010).

Diante disso, cabe à fisioterapia uma releitura dos seus fundamentos e análise aprofundada da prática profissional, visando adaptações a nova realidade, podendo, desta forma contribuir para as mudanças no quadro social e sanitário do país (TEIXEIRA *et al.*, 1998). Considerando a atuação do profissional dentro de um território estabelecido e em uma população definida, o fisioterapeuta passa a ter a possibilidade de acompanhar com maior proximidade e responsabilidade a população adscrita. A responsabilização estimula novas perspectivas de relacionamento entre profissionais e usuários, estabelecendo novos vínculos, bem como estimulando o surgimento de ações promocionais e preventivas (TEIXEIRA *et al.*, 1998; UNGLERT, 1993). Atuações direcionadas apenas ao controle de danos impõem restrições à prática do profissional fisioterapeuta, limitando-o a intervir somente quando a doença encontra-se instalada e, na maioria dos casos, de forma avançada.

Destacam-se como locais de atuação do fisioterapeuta os hospitais e clínicas de reabilitação, os quais popularmente são reconhecidos e valorizados para a prática fisioterapêutica. A valorização destes espaços tende a condicionar e restringir as possibilidades de intervenção a apenas um nível de atenção, a reabilitação. Tal realidade atribui à população uma ampla carga de doenças e sequelas, as quais, na maioria dos casos poderiam ter sido evitadas ou atenuadas. A fisioterapia deve ser encarada como uma forma de contribuição para prevenção de doenças e sequelas, quando utilizada em outros níveis de atenção (BISPO JUNIOR, 2010).

Nos últimos anos, a fisioterapia tem demonstrado claro papel no cuidado à saúde da população, destacando-se de forma cada vez mais expressiva, nos três

níveis de atenção do SUS. Dentre tais níveis, a atenção primária é o que encontra-se em processo de construção, tendo em vista que o fisioterapeuta ainda é considerado por inúmeros profissionais e usuários como um reabilitador, tendo práticas concentradas nos níveis secundário e terciário (FREITAS, 2009).

3.3.2 - Fisioterapia x APS (NASF)

A lógica de conceitualização citada no histórico da profissão, durante muito tempo, excluiu a fisioterapia da APS. Contudo, a busca pela construção de um espaço teórico-político da fisioterapia na atenção primária representa uma “nova prática”, mediante uma redefinição do seu papel voltada para a realidade social, econômica, epidemiológica e familiar (RIBEIRO, 2002). Tal prática vem se consolidando ao longo da última década e acompanhando alterações importantes ocorridas do âmbito da saúde, passando atualmente a nortear-se por uma percepção que promove a prevenção, promoção e manutenção da saúde, além da reabilitação e reintegração social do indivíduo (QUEIROZ, 2005).

Atualmente, os modelos que contemplam o tema “reabilitação” refletem mudanças no paradigma e conceituam saúde em termos mais amplos, sinalizando que fatores sociais, psicológicos e ambientais também contribuem para a saúde e qualidade de vida (OMS, 2003).

Um fato importante que contribuiu para a modificação do perfil profissional do fisioterapeuta foi a implantação do PSF em 1994, atualmente denominado como estratégia da saúde da família (ESF), com o objetivo de reorientar a atenção básica, reorganizando a prática assistencial de acordo com os princípios do SUS, com o intuito de atender o indivíduo, no contexto familiar, nas dimensões individuais e coletivas (RODRIGUEZ, 2011).

Outra mudança de paradigma importante para a área de atuação do fisioterapeuta foi a elaboração do Documento de Posição comum sobre a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC). Tal documento promove a elaboração de programas de RBC entre dirigentes comunitários, pessoas com deficiência, famílias e outros cidadãos envolvidos no processo de oferta de igualdade de oportunidades a todas as pessoas com deficiência na comunidade (RODRIGUEZ, 2011).

Embora não esteja incluído no quadro de profissionais obrigatórios do programa, a criação deste modelo de atenção foi essencial para que houvesse uma reflexão conjunta da classe de fisioterapeutas a respeito de sua função e inserção na APS, visando o aprimoramento e estruturação de ações no sentido de consolidar as estratégias de atuação. Outro nível de mudança versa sobre outro conceito de saúde-doença, o qual enfatiza os preceitos de uma intervenção precoce, no âmbito de prevenção e promoção da saúde. Assim o fisioterapeuta passou a não mais limitar-se a garantir sobrevivência, mas sim a assumir um papel decisivo para garantir, principalmente, a qualidade de vida da população (RODRIGUEZ, 2011).

No ano de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e garantir a continuidade e integralidade da atenção, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), concretizando a inserção do fisioterapeuta e da saúde funcional à atenção básica (RODRIGUEZ, 2011).

A criação dos NASF tem por objetivo a ampliação da abrangência e do escopo das ações da atenção básica, e a consolidação da atuação conjunta de seus integrantes com os profissionais da ESF. (BRASIL, 2008).

Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

Cada NASF 1 deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família. Em relação ao NASF 2 deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Um exemplo prático de atuação do fisioterapeuta nos diversos níveis de atenção está demonstrado em estudo que relata a experiência da fisioterapia no NASF em Governador Valadares – MG. Essa pesquisa verificou que a fisioterapia

vem sendo estimulada a montar grupos de acordo com a demanda de cada ESF. Assim há em funcionamento grupos de prevenção primária de mulheres costureiras, cabeleireiras e cozinheiras, grupos para estimulação psicomotora de crianças de até 5 anos, grupos de postura para crianças e adolescentes do ensino fundamental e grupos de gestantes. Também há grupos de prevenção secundária para hipertensão e diabetes e grupos de postura para adultos com queixas de dor nas costas. Mesmo com esses grupos já formados, diversas demandas ainda estão reprimidas, havendo a necessidade de que o profissional se empodere do conhecimento para articulá-lo e dar assistência de forma adequada. Em relação à prevenção terciária, são realizados atendimentos domiciliares em que a educação e a orientação do cuidador devem ser priorizadas, sem que assistência seja prestada. No entanto, a demanda é excessiva em comparação ao tempo disponível do profissional em cada unidade, o que torna clara a necessidade de formação de grupos operativos de atenção terciária (BARBOSA, FERREIRA, FURBINO & RIBEIRO, 2010).

Apesar do avanço no tocante da inserção do fisioterapeuta na atenção básica, é comum que se associe a profissão apenas ao papel de reabilitador. As discussões atuais apontam que o próprio termo reabilitação deveria não mais ser utilizado como designação pelas profissões de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, tendo em vista que em 2007 já havia sido convencionado o termo “Saúde Funcional” (RAGASSON *et al.*, 2010).

Um fator de destaque junto aos profissionais que participam ativamente do NASF assim como da ESF de sua abrangência é o conceito de atenção integral à população. Tal conceito afasta o risco de fragmentação da atenção, o que normalmente ocorre nos ambulatórios de fisioterapia (RODRIGUEZ, 2008).

A finalidade da equipe de reabilitação ou de saúde funcional ao trabalhar juntamente com equipes de SF constitui-se na inserção do sujeito, possuindo primazia na construção de ações que visem promover a saúde e desmontar situações de risco e vulnerabilidade social (RAGASSON *et al.*, 2010).

3.4 – DEMANDA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

3.4.1. – Conceitos

Entende-se por demanda tudo aquilo que os pacientes requerem em seu processo de cuidado, incluindo as indicações prescritas pelos médicos. Os profissionais médicos têm um papel fundamental como “controladores” desta demanda, e as listas de espera se tornam um marcador e tem influência sobre a mesma. A demanda de pacientes para um serviço pode ser dependente das características do paciente ou do perfil do serviço (WRIGHT, 1998).

A demanda por um bem ou serviço pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo, dadas as suas restrições orçamentárias. Está diretamente relacionado à noção de desejo: o conceito de demanda está baseado em uma estrutura de preferências. Dadas as diversas opções de consumo existentes, cada um de nós define uma "lista" de bens e serviços, segundo nossos gostos e preferências, que nos traga o máximo de satisfação ou felicidade (IUNES, 2002).

Sob um primeiro exame, o conceito de demanda se choca diretamente com o conceito de necessidade. Enquanto o primeiro está centrado sobre a liberdade e a autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências, o conceito de necessidade é uma definição exógena feita por um expert (IUNES, 2002).

Necessidade em cuidados de saúde é comumente definida como a capacidade de benefício. Se as necessidades de saúde pública estão a ser identificadas, então deveria haver uma intervenção eficaz disponível para atender a essas necessidades e melhorar a saúde (WRIGHT, 1998).

O conceito de necessidade já parte do reconhecimento de que, no setor saúde, a oferta e a demanda não interagem da maneira convencional: a demanda não é autônoma, e a oferta tem um papel importante na determinação dos níveis de consumo (CASTRO, 2002).

As necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que representam modos de vida e

identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e que envolve condições necessárias para o gozo da vida (PAIM, 2006).

Oferta são os cuidados de saúde prestados. Isso vai depender dos interesses dos profissionais de saúde, das prioridades dos políticos e da quantidade de dinheiro disponível (WRIGHT, 1998).

3.4.2 – Demanda e a Atenção Primária

O conhecimento que está na base da atenção primária (e a forma como ele é usado) é essencial na gestão da demanda. O acesso ao conhecimento tem proporcionado mudanças e tem potencial para ajudar a gerenciar a demanda de forma mais racional e consistente (PENCKEON, 1998).

Por outro lado, a incorporação de instrumentos específicos de captação de necessidades em saúde no espaço da Estratégia Saúde da Família requer esforço e conhecimento por parte dos profissionais de saúde e deve ser objeto de articulação entre o serviço e a coletividade. O uso de instrumentos que avaliem as necessidades em saúde permite uma reflexão sobre a lógica do trabalho que une a equipe de saúde aos usuários, possibilitando uma escuta qualificada e uma interpretação pertinente à intervenção (HINO, CIOSEK, FONSECA, EGRY, 2009). Percebe-se a necessidade de organizar os serviços de referência e contrarreferência, os fluxos e as centrais de regulação que objetivem equalizar a oferta, mais que obstaculizar o acesso do usuário.

Por fim, a incorporação de tecnologias na APS, seja na forma de equipamentos ou de conhecimentos aplicados, amplia a sua capacidade de resposta. Serviços de saúde estrategicamente localizados e de fácil utilização pela população, mas sem insumos e tecnologias que os tornem capazes de resolver as demandas de saúde, não potencializam as mudanças esperadas para o sistema de saúde (PIRES, GÖTTENS, MARTINS *et cols.*, 2010).

A escassez de recursos de saúde é um fato da nossa vida social e política. Isto significa que algumas pessoas não podem ter suas necessidades satisfeitas como os outros. Conseqüentemente, se quisermos alcançar a equidade no acesso aos cuidados de saúde adequados, então temos de encontrar uma maneira de conciliar esse direito com a realidade da escassez. Isso pode ser feito através da racionalização de

cuidados de saúde, em conformidade com sete princípios processuais: 1) as necessidades de saúde devem ser cumpridas em proporção à sua distribuição na população; 2) os recursos de tratamento devem ser priorizados com base na necessidade; 3) aqueles em necessidade moralmente similares devem ter chances iguais de acesso aos cuidados de saúde; 4) recursos escassos não devem ser fornecidos para cuidados em saúde ineficazes; 5) estilo de vida não deve determinar o acesso aos cuidados de saúde; 6) racionalidade deve ser otimizada na alocação de recursos escassos; 7) o controle social tem valor complementar na política de concessão de saúde (DOYAL, 1995).

3.4.3 – Demanda e Evidências Científicas

A demanda no sentido convencional do termo não pode ser aceita como indicador de necessidades, desde que ela é afetada por inúmeros fatores, entre os quais o desejo de lucro por parte do empresário privado, a percepção deficiente por parte do usuário e as decisões nem sempre racionais por parte dos demais ofertantes de serviços de saúde. A alternativa é estabelecer mecanismos adequados para identificar não apenas os níveis de saúde como as suas causas reais e então definir as verdadeiras necessidades em saúde. Para tal fim, são recomendados entre outros meios, inquéritos de morbidade, estudos epidemiológicos e levantamento de recursos humanos e materiais (CAMPOS, 1969).

Existe uma crescente demanda para o uso de abordagens científicas para dar suporte às decisões relativas aos problemas de saúde e o desenvolvimento de políticas públicas, possibilitando à sociedade programas de saúde racionais e efetivos. Abordagens baseadas em evidências têm sido adotadas na medicina para melhorar o cuidado individual dos pacientes. Saúde pública baseada em evidências utiliza a melhor evidência disponível para a tomada de decisões no sistema público de saúde e também desenvolve planos de ação, programas e políticas de saúde pública (BROWNSON, BAKER, LEET & GILLESPIE, 2003).

Avaliação das necessidades de saúde não é simplesmente um processo de escuta de pacientes baseado na experiência pessoal. Para as práticas individuais e profissionais de saúde, avaliação de necessidades de saúde proporciona uma oportunidade para: descrever modelos de doenças na população local e as diferenças

estaduais, regionais e nacionais; aprender mais sobre as necessidades e prioridades dos seus pacientes e da população local; destacar áreas de necessidades não atingidas e promover uma lista clara de objetivos a serem trabalhados para atingirem essas metas; decidir racionalmente como usar os recursos para melhorar a saúde da população local de maneira mais efetiva; influenciar políticas, pesquisas ou prioridades de desenvolvimento (WRIGHT, 1998).

Agências de financiamento estão cada vez mais exigindo avaliações quantitativas do impacto de programas de saúde pública, para atender maiores exigências de prestação de contas. A premissa maior é que o objetivo dessas avaliações seja influenciar a tomada de decisões. O quão complexa e precisa será a avaliação dependerá de quem avalia e de quais decisões serão tomadas a partir dos achados. Tanto avaliações simples quanto complexas devem ser igualmente rigorosas e alguns fatores como eficácia da intervenção, campo de conhecimento, tempo e custos podem influenciar a escolha do tipo da avaliação (HABICHT, VICTORA & VAUGHAN, 1999).

Acredita-se que instrumentos validados podem facilitar e apoiar a tomada de decisões, na medida em que permitem, de forma sistemática, coletar dados que reconhecem as necessidades em saúde da população, além de contribuir para o enfrentamento destas necessidades na prática das equipes de saúde da família (HINO, CIOSEK, FONSECA, EGRY, 2009).

Em estudo no qual os médicos foram questionados sobre a avaliação de necessidades em saúde, percebeu-se algumas barreiras à participação nesse processo como: desinteresse, resistência ou ceticismo e falta de treinamento, recursos e remuneração adicionais (MURIE, HANLON & McEVEN, 2000).

Mesmo que a implementação de uma cultura institucional de avaliação das necessidades em saúde seja difícil e dependente da colaboração dos profissionais de saúde, estudos que possam avaliar a demanda e o perfil de pacientes com necessidades em saúde semelhantes devem ser estimulados. Dessa forma, será possível conhecer o usuário que procura o serviço de saúde e trabalhar de maneira eficaz e eficiente para que estes possam ter suas demandas solucionadas e melhorada a sua saúde.

4 OBJETIVOS:

4.1 - OBJETIVO GERAL:

- Descrever, por meio da necessidade percebida pelos médicos, a demanda de encaminhamentos para a fisioterapia em um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS).

4.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Verificar a prevalência de encaminhamentos de fisioterapia realizados em um serviço de APS.

- Caracterizar os indivíduos encaminhados à fisioterapia por um serviço de APS quanto ao perfil demográfico, motivo do encaminhamento (diagnóstico clínico), comportamento da dor e repercussões na suas atividades laborais.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. Mov.* 2010; 23(2):323-330.

Barreto ML, Carmo EH. Mudanças nos padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Nupens-USP; 2000.

Bispo Júnior JP. Physiotherapy and collective health: challenges and new professional responsibilities. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(Suppl 1):1627-36.

Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 4, de 19 de Fevereiro de 2002. Artigo 3º. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 4 de mar. 2002. Seção 1, p.11.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde* [internet]. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. [acesso em 10 julho 2011]. Disponível em: <http://www.conass.org.br/arquivos/file/miolo%20livro%203.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154 – Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Caderno 27, Brasília, 2010.

Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. Evidence-Based Public Health. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(5): 443–444.

Campos O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento em saúde. *Rev Saude Publ.* 1969; 3(1): 79-81.

Castro JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias* 2002; 4(7): 122-135.

Costa, AM. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Saúde e Soc.* 2004; 13(3): 5-15.

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet.* 2011; 16(Supl. 1):1029-1042.

Declaração de Alma-Ata: Saúde para todos no ano 2000. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS

Decreto-Lei 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União 1969; 16 out.

Doyal L. Needs, rights, and equity: moral quality in healthcare rationing. *Qual Health Care* 1995; 4:273-283.

Freitas MS. A atuação da fisioterapia na atenção básica: ressignificando a prática profissional. *Revista Perspectivas*. 2009; 3(11):69-76.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 1991.

Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int.J.Epidemiol.* 1999; 28: 10-18.

Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Esp 2):1156-67.

Iunes RF. Demanda e Demanda em Saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. *Economia da saúde: conceito e contribuição para gestão de saúde*. 3ª Edição. Brasília: IPEA; 2002.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*. 2011; 20(4):867-874.

Loures LF, Silva MCS. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(4):2155-64.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1): 13-19.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5): 1411-16.

Mendes EV. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).

Mendonça CS. Saúde da Família, agora mais do que nunca! *Cien Saude Colet*. 2009; 14(Supl. 1):1493-97.

Menegazzo IR, Pereira MR, Villalba JP. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. *J Health Sci Inst.* 2010; 28(4): 348-51.

Murie J, Hanlon P, McEwen J, Russell E, Moir D, Gregan J. Needs assessment in primary care: general practitioners' perceptions and implications for the future. *Br J Gen Pract.* 2000; 50: 17-20.

Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 10(2):241-7.

Nemes, MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber, L. B. (Org.). *Programação em saúde hoje.* São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-116.

Neves LMT, Acioli GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Inter Comun Saude Educ.* 2011; 15(37): 551-64.

Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bull World Health Organ.* 2001; 79(2):161-170.

Organização Mundial De Saúde (OMS)/Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Universidade de São Paulo; 2003.

Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no Século XXI.* Salvador: Ed.UFBA; 2006.

Pastor-Sánchez R, Miras AL, Fernández MP, Camacho RG. Continuidad y longitudinalidad em medicina general en cuatro países europeos. *Rev Esp Salud Publica.* 1997; 71:479-485.

Patarra NL. Mudanças da dinâmica demográfica. In: Monteiro CA, organizador. *Velhos e novos males da saúde no Brasil.* 2a ed. (Hucitec/Nupens-USP). São Paulo: Hucitec/Nupens- USP; 2000.

Pencheon, D. Matching demand and supply fairly and efficiently. *BMJ.*1998; 316:1665-7.

Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Aly ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(Supl. 1):1009-1019.

Queiroz, MBL. O projeto pedagógico do Curso de Fisioterapia e a formação para atuação na área de Dermato-Funcional. Dissertação de Mestrado. PUC- Curitiba, 2005. Disponível em http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=343, acesso em maio de 2009.

Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2ª Ed (Manole). São Paulo: Manole; 1999.

Ribeiro, KSQ. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde. *Fisioterapia Brasil* 2002; 3(5):.311-18.

Rissi Júnior JB, Nogueira RP, organizadores. As condições de Saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizador. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória do profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos núcleos de apoio a saúde da família (NASF). *Comun. ciênc. saúde* 2011; 21(3): 261-66.

Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 948-960.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Takeda S. A organização dos serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ *et. cols.* *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3ª edição; Porto Alegre: Artmed; 2004.

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998; 7(2):7-28.

Unglert C. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.

Wright J. *Health needs assessment in practice*. 1ª edição. Londres: BMJ Books; 1998.

ARTIGO

6 ARTIGO

A ser submetido à *Revista de Saúde Pública*

Perfil da Demanda de Fisioterapia em um Serviço de Atenção Primária à Saúde

Physical Therapy Demand Profile in a Primary Health Care Service

Guilherme Grivicich da Silva¹, Sérgio Antônio Sirena²

¹Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

²Doutor em Geriatria, Docente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondência: Guilherme Grivicich da Silva

Fisioterapia e Reabilitação - Grupo Hospitalar Conceição
Hospital Cristo Redentor, Domingos Rubbo, 20 –
Bairro Cristo Redentor – CEP: 91040 – 000
Porto Alegre, RS, Brasil.
Tel.; + 5551 3357.4100
E-mail: sguilherme@ghc.com.br

RESUMO

Introdução: Embora o fisioterapeuta tenha capacidade e deva desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se que sua atuação no nível primário ainda é pouco explorada. O conhecimento da demanda de fisioterapia é essencial para a formulação de estratégias e políticas de saúde capazes de atender às necessidades dessa população.

Objetivos: Os objetivos do presente estudo são: verificar a prevalência de encaminhamentos de fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS) e caracterizar os usuários encaminhados à fisioterapia pelas Unidades de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC)-GHC, quanto ao perfil demográfico, motivo do encaminhamento (diagnóstico clínico), dor e repercussões no trabalho.

Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo de prevalência. Foi realizado nas Unidades de Saúde do SSC-GHC, todas localizadas na zona norte de Porto Alegre, de nível primário de atenção à saúde, com atendimento público. Foram analisados todos formulários de encaminhamento à fisioterapia, no período de julho a setembro de 2012.

Resultados: Analisando um total de 258 formulários, a prevalência média de encaminhamentos à fisioterapia das 8 Unidades de Saúde participantes foi de 1,12%. Os diagnósticos clínicos mais prevalentes foram a osteoartrose (29,1%) e as tendinopatias/lesões de tecidos moles (27,1%), havendo um predomínio do sexo feminino (70,5%) e de indivíduos com idade inferior a 60 anos (59,4%). Evidenciamos também que essa população encaminhada à fisioterapia apresenta dor em 87,1% dos casos, de intensidade de moderada a muito grave em 85,2%, com interferência no trabalho de moderada a grave em 72,1% e incapacitando para o trabalho, pelo menos parcialmente, 48,1% dos usuários encaminhados.

Conclusão: Dada a relevância das prevalências de encaminhamentos à fisioterapia, entende-se que o papel do fisioterapeuta deva ser ampliado e melhor definido tanto em relação ao matriciamento, quanto em relação ao atendimento.

Palavras-Chave: Fisioterapia; Demanda; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Although the physical therapist has the ability and must develop effective activities in all levels of health care, we realize that their performance at the primary level is still poorly explored. The knowledge of the demand with the objective of formulating strategies and health policies should be capable to meet the needs of this population.

Objectives: The objectives of this study are: check the prevalence of referrals for physical therapy in Primary Health Care (PHC) and to characterize the users referred to physiotherapy by the Primary Health Care Units (PHCU) of the Department of Community Health (DCH) -GHC, according to demographic profile, reason for referral (clinical diagnosis), pain and repercussions in the workplace.

Materials and Methods: This is a prevalence study. It was performed in PHCU of DCH-GHC, all located in the northern zone of Porto Alegre, primary level of health care, with public provision of health care. We analyzed all forms of referral to physical therapy of participating PCHU, in the period of July to September 2012.

Results: Analysing 258 forms, we found the median referral to physical therapy prevalence of 1.12%. The two most prevalent clinical diagnosis were osteoarthritis (29.1%) and tendinoses/soft tissues injuries (27.1%), with higher prevalence of female (70.5%) and individuals with less than 60 years old (59.4%). It was evidenced that in referred to physical therapy population there was pain in 87.1% of cases (from moderated to very hard intensity in 85.2%), with 72.1% of work interference (from moderated to hard intensity) and in 48.1% of them there was, at least, parcial incapacity for work.

Conclusion: Given the relevance of prevalence of referrals to physical therapy, it is understood that the role of the physiotherapist should be expanded and better defined both in relation to support as compared to attendance.

Key-Words: Physical Therapy; Demand; Primary Health Care

Introdução:

No Brasil, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus focos prioritários a reorientação do modelo assistencial direcionando a mudança no padrão de vida e saúde da população brasileira. Tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como base estruturante, e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária, as práticas e ações dos profissionais de saúde precisam alcançar princípios fundamentais, dentre eles, a garantia da integralidade na produção do cuidado¹⁶.

A prevalência de utilização de fisioterapia na população brasileira é baixa quando comparada a alguns países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Este resultado é preocupante, porque a fisioterapia pode desempenhar um papel importante na prevenção, reabilitação e melhoria de qualidade de vida dos usuários, reduzindo o tempo de internação hospitalar e os custos do cuidado. A fisioterapia também deve ser incluída na APS (por exemplo: no Programa de Saúde da Família), como uma estratégia de estender seus benefícios à população em risco, especialmente para os idosos e os indivíduos com doenças crônicas²¹.

A Fisioterapia, como um procedimento de média complexidade, contribui significativamente para os gastos públicos por meio da assistência ambulatorial, o que justifica a implementação de sistemas de controle e avaliações mais específicos, exercidos por um profissional desta categoria, pois este possui o conhecimento técnico sobre os procedimentos prestados, que é necessário para melhor efetividade na identificação e prevenção de possíveis fraudes, perdas, malversação dos recursos e, sobretudo, garantir a qualidade da assistência prestada²⁰.

Desde o surgimento da profissão, o fisioterapeuta tem seu papel vinculado à imagem de profissional reabilitador, responsável por tratar problemas, incapacidades e deficiências já instaladas. Diante disso, cabe à fisioterapia uma releitura dos seus fundamentos e análise aprofundada da prática profissional, visando adaptações a nova realidade, podendo, desta forma contribuir para as mudanças no quadro social e sanitário do país¹⁷. Considerando a atuação do profissional dentro de um território estabelecido e em uma população definida, o fisioterapeuta passa a ter a possibilidade de acompanhar com maior proximidade e responsabilidade a população adscrita. A responsabilização estimula novas perspectivas de relacionamento entre

profissionais e usuários, estabelecendo novos vínculos, bem como estimulando o surgimento de ações promocionais e preventivas^{22,23}. Atuações direcionadas apenas ao controle de danos impõem restrições à prática do profissional fisioterapeuta, limitando-o a intervir somente quando a doença encontra-se instalada e, na maioria dos casos, de forma avançada.

Por outro lado, a incorporação de instrumentos específicos de captação de necessidades em saúde no espaço da Estratégia Saúde da Família requer esforço e conhecimento por parte dos profissionais de saúde e deve ser objeto de articulação entre o serviço e a coletividade. O uso de instrumentos que avaliem as necessidades em saúde permite uma reflexão sobre a lógica do trabalho que une a equipe de saúde aos usuários, possibilitando uma escuta qualificada e uma interpretação pertinente à intervenção¹⁰.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo avaliar, por meio da necessidade percebida pelos médicos, a demanda de encaminhamentos para a fisioterapia na Atenção Primária à Saúde, verificando a prevalência de encaminhamentos e descrevendo o perfil dos usuários encaminhados no que diz respeito ao diagnóstico clínico, comportamento da dor e repercussões no trabalho.

Materiais e Métodos:

A presente pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), no período de julho a setembro de 2012. Trata-se de um estudo de prevalência, com dados primários coletados pelos médicos e residentes das Unidades de Saúde participantes.

O SSC-GHC é formado por 12 Unidades de Saúde, todas compostas por equipes básicas padrão, sugeridas pelo Ministério da Saúde, com médicos com especialização em medicina de família e comunidade e programa de residência médica referência no âmbito nacional. O SSC-GHC apresenta alguns indicadores assistenciais importantes como: alta proporção de cobertura pré-natal; alta proporção de cobertura vacinal; programa bem estruturado de atenção a doenças e agravos não-transmissíveis (*Atenção a Saúde das Pessoas com Hipertensão (HAS), diabete melito (DM) e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV)*). Todas as unidades de saúde localizam-se na zona norte de Porto Alegre e prestam atendimento

à sua população de maneira gratuita. Trata-se de um serviço de saúde comunitária bem estruturado e organizado, com maior grau de orientação à APS em comparação com os outros serviços desse nível de atenção em Porto Alegre ⁴.

Os pesquisadores visitaram as 12 unidades de saúde para apresentar a pesquisa e dirimir possíveis dúvidas relativas ao preenchimento dos formulários. As apresentações duravam em torno de 15 minutos e eram feitas durante as reuniões de equipe semanais já estabelecidas, para que não fosse modificada a rotina de atendimentos e a logística de cada unidade. Ao final da reunião, os pesquisadores deixavam com os responsáveis por cada posto de saúde um kit. A entrega do kit não obrigava a unidade de saúde a participar da pesquisa. Os responsáveis tinham 3 dias para decidir sobre a viabilidade e o interesse de participação no estudo. Sendo assim, a pesquisa foi realizada em 8 das 12 Unidades SSC-GHC, no período de Julho a Setembro de 2012. Nesse período, somente os formulários de coleta eram disponibilizados nessas unidades participantes. Sendo assim, todos os encaminhamentos à fisioterapia, feitos por essas unidades de saúde, fizeram parte da presente pesquisa.

O formulário de coleta consistia no formulário de encaminhamento padrão, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, grampeado com: uma folha de carbono; um formulário de pesquisa (formulário de encaminhamento padrão na frente e questionário no verso); 2 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário era composto por 8 perguntas de respostas rápidas e objetivas, que contemplam aspectos referentes ao motivo de encaminhamento, perfil demográfico, dor e repercussões no trabalho. O TCLE foi apresentado em duas vias e foi entregue uma cópia ao sujeito de pesquisa ou seu responsável (se fosse o caso), após a assinatura.

Sempre que, como resultado da consulta médica em atenção básica, o usuário devesse ser encaminhado à fisioterapia o médico deveria preencher o formulário de encaminhamento padrão. Ao realizar essa tarefa, automaticamente, uma segunda via do encaminhamento padrão era obtida para fins da pesquisa. Além disso, o usuário era questionado sobre a possibilidade em participar da pesquisa, respondendo a perguntas referentes ao motivo pelo qual estava sendo referenciado à fisioterapia. Esclarecidos os objetivos da pesquisa e estando de acordo com a participação, o

usuário era solicitado a preencher o TCLE e a responder às perguntas do questionário. O médico (contratado ou residente) que solicitasse o encaminhamento à fisioterapia responsabilizava-se por preencher o questionário, quando o usuário aceitasse participar da pesquisa. Com a anuência do usuário, as respostas do questionário eram utilizadas na pesquisa. Com a negativa do usuário, apenas a segunda via do formulário de encaminhamento padrão era utilizada. Esta era contabilizada somente na prevalência e na descrição do diagnóstico clínico de encaminhamento. Entre unidades em que foi viável o estudo, 3 delas preencheram somente o registro do formulário padrão de encaminhamento à fisioterapia. As demais unidades preencheram o formulário padrão e o formulário de pesquisa.

A análise dos dados foi feita através do programa SSPS, versão 18.0, no qual realizou-se a estatística descritiva com frequências, médias e percentuais para avaliar a prevalência de encaminhamentos e o perfil da demanda. Para as comparações das variáveis categóricas por sexo, faixa etária e diagnósticos clínicos mais prevalentes, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Para testar a normalidade dos valores das variáveis contínuas utilizou-se o teste de Shapiro-Wilks. As variáveis contínuas sem distribuição normal foram comparadas através do teste de Mann-Whitney. Para todos os testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%, sendo $p \leq 0,05$.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição, sob o parecer consubstanciado de número: 25730/2012.

Resultados

Essas Unidades de Saúde atendem, cada uma, uma população cadastrada média de 6801,25 usuários, podendo variar entre 3863 e 13157 usuários cadastrados. Em relação ao sexo, a população atendida tem em média 45,45% ($\pm 2,22$) de homens e 54,55% ($\pm 2,20$) de mulheres. Ao dividirmos a faixa etária entre idosos (≥ 60 anos) e não idosos (< 60 anos), temos as seguintes médias: idosos 18,55% ($\pm 7,93$) e não idosos 81,45% ($\pm 8,05$). As 4 unidades de saúde que não participaram do estudo apresentam, cada uma, uma população cadastrada média de 10320 usuários podendo variar entre 4640 e 26690 usuários cadastrados. Além disso, a população tem, em

média, 45,23% ($\pm 2,80$) de homens, 54,77% ($\pm 2,80$) de mulheres, 20,73% ($\pm 8,19$) de idosos (≥ 60 anos) e 79,28% ($\pm 8,19$) de não idosos (< 60 anos).

Sendo assim, nesse período, foram totalizados 258 encaminhamentos de fisioterapia na atenção primária à saúde, sendo que 76 usuários aceitaram participar da pesquisa e responder ao questionário, permitindo-nos que também fosse possível obter um perfil desses usuários no que diz respeito à dor e repercussões no trabalho. O tamanho da amostra de 258 apresenta uma margem de erro em torno de 6% (nível de confiança de 95%). Quando comparados os 76 usuários (que compuseram a amostra do perfil da demanda) aos outros 182 usuários encaminhados à fisioterapia (que não aceitaram responder o questionário) encontramos uma diferença estatisticamente significativa entre sexo e diagnóstico clínico desses 2 grupos.

A tabela 1 registra a prevalência de encaminhamentos, considerando as 8 unidades de saúde analisadas e o total de encaminhamentos (258 formulários). A prevalência média de usuários encaminhados à fisioterapia foi de 1,12%, apresentando grande variabilidade entre as unidades de saúde. Através de uma estimativa de proporção, obteve-se um valor médio de 11,17 usuários encaminhados à fisioterapia a cada 1000 consultas médicas na APS. (*Inserir Tabela 1*)

Em relação à descrição do total de usuários encaminhados à fisioterapia, encontramos uma média de idade de 54,8($\pm 15,8$) anos. A caracterização da amostra encontra-se descrita na tabela 2. (*Inserir Tabela 2*)

Os dados apresentam os 258 usuários encaminhados à fisioterapia com a predominância das seguintes características: sexo feminino (70,5%), menores de 60 anos (59,4%), com registro de dor em sua história clínica (78,7%), sendo a osteoartrose (29,1%) e as tendinopatias/lesões de tecidos moles (27,1%) as doenças de maior prevalência. É importante salientar que, mesmo que a maior prevalência de encaminhamentos tenha sido de indivíduos menores de 60 anos, a prevalência de 40,6% de idosos é superior à prevalência média de idosos na população cadastrada nas 8 unidades de saúde participantes (18,55%). A indicação de fisioterapia com intuito de analgesia foi registrada em 77,1% dos encaminhamentos. Para 92,2% dos usuários foi solicitada a realização de 11 a 20 sessões, sendo que 66,3% deles ainda não haviam realizado tratamento fisioterapêutico para o problema motivador do encaminhamento.

A análise dos 76 usuários que aceitaram participar da pesquisa, revela seu perfil, segundo as variáveis demonstradas na tabela 3. (*Inserir Tabela 3*)

A partir dos dados apresentados na tabela 3, alguns resultados relevantes devem ser destacados. Os usuários encaminhados à fisioterapia eram aposentados (32,9%), precisavam de fisioterapia motora em 96,1% dos casos, tendo 61,4% deles consultado até 5 vezes pelo mesmo motivo. A dor estava presente em 87,1% dos casos, sendo de moderada a muito grave em 85,2% dos casos dolorosos, tendo interferido no trabalho, pelo menos, moderadamente em 72,1% dos usuários. Em relação à impossibilidade de trabalhar, 48,1% dos usuários demonstrou-se, pelo menos, parcialmente impossibilitado de exercer suas atividades laborais.

A tabela 4 demonstra a comparação das variáveis categóricas da amostra, obtidas através de formulário de pesquisa. Os dados foram comparados em relação ao sexo e faixa etária, considerando sexo masculino (M) e feminino (F) e idade >60 anos (idosos) e ≤60 anos (não-idosos). (*Inserir Tabela 4*)

As comparações apresentadas na tabela 4 registram dados do perfil dos usuários encaminhados em relação ao sexo e à idade. Os homens, quando comparados às mulheres, apresentam prevalências estatisticamente superiores em relação às fraturas (6,6%), à impossibilidade parcial de trabalhar (33,3%) e ao fato de não ter realizado fisioterapia por motivo diferente daquele do encaminhamento analisado. Cervicalgia (19,4%), o fato de não serem impossibilitadas de trabalhar (52,9%) e o fato de já terem realizado fisioterapia por outro motivo (40%) apresentam prevalências estatisticamente superiores nas mulheres. Nas comparações por faixa etária, os idosos (com idade ≥ 60 anos) apresentam uma prevalência estatisticamente superior de osteoartrose (38,1%), não impossibilitando ao trabalho (60%). Por outro lado, os usuários com idade inferior a 60 anos apresentam prevalência estatisticamente superior para o diagnóstico de lombalgia (19%).

Ao analisarmos indivíduos com os dois diagnósticos clínicos mais prevalentes em relação a idade, encontramos uma média de idade estatisticamente superior ($p=0,001$) nos indivíduos com osteoartrose ($62,3\pm 10,1$) em relação aos indivíduos com diagnóstico de tendinopatia ($54,5\pm 14,1$). As mesmas variáveis analisadas na tabela 2 foram comparadas em relação ao diagnóstico clínico, não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa.

A tabela 5 demonstra as variáveis contínuas do formulário de pesquisa: número de consultas pelo mesmo motivo, tempo de início da dor e tempo impossibilitado de trabalhar, em relação aos dois diagnósticos clínicos de maior prevalência, sexo e faixa etária da população. (*Inserir Tabela 5*).

Discussão

Em relação à prevalência de encaminhamentos à fisioterapia, podemos verificar que houve uma grande variabilidade entre as unidades de saúde participantes. Tratando-se de um serviço de saúde bem estruturado, homogêneo e com forte grau de orientação à Atenção Primária à Saúde⁴, esperava-se que tal processo de referenciamento pudesse ser de pouca variabilidade. Talvez encontremos nesse fato uma dificuldade, por parte dos médicos de família, em reconhecer o papel da fisioterapia no processo de atenção à saúde ou em avaliar, criteriosamente aqueles casos que poderiam beneficiar-se de tal tratamento. É importante salientar que esse tipo de encaminhamento não é fácil de ser padronizado, tendo em vista a particularidade de cada caso. O valor médio de prevalência de encaminhamentos no nosso estudo foi de 1,12%. Considerando um estudo de base populacional realizado em Pelotas(RS), no qual encontrou-se uma prevalência de 30,2% de utilização da fisioterapia durante a vida e de 4,9% de utilização nos 12 meses que antecederam a entrevista²¹, a prevalência de encaminhamentos encontrado no nosso estudo(1,12%) é relativamente baixa.

O índice de encaminhamentos de fisioterapia por 1000 consultas tem o intuito de estimar a demanda por fisioterapia originada pela APS. O valor médio desse índice nos possibilita sugerir que, no serviço de saúde comunitária pesquisado, a cada 1000 consultas médicas na APS teremos 11,17 encaminhamentos à fisioterapia. Em termos de gestão, tal achado torna-se de grande valia, podendo ser um indicador da demanda e ferramenta para implementação de uma política institucional de avaliação dos serviços de saúde. De maneira prática, o gestor poderia valer-se de tal indicador para estruturar sua rede integrada de atenção à saúde visando melhorar a resolutividade da APS.

Em um estudo semelhante, a osteoartrose (29,2%), seguida de lesões musculoesqueléticas (28,3%) apresentaram-se como as doenças mais prevalentes em levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma unidade básica de saúde em Campinas(SP) ¹⁴. Esses dados são semelhantes aos do presente estudo, no qual a osteoartrose está presente em 29,1% e as tendinopatias/lesões de tecidos moles em 27,1% dos encaminhamentos à fisioterapia.

Estima-se que 10% da população mundial com idade superior a 60 anos sofre com osteoartrose, sendo que 80% desta população possui restrição de movimento e 25% destes apresentam limitações funcionais, ocasionando prejuízos no desempenho de atividades cotidianas. Tanto a prevalência quanto o nível de incidência da artrose aumentam com idade acima de 40 anos. A sua prevalência possui padrões específicos relacionados tanto à idade quanto ao gênero: antes dos 50 anos, a prevalência é maior em homens, e após os 50 anos, mulheres costumam ser mais afetadas em mãos, pés e joelhos ⁶. Tais achados assemelham-se aos resultados do nosso estudo, nos quais encontramos uma prevalência estatisticamente superior de osteoartrose em indivíduos com mais de 60 anos de idade (38,1%), porém não encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação a osteoartrose ao realizarmos a comparação entre sexos.

Estudo realizado em uma unidade básica de saúde de Sorocaba(SP), com 40 pacientes com dor músculo-esquelética, apresentou uma maior prevalência do sexo feminino (82,2%), com média de idade 54,8 anos, sendo a duração média da dor de 6,5 anos ¹³. Nos nossos achados, a prevalência do sexo feminino também foi maior (70,5%) e a média de idade de 54,8 anos.

Também considerando o levantamento epidemiológico realizado em Campinas(SP), a distribuição de agravos à saúde por faixa etária demonstra: maior prevalência de doenças osteomusculares na população de 20 a 39 anos (6,6%) e na faixa etária de 40 a 59 anos (9,4%); maior prevalência de artrose na faixa etária de 60 anos ou mais (21,70%); maior prevalência de fraturas em mulheres idosas ¹⁴. Tais achados são, em parte, semelhantes aos resultados do nosso estudo onde houve uma maior prevalência de osteoartrose em idosos (38,1%), problemas osteomusculares entre indivíduos não idosos (lombalgia, 19%), porém as fraturas mostraram-se mais

prevalentes em homens, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias para essa variável.

Sendo os usuários encaminhados à fisioterapia predominantemente com idade inferior a 60 anos (59,4%) e, nessa faixa etária, há uma maior prevalência de lombalgia, tal condição merece atenção especial. A dor lombar impõe uma grande carga social e econômica à sociedade e pode ser incapacitante. Diretrizes internacionais para o manejo da lombalgia acreditam que essa condição deva ser bem manejada na atenção primária. Porém, alguns profissionais das unidades de saúde sentem necessidade de maiores informações sobre diagnóstico e efetividade dos tratamentos dessa condição⁸. Os achados do nosso estudo evidenciam a lombalgia como o terceiro diagnóstico de maior prevalência entre o total dos usuários encaminhados à fisioterapia (15,1%).

Os achados do nosso estudo demonstraram que para 72,1% dos usuários encaminhados à fisioterapia a dor interferiu, pelo menos, moderadamente no seu trabalho normal (incluindo o trabalho de dentro de casa). Além disso, 48,1% dos encaminhados ficaram impossibilitados, pelo menos parcialmente, de trabalhar em decorrência da dor. Um estudo australiano de coorte, com acompanhamento de um ano, avaliou pacientes com dor lombar inespecífica que consultaram em unidades básicas de saúde. Entre os achados, os autores verificaram que 79,5% dos participantes trabalhavam antes do aparecimento da lombalgia, sendo que 37,8% relataram mudanças no status de trabalho, causadas pela doença. Esses mesmos trabalhadores demoraram, em média, 14 dias para voltar ao trabalho, sendo que a probabilidade de voltarem ao status de trabalho pré-lombalgia era de: 74,6% em 6 semanas, 83,2% em 12 semanas e 89,5% em 1 ano⁹.

Os achados do nosso estudo evidenciam que a tendinopatia ou lesões de tecidos moles, normalmente diagnosticada em membros superiores, representam 27,1% do total de encaminhamentos de fisioterapia, sendo a segunda patologia de maior prevalência entre os formulários analisados. Os custos associados a queixa de dor no ombro são elevados, em decorrência do alto índice de afastamento do trabalho por esse problema. Em estudo norte-americano sobre usuários da APS com dor no ombro, percebeu-se que homens, adultos jovens (com idade inferior a 52 anos)

apresentam lesões prévias associadas à dor no ombro e um quinto deles demonstraram lesões relacionadas ao trabalho ²⁴.

A dor crônica pode ser considerada sintoma ou diagnóstico e o seu manejo é bastante difícil. O nosso estudo verificou que a dor crônica foi considerada diagnóstico clínico em 3,5% dos encaminhamentos. Porém, se considerarmos um sintoma, a dor esteve presente na história clínica de 78,7% dos usuários encaminhados, mantendo-se sempre acima de 6 meses (independente da comparação por sexo, faixa etária ou diagnóstico clínico), podendo, então, ser caracterizada como dor crônica. Um estudo de Sorocaba(SP) para avaliar o perfil de usuários de uma unidade básica de saúde com queixa de dor músculo-esquelética concluiu que mulheres com queixas crônicas, envolvendo tanto articulações periféricas quanto a coluna vertebral, compõem a maioria desses casos ¹³.

Em relação ao tratamento, a modalidade mais utilizada foi a medicamentosa, com predomínio de analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais, havendo baixa utilização de tratamentos não medicamentosos, como fisioterapia, e exercícios físicos ¹². A fisioterapia aparece como uma medida auxiliar no tratamento da dor músculo-esquelética crônica. As técnicas aplicadas como, por exemplo, ultrassom e estimulação elétrica de baixa frequência parecem ter resultado positivo a curto prazo ¹⁵. Um estudo sueco verificou que um programa de treinamento neuromuscular individualizado é importante em pacientes com osteoartrite grave de joelho ou quadril, em relação ao alívio do auto-relato de dor após treinamento, diminuição de dor durante o tratamento e poucos eventos articulares adversos ¹. Uma revisão sistemática realizada na Holanda verificou que o programa de exercícios acrescido de terapia manual (realizada por fisioterapeuta) tem melhores efeitos na redução da dor de pacientes com osteoartrite de joelho, quando comparado ao programa de alongamentos ou somente exercícios ¹¹. Um ensaio clínico randomizado holandês demonstrou que um programa de 12 semanas de tratamento miofascial de trigger points é capaz de produzir alívio significativo em pacientes com dor crônica no ombro ⁴.

Contudo, evidenciamos que a população estudada, ou seja, os usuários encaminhados à fisioterapia apresentam dor em quase 90% dos casos, de intensidade de moderada a muito grave em 85,2%, com interferência no trabalho de moderada a

grave em mais de dois terços deles e incapacitando para o trabalho, pelo menos parcialmente, quase metade dos usuários encaminhados. Tais achados constituem problema de saúde pública devido aos custos associados a tais condições e a necessidade de se encontrar estratégias, principalmente na atenção primária à saúde, que aumentem a resolatividade de tais condições e agravos.

Existe o reconhecimento da relevância da prática fisioterapêutica na atenção primária e o desejo das equipes de saúde acerca do modo de inserção deste trabalhador em suas equipes de saúde. Isso pode ser entendido como o compromisso das ESF em oferecer à população uma atenção integral à saúde, baseada numa perspectiva multidisciplinar, decorrente tanto da reorganização do sistema de saúde brasileiro quanto das alterações do perfil de morbidade da população. Os profissionais das ESF, a partir de suas percepções, apontam um grande avanço no que se refere à definição e descrição apropriadas das ações inerentes ao profissional fisioterapeuta na atenção primária à saúde, contextualizadas às suas realidades de processo de trabalho e necessidades da comunidade¹⁷. Alguns estudos já vêm evidenciando a necessidade de inserção da fisioterapia na ESF como contribuição efetiva para a resolubilidade da estratégia e para a consolidação dos princípios norteadores do SUS. Porém, essa inserção deve ser subsidiada por informações de demandas da população e infra-estrutura local, de forma a assegurar a eficácia da ação².

Cabe ao fisioterapeuta, em consonância com a equipe de saúde e com os gestores locais, planejar e desenvolver estratégias para contemplar tanto ações de reabilitação, que não podem deixar de ser desenvolvidas, quanto ações de promoção de saúde e prevenção de doenças³. Apesar do avanço significativo no tocante da inserção do fisioterapeuta na atenção básica, ainda é comum associar a profissão apenas ao papel de reabilitador¹⁹. No Reino Unido, os profissionais de reabilitação atuam na APS com médicos de família, sugerindo uma tendência em mudar os serviços de reabilitação do setor secundário para o primário. Por outro lado, no Canadá, os fisioterapeutas são referenciados pelos médicos da APS. Um estudo canadense para analisar qual desses modelos ofereceria maior acesso aos serviços de fisioterapia verificou que, independente da estratégia a ser utilizada, tudo depende da alocação de recursos e dos stakeholders aos quais cabem tal tarefa. Porém, os autores

são categóricos em afirmar que o acesso à fisioterapia é necessário para o manejo de condições crônicas ⁷.

Talvez o perfil dos 76 usuários encaminhados à fisioterapia tenha limitações em representar a totalidade de encaminhamentos e haja a necessidade de um estudo futuro com delineamento mais robusto capaz de corrigir tais diferenças. O fato de não contar com a participação de todas as unidades de saúde do serviço de saúde comunitária e a dificuldade em estender a coleta de dados por um período maior, limitaram a qualificação e a quantidade da amostra do nosso estudo. Tais fatores podem ser solucionados se houver a padronização dos encaminhamentos de fisioterapia via sistema informatizado, o que diminuiria a burocracia de tal referenciamento e facilitaria a adesão das unidades de saúde à pesquisa. Talvez tais informações devessem ficar armazenadas no sistema, independente de realização de pesquisa, como forma de metas ou indicadores de avaliação institucional, podendo conferir importância e utilidade a tais dados.

O principal papel desse trabalho foi traçar um perfil da demanda de encaminhamentos para fisioterapia, oriundos da atenção primária. Mesmo que a prevalência de encaminhamentos encontrada tenha sido baixa, os usuários encaminhados apresentaram mudanças no seu status de saúde, na qualidade de vida e prejuízos sociais e financeiros decorrentes do problema pelo qual foram referenciados à fisioterapia. Dessa forma, o fisioterapeuta passa a ter subsídios para elaborar estratégias e planos de ação que consolidem sua participação na APS, pensando não somente no tratamento dessas patologias mais prevalentes, mas também na prevenção delas e na promoção de saúde. Essa intervenção não depende da atuação de somente um profissional, mas da flexibilidade dos atores sociais envolvidos, o que mostrará um fisioterapeuta cada vez mais capacitado a atuar com senso de responsabilidade, reconhecendo-se como agente de transformação social na defesa saúde integral, comprometido com a cidadania e consciente da natureza dos problemas de saúde em suas relações com o contexto¹⁹.

Referências:

1. Ageberg E, Link A, Roos EM. Feasibility of neuromuscular training in patients with severe knee or hip OA: The individualized goal-based NEMEX-TJR training program. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2010; 11: 126.
2. Baena CP, Soares MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter Mov.* 2012; 25(2):419-31.
3. Bispo Júnior JP. Physiotherapy and collective health: challenges and new professional responsibilities. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(Suppl 1):1627-36.
4. Bron C, de Gast A, Dommerholt J, Stegenga B, Wensing M, Oostendorp RAB Treatment of myofascial trigger points in patients with chronic shoulder pain: a randomized, controlled trial. *BMC Medicine* 2011; 9:8.
5. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Quality assessment of primary care by health professionals: a comparison of different types of services. *Cad Saude Publica.* 2012;28(9):1772-84.
6. Corti CM, Rigon C. Epidemiology of osteoarthritis: Prevalence, risk factors and functional impact. *Aging Clin Exp Res.* 2003; 15(5): 359-363.
7. Cott CA, Mandoda S, Landry MD. Models of integrating physical therapists into family health teams in Ontario, Canada: challenges and opportunities. *Physiother Can.* 2011; 63(3):265–275; doi:10.3138/ptc.2010-01.
8. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Das A, McAuley JH. Low back pain research priorities: a survey of primary care practitioners. *BMC Fam Pract.* 2007. 11;8:40.
9. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ.* 2008 7;337:a171. DOI: 10.1136/bmj.a171.
10. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(Esp 2):1156-67.
11. Jansen MJ, Viechtbauer W, Lenssen AF, Hendriks EJ, de Brie RA. Strength training alone, exercise therapy alone and exercise therapy with passive manual mobilization each reduce pain and disability in people with knee osteoarthritis: a systematic review. *J Physiother.* 2011;57(1):11-20. doi: 10.1016/S1836-9553(11)70002-9
12. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res.* 2002; 53(4):859-63.
13. Martinez JE, Santos, BZC, Fasolin RP, Gianini RJ. Perfil de Pacientes com Queixa de Dor Músculo-Esquelética em Unidade Básica em Sorocaba. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd* 2008;6(5):167-171.

14. Menegazzo IR, Pereira MR, Villalba JP. Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas. *J Health Sci Inst.* 2010; 28(4): 348-51.
15. Neto AAC, Motta CM, Senger MH, Martinez JE. Recomendações para a abordagem de dor musculoesquelética crônica em unidades básicas de saúde. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd* 2010;8(5):428-433.
16. Neves LMT, Acioli GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Inter Comun Saude Educ.* 2011; 15(37): 551-64.
17. Novais BKLO, Brito GEG. Percepções sobre o trabalho do fisioterapeuta na atenção primária. *Rev APS.* 2011; 14(4): 424-434.
18. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Aly ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Cien Saude Colet.* 2010; 15(Supl. 1):1009-1019.
19. Rodriguez MR. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Com. Ciências Saúde.* 2010; 21(3):261-266.
20. Santos FC, Aleluia IRS, Santos IN, Moura LGF, Carvalho MA. Participação do fisioterapeuta na equipe multiprofissional de auditoria em saúde. *RAS* 2011; 13(51): 95-102.
21. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiologia da utilização de fisioterapia em adultos e idosos. *Rev.Saúde Pública* 2005; 39(4): 663-8.
22. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1998; 7(2):7-28.
23. Unglert C. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.
24. Wofford JL, Mansfield RJ, Watkins RS. Patient characteristics and clinical management of patients with shoulder pain in U.S. primary care settings: secondary data analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey. *BMC Musculoskelet Disord.* 2005 3;6:4.

Tabela 1 – Prevalência de Encaminhamentos de Fisioterapia no SSC-GHC, nas Diferentes Unidades de Saúde, no período de Julho a Setembro de 2012.

Unidade de Saúde	Pop. Cad.(n)	Cons. (n)	Enc. (n)	Prev. (%)	Enc./Cons. (/1000)
Barão de Bagé	4000	2750	24	0,87	8,72
Coinma	5778	3545	14	0,39	3,95
Floresta	7119	3445	18	0,52	5,22
Jardim Itu	8237	2492	48	1,93	19,26
Jardim Leopoldina	13157	3472	96	2,76	27,65
Parque dos Maias	6785	4006	18	0,45	4,49
Santissima Trindade	3863	1728	6	0,35	3,47
SESC	5471	1657	34	2,05	20,52
Total	54410	23095	258		
Médias	6801,25	2886,88	32,25	1,12	11,17

Legenda: *Enc.*: encaminhamentos para fisioterapia; *Cons.*: consultas médicas em atenção básica à saúde no período de julho a setembro de 2012; *Prev.*: prevalência de encaminhamentos (Enc./Cons.); *Pop.Cad.*: população cadastrada na unidade de saúde; *Enc/Cons.(/1000)*: proporção de encaminhamentos de fisioterapia a cada 1000 consultas médicas na atenção básica.

Tabela 2 – Variáveis Demográficas, História Clínica e Diagnóstico Clínico dos 258 Encaminhamentos para Fisioterapia no SSC-GHC no período de Julho a Setembro de 2012.

	n	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	182	70,5
Masculino	76	29,5
<i>Idade</i>		
< de 60 anos	153	59,4
≥ de 60 anos	105	40,6
<i>História Clínica</i>		
Dor	152	58,9
Dor + outra queixa	35	13,6
Lesão Neurológica	27	10,5
Dor + limitação funcional	16	6,2
Evento Traumático	12	4,7
Outra	16	6,2
<i>Diagnóstico Clínico</i>		
Osteoartrose	75	29,1
Tendinopatias/Lesão Tecidos Moles	70	27,1
Lombalgia	39	15,1
Doença Neurológica	20	7,8
Cervicalgia	19	7,4
Dor crônica	9	3,5
Fraturas	8	3,1
Outra	18	7,0
<i>Objetivos da Solicitação de Fisioterapia</i>		
Analgesia + Recuperação Funcional	94	36,4
Analgesia	83	32,2
Analgesia + Outro Objetivo	22	8,5
Reabilitação	12	4,7
Outros	47	18,2
<i>Número de Sessões Solicitadas</i>		
Até 10 sessões	16	6,2
De 11 a 20 sessões	238	92,2
De 21 a 30 sessões	4	1,6
<i>Número de Sessões Prévias</i>		
Nenhuma	171	66,3
Até 10 sessões	13	5,1
De 11 a 20 sessões	54	21,0
Mais de 20 sessões	19	7,4

Tabela 3 – Variáveis Referentes às Respostas dos 76 usuários que aceitaram participar da pesquisa, em relação a Dor e Repercussões no Trabalho.

Variável do Questionário	n	%
<i>Ocupação</i>		
Nenhuma	13	17,1
Aposentado(a)	25	32,9
Doméstica/Faxineira/Serviços Gerais	13	17,1
Outra	25	32,9
<i>Tipo de Fisioterapia</i>		
Motora	73	96,1
Respiratória	3	3,9
<i>Consultou pelo mesmo motivo?</i>		
Sim	67	88,2
Não	9	11,9
<i>Número de consultas médicas pelo mesmo motivo</i>		
Nenhuma	9	11,7
Até 5 consultas	47	61,4
De 6 a 10 consultas	14	18,5
Mais de 10 consultas	6	8,4
<i>Presença de Dor</i>		
Sim	67	87,1
Não	9	12,9
<i>Quanto de Dor já sentiu decorrente desse Problema?</i>		
Não responderam	8	10,6
Nenhuma	0	-
Muito Leve	1	1,4
Leve	2	2,8
Moderada	26	34,0
Grave	25	32,7
Muito Grave	14	18,5
<i>Quanto a Dor interferiu com seu Trabalho Normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?</i>		
Não responderam	8	10,6
De Maneira Alguma	6	8,0
Um Pouco	7	9,3
Moderadamente	22	28,8
Bastante	20	26,2
Extremamente	13	17,1
<i>Está impossibilitado de trabalhar?</i>		
Sim, totalmente	13	16,9
Sim, parcialmente	24	31,2
Não	24	31,2
Não se aplica	15	19,5

Tabela 4 – Comparação entre os Diagnósticos Clínicos do Total de Encaminhamentos (258) e das Variáveis Categóricas do Formulário de Pesquisa (76) por Sexo e Faixa Etária.

Variável	Sexo			Idade		P
	M (n, %)	F(n, %)	p	<60(n,%)	≥60(n,%)	
Diagnóstico Clínico						
Osteoartrose	20(26,3)	55(30,2)	0,04	35(22,9)	40(38,1) ^B	0,05
Tendinopatias/L.Tecidos Moles	23(30,3)	47(25,8)		44(28,8)	26(24,8)	
Fraturas	5(6,6) [*]	3(1,6)		6(3,9)	2(1,9)	
Doença Neurológica	8(10,5)	12(6,6)		11(7,2)	9(8,6)	
Lombalgia	13(17,1)	26(14,6)		29(19,0) ^A	10(9,5)	
Cervicalgia	0 (0)	19(10,4) ^{**}		11(7,1)	8(7,6)	
Dor Crônica	2(2,6)	7(3,8)		6(3,9)	3(2,9)	
Outra	5(6,6)	13(7,1)		11(7,2)	7(6,7)	
<i>Total</i>	76(29,5)	182(70,5)		153(59,3)	105(60,7)	
Consultou pelo mesmo motivo?	41(91,1)	26(83,9)	0,54	43(91,5)	24(82,8)	0,43
Sim	4(8,9)	5(16,1)		4(8,5)	5(17,2)	
Não						
Apresenta dor?						
Sim	27(90,0)	40(86,9)	0,89	39(86,7)	28(96,6)	0,13
Não	3(10,0)	6(14,1)		6(13,3)	1(3,4)	
Impossibilitado de trabalhar?						
Sim, parcialmente	9(33,3) [*]	4(11,8)	0,02	11(26,8)	2(10,0)	0,05
Sim, totalmente	12(44,4)	12(35,8)		18(43,9)	6(30,0)	
Não	6(22,2)	18(52,9) ^{**}		12(29,3)	12(60,0) ^B	
Já realizou fisioterapia pelo mesmo motivo?						
Sim	17(54,8)	23(51,1)	0,74	26(55,3)	14(48,3)	0,55
Não	14(45,2)	22(48,9)		21(44,7)	36(47,4)	
Já realizou fisioterapia por outro motivo?						
Sim	4(12,9)	18(40,0) ^{**}	0,02	11(23,4)	11(37,9)	0,17
Não	27(87,1) [*]	27(60,0)		36(76,6)	18(62,1)	

Legenda: Diagnóstico Clínico – comparações por faixa etária e sexo feita com a totalidade de encaminhamentos à fisioterapia (258); Demais variáveis categóricas comparadas por faixa etária e sexo entre os 76 usuários que aceitaram responder às perguntas do formulário de pesquisa.; M = Masculino; F = Feminino; n = número de pacientes; p= resultado do teste estatístico aplicado para comparação entre variáveis categóricas (teste do Qui-Quadrado). *Sexo masculino apresenta valores percentuais estatisticamente superiores ao sexo feminino, de acordo com o teste Qui-Quadrado; **Sexo feminino apresenta valores percentuais estatisticamente superiores ao sexo masculino, de acordo com o teste Qui-Quadrado. < 60 = não-idosos: usuários com menos de 60 anos de idade; ≥ 60 = idosos: usuários com mais de 60 anos. ^A = não –idosos apresenta valores percentuais estatisticamente superiores aos idosos. ^B = idosos apresentam valores percentuais estatisticamente superiores aos não-idosos. Nível de significância de 5%, p ≤ 0.05.

Tabela 5 – Comparação entre os Diagnósticos Clínicos de Maior Prevalência, Sexo e Faixa Etária em Relação às Variáveis Contínuas dos 76 usuários que aceitaram responder às perguntas do Formulário de Pesquisa.

Variável	OA	T/LTM	<i>p</i>	M	F	<i>p</i>	< 60	≥60	<i>p</i>
	Md(P ₂₅ ;P ₇₅)	Md(P ₂₅ ;P ₇₅)		Md(P ₂₅ ;P ₇₅)	Md(P ₂₅ ;P ₇₅)		Md(P ₂₅ ;P ₇₅)	Md(P ₂₅ ;P ₇₅)	
Consultas Mesmo Motivo	4 (3;5)	3(2,25;5,75)	0,37	3(3;6,25)	5(3;7)	0,56	4(3;9)	4,5(2,5;5)	0,50
Tempo Dor	24(7,5;57)	6.5(2,25;36)	0,07	9(4;36)	24(5;66)	0,15	18(6;36)	12(2,5;114)	0,94
Tempo Imp. Trab.	4(0,4;34,5)	2.5(0,5; 8,5)	1,00	5(0,63;11,25)	5(1,5;18)	0,68	5,5(2;12)	3(0,5;6,5)	0,32

Legenda: OA=Osteoartrose; T/LTM = Tendinopatias/Lesões de Tecidos Moles; M=Masculino; F=Feminino; < 60 = não-idosos: usuários com menos de 60 anos de idade; ≥ 60 = idosos: usuários com mais de 60 anos; Md = Mediana; P25= Percentil Interquartilico 25; P75= Percentil Interquartilico 75; Consultas Mesmo Motivo = Número de Consultas pelo Mesmo Motivo; Tempo Dor= Tempo de Início da Dor, em meses; Tempo Imp.Trab = Tempo Impossibilitado de Trabalhar, em meses; p=resultado do teste estatístico para comparações entre variáveis contínuas sem distribuição normal (teste de Mann-Whitney). Nível de significância de 5%, $p \leq 0.05$.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, além dos achados da pesquisa propriamente dita, possibilitou aprender que toda implementação de um sistema de avaliação ou pesquisa deve ser feita de maneira cautelosa e com a participação do maior número de atores envolvidos no processo. Talvez fosse importante maior participação dos médicos na construção do projeto e, principalmente, na elaboração dos formulários e da logística de coleta.

Cada profissional encontra no trabalho uma representação social diferente, atrelada a qual encontram-se princípios e valores que podem passar a ser questionados no momento em que se modifica a logística e sistemática de trabalho. Talvez por isso, encontremos certa resistência ou contrariedade à implementação de metodologias avaliativas dentro dos serviços de saúde. É como se o profissional tivesse a qualidade do seu atendimento avaliada e possivelmente questionada no futuro.

Avaliar é o primeiro passo para qualificar um serviço e os profissionais que nele trabalham; é uma maneira de verificar se o serviço prestado faz sentido e diferença na sociedade. A implementação de métodos avaliativos na rotina de trabalho pode exigir um aumento na carga de trabalho inicialmente. Entretanto, posteriormente, pode diminuir a demanda através da reestruturação do serviço. É fundamental não nos restringirmos somente aos resultados, mas avaliarmos também a estrutura e o processo, visando sempre a qualificação dos profissionais de saúde e, principalmente, a qualidade da assistência prestada.

Talvez a dificuldade de acesso dos usuários à fisioterapia e a perda da continuidade do cuidado desses usuários encaminhados seja um fator de desmotivação por parte dos médicos ao realizar esse encaminhamento. Sugere-se uma maior aproximação entre o fisioterapeuta e as equipes de SF, principalmente no que tange ao manejo da dor e prevenção de doenças osteomusculares. A dor configura-se numa urgência médica na APS, a qual dispõe apenas do tratamento medicamentoso, e a sua resolução pode minimizar os afastamentos das atividades laborais.

Essa pesquisa atingiu seus principais objetivos: verificar a prevalência de encaminhamentos para fisioterapia (1,12%) e traçar um perfil dessa demanda oriunda da atenção primária. Sendo assim, evidenciamos que essa população encaminhada à

fisioterapia apresenta dor em 87,1% dos casos, de intensidade de moderada a muito grave em 85,2%, com interferência no trabalho de moderada a grave em 72,1% e incapacitando para o trabalho, pelo menos parcialmente, 48,1% dos usuários encaminhados. Tais achados constituem problema de saúde pública devido aos custos associados a tais condições e a necessidade de se encontrar estratégias, principalmente na atenção primária à saúde, que aumentem a resolutividade de tais condições e agravos.

ANEXOS

ANEXO A

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

PROJETO DE PESQUISA

Título: Estudo de Demanda de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde

Área Temática:

Pesquisador: GUILHERME GRIVICICH DA SILVA

Versão: 2

Instituição: Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

CAAE: 00657112.4.0000.5530

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 25730

Data da Relatoria: 16/05/2012

Apresentação do Projeto:

Justificativa: Embora o fisioterapeuta tenha capacidade e deva desenvolver atividades efetivas em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se que sua atuação no nível primário ainda é pouco explorada. Para tanto, o fisioterapeuta precisa conhecer o perfil de sua demanda com o objetivo de formular estratégias e políticas de saúde capazes de atender às necessidades dessa população. Objetivos: Verificar a prevalência de encaminhamentos de fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS) e caracterizar os usuários encaminhados à fisioterapia pelas Unidades de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC)-GHC, quanto: ao perfil demográfico, motivo do encaminhamento, dor e repercussões no trabalho. Tipo de Estudo: Será um estudo de prevalência, descritivo e observacional. Local: O estudo será realizado nas 12 US-SSC-GHC, todas localizadas na zona norte de Porto Alegre, de nível primário de atenção à saúde, com atendimento público e gratuito.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever, através da necessidade percebida pelos médicos e/ou residentes, a demanda de encaminhamentos para a fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo Secundário:

- Verificar a prevalência de encaminhamentos de fisioterapia realizados na Atenção Primária à Saúde. - Caracterizar os indivíduos encaminhados à fisioterapia pela Atenção Primária à Saúde quanto ao perfil demográfico, motivo do encaminhamento, comportamento da dor e repercussões no trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram feitas as devidas adequações na segunda versão do projeto.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas na segunda versão.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado. Será enviado por email a carta de aprovação e TCLEs carimbados e assinador pelo coordenador. Lembramos aos pesquisadores que essa versão do TCLE assinada e carimbada é que deve ser usada no estudo.

PORTO ALEGRE, 23 de Maio de 2012

Assinado por:

Daniel Demétrio Faustino da Silva

ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
ENDEREÇO	TELEFONE	RECALDO COM
HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO		
EXAMES COMPLEMENTARES JÁ EFETUADOS		
PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS ANTERIORES		
DIAGNÓSTICO CLÍNICO		
OBJETIVO DA SOLICITAÇÃO		
NÚMERO DE SESSÕES SOLICITADAS		NÚMERO DE SESSÕES REALIZADAS ANTERIORMENTE
NOME DO MÉDICO		MÉDICO SOLICITANTE
LOCAL		
DATA		
ASSINATURA DO MÉDICO		CARIMBO DO CREMERS
AUTORIZAÇÃO		
ÓRGÃO		
DATA	NOME DO MÉDICO AUTORIZADOR	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR
ENCAMINHAMENTO		
SERVIÇO CONTRATADO		
ENDEREÇO		

(210 x 297 mm - Fl.) A-CMA, MOD. S-291

ANEXO C

Registro: _____
 Ocupação (atividade principal para o sustento): _____

1. Tipo de Fisioterapia Indicada:

- Respiratória Motora

2. Possível causa de dor e/ou problema:

- Imobilismo
 Doença Reumatológica
 Doença Neurológica
 Eventos Traumáticos (contusões, entorses, quedas);
 Lesão Ocupacional.
 Osteoartrose
 Outra: _____

3. O paciente já consultou alguma vez pelo mesmo motivo?

- Sim. Quantas vezes? _____. Não.

4. Sobre o problema para o qual o paciente está sendo encaminhado para a fisioterapia:

4.1 Apresenta dor? Sim Não [Se não, pular para 5]

4.1.1 Se dor, há quanto tempo?

_____ () Dias () Meses () Anos

4.1.2 Quanta dor o paciente já teve decorrente desse problema?

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

4.1.3 Quanto essa dor interferiu no trabalho normal do paciente (incluindo o trabalho de dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

5. O paciente está impossibilitado de trabalhar devido ao problema?

- Sim, totalmente Sim, parcialmente Não Não se aplica

5.1 Se impossibilitado de trabalhar, há quanto tempo?

_____ () Dias () Meses () Anos

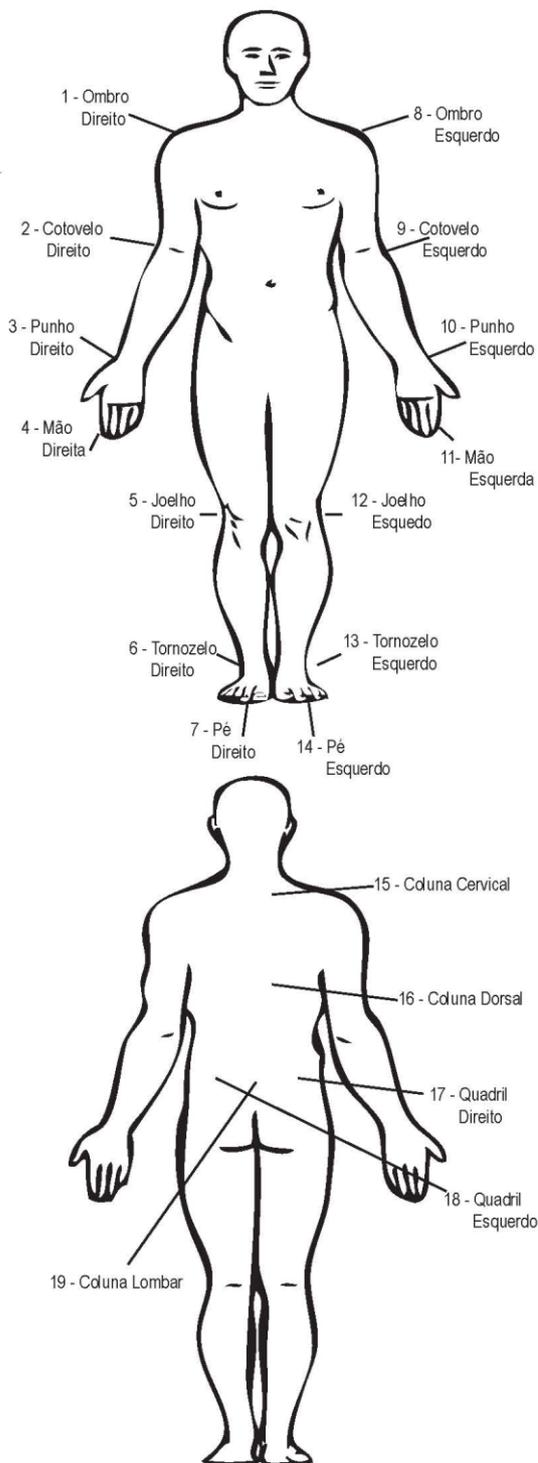
6. O paciente já realizou fisioterapia anteriormente pelo mesmo problema?

- Sim Não.

7. O paciente já realizou fisioterapia anteriormente por outro motivo?

- Sim. Qual: _____. Não

8. Se tiver algum problema musculoesquelético, assinale na figura ao lado o número correspondente à localização do problema:



ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa do Curso de Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, intitulada: **Estudo de Demanda de Fisioterapia em Atenção Primária à Saúde**, que tem como objetivo principal: avaliar, através da necessidade percebida pelos médicos e/ou residentes, a demanda de encaminhamentos para a fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS). O tema escolhido se justifica pela importância de conhecer os pacientes encaminhados à fisioterapia pelos postos de saúde, visando um melhor planejamento e resolução dessas necessidades da população.

O trabalho está sendo realizado pelo mestrando em epidemiologia **Guilherme Grivicich da Silva** sob a supervisão e orientação do prof^a Dr. **Sérgio Antônio Sirena**.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, com duração aproximada de 5 minutos, na qual você irá responder 8 perguntas pré estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Algumas informações adicionais também poderão ser obtidas a partir do seu prontuário. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

· Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

· De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.

· Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

· Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: **Guilherme Grivicich da Silva**, telefone 91768299, email: sguilherme@ghc.com.br e endereço: Rua Domingos Rubbo, nº 20 Bairro Cristo Redentor – Porto Alegre.

· Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com **Daniel Demétrio Faustino da Silva**, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço **Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.**

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do entrevistado: _____
Nome do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador:
Nome do pesquisador: **Guilherme Grivicich da Silva**

Este formulário foi lido para _____
(nome do paciente) em ____/____/____ (data) pelo _____ (nome do pesquisador) enquanto eu estava presente.

Assinatura da Testemunha

Nome: _____
Data: ____/____/____.

Versão Aprovada em

28 MAIO 2012

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral de GEP-GHC

ANEXO E

Informações gerais

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver [Estrutura do Texto](#)). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o [checklist](#) correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

Categorias de Artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos novos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura.

Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- **CONSORT** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- **STARD** checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- **MOOSE** checklist e fluxograma para meta-análise
- **PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- **STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- **RATS** checklist para estudos qualitativos

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações Breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em [declaração](#) para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima.

Dados de identificação do autor responsável (cadastro)

Nome e sobrenome

O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados.

Correspondência

Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição

Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Identificação do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" ([DeCS](#)), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

Número de figuras e tabelas

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como *figura* ou *tabela*, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como *quadros*, *gráficos*, etc.

Co-autores

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada.

Preparo do manuscrito

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das [categorias de artigos](#).

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos

restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al". Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva* [Internet]. 2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec; 1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001 [citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ("Citing Medicine") da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento/declaração	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores	Submissão
b. Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Aprovação
c. Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Aprovação

a. A Carta de Apresentação do manuscrito, assinada por todos os autores, deve conter:

- Informações sobre os achados e conclusões mais importantes do manuscrito, esclarecendo seu significado para a saúde pública.
- Se os autores têm artigos publicados na linha de pesquisa do manuscrito, mencionar até três.
- Declaração de responsabilidade de cada autor: ter contribuído substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; ter contribuído significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e ter participado da aprovação da versão final do manuscrito. Para maiores informações sobre critérios de autoria, consulte o site da RSP.

- Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores. Para maiores informações, consulte o site da RSP.
- Atestar a exclusividade da submissão do manuscrito à RSP.

b. AGRADECIMENTOS

Há um campo no formulário de submissão do artigo onde devem ser mencionados os nomes de pessoas que, embora não preencham os requisitos de autoria, prestaram colaboração ao trabalho. Será preciso explicitar o motivo do agradecimento, por exemplo, consultoria científica, revisão crítica do manuscrito, coleta de dados, etc. Deve haver permissão expressa dos nomeados e o autor responsável deve anexar a Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos [link](#). Também pode constar desta parte apoio logístico de instituições.

c. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Todos os autores devem ler, assinar e enviar documento transferindo os direitos autorais [link](#). O artigo só será liberado para publicação quando esse documento estiver de posse da RSP.

Verificação dos itens exigidos na submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a [responsabilidade de autoria](#) e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do processo(s).
9. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição/Programa, grau e o ano de defesa.
10. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.
11. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do *site* da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção “submissão de artigo”. Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção “submissão de artigos” e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são 8 situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste “status”, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação por relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam à Editoria.

- **Em avaliação com Editoria:** Os pareceres são analisados e o resultado é encaminhado ao autor responsável. A decisão pode ser: condicionado a alterações, aprovado e reprovado.
- **Condicionado a alterações:** a) O autor recebe a decisão da Editoria, acompanhada dos pareceres dos relatores. Estes podem indicar: alterações mais sucintas ou amplas alterações, condicionando a aprovação do manuscrito à apresentação de uma versão reformulada do manuscrito. O autor, após modificar o manuscrito, o encaminha acompanhado de um documento explicando cada um dos itens solicitados e atendidos, com as justificativas necessárias. b) O editor faz a apreciação da nova versão reformulada, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor ou mesmo encaminhar a nova versão para revisão de outros relatores.
- **Reformulação:** O manuscrito reformulado é encaminhado para nova avaliação da Editoria, acompanhado de documento esclarecendo os itens atendidos e justificando casos de discordâncias.
- **Aprovado:** Aprovado em sua última versão, o manuscrito é encaminhado para revisão da redação científica para ser publicado. O autor recebe a comunicação da Editoria e envia o documento de transferência de direitos autorais, imprescindível para publicação.
- **Reprovado:** Quando a avaliação final do manuscrito não foi positiva, o autor responsável é comunicado.

Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é submetido à revisão da redação científica, gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada. Inclusive a versão em inglês do artigo terá esta etapa de revisão.

Outras funções

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de “consulta/ alteração dos artigos submetidos”, o autor tem acesso às seguintes funções:

“**Ver**”: Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

“**Alterar**”: Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em “aguardando documentação”.

“**Avaliações/comentários**”: Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

Reformulação: Enviar o manuscrito corrigido conforme acima esclarecido.

Procedimentos e prazos

Após sua aprovação pelos editores, o manuscrito será revisado por uma equipe que fará a revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo.

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc ou rtf), com as observações/alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para revisão, até que se chegue a uma versão final do texto. Em seguida, o texto final passará por uma revisão gramatical. Após essa citada revisão o autor receberá dentro de sete dias uma nova prova, já diagramada e no formato final para publicação. Nessa última revisão podem ser feitas apenas correções de erros, pois não serão admitidos mais ajustes de forma. O prazo para a revisão da prova final é de um dia.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês, sem ônus para os autores. Aproximadamente uma semana após o autor ter finalizado a prova do artigo, o tradutor da RSP

enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nesta revisão, o autor deverá atentar para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e principalmente, equivalência de conteúdo com a versão “original aprovada para impressão”. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias. Dentro de cinco dias depois, o autor receberá a prova final da versão em inglês, diagramada para publicação na Internet.

É importante cumprir os prazos de revisão para garantir a publicação no fascículo programado. Atrasos nesta fase poderão resultar em remanejamento do artigo para fascículos subsequentes.

Observação: devido ao fato de que os conteúdos da versão original e da tradução devam ser idênticos, alterações feitas pelo autor na prova final da versão “original” (em pdf) serão de inteira responsabilidade do autor quando revisar a tradução.