

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO
LINHA DE PESQUISA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO MOVIMENTO HUMANO

ALINE MARTINELLI PICCININI

**CUIDADO EM FISIOTERAPIA: CARTOGRAFIA DE USUÁRIOS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre/RS

2010

ALINE MARTINELLI PICCININI

**CUIDADO EM FISIOTERAPIA: CARTOGRAFIA DE USUÁRIOS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE /RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Vera Maria da Rocha

Porto Alegre/RS

2010

ALINE MARTINELLI PICCININI

**CUIDADO EM FISIOTERAPIA: CARTOGRAFIA DE USUÁRIOS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE /RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Vicente Molina Neto (UFRGS)

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla (UFRGS)

Prof. Dr. Luís Henrique Telles da Rosa (UFCSPA)

Prof^a. Dr^a. Vera Maria da Rocha (ORIENTADORA – PPGCMH/UFRGS)

Dedicatória

Aos meus pais, Argeu e Lurdes, obrigada por
vocês terem me ensinado que o
conhecimento só adquire sentido quando
fundamentado em valores éticos e humanos.

Obrigada por tudo

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Existem várias pessoas que lutaram na idealização deste sonho. São tantas que não poderia listá-las nesta página. Assim, agradeço a todas as pessoas que passaram em minha vida e que, de alguma forma, contribuíram para a construção de quem sou hoje. E em especial:

Agradeço às pessoas que me ajudaram nos momentos alegres ou nos mais tristes; àquelas que me incentivaram com um simples toque ou olhar, sempre dizendo que iria vencer.

Agradeço aos meus pais, Argeu e Lurdes; minha irmã, Larissa; meu irmão, Matheus; minhas tias, Liane e Lorivete, pela oportunidade, ajuda, apoio, compreensão e incentivo nos momentos em que mais precisei e por acreditarem em mim.

Agradeço a sabedoria do meu sobrinho, João Pedro, pelo seu sorriso e brincadeiras trazendo mais cor e brilho à minha vida.

Agradeço em especial a minha orientadora, Vera Maria da Rocha, por me orientar, apoiar, entender e compreender na realização deste trabalho, deixando os seus afazeres para me ensinar e sempre estendendo um ombro amigo, um abraço carinhoso e em especial a sua sensibilidade e sabedoria. Tudo o que conquistei profissionalmente tem uma parcela de sua contribuição. Serei eternamente grata por isso.

Agradeço à Marielly de Moraes, colega e amiga, por estar sempre ao meu lado incentivando e apoiando e por ter me ajudado nos momentos mais difíceis e complicados. A você, meu eterno agradecimento.

Agradeço a todos os meus amigos e colegas, próximos e distantes, pela paciência, ausência, compreensão e por terem me aceitado e acreditado no meu trabalho e que souberam, pacientemente, entender as ausências necessárias.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre/RS, aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde e aos Gerentes Distritais dos Serviços de Saúde desta cidade pela ajuda, atenção, compreensão.

A todos os meus professores e mestres, desde a pré-escola ao mestrado, que, de diferentes formas, inspiraram a minha trajetória e o interesse pela docência.

A quem, mesmo estando, por vezes, distante, não esteve longe um só instante...

A Deus...

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha.

É porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

Charles Chaplin

RESUMO

CUIDADO EM FISIOTERAPIA: CARTOGRAFIA DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

A saúde faz parte de um conjunto de fatores que envolvem os processos sociais, culturais, biológicos, psicológicos que constituem as pessoas e dão origem às suas escolhas, trajetórias, encontros e desencontros. O objetivo deste estudo foi conhecer como esta organizada a oferta de serviços de fisioterapia na atenção primária em Porto Alegre/RS e qual a percepção dos usuários sobre saúde e sobre a realidade da fisioterapia que usufruem. O estudo é de caráter exploratório, descritivo, de natureza qualitativa e divide-se em duas temáticas: o processo organizativo dos serviços de saúde a partir da fisioterapia e as percepções dos usuários desse serviço. Os resultados referentes ao processo organizativo foram provenientes do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) junto à Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Para compor as informações referentes às percepções dos usuários, fizeram parte 12 usuários adstritos em quatro unidades de saúde pertencentes a dois distritos sanitários que utilizam e usuários que estão aguardando os serviços de fisioterapia e reabilitação, encaminhados pelas próprias unidades de saúde. Utilizamos uma entrevista semi-estruturada visando conhecer e interpretar a trajetória do cuidado em fisioterapia sob 4 eixos que emergiram das falas: percepções e concepções sobre saúde e fisioterapia; concepções e percepções dos usuários sobre saúde-doença; caminhos e (des)caminhos para o encontro da saúde e sobre o cuidado: percepções e trajetórias em fisioterapia. As entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo e foi utilizado o diários de campo para registro escritos e observações realizado durante a trajetória do estudo. Os principais pontos definidores da saúde para os usuários de fisioterapia são a capacidade de seguir trabalhando, a ausência de dor, o retorno às atividades rotineiras e o equilíbrio físico e emocional. O entendimento que os usuários apresentaram quanto à fisioterapia refere-se ao alívio da dor; o cuidado se apresenta de forma fragmentada e desintegrada e os serviços se localizam distante de suas moradias. Um dos problemas apontados diz respeito à dificuldade no transporte, sendo considerado um processo burocrático e desestimulador para o tratamento. Percebemos que a saúde está ainda centrada na ausência de doença, que os usuários conhecem em parte a função da fisioterapia e a atrelam ainda arraigada à saúde física e ligada aos aspectos biológicos. As trajetórias percorridas pelos usuários refletem a inexistência de uma continuidade ou de uma linha de cuidado por parte dos serviços, pois os mesmos acabam passando por dificuldades de acesso, havendo ainda uma grande espera pelos serviços que oferecem fisioterapia, ao mesmo tempo em que os que conseguem acessar recebem atendimentos na maioria das vezes centrados na técnica e descontextualizados da complexidade que envolve a vida.

Palavras-chave: cuidado, usuários, fisioterapia, SUS.

ABSTRACT

CARE IN PHYSICAL THERAPY: MAPPING OF THE UNIFIED HEALTH USERS IN THE CITY OF PORTO ALEGRE / RS

Health is part of several factors involving social, cultural, biological, psychological processes that constitute people giving rise to their choices, paths, and disagreements. The aim of this study was to know the organization of health services and the trajectory of SUS in the search of care in physical therapy in Porto Alegre / RS and what is the users' perception on health and the reality of physical therapy they enjoy. This study is exploratory, descriptive, qualitative and is divided into two themes: the organizational situation of health services from physical therapy and perceptions of users on this service. The results about the organizational process were from the Department of SUS (DATASUS) with the Planning Office (ASSEPLA) in the Municipal Health Department of Porto Alegre / RS. To compose the information regarding the perceptions of users, 12 users took part attached in four health districts units from two health units that use and users that are waiting for physiotherapy and rehabilitation services were referred by the health clinics. We use a semi-structured interview aiming to know and interpret the trajectory of care in physical therapy in 4 axes that emerged from the speech: perceptions of health and physical therapy, concepts and users' perceptions about health and illness; paths and (mis) direction related to health care: perceptions and pathways in physiotherapy. The interviews were analyzed through the content analysis and it was used records and written comments done during the course of the study. The main points that define health for users of physical therapy are the ability to keep working, no pain, return to daily activities and physical and emotional balance. The understanding that users had about physiotherapy refers to pain relief, care that is presented in a fragmented and disintegrated and the services are located far from their homes. One of these problems concerns the difficulty in transportation and is considered a deterrent and bureaucratic process for treatment. We realize that health is still centered in the absence of disease, so that users know in part the role of physiotherapy and link it to physical and biological aspects. The paths traversed by users reflects a lack of continuity or a line of care by the services, because they end up struggling for access, there is still a great standby for the services that offer physical therapy, while those who access it can receive treatment in most cases focused on technique and decontextualized of complexity that involves life.

Key-words: care, users, physiotherapy, SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABENFISIO** – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
- ABRASCO** - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- ABRES** – Associação Brasileira de Economia da Saúde
- AACD** - Associação de Assistência a Criança Deficiente
- ACS** – Agentes Comunitários de Saúde
- AMPASA** - Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
- ASSEPLA** - Assessoria de Planejamento
- CAPS** – Centro de Atendimento Psicossocial
- CEBES** - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEREPAL** - Centro de Reabilitação de Porto Alegre/RS
- CF/88** - Constituição Federal de 1988
- CID** - Código Internacional de Doenças
- COFFITO** – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- CONAFISC** - Congresso e Amostra Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva
- CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CREFITO 5** - Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região
- DATASUS** - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
- ENEFI** - Executiva Nacional dos Estudantes de Fisioterapia
- ESEF** – Escola de Educação Física
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- FACED** – Faculdade de Educação
- GEEH** - Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano
- GEFE** - Grupo Especial de Pesquisa em Fisiologia do Exercício
- HPS** – Hospital de Pronto Socorro
- HPV** – Hospital Presidente Vargas
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IAPI** - Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** - Instituto Nacional de Previdência Social
- MESP**- Ministério da Educação e Saúde Pública

NASCA – Núcleo de Atenção Social da Criança e do Adolescente
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPESE - Núcleo de Estudos Pesquisa e Extensão em Saúde dos Escolares
NOB96 - Norma Operacional Básica
NUPESM - Núcleo Pesquisa e Extensão em Saúde Mental
ONG - Organização não Governamental
PAB – Piso de Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
POA – Porto Alegre/RS
PPGCMH – Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano
PSF – Programa de Saúde da Família
PUC/RS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
REDE FISIO – Rede de Fisioterapia na Saúde Coletiva
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
SERFIL - Serviço Especializado em Fisioterapia Ltda
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria
UNICRUZ – Universidade de Cruz Alta
UTN – Universidad Nacional Tecnológica
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	89
Apêndice 2 - Roteiro de Entrevista Semi-estruturada com os Usuários dos Serviços de Saúde do Município de Porto Alegre/RS	90
Apêndice 3 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.....	91
Apêndice 4 - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	92
Apêndice 5 - Termo de Ciência do Responsável pelo local onde será realizada a Pesquisa.....	93
Apêndice 6 - Termo de Ciência do Responsável pelo local onde será realizada a Pesquisa	94
Apêndice 7 - Termo de Ciência do Responsável pelo local onde será realizada a Pesquisa	95
Apêndice 8 - Termo de Ciência do Responsável pelo local onde será realizada a Pesquisa.....	96
Apêndice 9 - Termo de Ciência do Responsável pelo local onde será realizada a Pesquisa.....	97
Apêndice 10 - Termo de Ciência do Responsável pelo local onde será realizada a Pesquisa.....	98
Apêndice 11 - Termo de Ciência do Responsável pelo local onde será realizada a Pesquisa.....	99
Apêndice 12 - Termo de Ciência do Responsável pelo local onde será realizada a Pesquisa.....	100

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Critérios de Inclusão dos Sujeitos do Estudo, Número de Unidades de Saúde e Distritos Sanitários	34
---	----

SUMÁRIO

1 RECORTES DE MINHA TRAJETÓRIA	13
2 INTRODUÇÃO	18
3 APROXIMAÇÕES TEÓRICAS	24
4 CAMINHO METODOLÓGICO	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
5.1 O CONTEXTO DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS: UM BREVE PANORAMA DA OFERTA DA FISIOTERAPIA	40
5.2 CUIDADO EM FISIOTERAPIA: CARTOGRAFIA DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS	48
5.2.1 PERCEPÇÕES E CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E FISIOTERAPIA	48
5.2.2 CONCEPÇÕES E PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS SOBRE SAÚDE- DOENÇA	50
5.2.3 CAMINHOS E (DES)CAMINHOS PARA O ENCONTRO DA SAÚDE	58
5.2.4 SOBRE O CUIDADO: PERCEPÇÕES E TRAJETÓRIAS EM FISIOTERAPIA	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	88

1 RECORTES DE MINHA TRAJETÓRIA

(...) Quem poderia imaginar que o nome de uma simples rua e o simples fato de atravessá-la pudesse imaginar tanta coisa para tanta gente. É que essa rua leva a milhares de lugares, a milhares de sensações....atravessa mares, oceanos, fronteiras. E não acaba em simples esquinas. Continua mundo a fora.....(...) (ABBEY ROAD).

Todas essas coisas que procuro teorizar aqui não ocorreram de repente ou acidentalmente; são consequências de uma série de experiências e vivências pessoais, acadêmicas e profissionais vivenciadas.

Após ingressar na faculdade, no ano de 2000, no Curso de Fisioterapia na Universidade de Cruz Alta/RS (UNICRUZ), não tinha a devida noção do que era ser fisioterapeuta. Tinha dúvidas de onde poderia atuar e sempre com a idéia de que trataria somente de pessoas doentes. Com o passar dos semestres, percebi e descobri o que era ser fisioterapeuta, mas sempre prevalecia a noção de que iria tratar somente com a doença, de um joelho, de um braço, de uma perna, ou seja, “de alguns pedaços de corpos”.

Após algum tempo, com muitas leituras e participação em rodas de conversa com pessoas com um conhecimento diferenciado, consegui ampliar meu olhar: o ser humano não é somente um corpo, e este apresenta vários significados e vozes, e que, como qualquer outra pessoa, devo ter a sensibilidade para escutar o outro e respeitá-lo de acordo com suas necessidades, limites e possibilidades. Desta maneira, fui percebendo o que era ser fisioterapeuta, mas ainda continuava com algumas dúvidas; entretanto, com uma certeza: queria ser professora, independente da profissão escolhida.

No curso de graduação, as minhas vivências em Saúde Pública tiveram início em uma disciplina com este mesmo nome, na qual realizamos um estudo sobre o Perfil Epidemiológico do Bairro Jardim Primavera I, na cidade de Cruz Alta/RS. Mais tarde, fui monitora, por dois anos, na disciplina de Fisioterapia Preventiva II, voltada para a Saúde Mental.

A partir daí, iniciei um percurso por aprofundamento e uma ligação da educação com a saúde, ingressando em um curso de aperfeiçoamento em um Programa de Formação Pedagógica com habilitação em Saúde Coletiva.

Durante a minha graduação, tive a oportunidade de participar de atividades de pesquisa na condição de bolsista de iniciação científica, desenvolvendo o projeto “Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas na capacidade funcional e no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados”; e de ensino, quando proferi algumas palestras na área do envelhecimento humano e de algumas patologias – osteoporose, acidentes vasculares cerebrais, escaras ou úlceras de decúbito – a grupos de terceira idade, às agentes comunitários de saúde, aos técnicos de enfermagem, profissionais da saúde e a cuidadores de idosos.

Ainda no transcurso de minha graduação, participei de vários grupos e núcleos de pesquisas, tais como: *Grupo Especial de Pesquisa em Fisiologia do Exercício (GEFE)*, *Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano da UNICRUZ (GEEH)*, *Grupo de Estudos em Envelhecimento Humano da Fisioterapia (GEEH)*, *Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (NUPESM)* e o *Núcleo de Estudos Pesquisa e Extensão em Saúde dos Escolares (NEPESE)*.

Após essa etapa da graduação, antes de ingressar no mestrado, iniciei como aluna especial do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas (Bioquímica Toxicológica), na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com a Professora Maria Ester Pereira, durante um ano. Tendo em vista não ter conseguido relacionar a fisioterapia com a docência e por não me adaptar às pesquisas relacionadas ao programa, acabei desistindo. Após esta decisão, elegi Porto Alegre/RS como alternativa pela busca de Mestrado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, com a professora Valdemarina Bidone de Azevedo e Souza, cuja continuidade não foi possível por alguns acontecimentos inesperados.

Não estando satisfeita somente com o labor, retomei a busca pelo mestrado, iniciando como aluna especial em uma disciplina chamada Formação e Desenvolvimento de Profissionais na Área da Saúde I, na Faculdade de Educação (FACED) desta universidade, sob a coordenação do Professor Ricardo Burg Ceccim.

É relevante dizer que comecei a trabalhar na área administrativa de uma Escola Técnica Profissionalizante de Porto Alegre/RS, na qual fui docente, ministrando as disciplinas de Anatomia e Fisiologia Humana, Higiene e Profilaxia e

Neuropsiquiatria. Concomitante com a atividade administrativa, realizei atendimento de Fisioterapia domiciliar, na condição de autônoma.

Após todas estas tentativas, ingressei em um Mestrado Internacional em Docência Universitária pela Universidad Nacional Tecnológica (UTN) na Argentina. Não respondendo aos meus objetivos e sempre buscando uma área em que eu pudesse unir a Educação com a Saúde, participei da seleção de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano na Escola de Educação Física (ESEF) e fui aprovada. Hoje sob a orientação da Professora Vera Maria da Rocha.

Juntamente com a orientadora desta dissertação, refleti sobre a temática do meu estudo, unindo algumas preocupações sobre minha recente trajetória como profissional da área da saúde, isto é, como fisioterapeuta e, também, sobre a saúde das pessoas que moram no município de Porto Alegre/RS. Para tal, iniciei a investigar e conhecer a trajetória dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no cuidado em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS.

A temática da minha dissertação está relacionada com a saúde das pessoas e o que me despertou um maior interesse por este tema foi o atendimento domiciliar. Em uma vila desta cidade, uma senhora necessitava do atendimento não somente de um fisioterapeuta, mas de um profissional que orientasse em diversas situações diárias, tanto em educação quanto em saúde.

Percebo que o atendimento de fisioterapia domiciliar é um processo de construção diário com cada paciente, que demanda sensibilidade para ultrapassar os limites da reabilitação física e respeitar a limitação de cada pessoa, de acordo com sua crença, costumes, valores, cultura, experiência, sabedorias, carências.

Além do atendimento domiciliar, às questões apontadas no I Congresso Nacional e I Mostra Nacional de fisioterapia na saúde coletiva que aconteceu em Brasília em 2007, em que os apontamentos foram relacionados à atenção integral em fisioterapia por intermédio de ações coletivas e socialmente incluindo a educação, promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.

E assim foram meus encontros e desencontros com usuários, serviços, trabalhadores de saúde e de formação, referências teóricas, produções coletivas, as quais, através de diferentes aspectos, fizeram o papel da cor, do sabor, da luz, do brilho. E nesta trajetória, busquei a construção e as respostas para as minhas perguntas.

Acredito que é uma tarefa primordial dos profissionais da saúde e da educação o nosso agir e cuidar em saúde com a construção de homens e mulheres autônomos para apostarem na produção da vida, como valor de uso inestimável para si e para os outros.

Na produção do cuidado, os profissionais que se dedicam à área da saúde têm o desafio de buscar alternativas para a equação que se forma no encontro de necessidades, interesses e desejos de usuários. Compartilho com Merhy (2002) e Campos *et al.* (1994) a aposta na produção de relações nesses encontros para a produção de projetos terapêuticos. Acredito na existência de dispositivos que possam dar maior dinâmica à produção de cuidados.

Como docente, devo criar e promover um encontro para multiplicações de saberes, ações e produções de novos sentidos para o viver comprometido efetivamente com a vida, em todas as formas de representações e expressões.

Outro aspecto importante é a minha tarefa presente e futura, como docente, em que tenho a responsabilidade de situar meus alunos como sujeitos e agentes dentro dos processos de ensino e de aprendizagem na saúde, atuando como mediadora a fim de possibilitar a formação de condições para que os mesmos consigam modificar a realidade com o princípio fundamental da melhoria da qualidade de vida.

A epígrafe reproduzida no início deste trabalho retrata a minha trajetória, e muitas mudanças aconteceram no simples fato de atravessar uma rua. Muitas ruas atravessei e, portanto, muitas experiências vivenciei. Hoje, olhando um pouco para trás, observo e reflito como foi importante atravessá-las, para que pudessem produzir um significado especial em minha vida. Percebo, ainda, que essas ruas são infinitas e que cruzei muitas fronteiras em busca de um sonho e acredito que este sonho só iniciou.

Diante dessa trajetória, e dessas infinitas ruas, vou fazer uso de um modo diferente de pesquisar que vai ao encontro do meu modo de trabalho e da minha trajetória que relatei aqui. A metodologia que vou utilizar é sensível aos desenhos dos encontros e desencontros de pessoas em busca de atenção em fisioterapia, pois através dela tento revelar os caminhos e descaminhos, ações e proposições; enfim, revelar redes e trajetórias de alguns usuários do Sistema Único de Saúde, no cuidado em saúde, mais especificamente em fisioterapia, no município de Porto

Alegre/RS que, assim como eu, para os usuários, atravessar uma simples rua creio que também terá um sentido e significado diferente e especial em suas vidas.

Este estudo está alicerçado em uma trama de vozes de autores, usuários e de informações agrupadas em diferentes nós de minha rede, ou seja, fazendo uma analogia com a minha epígrafe, o encontro de minhas ruas nas esquinas, para ao final evidenciar quais os caminhos, trajetórias, histórias e potencialidades possíveis para que as pessoas possam receber o cuidado em fisioterapia.

Algumas perguntas surgem na busca de compreender como esta organizado os serviços de saúde em Porto Alegre/RS: o que será que acontece no atendimento de saúde que, apesar do grande avanço tecno-científico, da ampliação do acesso e do direito à saúde assegurados por lei parece, ainda não dá conta de satisfazer as necessidades dos usuários? Profissionais existem no mercado, mas onde eles estão? Por que estes profissionais não estão inseridos na porta de entrada dos Serviços de Saúde? Que ações e atenção estão sendo desenvolvidas, que não têm impacto positivo esperado no contexto da saúde da população e na vida das pessoas?

Para tentar responder algumas dessas e outras perguntas que vão surgindo, apresento nas próximas páginas um pouco da construção do Sistema Único de Saúde e alguns recortes de como se apresenta a atenção em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS, observando a trajetória de alguns usuários.

2 INTRODUÇÃO

E como visita,
Somos convidados a entrar.
Na varanda, na sala, nos quartos, no quintal.
"[...] a casa, afinal de contas, é brasileira.
Nela, se há regras para o anfitrião, há também normas para a visita".
(DAMATTA, 2000, p.28)

Este estudo pertence ao Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, à área da saúde, movimento humano, cultura e educação. Sua relevância para as Ciências do Movimento Humano é a ligação que se estabelece com a cultura do corpo, onde se encontram os cuidados em saúde e mais especificamente em fisioterapia, numa perspectiva que compreende a saúde na sua complexidade, que envolve a integração entre os campos biológico, psicológico e sociológico dos saberes.

Os discursos sobre a cultura dos corpos que se movimentam, seja de uma forma ou de outra, são muitos e as suas representações e interpretações podem ser de diversas formas e olhares. Por isso, torna-se necessário explorar os contornos de como acontece o cuidado em fisioterapia dos usuários do SUS, e com isso revelar o "Estado da Arte da Fisioterapia" por meio de uma cartografia, que busco descrever as trajetórias dos usuários em busca da saúde no município de Porto Alegre/RS.

Para dar conta dos objetivos do estudo, utilizei a cartografia "como uma ferramenta facilitadora para desencadear novos percursos científicos em favor de uma análise e de uma apropriação da noção de acontecimento", que se baseia nas falas dos sujeitos (MAIRESSE e FONSECA, 2002).

Buscando uma aproximação do contexto saúde a ser estudado apresento no próximo capítulo "Aproximações Teóricas" um breve histórico da saúde e o Sistema Único de Saúde. De forma introdutória, para o contexto dessa investigação, é importante compreender que o Sistema Único de Saúde (SUS) é jovem e vem provocando muitos impactos e, desde sua criação em 1988, vem estabelecendo e aprimorando suas normas e diretrizes com o objetivo de organizar os serviços assistenciais de forma a ampliar a cobertura e garantir a universalidade de acesso.

Compartilho com Cecílio (1997) que as unidades de saúde são responsáveis pela atenção primária, que compreende da educação à reabilitação, a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura, de uma forma geral, oferecendo

atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira "porta de entrada" para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde.

Os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente são pensados como sendo hospitais distritais. Já os serviços hospitalares de maior complexidade têm no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional.

Este sistema tem em seu nome "Único", em razão da unificação das ações e dos serviços em saúde em um só sistema, tendo a assistência privada como complementar e, para alcançar os objetivos propostos, exige um formato de redes de serviços.

Essa organização e integração dos serviços em redes, independente de ser por especialidade, por nível de atenção, por ciclo de vida ou por outros critérios, favorece a ampliação e eficácia da produção em saúde e traz a expectativa de colocar em comunicação e trocas os atores envolvidos nas práticas de saúde, profissionais, gestores, usuários.

Neste contexto, compartilho com Ceccim e Ferla (2006), ao se referirem à organização do sistema, destacando que:

(...) trata-se de inventar uma proposta que efetive uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida (CECCIM e FERLA, 2006, p.167).

Na organização do SUS em unidades que prestam serviços de saúde, com ligação entre si, o artigo 198 da Constituição Federal estabelece que o sistema esteja organizado em um conjunto de unidades (em rede). Essas unidades são subordinadas umas às outras (hierarquia), ou seja, uma pessoa que está com problemas de saúde ou quer prevenir doenças ou precisa de orientação para uma vida mais saudável deverá procurar, primeiramente, a chamada unidade básica: o

posto de saúde, o centro de saúde ou uma unidade mista – unidade básica com leitos para internação.

A partir desta unidade, se a pessoa precisar de um atendimento especializado, deverá ser encaminhada a um ambulatório como o Posto de Atendimento Médico ou um ambulatório de um hospital em geral. Essa hierarquização do atendimento baseia-se num sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 1988).

A proposição de organização dos serviços de forma a atender a lógica da saúde também faz uma referência de que atualmente prevaleça o atendimento à doença. Desta forma, aspectos como educação na saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças, que fazem parte da estratégia do SUS, carecem de maior investimento.

As ações e serviços de saúde, para alcançarem um nível de resolutividade em suas práticas e intenções, além de apresentarem um sistema de referência e contra-referência, necessitam em sua organização considerar a base territorial. Esse território é também um espaço singularizado, que apresenta limites político-administrativos ou de ação de um determinado grupo de atores sociais, reúne em seu entorno não apenas o serviço de saúde, mas também outros equipamentos favoráveis às ações em saúde (BRASIL, 2005).

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação dos impactos dos serviços de saúde sobre os níveis de saúde dessa população (PEREIRA; BARCELLOS, 2006):

(...) é nesse território que as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (...) (MENDES, 1993, p. 45).

A noção de território que aqui apresento compreende não apenas limites geográficos de uma determinada região, mas territórios-processo onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história (BRASIL, 2005). Essa concepção que norteia a noção de território no SUS vem sendo construída

desde a década de 1970 com o movimento de reforma sanitária e é o local ao qual estão vinculados equipamentos sociais e, atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008).

A ESF, anteriormente denominado Programa de Saúde da Família (PSF), foi proposta pelo Governo Federal para implementar a atenção básica nos municípios e, territorializada, constitui-se num espaço de entrada do usuário no sistema, favorecendo a criação de vínculo entre profissionais e usuários. É minimamente estruturada por uma equipe pequena composta por um médico, um enfermeiro e um Agente Comunitário em Saúde. Entretanto, é sabido que em alguns municípios, além dessa equipe, fazem-se presentes outros profissionais.

Foi pela necessidade de ampliação e resolutividade da assistência que em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentado pela Portaria nº. 154, de 24 de Janeiro de 2008, o qual surge oferecendo nos territórios das ESF, próximos aos usuários, as especialidades profissionais. Com a implementação desses Núcleos, a atenção básica qualifica-se com a promoção de espaços para a produção de novos saberes e a ampliação da clínica, garantindo a continuidade da atenção.

A referida Portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social e da Saúde do Homem (BRASIL, 2010).

O NASF é uma estratégia inovadora comprometida, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. Esses núcleos devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010).

Algumas profissões, como a medicina, odontologia e a farmácia, já se encontram inseridas na atenção básica ampliando e qualificando esta, possibilitando

o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, garantindo atendimento nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade da atenção (CECÍLIO, 1997).

A fisioterapia está caminhando para criar uma atenção de forma integral e já se faz presente nas UBS de algumas cidades, como é o exemplo de Belo Horizonte com a aprovação, em janeiro de 2007, da Lei nº 9.332, que inclui o fisioterapeuta no Programa Saúde da Família, ajudando a melhorar a qualidade de vida dos pacientes de 130 centros de Saúde daquela cidade (ALMEIDA, 2008).

Outro exemplo é uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, o município de São Borja, que tem o Projeto de Atenção Domiciliar em Fisioterapia, que também demonstrou as vantagens da oferta desses serviços à comunidade. Segundo Almeida (2008) foi possível verificar a diminuição da fila de espera na clínica de fisioterapia, a racionalização do uso de ambulâncias ou veículos da secretaria no transporte diário de pacientes da fisioterapia e uma melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Porém, apesar desses exemplos, a fisioterapia ainda não é disponibilizada pelo SUS na atenção primária à população em grande parte das cidades do Brasil. O grande desafio a ser alcançado com este estudo é conhecer como esta organizada a oferta de serviços de fisioterapia na atenção primária, no município de Porto Alegre/RS e, compreender a percepção dos usuários sobre saúde e sobre a realidade da fisioterapia que usufruem.

Essa temática justifica-se por ter sido apontada como prioritária nos temas de estudo dos profissionais fisioterapeutas vinculados à saúde coletiva, após o I Congresso Nacional e I Amostra Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva que aconteceu em agosto de 2007, em Brasília, cujo tema foi “Fisioterapia, Saúde coletiva e integralidade na atenção”. Este encontro foi promovido pela Rede de Fisioterapia na Saúde Coletiva - REDE FISIO, Associação Brasileira Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia - ABENFISIO e Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO.

Dentre as questões discutidas no evento, destacou-se a atenção integral em Fisioterapia apontando a necessidade de uma atuação de maneira organizada para superar o “modelo da fisioterapia de 50 anos atrás”, por intermédio de ações coletivas e socialmente responsáveis que incluam: educação, promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, com a utilização de ações integradas de

assistência inter e intraprofissional, estimulando o trabalho coletivo em busca de uma sociedade mais justa e igualitária e em defesa do SUS (CONAFISC, 2007).

Outro foco abordado referiu-se à necessidade de uma formação do profissional que desenvolva habilidades teórico-práticas no campo da gestão, relacionadas ao monitoramento, à avaliação e ao planejamento de serviços de saúde.

A organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais da saúde tem por finalidade tornar mais fácil a vida do usuário, no usufruto de seus direitos. Para isso, é relevante a aproximação do contexto e das pessoas que utilizam os serviços de saúde, os usuários-cidadãos, a fim de conhecer as suas percepções, para identificar se de fato estas diretrizes estão sendo contempladas nos serviços de saúde e no cuidado em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS.

Desta maneira, o problema de estudo questiona como estão organizados os serviços de fisioterapia na atenção primária em Porto Alegre/RS e qual a percepção dos usuários sobre a oferta e a qualidade dessa assistência, buscando respostas nos percursos realizados pelas pessoas em busca da fisioterapia.

O principal objetivo desse estudo é conhecer como esta organizada a oferta de serviços de fisioterapia na atenção primária, no município de Porto Alegre/RS e, compreender a percepção dos usuários sobre saúde e sobre a realidade da fisioterapia que usufruem.

São objetivos específicos:

- Identificar, no município de Porto Alegre/RS, a oferta de serviços de fisioterapia por área de abrangência e natureza de oferta;
- Compreender a concepção do processo saúde-doença entre usuários de serviços de fisioterapia no município de Porto Alegre/RS;
- Descrever a trajetória de usuários do Sistema Único de Saúde na busca pela atenção em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS;
- Compreender, a partir da percepção dos usuários, como ocorre a atenção em fisioterapia em diferentes serviços de referência vinculados ao Sistema Único de Saúde.

3 APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

A produção é coletiva, e assim, de muitos autores. É produto da participação direta e indireta de um grande conjunto de pessoas. Contribuições de corpo e alma, falas e escuta, sorrisos e lágrimas, pensamentos e ações, conhecimentos sistematizados em conjunto, e muito mais, especialmente aquilo que não se expressa com palavras (MATUMOTO, 2003).

Em busca do conhecimento de como está organizada a saúde no município de Porto Alegre/RS, particularmente no que se refere ao acesso à fisioterapia e às impressões dos usuários sobre seus cuidados no que diz respeito à fisioterapia, faz-se necessário em primeiro lugar conhecer e entender como funciona o nosso Sistema Único de Saúde.

O Sistema Único de Saúde nasceu do Movimento pela Reforma Sanitária, um movimento social que surgiu durante os anos de 1970 e 1980, como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar, tendo como bandeira principal a defesa do direito cidadão à saúde (CECCIM, 2007).

Anteriormente a este período, algumas mudanças que ocorreram nas políticas nacionais de saúde foram importantes e caracterizaram algumas tendências como, no início do século passado, o período higienista-campanhista, sanitarista, o modelo médico-assistencial, a criação do ministério da educação e saúde e as conferências nacionais de saúde (PAIM, 2002).

As Conferências Nacionais de Saúde que foram instituídas, em 1937, pela Lei n. 378 sendo que a primeira delas ocorreu em 1941, vêm acontecendo até hoje e se caracterizam por espaços de discussões para o exercício da participação e do controle social para a implementação de políticas públicas de saúde em todas as esferas de governo. Muito do que se conquistou está associado ao envolvimento de amplos setores sociais na formulação e nas lutas pela reforma do sistema de saúde do país.

Esse respaldo popular, com cidadãos identificando as prioridades e estabelecendo diretrizes para o sistema de saúde do país, é que confere legitimidade ao Sistema Único de Saúde (SUS). A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, já no período da Nova República, marca o momento em que as mudanças ganham contornos claros ao ampliar o espectro de atores

envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema (BRASIL, 2009).

A reforma sanitária representou um movimento social de um grupo de pessoas constituído por estudantes, professores, pesquisadores e intelectuais, cujos estudos criticavam o sistema de saúde existente, denunciando as precárias condições de saúde de grande parte da população brasileira e apresentando alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. Em conjunto com os movimentos sociais e os partidos políticos progressistas, definiram as diretrizes fundamentais da proposta de mudança dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo dessas mudanças (PAIM, 2002).

As mudanças na saúde se deram na ampliação do conceito de saúde, a compreensão e o atendimento integral do ser humano, respondendo a todas as suas necessidades. Esses ideais faziam parte do Movimento pela Reforma Sanitária iniciado em 1960, que ficou marcado como um movimento democrático de luta pela saúde como direito dos cidadãos, o qual expressava um conjunto de condições indispensáveis de vida e de trabalho.

A saúde adquiria um conceito 'ampliado', ampliação resultante da compreensão de seus fatores condicionantes (ou determinantes) e em defesa da superação das dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como vigente até então (CECCIM; FERLA, 2009, p. 444).

Afirmando os preceitos para uma Reforma Sanitária cada vez mais defendida e disseminada por seus atores, aconteceu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, preconizando a instituição de um sistema de saúde assentado nos princípios de participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade da atenção.

Foi com os princípios da reforma sanitária e com o término do período ditatorial militar (1985) que o ideário de uma saúde universal garantida pelo estado em todos os níveis de atenção ganhou a força e alcançou patamares de lei com a Constituinte (1986) e com a inclusão do capítulo saúde na Constituição Federal (1988).

Entre os princípios defendidos pela reforma sanitária é possível destacar: o reconhecimento do direito universal à promoção ativa e permanente de condições de

saúde; a criação de um Sistema Único de Saúde e responsabilização do Estado pela administração deste sistema e a organização de um sistema de forma descentralizada, articulando sua organização com a estrutura político-administrativo do país (BRASIL, 1988).

A Constituição Brasileira representa um marco em termos de reconhecimento de direitos sociais no Brasil, compreendendo estes como a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, entre outros. A 8ª Conferência Nacional de Saúde em seu relatório final propõe os seguintes eixos para as mudanças: o direito à saúde com uma concepção ampliada de saúde, relacionada às condições sócio-econômicas, como direito de todos e responsabilidade do Estado, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento da saúde (BRASIL, 1988).

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 contou com ampla participação de diversos setores da sociedade, profissionais de saúde e organizações não governamentais, representando um momento de grande relevância para o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (SOWEK, 2007).

No relatório, aprovado na 8ª Conferência, estavam contidos os pontos fundamentais para a criação do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, ao ser aprovado na Constituição Brasileira de 1988, o Brasil fica organizado com princípios e diretrizes tais como: um atendimento integral, universal, hierarquizado, entre outros, que devem orientar o funcionamento do SUS (BRASIL, 1988).

Em processo permanente de construção, o SUS é a maior política de inclusão social do Brasil. Segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizacionais em todo o país, sob responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. É considerado um sistema porque é formado por um conjunto de unidades, serviços e ações que interagem para um fim comum, com atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (SILVEIRA, 2006).

O SUS foi consequência de um amplo debate democrático. Todavia, a participação da sociedade não se esgotou nas discussões que deram origem a este sistema. Esta democratização também deve estar presente no dia-a-dia do sistema e para isso devem ser criados os Conselhos e as Conferências de saúde, que objetivam formular estratégias, controlar e avaliar a execução das políticas de saúde (CUNHA e CUNHA, 1998).

O SUS foi organizado para que pudesse ficar o mais próximo de quem utiliza o sistema: o usuário. Contudo, na realidade, não é o que acontece na maioria das

vezes; o acesso a estes serviços geralmente fica muito longe da moradia do mesmo (CUNHA e CUNHA, 1998).

A organização do SUS relaciona-se com a aproximação dos indicadores de saúde, pelo menos, os verificados na economia. Os impasses que anteciparam o SUS, tais como o universal, o humanizado e o de qualidade exigem a reposição do usuário-cidadão como o centro das formulações e operacionalização das políticas e ações de saúde. O SUS se constrói no cotidiano de todas aquelas pessoas interessadas na mudança da saúde no Brasil. Por isso, é de suma importância entender o sistema para o fortalecimento das discussões pela sua construção (CUNHA e CUNHA, 1998).

O Sistema Único de Saúde tem seus princípios estabelecidos em Lei Federal nº 8080/90. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são chamados de ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de organizacionais/operativos (BRASIL, 1990).

Para normatizar as diretrizes, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90) surge em 1990, estabelecendo a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, preservação da autonomia; igualdade da assistência à saúde; direito à informação, sobre sua saúde, às pessoas assistidas, divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a utilização pelo usuário; estabelecimento de prioridades utilizando a epidemiologia, participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

Historicamente, a universalização era para quem tinha direito à saúde no Brasil, ou seja, apenas se reservava aos trabalhadores segurados do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e depois do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Com o SUS, esta realidade mudou, e a saúde passou a ser um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao estado assegurar este. O acesso às ações e aos serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, e de outras características pessoais e sociais (CUNHA e CUNHA, 1998).

A universalidade incorpora o direito à assistência como parte da cidadania. Com a universalidade, o modelo de saúde anterior, que assistia apenas aos que contribuíam com a Previdência Social e excluía os demais cidadãos, é extinto e

todos os indivíduos passam a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, bem como àqueles contratados pelo poder público (BRASIL, 1990).

Outro princípio doutrinário é a equidade que apresenta como objetivo diminuir as desigualdades, mas não significa que ela seja sinônimo de igualdade; este princípio é de justiça social. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (CUNHA e CUNHA, 1998).

O princípio da equidade assegura, aos indivíduos, a disponibilidade dos serviços de saúde, considerando as diferenças entre os diversos grupos de pessoas. Desta forma, ela consiste em garantir ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade demandada para cada caso, afirmando que “todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades” (BRASIL, 1990).

Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atenção intersetorial entre diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (CUNHA e CUNHA, 1998).

Significa olhar a pessoa de forma holística, considerando suas características biológicas, psicológicas, culturais, econômicas, religiosas e atendendo a todas as suas necessidades. Neste sentido, faz-se necessária a integração das ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

A Constituição Federal de 1988 determina “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). A partir desta afirmação, passou-se a considerar a integralidade como um dos princípios basilares do SUS, tema frequente de discussões e investigações, passando, progressivamente, a fazer parte como preocupação do cotidiano dos gestores nos vários níveis de atenção (MATTOS, 2001).

A integralidade também deve ser entendida pelo conjunto de serviços como uma rede articulada em que há uma permanente facilitação para o caminhar do usuário na rede a partir de uma noção da gestão do cuidado pelas equipes locais de saúde (CECÍLIO, 1997; FRANCO, MAGALHÃES JR., 2004).

A integralidade, para Pinheiro (2004), é um termo com diferentes sentidos e usos. Pela perspectiva dos usuários, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, qualificado, acolhedor e vinculado. Como construção e prática social, a integralidade ganha riqueza e expressão, porque

acaba sendo um valor que as pessoas defendem e, ao mesmo tempo, imprimem sua experiência de vida.

Do ponto de vista da saúde coletiva, a integralidade requer a integração entre as ações coletivas e preventivas e as ações curativas. Há necessidade de articulação dentro de cada serviço de saúde e, também, entre os vários setores que formulam e executam políticas públicas. O avanço desta dimensão da integralidade depende da vontade política dos governantes em investir em cada uma das políticas sociais, bem como promover a integração entre as mesmas (MATTOS, 2001).

É fundamental que esta integração se dê em todos os serviços de forma contínua. As unidades básicas de saúde são as portas de entrada preferenciais do sistema. O usuário deve apresentar, em primeiro lugar, suas demandas e deve ser cuidado continuamente. A qualidade desse atendimento é definidora para o caminhar do usuário no sistema (MAGALHÃES JR., 2002).

Os princípios da regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde significam que devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos à determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, de acordo com a clientela a ser atendida. A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços existentes, buscando o comando unificado destes (CUNHA e CUNHA, 1998).

A hierarquização rege que os serviços devem ser organizados em nível de complexidade tecnológica crescente; e a regionalização refere-se aos serviços dispostos numa área geográfica delimitada. Isso implica a capacidade dos serviços em oferecer, a uma determinada população, todas as modalidades de assistência, bem como o acesso facilitado a todo o tipo de tecnologia disponível, possibilitando um alto grau de resolubilidade (BRASIL, 1988).

Já a hierarquização, além de proceder à divisão de níveis de atenção, deve garantir formas de acesso e serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso, no limite dos recursos disponíveis em dada região e também na rotina de acompanhamentos dos serviços, com o encaminhamento e o retorno das informações ao nível básico do serviço (referência e contra-referência) (CUNHA e CUNHA, 1998).

Na saúde, outro princípio é a descentralização, cujo objetivo é prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. A

descentralização ou municipalização é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos (CUNHA e CUNHA, 1998). Passa também a ser uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

A descentralização também é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que for de abrangência de um município será de responsabilidade municipal, o que abranger um estado deve ser de responsabilidade estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal (BRASIL, 1988).

Para o SUS funcionar de forma que atenda às necessidades dos usuários, é necessário dar prioridade a uma atuação intersetorial, que surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso, busca-se otimizar os recursos escassos, procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (JUNQUEIRA, 1999).

O mesmo autor argumenta que a intersetorialidade associa a ideia de "integração, de território, de eqüidade, enfim, de direitos sociais", referindo-se "à população e aos seus problemas, circunscritos a um território ou região da cidade ou do município". Dessa maneira, instaura-se um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que passa a articular saberes e experiências no âmbito do planejamento, da execução e avaliação das ações, porque a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Em relação à intersetorialidade, optamos pela conceituação de Campos et al. (2004), que a descreve como um processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ao núcleo da atividade de seus parceiros ou se localizam nele. A intersetorialidade implica a existência de algum

grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

A intersectorialidade deve responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários e envolvendo a população no percurso do diagnóstico da situação e a avaliação das ações implantadas, como a avaliação das políticas públicas, uma vez que estaremos ampliando a discussão sobre a cidadania e o respeito aos direitos constitucionais, reconhecendo e respeitando a diversidade em nosso país (CAMPOS *et al.*, 2004).

Faz-se necessário, também, a população ter um sistema de referência e contra-referência articulados, ou seja, o sistema de referência compreende o fluxo da atenção do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade. De qualquer maneira, é praticamente inviável que todos os municípios do País sejam capazes de estruturar e manter os níveis de atenção dentro de seus limites territoriais, como, por exemplo, os ambulatórios especializados, a atenção hospitalar e os sistemas de apoio e diagnóstico e as terapias de alto custo. Vale lembrar que estabelecer um sistema de referência e de contra-referência que atenda às demandas da atenção básica é uma obrigatoriedade de todos os sistemas municipais de saúde (CUNHA; CUNHA, 1998).

O atendimento para uma pessoa que necessita dos serviços de saúde deve obedecer ao critério da complexidade, com relação ao problema a ser solucionado. Para tanto, a rede de serviços de saúde deve ser organizada de acordo com as características de cada região do Brasil, já que elas apresentam muitas diferenças entre si. O SUS é um sistema regionalizado. Além desse modo de ordenar o sistema de saúde, ele deve ser descentralizado com direção única em cada esfera de poder (CUNHA e CUNHA, 1998)

O Ministério da Saúde definiu, na NOB96, dois tipos de gestão municipal de saúde: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Na primeira, o município tem sob sua gerência tanto a rede básica de postos e unidades de saúde como os hospitais conveniados com o SUS. No segundo, tipo de gestão, o município gerencia somente os postos e unidades de saúde, permanecendo os hospitais sob gestão estadual (BRASIL, 2006).

Na reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo

baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e controle social. Como consequência, ocorreu uma ousada municipalização do setor Saúde. Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, em todos os municípios e estados, nos quais os representantes dos usuários ocupam 50% dos assentos. Ao se instituírem os Fundos de Saúde, substituíram-se os convênios que regiam as relações entre as três esferas governamentais (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

No Brasil, atualmente ainda o sistema de saúde configura-se com forte presença do setor privado, principalmente no nível de assistência hospitalar e em consultas médicas a pacientes externos e o setor público, caracterizando-se por prestar serviços em estabelecimentos de mais baixo custo, grande produtor de atendimento elementar. Essa configuração desenvolveu-se historicamente, gerando não um único sistema de saúde, mas sistemas que segmentam a assistência em três esferas: federal, estadual e municipal (COHN; ELIAS, 1999).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Na trajetória acadêmica por mim percorrida, baseada principalmente na perspectiva positivista, a análise qualitativa contemplou minha necessidade de certezas. Por outro lado a possibilidade criativa da abordagem me seduziu por acolher a subjetividade das relações humanas (URTIAGA, 2004, p.41).

O estudo é de caráter descritivo, de natureza qualitativa e envolveu informações dos serviços da rede básica e os usuários do Sistema Único de Saúde, do município de Porto Alegre/RS, visando conhecer como esta organizada a oferta de serviços de fisioterapia na atenção primária, no município de Porto Alegre/RS e qual a percepção dos usuários sobre saúde e sobre a realidade da fisioterapia que usufruem.

Pode-se dizer que com este estudo busquei revelar e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los, caracterizando, dessa forma, o estudo como uma primeira aproximação com o fenômeno fisioterapia no sistema de saúde, buscando revelar o “estado da arte” em fisioterapia no sistema de saúde em Porto Alegre/RS.

Com uma abordagem qualitativa, tentei compreender a organização e o fluxo de atendimento da rede própria (pública) e não própria (conveniada) a partir do olhar dos usuários do SUS. Nessa abordagem, o estudo aprofundou-se no entendimento das falas, nos relatos, trajetórias e histórias dos usuários dos serviços de saúde, que vão além das relações postas.

Para melhor compreender a saúde sem dissociá-la dos processos sociais, culturais, biológicos, psicológicos que constituem as pessoas e dão origem às suas escolhas, trajetórias, encontros e desencontros. Tendo em vista estes aspectos acima citados e de grande importância, escolhi a cartografia como metodologia deste estudo, pois ela requer como atitudes fundamentais a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos no estudo.

A cartografia constitui uma abordagem metodológica com passos a seguir estabelecidos, porém para este estudo optei por uma aproximação aos princípios de uma cartografia, principalmente aqueles que envolvem os encontros com os usuários, as trajetórias dos usuários, o encontro com os profissionais, entre outros.

Esta é a cartografia das ruas, viagens, as paisagens que vivenciei e apreciei para a produção e o conhecimento das trajetórias dos usuários. É provisória e

inacabada, posto que a vida está em permanente movimento e construção, com infinitas possibilidades de se realizar.

As paisagens foram emergindo no percurso. A entrada, aparentemente muito comum e inserida na realidade de qualquer serviço de saúde, permitiu, por meio de um olhar mais atento, conhecer alguns aspectos do modo de funcionamento dos serviços, sua organização, os profissionais de saúde envolvidos no processo do cuidado, dentre outros. Ao explorá-la, outras paisagens foram se revelando, favorecendo o conhecimento da organização do território e o funcionamento de alguns equipamentos sociais.

A cartografia é criada a partir de relatos, em uma espécie de diário de bordo de uma “viagem” singular, única e irrepetível em que o mais importante é a novidade, a diferença e a singularidade. É uma máquina-livro, cujo movimento, velocidade, longitude e latitude, densidade, intensidade, contribui para “inventar mundos”. Um “mapa” que pode servir a outros viajantes construir a sua trajetória, sua aventura (BAREMBLITT, 1998).

Alguns aspectos quantitativos compõem o conjunto de informações sobre a identificação, natureza do serviço, localização, área de abrangência, população adstrita, serviços de referência e contra-referência, demandas e a densidade demográfica onde estão ofertados os Serviços de Fisioterapia; porém, o foco se centra nos aspectos qualitativos trazidos pelos entrevistados.

A realidade deste estudo mostra que os dados qualitativos e quantitativos estão relacionados uns aos outros. Segundo Baquero (2009, p.9), “todo e qualquer dado quantitativo está baseado em julgamentos qualitativos; e todos os dados qualitativos podem ser descritos e manipulados numericamente”.

O universo do estudo foi constituído por usuários de saúde vinculados às unidades de saúde existente no município de Porto Alegre/RS. Foram sujeitos do estudo doze (12) usuários adstritos em quatro (4) unidades de saúde pertencentes a dois (2) distritos sanitários, conforme os critérios apresentado no quadro 1.

Distritos Sanitários	Serviços	Sujeitos do Estudo (Usuários)
Distrito (2)	Unidade de Saúde (4)	3 Em atendimento.
		3 Já realizaram fisioterapia.
		3 Aguardando atendimento de fisioterapia pela primeira vez.

Quadro 1 – Critérios de Inclusão dos sujeitos do estudo, número de unidades de saúde e distritos sanitários

Após cumprimento dos trâmites determinados pela resolução 196/96, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS com o parecer de número 000.040769097. Como procedimento de pesquisa, a coleta dos dados teve início com consulta junto à Secretaria Municipal de Saúde sobre informações referentes à saúde no município de Porto Alegre/RS, busquei conhecer o contexto dos usuários e dos serviços de fisioterapia e reabilitação.

Embora não se constituam nas principais informações que dão base a este estudo, os dados levantados são particularmente importantes porque eles permitem o conhecimento de Porto Alegre/RS como território de saúde, no que diz respeito à oferta da atenção.

Neste sentido, conhecer os desenhos organizativos da atenção em saúde que fazem relação com a fisioterapia no município de Porto Alegre/RS contribui para compreender como as ações de intervenção no processo saúde-doença-cuidado estão organizadas e combinadas e a dinâmica de funcionamento presente na rede de atenção que envolve a fisioterapia.

Para melhor compreensão dessa oferta e conhecimento do contexto, busquei as seguintes informações relacionadas aos serviços: organização, critérios utilizados para a prioridade no atendimento, demandas, número de profissionais, natureza do serviço, população adstrita em cada gerência distrital, média de atendimentos dia e mês e dados dos serviços de fisioterapia no município de Porto Alegre/RS, bem como os locais de acesso e a localização geográfica.

Os dados secundários relacionados à oferta dos serviços de saúde foram disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) junto à Assessoria de Planejamento (ASSEPLA) na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Estas informações, apesar de relevantes para conhecer o contexto da saúde no município de Porto Alegre/RS, não mostram os caminhos que as pessoas realizam em busca da sua saúde, o que passa a ser evidenciado neste estudo num segundo momento, a partir da análise das falas dos entrevistados.

Para encontrar os sujeitos do estudo, realizei o contato com a responsável das gerências distritais, que orientou os caminhos para se chegar aos sujeitos através das unidades de saúde. Após, realizei o contato com as responsáveis pelas unidades de saúde consultamos a lista dos pacientes que se encontravam em

atendimento de fisioterapia dos pacientes que já haviam realizado fisioterapia e dos pacientes que aguardavam atendimento de fisioterapêutico pela primeira vez.

Dentre os usuários indicados, foram selecionados três de cada unidade, conforme os seguintes critérios: estar em atendimento, já ter realizado fisioterapia em algum momento e estar aguardando atendimento de fisioterapia pela primeira vez. Após a identificação dos usuários, os mesmos foram contatados para conhecer os objetivos do estudo, assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido e posterior agendamento da entrevista semi-estruturada com questões referentes a saúde e ao cuidado em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS.

Embora a pesquisa de abordagem qualitativa aceite outros meios de coleta de dados, foi por meio de um roteiro de perguntas realizadas – entrevista semi-estruturada – aos usuários que procurei saber como e de que forma estão organizados os serviços de fisioterapia e reabilitação, e qual é a percepção dos usuários no que diz respeito às suas trajetórias e ao cuidado a eles prestado.

Compreendemos a técnica da entrevista semi-estruturada conforme nos apresenta Triviños (1987; p. 146), que afirma:

[...] entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias que interessam à pesquisa, e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novos questionamentos que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Para aplicação das entrevistas com os usuários, agendei os dias, locais e horários de sua preferência e conforme a disponibilidade dos informantes. As informações foram gravadas e, posteriormente, transcritas, lidas e organizadas em eixos que emergiram da própria leitura. Além do mais, os usuários foram identificados por códigos aos quais somente os pesquisadores tiveram acesso, a fim de garantir sua privacidade.

As entrevistas semi-estruturadas foram analisadas a partir do agrupamento de temáticas que emergiram das falas dos usuários. As entrevistas apresentaram um roteiro apenas para orientar o fluxo do diálogo (APÊNDICE B).

Em Minayo (1992), encontra-se que a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para tanto, a análise de conteúdo relaciona

estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados, ou seja, articula a superfície dos textos descrita.

A análise de conteúdo engloba diferentes técnicas passíveis de realizar o trabalho. A análise temática foi a técnica utilizada nesta pesquisa. Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência tenham relevância para o objetivo analítico visado. Essa técnica desdobra-se em três etapas:

- **Pré-análise:** é a etapa de escolha dos documentos a serem analisados e a elaboração de indicadores para a interpretação final.
- **Exploração do material:** é a fase em que se processa a transformação dos dados brutos em material codificado. Realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo-se categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas.
- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** é a etapa em que o pesquisador realiza inferências e interpretações, fundamentado em seu quadro teórico ou outras dimensões sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 1992).

A partir dessas entrevistas, busquei destacar os principais achados do estudo tentando estabelecer redes de aproximações entre os eixos deste trabalho assim agrupados: as concepções e percepções dos usuários sobre saúde e fisioterapia, concepções e percepções dos usuários sobre saúde-doença, caminhos e (dês)caminhos para o encontro da saúde; sobre o cuidado: percepções e trajetórias em fisioterapia.

A entrevista é o procedimento mais usual do trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais. Ela não significa uma fala despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos- objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (MINAYO, 2002, p. 57).

Elegi a cartografia para melhor descrever a trajetória dos usuários quanto ao acesso, às suas percepções de cuidado e aos sentimentos potencializados em

busca pelo cuidado nos serviços de fisioterapia e reabilitação no município de Porto Alegre/RS.

Em relação à cartografia, optei pela descrição dada por Rolnick (2007, p. 69) que observa que para o cartógrafo:

pouco importa que setores da vida social ele toma como objeto....o que importa é que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência da humanidade que se propõe a perscrutar: desde os movimentos sociais, formalizados ou não, as mutações da sensibilidade, a violência.

A cartografia sempre se dá num contexto, num espaço-tempo que compõe certo plano, no qual forças conscientes e inconscientes fazem emergir e viabilizar idéias, projetos, ações, sentimentos (MATUMOTO, 2003). Apresenta a experiência em termos de forças, movimentos, acontecimentos, momentos, risos, frustrações, realizações, lágrimas, sorrisos, olhares, criações que discutimos segundo o olhar de pesquisador.

Utilizei o Diário de Campo com espaço de registros escritos e observações, visitas e contatos (pessoais ou telefônicos) realizados durante a trajetória do estudo. Assim, neste material, de forma minuciosa, registrei as percepções, impressões, conversas que considere relevantes no encontro com os usuários e com os profissionais das unidades de saúde.

O diário de Campo é um instrumento de pesquisa utilizado com o objetivo de constar todas as informações que não sejam os registros das entrevistas formais, ou seja, observações sobre conversar informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa (MINAYO, 1993).

Por meio desses registros, pude estabelecer relações entre os encontros com os usuários e suas percepções, conversas informais com os representantes das unidades de saúde e os dados disponibilizados sobre os serviços de saúde, mais especificamente, sobre a fisioterapia no município de Porto Alegre/RS.

As entrevistas foram concedidas voluntariamente, precedidas de esclarecimento quanto aos aspectos éticos e legais. As informações foram coletadas somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias de igual teor, permanecendo uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora (APÊNDICE A).

Com o intuito de não identificar os usuários e privá-los, fugi um pouco da epígrafe apresentada no início da dissertação. Se utilizasse o nome de ruas, talvez compromettesse os usuários do estudo. Por isso, optei por utilizar o nome de flores para caracterizá-los. Então, os nomes dados foram: Gravata, Flor do campo, Bromélia, Camélia, Cerejeira, Anêmona, Crisântemo, Gérbera, Rostrata, Tulipa, Girassol, Orquídea.

Para estabelecer relações entre os diferentes instrumentos e encontrar possíveis aproximações e distanciamentos entre o objeto de estudo, realizei a triangulação dos dados, de forma a exercitar diferentes abordagens e olhar por vários ângulos (MINAYO *et al.*, 2005), considerando-se, inclusive, anotações do próprio diário de campo.

Para a triangulação, foram consideradas válidas as entrevistas com os usuários, os dados disponibilizados pelo responsável do departamento de informática do DATASUS e as anotações do diário de campo.

Os resultados serão apresentados em forma de dois capítulos onde buscamos estabelecer uma relação entre as falas dos usuários, os dados referentes à organização dos serviços de fisioterapia e os registros do diário de campo. O primeiro denominei o contexto da saúde de Porto Alegre/RS: um breve panorama da oferta da fisioterapia, onde dialogamos alguns aspectos gerais da saúde em Porto Alegre/RS. E o segundo intitulei de Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do Sistema Único de Saúde do município de Porto Alegre/RS, onde a fala dos usuários entram em diálogo com o sistema de saúde e com os teóricos que nos ajudam compreender o processo de desenvolvimento do SUS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 O CONTEXTO DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS: UM BREVE PANORAMA DA OFERTA DA FISIOTERAPIA

Ao apresentar alguns aspectos da saúde de Porto Alegre/RS, busquei um recorte que destaca sua organização geral e mais especificamente as ofertas e demandas da fisioterapia que, juntamente com a fala dos usuários, podem auxiliar a compreender o contexto, as percepções sobre saúde e doença, acometimentos, cuidados e as soluções que dialogam com a fisioterapia e com alguns estudiosos da saúde.

Retomando o contexto, falo dele como o território saúde do município de Porto Alegre/RS. O reconhecimento deste território é um passo básico para a caracterização dos sujeitos e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação dos impactos dos serviços sobre a saúde dos porto alegretenses.

Em relação ao território, optei pela conceituação dada por Gondin *et. al.* (2008) que definem o espaço-território como muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, sendo este o *locus* onde se verifica a interação população-serviço no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais, para sua resolução, devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores de diversos serviços de saúde.

O município de Porto Alegre/RS é a capital do Estado do Rio Grande do Sul com a maior região metropolitana do sul do país. Localizado no paralelo 30° sul, com 30 km longitudinais e 15 km de largura no sentido leste-oeste, o município, é circundado por morros, planícies, é limitado pela orla fluvial do lago Guaíba. Geograficamente, apresenta uma área total de 476.30 Km². Deste total, 431.85 Km² representa o continente, e 44.45 Km² são de ilhas, sendo que seis delas são habitadas (IBGE, 2000).

Segundo os dados do IBGE de 2000, Porto Alegre/RS conta com 1.360.590 milhões de habitantes, estimando-se que, em 2009, a população seria de 1.436.124

milhões. Sabe-se que atualmente ocorre um censo, porém não se obteve ainda os resultados¹. A estimativa de crescimento da população em 9 anos foi de 75.534 mil habitantes, ou seja, 8.392 mil habitantes por ano (IBGE, 2009). Essas características, no que se refere ao SUS, permitem configurar Porto Alegre/RS um município de grande porte.

Para dar cobertura a esta população, na atenção básica, o município de Porto Alegre/RS apresenta seus serviços distribuídos em oito gerências distritais, que tem sob sua gestão dezesseis distritos sanitários, assim distribuídos: Centro, Sul/Centro, Partenon/Lomba, Glória/Cruzeiro/Cristal, Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas, Leste/ Nordeste, Norte/Eixo Baltazar e Restinga/Extremo-Sul que tem sob sua gestão, dezesseis distritos sanitários.

A gerência distrital Centro apresenta o maior número populacional, tendo sido estimado para 2009 um total de 281.713 habitantes e a gerência Restinga/Extremo Sul, mais periférica, tem adstrita 89.359 habitantes, apresentando a menor parcela da população.

Importante destacar para a fisioterapia os dados apresentados pelo Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2001) que identificou, em nível nacional, 24.5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que equivale a 14.5% da população brasileira. Com relação às deficiências físicas e motoras, são 6.6 milhões de habitantes, correspondendo a 3.9% da população.

O relatório do Ministério da Justiça (BRASIL, 2004) sobre prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens, sistematizou inquéritos realizados em 21 cidades brasileiras das cinco regiões do país, apontando uma prevalência de 2.8% a 9.7% de incapacidades e, dentre essas, 0.3% a 3.6% referem-se à incapacidade de locomoção. No Rio Grande do Sul, há uma estimativa que um milhão e meio de pessoas apresentam algum tipo de deficiência; no município de Porto Alegre/RS, essa estimativa é de 198 mil habitantes (IBGE, 2009).

Outra característica a destacar é que essa metrópole apresenta uma expectativa de vida para a sua população de 71.4 anos, sendo que 66.2 anos para os homens e 76.2 anos para as mulheres (IBGE, 2000). Tendo em vista o número crescente de idosos e o quantitativo de pessoas que apresentam algum tipo de deficiência no município de Porto Alegre/RS, passa a ser um desafio para o setor

¹ Os dados são relativos ao censo de 2000 em virtude do Censo 2010 estar em andamento na cidade de Porto Alegre/RS e os dados não estarem disponibilizados.

público elaborar políticas que visem responder às diferentes demandas dessa parcela populacional.

No contexto de saúde de Porto Alegre/RS, no que se refere aos ciclos de vida, é possível observar, segundo os dados do DATASUS, que a maior prevalência de atendimento de fisioterapia ocorre para a população adulta e idosa. Especificamente, as demandas referem-se às patologias relacionadas às perdas funcionais da população. Destacam-se, em primeiro lugar, patologias relacionadas ao sistema osteomuscular e ao tecido conjuntivo; em segundo lugar, aos acidentes de uma forma geral; e em terceiro, às doenças do sistema nervoso, seguido do sistema respiratório (BRASIL, 2009).

Assim como em Porto Alegre/RS, em um estudo realizado em 23 Unidades Básicas de Saúde do interior de São Paulo e uma no Paraná, em que há a oferta dos serviços de fisioterapia, foi identificado que 71% da clientela dessas UBS apresentaram lombalgia crônica (ALMEIDA, 2004).

Dada as características populacionais, o perfil epidemiológico e a complexidade que envolve a saúde das pessoas, o SUS, em sua organização, busca uma estrutura em redes de serviços, na qual todos os envolvidos se interconectem para garantir um de seus princípios doutrinários: a integralidade da atenção para a efetividade das políticas públicas em saúde.

Com experiência na gestão dos SUS, Santos (2008) afirma que a necessidade de interligar os serviços em rede tem o propósito de melhorar a sua eficiência e diminuir custos; expandir o acesso; interligar as políticas sociais intersetoriais, sempre com vistas à obtenção de ganhos na qualidade, eficiência, economicidade e atingir seus fins. Desse modo, a rede requer elementos humanos, eficazes, racionais, econômicos e qualitativos, que dêem sentido às ações e aos processos e os entrelaces nos serviços de saúde.

No município de Porto Alegre/RS, esta estrutura organizacional apresenta alguns elementos na tentativa de atender alguns princípios do SUS, como a territorialização, hierarquização, entre outros. No que se refere à assistência em saúde na atenção básica, identifiquei a existência de 173 serviços de saúde distribuídos em 8 gerências distritais. Fazem parte das gerências as modalidades dos serviços de saúde assim apresentadas: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), Casas/Centros de Saúde, Serviços de outros tipos, tais como Centro de Saúde do Trabalhador, Centro de Saúde Modelo,

Cais Mental, Casa Harmonia, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Social da Criança e do Adolescente NASCA e Programas de Saúde da Família (PSF)².

Destas modalidades de serviços existentes em Porto Alegre/RS, sabe-se que a implantação de equipes de saúde da família deve obedecer a alguns princípios importantes, definidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Na Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, a qual compõe a PNAB, está descrito que cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (BRASIL, 2006).

Em diálogo com alguns profissionais, verifiquei que o município de Porto Alegre possui 93 equipes de Saúde da Família credenciadas até o momento, cobrindo 22,43% da população. A atenção à saúde do restante da população de Porto Alegre/RS é realizada através de Unidades Básicas de Saúde (DIÁRIO DE CAMPO, 13/08/2010).

Na tentativa de visualizar a localização das modalidades de saúde, identifiquei no mapa político do município de Porto Alegre/RS a distribuição destes serviços buscando aproximações com a distribuição populacional. Percebi, através deste mapa e em conversas informais com o responsável do pelo departamento de informática do SUS (DATASUS), que essas modalidades de serviços de saúde concentram-se em algumas regiões, deixando outras áreas descobertas (DIÁRIO DE CAMPO, 15/12/2009).

Quando busquei informações sobre os serviços de fisioterapia e reabilitação em Porto Alegre/RS, procurei identificar o gestor e/ou responsável por este setor. Constatei que não existe administrativamente um responsável específico. Dessa forma, fui na Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde ao encontro do responsável pelo departamento de

²Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. No Brasil a origem do PSF remonta criação do PACS em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva (BRASIL, 2006). Os dados encontram-se separados pois foram dados disponibilizados pela ASSEPLA de Porto Alegre/RS que segundo a responsável estão sendo modificados (DIÁRIO DE CAMPO, 16/11/2009).

informática do SUS (DATASUS), onde pude colher informações sobre os serviços existentes (DIÁRIO DE CAMPO, 15/11/2001).

Dentre as informações obtidas, destaco como importante na cobertura dos serviços de fisioterapia e reabilitação o quantitativo de fisioterapeutas concursados pelo município de Porto Alegre/RS. Segundo o responsável pelo departamento de informática do DATASUS, há 28 fisioterapeutas assim distribuídos: sete no Centro de Saúde Vila dos Comerciários, um no Centro de Saúde IAPI (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários); oito no Hospital de Pronto Socorro (HPS), nove no Hospital Presidente Vargas (HPV), um no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e dois fisioterapeutas no Centro de Saúde Santa Marta (DIÁRIO DE CAMPO, 10/02/10).

Os dados do Crefito-5 apresentados no “Seminário sobre a violação dos direitos do consumidor em serviços de atendimento de fisioterapia e terapia ocupacional no município de Porto Alegre/RS” ocorrido em 2007 informam que o número de fisioterapeutas registrados no município, no ano de 2007, alcançou o quantitativo de 1.782 profissionais. O relatório do Seminário também apontou o registro de 230 clínicas/pessoa jurídica e 427 consultórios. Observa-se, entretanto, que esses cadastros não se referem a profissionais ou serviços vinculados ao SUS, atuando dessa forma somente em caráter complementar (CREFITO5, 2007).

No SUS, quando a capacidade instalada não atende à demanda da população, faz-se necessária a realização da compra de serviços complementares, conforme prevê a própria Constituição Brasileira (BRASIL, 1988). No universo dos serviços de fisioterapia oferecidos pelo município de Porto Alegre/RS, conforme o DATASUS, verificou-se a existência de seis (23.07%) serviços de fisioterapia e reabilitação públicos, denominados serviços próprios, e vinte (76.09%) serviços conveniados, neste estudo denominados não-próprios³.

Percebe-se que, dentre as 230 clínicas/pessoa jurídica registradas no conselho, apenas 20 estão vinculadas com o SUS. Em síntese, podemos dizer que a oferta da assistência em fisioterapia concentra-se nos serviços privados.

³Os serviços de saúde e atenção em fisioterapia são de duas naturezas, uma pública (própria) e outra conveniada (não-própria). As denominações próprios (públicos) e não-próprios (conveniados) fazem parte do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BRASIL, 2009). Os serviços de saúde podem ser classificados segundo o local de atendimento ou mesmo os níveis de complexidade da atenção que oferecem. Levando em consideração as características do sistema de saúde brasileiro, os serviços são tradicionalmente agrupados segundo sua vinculação em público e privado (COHN e ELIAS, 1999).

Esta característica da oferta em fisioterapia também é constada no estudo de Almeida (2008), sobre o lugar social do fisioterapeuta, a qual considera esse profissional distante dos serviços públicos de saúde. Segundo a autora, conforme dados disponibilizados pelo Crefito-3 no Estado de São Paulo, 70.5% dos fisioterapeutas estão no setor privado.

Outro estudo que buscou fazer uma relação do custo-benefício da oferta dos serviços de fisioterapia foi desenvolvido por Almeida (2004), quando o autor estabeleceu um cálculo baseado na relação entre a carga horária do profissional e o número de atendimento por ano/pessoa. Considerando a Lei nº 8.856/94, que prevê 30 horas/semanais do vínculo profissional, o autor calculou que cada profissional, trabalhando uma hora em cada atendimento, seja capaz de oferecer 1.452 atendimentos por ano. Para o autor, na oferta de um atendimento de fisioterapia por ano por habitante, seria necessária a contratação de aproximadamente 70 profissionais.

Estabelecendo uma relação com o município de Porto Alegre/RS, que apresenta um quantitativo de 28 profissionais inseridos na rede, com uma população de 1.436.124 milhões de habitantes, observando-se o cálculo proposto por Almeida (2004) e a prerrogativa da lei nº 8.856/94, que propõe 30 horas semanais possibilitando 1.452 atendimentos/ano, observa-se que para Porto Alegre/RS seria necessária a contratação de 997 profissionais.

Em estudo sobre a formação e a expansão do ensino em fisioterapia Bispo Júnior (2009), destaca que, ao analisar o campo de atuação profissional, percebe-se clara contradição entre o número de profissionais existentes e as necessidades de assistência da população. Segundo o autor, de um lado encontra-se grande contingente de profissionais aptos a prestar assistência; de outro, a população desassistida e com carência de oferta de serviços de saúde.

Pude constatar no encontro com os participantes deste estudo que em Porto Alegre/RS há uma espera pelo atendimento de fisioterapia, o que pode ser indicativo da não cobertura dos serviços, tanto próprios quanto conveniados. A fala de um dos participantes retrata um pouco desta realidade:

(...)...por exemplo, a minha coluna, eu sei que tenho que fazer fisioterapia na coluna, eu vou ter que fazer. E estou aguardando muito tempo para aliviar a dor, depois que passar me chamam para fazer esta terapia (...)
Bromélia.

Fazendo uma relação entre a fala da usuária e de alguns profissionais inseridos na rede acerca da existência de uma lista de espera para assistência em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS, percebi que possivelmente a atenção básica não esteja sendo resolutiva, pois as falas evidenciam um tempo de espera que reflete na dificuldade de acesso.

Nessa medida, a existência de uma atenção básica resolutiva e de qualidade denota reafirmar os princípios constitucionais estabelecidos para o SUS na medida em que se busca concretizá-los por meio desta atenção. A fala da usuária sugere a demora na busca pelo atendimento e a existência da lista de espera.

(...) Sim, já fiz terapia e to esperando para ser atendida já fiz um tempo atrás uma ou duas vezes terapia e estou aguardando há mais de ano na fila de espera para ser chamada (...) *Crisântemo*

Além da fila de espera, o tempo de espera referido pela usuária sinaliza a carência de atenção. A partir de um diálogo informal com as pessoas responsáveis pelas unidades de saúde, em sua maioria enfermeiros, pude constatar que cada unidade de saúde apresenta um número determinado de serviços de referência em diversos lugares da cidade, mas nem sempre esses serviços de fisioterapia estão disponíveis no próprio território da unidade. Dentre os disponíveis, os usuários têm a liberdade de escolha (DIÁRIO DE CAMPO, 10/02/10).

Já sinalizei anteriormente que os serviços de saúde de uma forma geral encontram-se concentrados em algumas regiões, deixando outras áreas descobertas. Os serviços de fisioterapia não diferem desta realidade; concentram-se, principalmente os conveniados, na região central de Porto Alegre/RS. Geralmente, esses serviços estão distantes do local de residência dos usuários que, na maioria das vezes, residem em regiões periféricas da cidade.

Dessa forma, o acesso passa a se tornar dificultoso tendo em vista a distância, a dificuldade de transporte, o custo, e em alguns casos, senão na maioria, o estado de saúde funcional das pessoas. A fala que segue ilustra a dificuldade do acesso dos usuários aos serviços de fisioterapia e reabilitação no município de Porto Alegre/RS.

(...) o SUS dá poucas cotas para os postos então são poucas vezes que se faz. Ela é boa, a fisioterapia só que é tudo muito difícil, lugares longe para a gente ir, caminhar às vezes, pegar 2 ônibus e a pessoa que trabalha sai do serviço correndo vai lá faz tudo correndo (...) *Orquídea*

Como foi incluído entre os participantes desse estudo alguns que ainda não utilizaram os serviços de fisioterapia, pude observar que mesmo entre eles há um imaginário da dificuldade de acesso aos serviços, tendo em vista a localização desses e de suas residências.

(...)a minha vizinha que já fez me disse que é longe pra ir e difícil porque demora muito tempo de ônibus, eu to esperando (...) *Flor do Campo*

A fala de Flor do Campo retrata a realidade local com relação ao acesso a alguns serviços. De acordo com Paim (2002), a população brasileira ainda convive com grande dificuldade de acesso aos serviços – complexa carga de doenças e agravos à saúde e, sobretudo, com precárias condições de vida, incompatíveis com nível satisfatório de saúde. Neste contexto, é importante considerar a dimensão política que orienta o acesso aos serviços, como responsabilidade do Estado, que deve ser garantido pela distribuição planejada de recursos da rede de serviços, levando em conta a localização geográfica dos locais próximos às moradias dos usuários de acordo com as demandas e necessidades da população.

A fala de Cerejeira provoca uma reflexão sobre a forma como ocorre ou deveria ocorrer a referência e a contra-referência em saúde. Percebi que somente a referência é realizada com cotas limitadas à capacidade dos serviços e não às necessidades das pessoas, reforçando a idéia da não cobertura da atenção em fisioterapia.

Este número de cotas parece insuficiente para atender a demanda em fisioterapia, já que existem listas de espera. Com essas cotas limitadas, os usuários acabam realizando de um a dois atendimentos semanais (DIÁRIO DE CAMPO 10/02/10). A fala que segue ilustra a opinião de uma usuária em relação à frequência de atendimento:

(...) eu faço só uma vez por semana terapia, acho pouco, pro meu problema teria que ser no mínimo 3 vezes por semana, mas como não tem outro jeito graças a Deus que eu to conseguindo pelo menos 1 vez por semana, já me ajuda (...) *Cerejeira*.

O número de cotas é fixo para cada serviço; entretanto, caso haja necessidade por parte de usuários, cada gerência possui cotas extras. A cota

equivale a 10 sessões de fisioterapia e, ao término desse número, o usuário deverá retornar à unidade de saúde para realizar uma avaliação clínica; se constatada a necessidade, receberá encaminhamento para mais sessões.

Sem entrar no mérito da autonomia das profissões, o que não é foco desse estudo, percebe-se que a oferta de fisioterapia ocorre sob o controle biomédico e de forma fragmentada, por exemplo, se o usuário precisar de fisioterapia para os ombros, ele precisará de 1 cota para o ombro direito e outra para o esquerdo (DIÁRIO DE CAMPO, 15/01/2010).

O registro de Anêmona ilustra as ações centradas no modelo biomédico e a fragmentação da atenção em fisioterapia anteriormente citada.

(...) pego dois ônibus, sai do serviço correndo (...) e quando se tem dor nos ombros como é o meu caso, nos 2, primeiro tenho que fazer terapia num e depois no outros, é difícil assim. *Anêmona*

A universalidade permite a identificação dos usuários em suas totalidades. Diante deste contexto, é possível perceber que os serviços de fisioterapia apresentam fragilidades em relação à universalização e à integralidade da atenção, pois o acesso à fisioterapia depende das cotas disponibilizadas em cada serviço e o cuidado muitas vezes apresenta-se de forma fragmentada.

5.2 CUIDADO EM FISIOTERAPIA: CARTOGRAFIA DE USUÁRIOS DO SUS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

5.2.1 Percepções e concepções sobre saúde e fisioterapia

As práticas de cuidado e as ações desenvolvidas nos serviços de saúde interferem na maneira de pensar e agir dos usuários diante dos seus problemas de saúde. No primeiro momento, refleti sobre a realidade de saúde de Porto Alegre/RS, buscando nos documentos, encontros com alguns profissionais e no contato com usuários um olhar mais atento para o modo de funcionamento dos serviços e sua organização. Essa primeira aproximação favoreceu a revelação de outras paisagens, permitindo conhecer um pouco de Porto Alegre/RS enquanto território saúde.

Para aprofundar um pouco mais o conhecimento sobre saúde e fisioterapia sob a óptica dos usuários, busquei revelar as singularidades que emergem do contexto de vida das pessoas e estabelecer um diálogo entre os usuários, a realidade de saúde e os teóricos que atualmente auxiliam na compreensão do tema saúde.

Nos encontros com os usuários, além de informações sob o objeto de estudo, foi com as histórias de vida, na forma como as pessoas relatam suas convivências em comunidade, realizam seus sonhos e desejos, identificam suas potencialidades e limites, que consegui lançar outro olhar sob concepção de saúde, direito à saúde, fisioterapia e sobre os limites que ainda existem na consolidação do SUS.

Do mesmo modo que para o cuidado e atenção é necessário o estabelecimento de vínculo, para uma abordagem qualitativa em pesquisa a aproximação com os usuários foi fundamental. Para Ceccim (1998) e Camargo Jr. (2005), no intuito de conhecer, criar vínculos com os usuários é imprescindível, em cada encontro considerado, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida e de trabalho; as concepções que têm acerca da saúde, da doença, dos fatores que beneficiam a saúde e dos recursos que buscam em caso de doença ou abalos à saúde.

Para melhor compreender a fala dos usuários e conhecer as pessoas que colaboraram com este estudo, apresento algumas características dos usuários entrevistados. Com uma média de idade em 62 anos, onze participantes eram do sexo feminino e um era do sexo masculino. Essas pessoas residem em seus endereços numa média de 16 a 20 anos, e são naturais de diversas cidades do Estado do Rio Grande do Sul, tais como: Porto Alegre (3), Torres (2), Barros Cassal (1), Porto Lucena (1), Frederico Westphalen (1), Formigueiro (1), Giruá (1), Putinga (1) e Palmeira das Missões (1).

Quanto às profissões de cada usuário, somente dois deles trabalham; já os demais, são aposentados. E, dentre estes, dois foram aposentados em função do acidente de trabalho que os deixou incapacitados e impossibilitados de continuar exercendo as suas profissões.

Mesmo não sendo ponto de investigação, achei interessante registrar que os participantes de uma forma geral apresentavam diagnósticos clínicos indicando as seguintes patologias: artrite reumatóide, ruptura ligamentar de punho e ombro, fratura de fêmur, paralisia cerebral, fratura de punho, lesão medular, artrose e

entorse de tornozelo. Como já descrito anteriormente, pelos dados encontrados no DATASUS, as alterações músculo-esquelético, traumas e acidentes e alterações do sistema nervoso compuseram a maior frequência das patologias apresentadas pelos usuários.

Ao realizar as visitas no domicílio dos usuários, observei que algumas moradias estão em áreas de difícil acesso (morros, estradas irregulares, entre outros), com difíceis condições para transitar (tanto de automóvel quanto de cadeira de rodas e até mesmo a pé), e se deslocar dentro do próprio território em que moram. Isso dificulta a chegada destas pessoas até a rua principal e, conseqüentemente, até o acesso a um meio de transporte que as conduza aos serviços de fisioterapia.

Ao transitar pelos territórios, visualizei que os usuários residem em locais de vulnerabilidade social; são vilas, becos, com corredores estreitos que dificultam a passagem. As construções são muito próximas umas das outras e, em alguns casos, algumas pessoas dividem a mesma parede de sua casa com o vizinho (DIÁRIO DE CAMPO, 16/12/2010).

Essas informações, quanto ao acesso e moradias dos usuários, revelam e implicam a qualidade de vida das pessoas no trabalho, convivência social, acesso aos serviços de saúde, concepções de saúde e de uma forma geral diretamente na produção de vida dos usuários. Neste caminhar, percebi que as condições de moradia se distanciam do que se vê explicitado nos atuais conceitos de saúde.

Por meio das entrevistas realizadas com os usuários sobre o cuidado em fisioterapia em Porto Alegre/RS, foi possível perceber pontos comuns que vão desde a percepção do significado do termo saúde até as opiniões sobre o tratamento e as dificuldades enfrentadas para ter acesso aos serviços de saúde.

5.2.2 Concepções e percepções dos usuários sobre saúde-doença

Em relação às concepções e percepções dos usuários sobre saúde, na maioria das falas, identifiquei respostas que relacionam saúde às alterações orgânicas. Os usuários referem que ter “uma boa saúde” diz respeito a não ficar doente, não precisar ir ao médico, não estar fazendo uso de medicamentos e nem utilizar os serviços de saúde. As falas que seguem ilustram esta relação.

(...) Minha saúde é bastante complicada, na verdade eu nem tenho saúde, eu tenho vários problemas, problema de pressão alta, depressiva, eu tenho rompimento total de tendões nos dois braços, estou fazendo fisioterapia...(...) *Anêmona*

(...) tem horas assim que eu fico bem ruim, tenho problema no coração, pressão, me ataco dos nervos e o problema maior que eu tenho mesmo é da coluna...e vejo que minha saúde é ruim mesmo porque tenho este problema bem grave de pressão (....) *Crisântemo*

Observa-se na falas aspectos de saúde vinculados às condições biológicas, mais especificamente aos sinais e sintomas de patologia. A visão de saúde retratada nas falas corresponde a uma concepção de saúde que, durante muito tempo, prevaleceu também no meio acadêmico.

A hegemonia do conhecimento biomédico sempre tendeu a transformar sujeitos sob a lógica da enfermidade em detrimento das questões sociológicas que envolvem os sujeitos. Ao refletirmos sobre o sujeito/usuário, com frequência reconhecemos que a saúde não é uma área particular de conhecimento social; ela possui reflexões próprias e necessariamente específicas dadas pelo saber e pela prática do cotidiano. Percebe-se que, no conhecimento centrado nos eventos patológicos, o sujeito passa a ser apagado/ignorado (MATUMOTO, 2003).

De acordo com Matumoto (2003), a medicina instituiu-se hegemônica através da produção de saber sobre a doença e não sobre o homem, ganhando poder absoluto neste campo, subjugando outros fatores não biológicos que podem estar envolvidos na produção das doenças, utilizando a norma como instrumento disciplinar e de regulamentação. Aquilo que escapa de seu controle é enquadrado como “paciente que não tem nada”, “paciente piti”, “paciente refratário”, produzindo assim um discurso de exclusão.

Akerman e Feuerwerker (2006) referem que as ciências da saúde trabalham muito fortemente centradas na referência dos processos biológicos como se esses fossem os únicos marcos orientadores capazes de produzir explicações legítimas e satisfatórias das doenças que acometem as pessoas. Há várias outras dimensões operando na produção da vida (e da saúde), que não estão sendo levadas em conta pela ciência: a subjetividade, a cultura, a espiritualidade, os valores, o lugar social, as condições de vida material, as relações de trabalho, a urbanização, os conflitos ambientais, entre outros. Por isso, compartilho com a idéia dos autores de que a verdade científica sobre saúde é parcial, incompleta e limitada.

De acordo Ceccim (1998), além dos aspectos biológicos individuais, dos fatores patogênicos e das características ambientais, em se tratando de saúde, devem ser considerados também os determinantes sócio-econômicos-culturais, tais como: renda; ocupação; situação de emprego/desemprego; acesso à escola, ao lazer e à informação; oportunidade de convívio e de relacionamento interpessoal; direito ao sonho e à realização pessoal; acesso a todas as formas de atenção à saúde e direito à assistência qualificada e, ainda, à energia para enfrentar a processualidade da vida individual e coletiva em seus aspectos de instabilidade, recriação e reinvenção permanente.

O modelo de atenção à saúde preconizado pelo Ministério da Saúde é o SUS que, em sua concepção, já propõe uma visão de saúde visando à integralidade da assistência. Este sistema sugere a adoção de um conceito ampliado de saúde, que considera as condições de vida das pessoas, ultrapassando a simples realização de procedimentos curativos, que visam à doença no orgânico.

Saúde/doença, dentro de uma perspectiva mais ampla, é compreender-se como um processo contínuo, em que esses dois aspectos se alteram constantemente. Segundo Alves e Cortinovi (1998), a saúde e a doença não existem como polos absolutos, pois a presença de uma não significa a ausência de outra. Esse equilíbrio é a todo o momento perdido e reconquistado. Normalmente, percebe-se apenas a doença que se manifesta no corpo; porém, muitas vezes o corpo revela uma doença emocional ou psicológica.

Alguns profissionais da saúde reforçam esta concepção quando centram suas práticas na doença e direcionando o seu olhar nas “queixas físicas” dos usuários. À luz da concepção da integralidade, as queixas trazem consigo toda uma subjetividade apontando necessidades que devem ser levadas em consideração no cuidado em saúde. Tal constatação nos remete a refletir sobre a integralidade; neste caso, mais especificamente, à ausência de, e ao mesmo tempo, a sua necessidade nas ações em saúde prestadas a estes usuários.

Ao contrário da lógica reducionista, que relaciona a saúde à doença, compreendo a saúde de forma ampliada, a qual percebo como resultante de uma interligação entre os aspectos orgânicos, sociais e ecológicos, proporcionando um olhar integrado da pessoa.

Esse novo conceito de saúde considera seus determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação,

transporte) e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais. Mesmo que o sistema de saúde tenha atuação preventiva e curativa absolutamente igual, as pessoas que vivem em situação precária serão mais acometidas de doenças e outros agravos, ainda que o sistema de saúde lhe ofereça um excelente serviço de recuperação.

Ampliando a dimensão da integralidade, outro olhar que ela apresenta é o da integralidade em relação à maneira como estão organizados e estruturados os serviços de saúde, muitas vezes de forma burocratizada, valorizando o tecnicismo em detrimento das singularidades dos sujeitos.

Nos desenhos organizativos da atenção, o centro das abordagens tecno-assistenciais variam: centrado em programas, em rotinas, em procedimentos, nos hospitais, nos profissionais, entre outros (BRASIL, 2004). Esta situação aponta o distanciamento nas relações profissionais-usuários, isto é, aqueles que chegam com alguma necessidade que precisa ser satisfeita (usuários) e aqueles que podem e devem, por meio de suas habilidades e conhecimentos, ofertar estratégias para atender a estas necessidades (profissionais).

Nas práticas dos profissionais e, em especial do fisioterapeuta, concordo com Almeida (2008) quando esse afirma que se busca o aspecto da atuação profissional na perspectiva da prática contra-hegemônica, ou seja, que o fisioterapeuta tenha uma postura mais generalista, com visão integral do Sujeito; considere o saber desse Sujeito; e invista em promoção e prevenção em saúde e não somente na doença, atuando também na Saúde Coletiva e na Atenção Básica.

Segundo Mendes (1996, p.257), “os serviços de saúde são um dos componentes da produção social da saúde”. Por isso, o autor (1996) descreve que é necessário atuar sobre os problemas concretos, exemplificando com algumas situações em que os profissionais de saúde deparam-se cotidianamente, quais sejam: “estrutura familiar, o desemprego, a renda insuficiente, a ausência de creches, a evasão e a repetência escolar, a inexistência de equipamentos de esporte e lazer”, entre outros; caso contrário, a ação não interrompe o fluxo de produção social da doença. São necessários conhecimentos mais amplos e críticos da realidade social a fim de que se possa atender aos cidadãos, a partir da ótica da integralidade do ser humano.

Concordo com Ferla (2007, p.91) que a integralidade:

...proporciona a expectativa de aproximação entre as diversas ações e os diferentes serviços, inclusive de outras áreas de atuação e de configuração interdisciplinar e coloca o usuário em toda a sua inteireza e com a complexidade de suas necessidades, como o centro da atenção à saúde em lugar da técnica e do conhecimento científico.

A identificação das complexas necessidades dos usuários diante dos problemas de saúde busca relacionar a integralidade nas ações em saúde numa perspectiva tanto preventiva quanto assistencial, contextualizando os usuários e buscando a ampliação de seus direitos através de espaços coletivos de escuta e busca de alternativas às demandas sociais em saúde.

Nesse sentido, compreendo juntamente com Ayres (2001) que a integralidade remete antes à noção de cuidado do que a do procedimento. A construção dos procedimentos e técnicas empregados em seu campo de atravessamentos torna-se secundária às relações de encontros: cuidar requer a aceitação de outro sujeito, a aceitação dessa dimensão de encontro desejante.

A integralidade é um eixo estruturante de grande importância da formação e da atenção à saúde. Faz-se necessário compreender que a integralidade do cuidado não é uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas; mas necessita do reconhecimento e da valorização do encontro “único” entre as pessoas, que se processa no necessário convívio do ato cuidador (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

A identificação da integralidade com a organização dos serviços de saúde e das práticas de saúde busca uma necessária e efetiva horizontalização e articulação entre as ações programáticas e presentes nos serviços de saúde. A integralidade como parâmetro contribui para quebrar a dicotomia entre as ações em saúde e as assistenciais, assim como o distanciamento e a cisão entre as áreas especializadas (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, a integralidade pode ser tomada como um princípio de organização contínua de processo de trabalho, permitindo a ampliação e intervenção sobre os problemas enfrentados pelos usuários. A organização dos serviços se daria também no sentido de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem (BRASIL, 2005).

Mattos (2006), dedicado aos estudos que enfocam o tema da integralidade, confere a ela diversos sentidos que se caracterizam por um enunciado de diferentes particularidades do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas, as quais são consideradas por alguns e adotadas nesta dissertação como anseios, por se relacionarem ao ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. Neste contexto, a integralidade é trazida no sentido de tentar indicar a imagem que se quer imprimir à transformação da sociedade, fruto de um pensamento crítico de superação da realidade existente.

De acordo com Pinheiro (2008), a autora relata que, dentre os princípios do SUS, a integralidade não é o princípio mais importante do que outro, mas por sua natureza é capaz de atender a todos, segundo as especificidades de cada pessoa, grupo ou região. Trata-se de conceito amplo; uma ação social que resulta da interação democrática entre os sujeitos no cotidiano de suas práticas e na prestação do cuidado em saúde em diferentes níveis do sistema. Na prática, portanto, a integralidade funciona quando a saúde se integra a setores e conhecimentos, e não apenas a setores. Não basta termos ações intersetoriais para termos ações integrais.

Percebi que os usuários também apontam como concepção de saúde a ausência de sofrimento, sendo que este se refere à saúde como ausência do convívio com a dor.

Saúde é não estar sofrendo dor. Toda hora, de noite, eu tenho dor de cabeça, dor nos meus ossos, sei lá. Devo ter alguma coisa. (...) *Flor do Campo*

(...)eu entendo por saúde que a pessoa se sinta bem, sem dor, também para dormir, que a gente com dor, para dormir é difícil (...) *Gravata*

Nos diálogos com os usuários, percebi que o fato da pessoa apresentar uma doença em que há a presença de dor, além de provocar sofrimento, também limita as pessoas em suas potencialidades, qualidade de vida, convívio social, autonomia, causando dependência da medicação ou da intervenção profissional (DIÁRIO DE CAMPO 16/02/2010).

Se por um lado alguns usuários referem-se à saúde centrada no biológico, outras usuárias em suas falas nos permitem visualizar aspectos que relacionam

saúde à autonomia, ao trabalho, a questões afetivas, ao convívio social, dentre outros.

(...) saúde é tudo, porque sem saúde tu não é nada, tem que ter saúde para se fazer as coisas da vida, trabalhar... tudo. Pode até ter dinheiro, mas não ter saúde... de nada adianta. Minha saúde no momento está regular, estou fazendo o meu tratamento, tomado as medicações para poder ter uma saúde, tenho que tomar porque são doenças crônicas, hipertensão, diabetes que hoje em dia é difícil alguém escapar e eu fui uma delas, vou levando assim, trabalhando, tomando remédio nos dias que não estou muito boa e assim vou indo com a minha saúde (...) *Camélia*

Não me considero uma pessoa normal, porque tenho esses problemas de saúde. Mas acho que, com tudo isso, eu me sinto bem. Faço meu serviço, sou dona de casa, cuido da minha mãe. Sou solteira, então faço todo serviço da nossa casa. Estes problemas não me impedem de fazer esse tipo de serviço. (...) Então, eu acho que estou bem, posso fazer tudo. *Gérbera*

Neste contexto, ao perceber a saúde ligada à promoção da vida, o conceito de saúde demonstra uma visão ampliada que aponta certa proximidade com o paradigma social da produção de saúde. Atualmente, a sociedade brasileira tem vivido grandes problemas no campo da saúde, os quais refletem a influência do contexto político-social da história do Brasil, e vem orientando para o paradigma sanitário da produção social (POLIGNANO, 2004).

Em relação à produção social da saúde, compreendo de maneira ampliada e não isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade. Segundo Santos (2005), falar hoje em saúde, sem levar em conta o modo como o homem se relaciona com o seu meio social e ambiental é voltar à época em que a doença era um fenômeno meramente biológico, desprovido de qualquer outra interferência que não fosse tão-somente o homem e seu corpo.

O processo saúde-doença é social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num tempo histórico. A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de um novo paradigma que se apresenta podendo ter base na clínica ampliada.

A clínica ampliada é um trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. A Clínica Ampliada propõe que o profissional

de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida (CAMPOS, 1997).

Nas doenças crônicas ou muito graves isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa que apresenta a patologia, e esta participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de “inventar-se”, apesar da doença (CAMPOS, 1997).

Esse olhar que se aproxima de um olhar ampliado sobre a saúde, descrito nas falas de *Camélia e Gérbera*, assume significados que, mesmo admitindo uma concepção biológica, são colocados como expressão da vida cotidiana, possuindo toda uma inserção contextual, com abordagem cultural, social e pessoal, similar à afirmativa de Minayo (1989).

A autora descreve que as concepções de saúde-doença se constroem em referência ao lugar e à posição de classe e no conjunto das experiências dadas por um modo de vida particular. A história de saúde e doença dos usuários está relacionada com a história global de sua vida, que inclui o trabalho, o salário, as relações sociais, a vida espiritual e a moral.

Neste eixo, destaco a importância da necessidade da clínica ampliada tornar-se uma prática cotidiana nos serviços de saúde com a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida.

A proposta de Wagner Campos (2005a, 2005b, 2006) é de que a clínica ampliada na atenção básica não se identifica simplesmente com a clínica de procedimentos padronizados do hospital, mas que necessita incluir a clínica do sujeito. Os itinerários terapêuticos serão frutos de uma pactuação entre o usuário e o profissional. Essa prática está baseada no princípio de que toda produção de saúde é sempre produção de subjetividade tanto do usuário quanto do trabalhador, exigindo processos compactuados de trabalho.

Quando pensamos em saúde, é preciso observar a singularidade de cada ser vivo, cuja saúde é os poderes que o constituem, ou seja, sua capacidade peculiar de dar resposta às agressões a que está exposto. Assim, é necessário trabalhar com um conceito que atenda às particularidades das pessoas em sua percepção do que seja saúde e doença (BRASIL, 2004).

5.2.3 Caminhos e (des)caminhos para o encontro da saúde

Ao perguntar aos usuários se já tinham ouvido falar sobre fisioterapia antes de começarem o tratamento, estes relataram já ter uma idéia da fisioterapia como algo bom.

Uma das percepções acerca da fisioterapia, pelos usuários que estão em atendimento e os que já realizaram em algum momento, é de que a fisioterapia “ajuda a aliviar a dor”. Todos os usuários que associaram boa saúde à ausência de dor citaram o alívio de dores como o principal ponto positivo da ação fisioterapêutica.

Orquídea, uma das participantes, demonstra essa visão da fisioterapia no seguinte discurso:

Fisioterapia é uma coisa boa, tira a dor. Eu tinha dor nas costas, eu estava fazendo terapia para uma coisa e ela [a fisioterapeuta] disse ‘espera aí, vou te fazer uma coisa’, e passava um rolo nas minhas costas. Foi a mesma coisa que tirar com as mãos, a coisa ‘mais boa’ do mundo. *Orquídea*

Essa idéia também se fez presente na fala da usuária Bromélia, que relata que se sente aliviada quando realiza fisioterapia:

(...) o que eu mais gosto na fisioterapia é o alívio da dor. Às vezes eu saio de casa, que naquela noite eu não dormi e estou cheia de dor. Eu venho pra casa e é como se eu tivesse tomado uma anestesia (...) *Bromélia*

Outra visão frequente, citada por alguns usuários, é a de que a fisioterapia é um complemento do tratamento, cujo objetivo é ajudar na recuperação dos movimentos e das funções principais do membro ou da parte do corpo afetada. Essa visão nos traz uma concepção da fisioterapia baseada na reabilitação, voltada a sinais e sintomas biológicos da doença, herança de sua gênese (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Para Alves (2005, p.42), o profissional de saúde deveria estar preocupado em “dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, na execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde”. Para tratar o paciente por meio de uma visão ampliada de saúde, é preciso enxergá-lo não somente no aspecto biológico; implica acrescentar, ao tratamento fisioterapêutico, ações direcionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Para atender às necessidades em saúde dos usuários, a produção do cuidado, segundo Franco e Merhy (2003), permite o estabelecimento do vínculo entre a equipe de trabalhadores e o usuário. Como resultado do cuidado, espera-se que gere autonomia para o usuário viver a vida. É a capacidade de envolver-se, de afetar e ser afetado pelo outro, que o torna humano.

O campo da saúde não tem ou não deveria ter como objetivo primeiro a cura, mas a promoção de saúde por meio da produção do cuidado, para que, num segundo momento, se necessário, efetive-se a produção de atos, ações e procedimentos com os quais se pode chegar à cura ou a um modo qualificado de se levar a vida.

Costa (1998) julga necessário priorizar o cuidado do outro como cuidar de si mesmo, o que implica sentir-se cuidado enquanto cuida, entendendo e compreendendo o outro com empatia; priorizar o outro é um ato de dedicação afetiva. Assim, cuidar com empatia é entender a situação do outro, ver-se no lugar dele e sentir-se em proximidade e igualdade; envolve também atenção às necessidades físicas e psíquicas do ser cuidado. Pelo cuidado auxiliamos para que o indivíduo se torne autônomo, ator e responsável para si mesmo.

Não diferente de outras profissões da área da saúde, a fisioterapia apresenta uma tendência a relacionar as demandas dos usuários somente com queixas predominantemente biológicas, baseadas nas condições físico-funcionais.

(...) a minha irmã fez terapia, mas só fazia no joelho que tava com dor, eu to fazendo nas minhas costas e também só fazem ali naquele pedaço, mas eu tenho também dor do braço e não da pra fazer terapia, acho eu que este atendimento deveria ser em todo corpo pra não ter dor (...) e não só nas costas (...) *Gérbera*

A fala de *Gérbera* aponta sua percepção e insatisfação relacionada a um atendimento em fisioterapia. Essa visão sugere um atendimento fragmentado e centrado, não no usuário, mas em técnicas, dentro de uma dimensão ainda limitada ao corpo físico, desconsiderando o conjunto de necessidades que podem ser identificadas quando se dá o encontro entre o usuário e o profissional.

Almeida (2008), ao apresentar seu estudo sobre o local social do fisioterapeuta, retoma a sua história da fisioterapia no Brasil. Segundo a autora, a origem da Fisioterapia no Brasil tem relação direta com a Medicina; portanto, essa

tem muita influência na identidade profissional do Fisioterapeuta, estabelecendo tendências e determinando o campo de trabalho.

Os primeiros serviços de fisioterapia também foram iniciativas de médicos, bem como os primeiros cursos de formação de técnicos de fisioterapia foram idealizados e ministrados por médicos; entretanto, as escolas médicas brasileiras também tiveram suas influências. Esse fato justifica as ações da maioria dos fisioterapeutas estarem pautadas na doença, em condutas que fragmentam as pessoas (REBELATTO; BOTOMÉ, 2002).

Almeida (2008) refere que os profissionais que realizam suas ações na doença encontram-se alienados das percepções das complexidades em saúde. Em alguns estudos sobre os serviços de fisioterapia em diversos municípios do Brasil, assim como em Porto Alegre/RS, a maioria das ações dos serviços de fisioterapia e os profissionais atuam pautados na doença.

O estudo de Teixeira (2007), baseado na análise dos registros da Produção Ambulatorial no ano de 2004 do estado do Rio Grande do Norte sobre os serviços de fisioterapia ao SUS, aponta um atendimento individualizado, com ações dicotomizadas em relação ao tratamento dispensado à clientela e centrado na doença e não no usuário. Este fato também foi possível verificar neste estudo na fala de Gérbera.

Araújo, Miranda e Brasil (2007) apontam que nas práticas de alguns profissionais de saúde uma série de aspectos vem sendo relacionados à idéia de integralidade. Dentre estes aspectos, está o de que a visão integral do ser humano evita que o mesmo seja focalizado como um conjunto de partes (coração, fígado, pulmões, etc.). Isso inclui a valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente e evita práticas profissionais centradas apenas na doença. Este dado não foi possível identificar na fala de alguns usuários, nos diálogos com os profissionais e nem nos dados apontados sobre a organização dos serviços de fisioterapia em Porto Alegre/RS.

Percebi no relato de alguns pacientes que tanto os encaminhamentos quanto os atendimentos são centrados na patologia, o tempo de atendimento é limitado e o quantitativo e frequência da oferta da fisioterapia parece reduzido em função de existir a compra de serviços, uma lista de espera na maioria das unidades de serviço e em alguns relatos dos usuários em que na maioria das vezes o usuário “faz

exercícios” sozinho. Estes aspectos, por sua vez, traduzem as percepções de alguns participantes desta pesquisa acerca de integralidade em saúde.

A orientação das práticas em saúde centradas no reducionismo e a fragmentação do corpo são muitas vezes criticadas por alguns profissionais que já atuam sob a perspectiva da integralidade em saúde. Neste sentido, parece importante repensar o processo de formação profissional da saúde com características que tornem os acadêmicos capazes de construir conhecimentos que superem as dicotomizações, tendo presente que as pessoas são corporeidades complexas e vivem em contextos complexos (VIEIRA; BAGGIO; MARASCHIM, 2007).

Mattos (2001, p.62) ilumina o relato mencionando que “há profissionais que, impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas das doenças”, e não os vêem como portadores de “desejos, de aspirações, de sonhos”. Ele define esse modo de agir como incapacidade de criar uma relação com o outro, a não ser transformando-o em objeto, transformando o paciente em uma máquina, desmembrando-o para tratar a “peça” debilitada.

Morin (2000) amplia esta compreensão da complexidade do ser humano, em que as pessoas são, a um só tempo, físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico. Percebeis que esta unidade complexa da natureza humana é geralmente desintegrada na saúde por alguns profissionais, tornando impossível visualizar o que significa o ser humano e suas complexidades.

Quando falo em mudar nosso objeto de cuidado em saúde, em todos os campos, inclusive no da fisioterapia, acredito que o nosso olhar de profissionais de saúde deveria ultrapassar os limites do corpo físico, do corpo fragmentado em pedaços. Deveria ser um olhar a este corpo que apresenta sentimentos, sentidos, significados, valores, crenças, cultura e que precisa ser respeitado dentro dos seus próprios limites.

O cuidado faz parte da essência humana e não é apenas um ato pontual, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo. Quando falo em cuidado em saúde, consideramos a promoção, a proteção, a prevenção, a recuperação, a reabilitação, a manutenção, o diagnóstico e o tratamento como ações primordiais para o processo saúde-doença, considerando o usuário na sua totalidade, proporcionando o cuidado da atenção integral à saúde.

A noção de cuidado não está relacionada a um nível de atenção do sistema de saúde ou de como um procedimento técnico é simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compressão de saúde como o direito de ser. Segundo Luz (2004), o cuidado é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social.

No contexto dos serviços de saúde em Porto Alegre/RS, a partir da fala da *Gérbera*, é possível perceber fragilidades nas relações profissional-usuário que dificultam a construção de vínculos no cotidiano da atenção, mostrando baixa resolutividade.

A integralidade implica mudanças nas relações de poder entre os profissionais de saúde, para que efetivamente constituam equipes multiprofissionais; e entre os profissionais de saúde e os usuários, para que se amplie efetivamente a autonomia dos usuários e coletividades.

5.2.4 Sobre o cuidado: percepções e trajetórias em fisioterapia

As trajetórias dos usuários revelam caminhos que deixam lacunas na rede de oferta da atenção, desde o momento em que se percebem acometimento até o momento em que encontram a assistência pela qual tanto esperam. Apresento aqui a fala de uma usuária que revela, na descrição de seu cotidiano, um ir e vir em busca de assistência e cuidado para o seu padecimento e os diversos caminhos percorridos na busca de sua saúde, e mais especificamente a atenção em fisioterapia.

(...) Meu último emprego foi na padaria, mas tive que parar por causa das dores nos braços, tinha muita dor no ombro o que tornou difícil o movimento. Fui procurar um médico direto no hospital. Ele me consultou e me mandou fazer radiografia no hospital, daí depois de pronta fui consultar no mesmo dia, que o médico mandou eu fazer uma ecografia, tive que marcar numa clínica fora do hospital, depois de 10 dias fui pegar o resultado e voltei p médico que me atendeu no hospital. O médico me consultou de novo. Fiz mais exames e ele me mandou para INPS, fiquei mais de ano assim, até que tive que botar na justiça porque não conseguia mais trabalhar, agora estou aposentada. Depois o médico me disse que eu tinha que fazer fisioterapia, fui no posto que conheço e a enfermeira pegou meus papéis e me mandou esperar para fazer esta terapia. Eu ainda não consegui fazer a fisioterapia, eu tenho consulta marcada pra ir no médico de novo e a enfermeira mandou voltar no posto só depois que consultar de

novo, e trazer os papéis e ai tenho que consulta no postinho pro médico me encaminhar pra fisioterapia. Tenho que esperar a autorização do posto para começar e ver onde e quando eles vão mandar para eu começar a terapia(...) *Gérbera*

Na trajetória relatada por *Gérbera* é possível perceber que no itinerário percorrido em busca de resolver seu problema de saúde, nos diversos locais, ela enfrentou dificuldades relacionadas à orientação e à condução por parte de alguns profissionais, que dizem respeito à ausência de escuta e acolhimento, além do acesso e à intersectorialidade.

De acordo com a fala de *Gérbera*, é possível identificar que os serviços de saúde ainda apresentam um caráter centralizador e desarticulado e que as ações em saúde repercutem de certa forma negativamente para os usuários quando buscam cuidados em saúde (TAVARES *et al.*, 2003).

Para dar conta das necessidades em saúde apresentadas nas falas dos usuários, principalmente na de *Gérbera*, é possível identificar que em Porto Alegre/RS a intersectorialidade não está acontecendo de maneira resolutiva.

Para atender às necessidades dos usuários, segundo *Junqueira* (2004), a implantação de redes intersectoriais adquire caráter de inovação, renovação de possibilidades, ampliação da saúde mais próxima do usuário integrando saberes e experiências dos diversos setores em saúde e inserindo a população para desempenhar um papel ativo e criativo nesse processo.

A intersectorialidade consiste na articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas em saúde (JUNQUEIRA, 1997). As ações intersectoriais são construídas devido à necessidade das pessoas e setores em enfrentar problemas concretos e dependem de produzir resultados perceptíveis, mesmo que parciais (FEUERWERKER; COSTA, 2000).

De acordo do *Inojosa* (2001), a intersectorialidade supõe uma nova forma de gerenciamento para a superação da fragmentação das políticas, além de mudanças nas estruturas de poder da organização municipal, com gestão coletiva e participativa. Essa nova lógica não se relaciona, entretanto, apenas ao arranjo institucional interno das administrações, mas é referida à população (FEUERWERKER, COSTA, 2000; INOJOSA, 1999; JUNQUEIRA, 1998).

Embora a importância da intersetorialidade seja reconhecida mundialmente, uma pesquisa produzida no Canadá em 2007, para a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da OMS, sobre experiências de ações intersectoriais da década de 1990 até 2007, envolvendo mais de 15 países, revelou que “há uma ampla documentação sobre a necessidade de trabalho intersectorial, mas há bem menos investigações sobre experiências de implementação, sustentabilidade e avaliação do impacto dos esforços intersectoriais para a saúde” (CANADA, 2007).

No Brasil, a intersetorialidade é apontada como caminho para a mudança do modelo assistencial e reorganização da atenção à saúde (FERREIRA, 2000). No entanto, os principais obstáculos do nível local relacionados à fala da usuária parecem estar ligados à governabilidade, ao projeto de governo e ao poder local, além de uma formação centrada no biologicismo que constitui as práticas dos profissionais de saúde.

A construção de linhas intersectoriais para a consolidação da Seguridade Social e do SUS, estruturando ferramentas e recursos tecnológicos para a oferta de alternativas aos problemas das diferentes instâncias de gestão, dos profissionais e das populações, a importância da participação popular e da organização estrutural do sistema, orienta suas atividades ao apoio e orientação aos Sistemas de Saúde, atuando de forma ativa na produção e planejamento das ações em saúde.

Considerando que todo cidadão é igual perante o SUS e tem o direito de ser atendido e acolhido conforme as suas necessidades, os serviços de saúde devem considerar que em cada grupo ou classe social ou região existem problemas específicos com diferenças em relação ao seu modo de viver, de adoecer, e também com diferentes oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim, os profissionais dos serviços de saúde devem conhecer quais são as reais diferenças e trabalhar para atender às necessidades dos usuários.

Tavares *et al.*(2003), em seu estudo sobre a avaliação do acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários de uma Unidade de Saúde, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES), apontam que a falta de informação coloca-se em muitas situações como uma estratégia de (in)visibilidade sobre os direitos dos usuários e deveres do Estado no papel de gestores e trabalhadores de saúde.

Este estudo também fala sobre a experiência dos usuários com os distintos serviços de saúde dependendo de muitas variáveis, tais como as informações que agregam e estão disponíveis a ele, sua percepção sobre as facilidades e

dificuldades para a obtenção de cuidados, a compreensão sobre necessidades de saúde que vão se construindo nos processos saúde-doença de usuários e trabalhadores de saúde e, por fim, as formas como irão se estabelecer o vínculo, o acolhimento e de como se farão as rupturas com os processos de desigualdade e exclusão a que muitos usuários têm sido submetidos nos serviços públicos e, nesse caso, no SUS. Neste estudo, não foi possível identificar se os usuários também desconhecem os seus direitos à saúde.

Conforme Campos (1999), atualmente a estrutura organizacional dos serviços de saúde não estimula a troca de opinião, quer entre pares, quer entre distintas profissões, quer entre profissionais e usuários, o que algumas falas nos permitem identificar nos serviços de saúde em Porto Alegre/RS. Segundo o mesmo autor, a máquina organizacional em funcionamento nos serviços de saúde produz fragmentação dos usuários e dificulta o trabalho multiprofissional, quase impedindo a construção de relações transdisciplinares entre os profissionais e usuários.

De encontro à fragmentação, acredito que a formação de profissionais que sejam, ao mesmo tempo, clínicos e promotores de ações preventivas, capazes de atuar em equipes multiprofissionais e de forma interdisciplinar, interagir com os usuários, desenvolver ações pedagógicas junto aos usuários, garante a construção de práticas de saúde sob a perspectiva da clínica ampliada e do enfoque da humanização. A humanização da saúde traça “uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania e constitui eixo fundamental para qualquer proposta inovadora em saúde”.

Assim, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Existe, assim, a necessidade de adotar a humanização como política transversal entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Desse modo, a humanização deve constituir-se, cada vez mais, numa vertente orgânica do SUS (BRASIL, 2004).

A humanização nos serviços de saúde deve traduzir-se no modo de operar as relações entre os profissionais e os usuários, os diferentes profissionais, as diversas unidades e serviços de saúde e as diferentes instâncias do SUS. Trata-se da construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde. Por

isso, a humanização precisa aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores implicados a produção da saúde, apontando para uma mudança na cultura da atenção ao usuário e na gestão dos processos de trabalho.

Isso supõe uma troca de saberes entre esses atores, um diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe (BRASIL, 2004). Desse modo, a humanização aparece como uma estratégia de interferência no processo de produção da saúde, levando em conta que os atores são os usuários, capazes de transformar a realidade e a si mesmos neste mesmo processo. Trata-se, portanto, da produção de um novo tipo de interação entre os usuários que constituem o sistema de saúde e usufruem dele.

A humanização tem o seu foco nos sujeitos em relação à ação de produzir saúde, ou melhor, como se produz a subjetividade tanto do usuário quanto do trabalhador na relação que produz saúde. Portanto, a humanização tem fundamentalmente a ver com a produção de subjetividade e, por isso, é essencialmente uma questão ética. No entanto, essa produção de subjetividade não significa a busca individual de uma essência humana previamente dada, mas a construção social de um sujeito em relação (BRASIL, 2004).

A humanização oferece esse parâmetro como estratégia de construção/ativação ética para qualificar a atenção, pois se trata de operar como sujeitos em rede, fomentando as relações e a conectividade. A ética tem, justamente, como referência, um sujeito em relação. Por isso, o Ministério da Saúde propõe como princípios norteadores da Política Nacional de Humanização: valorizar a dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão; estimular processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional; atuar em rede com alta conectividade; fomentar a informação, comunicação e educação permanente (BRASIL, 2004).

O atendimento humanizado abrange fundamentalmente as iniciativas que apontam para a democratização das relações que envolvem o atendimento, maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente, reconhecimento dos direitos do paciente e sua subjetividade, suas referências culturais, bem como o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico (TEIXEIRA, 2005).

Segundo Campos (1997), é necessário tornar o atendimento em saúde mais humanizado e para isso é preciso aumentar a capacidade de escuta do profissional

da saúde, acolhendo, dessa forma, os sofrimentos sob os aspectos físico, psíquico e social, tornando possíveis intervenções mais integradoras dessas três dimensões (CAMPOS, 1997).

Para que os profissionais de saúde construam vínculos no cotidiano do seu trabalho, faz-se necessário que ele tenha algumas características pessoais e qualidades individuais. Ele deve ser capaz de, em seu contato com o usuário, agir de forma humana, tendo suas ações permeadas por valores e instrumentos, como a escuta. Conforme Merhy (1997), o acolhimento e a escuta são componentes do processo da criação de vínculo e do processo terapêutico.

Segundo Fernandes (2003), frequentemente o que não é dito ou escutado tem a ver com aquilo que se leva em conta em nosso interior, pois dentro de nós filtramos e alteramos as informações conforme nossos estados de mente ou o contexto grupal.

Outro instrumento é a comunicação que, segundo Fernandes (2003), possibilita o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários para a construção de trocas solidárias e comprometidas na produção de saúde e de sujeitos. Para o autor, comunicar significa compartilhar com o outro informações de qualquer espécie, o que permite a ambos terem algo em comum, ou seja, estabelecerem um vínculo.

Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO et al., 1999). O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário (MERHY et al, 1997).

De acordo com Franco et al. (1999), o funcionamento do serviço de saúde deve ser organizado de forma usuário-centrado, atendendo aos seguintes princípios do acolhimento: 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume a função perspicua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população; 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; e 3) Qualificar a relação trabalhador usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

A tecnologia do acolhimento nos serviços de saúde relaciona-se de que não apenas são importantes as partes isoladas, como também a ligação (relação) entre elas. Sendo assim, este fato demanda atitudes de mudança no modo de pensar, fazer e viver os processos de saúde e doença.

A escuta do sujeito na perspectiva do acolhimento considera que as necessidades humanas, traduzidas no ato clínico pela expressão do sofrimento e pela necessidade do cuidado usuário, não podem ser compreendidas de forma fragmentada pelo profissional em saúde. A tradicional forma especializada de escuta do sujeito tem como resultado uma intervenção específica por parte dos profissionais da área da saúde.

Essa especificidade na metodologia do campo de ação clínica tornou a escuta do profissional seletiva somente para as expressões de sofrimento de sua área, isto é, aquelas manifestações originadas de outros campos do saber eram desconsideradas, ocorrendo “uma total surdez a toda fala que não se enquadrasse na linguagem correspondente à fronteira de sua possibilidade de intervenção” (BENETTI; RAMIRES, 2003, p.13).

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. O acolhimento não é triagem quando implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização baseado em uma articulação entre serviços visando à continuidade da assistência prestada. É o rompimento com a lógica da exclusão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Acolher não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e sua transformação em objeto das ações de saúde (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001). Não se limita ao ato de receber, mas em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA, 2001).

Com a implantação do acolhimento, o acesso dos usuários ao serviço é garantido, aumentando, conseqüentemente, a demanda num primeiro momento, pois na medida em que o serviço de saúde muda sua lógica de trabalho com relação ao acesso, há tendência de que a demanda reprimida venha solicitar atendimento (o que é de direito da população e garantido pela Constituição).

Segundo Passos (2006, p. 91), “o acolhimento, como dispositivo tecno-assistencial, permite refletir e mudar os modos de operar assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as condições de acesso aos serviços”.

Para Campos (1997), acolhimento e vínculo dependem do modo de produção no trabalho em saúde. O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação de serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais com pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja.

Para Teixeira (2005), o acolhimento constitui-se num dispositivo passível de ser operado por qualquer profissional, em qualquer momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros que são os “nós” dessa imensa rede de conversação que são os serviços. Trata-se de um processo que deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde, a todo momento e tipo de atendimento (MATUMOTO, 1998).

Uma prática de saúde pautada pela integralidade manifesta-se nas relações do profissional com o usuário, caracterizadas tanto pelo acolhimento, vínculo e cuidado nas práticas quanto pela responsabilização, resolutividade e intersectorialidade dos serviços. O foco está sempre na qualidade das relações entre o profissional e o usuário e não a quantidade.

Assim, a ferramenta de acolhimento, como momento singular de aproximação e diálogo terapêutico entre os usuários e profissionais de saúde tem como pano de fundo o ato cuidador, que permite a exploração mais aprofundada das dimensões físicas e emocionais do usuário em questão, subsidiando a tomada de decisões e as intervenções em relação à totalidade humana, e não simplesmente arraigada ao fracionamento sintomático (CASTRO; MEDEIROS, 2006). Essa visão integralizadora agrega ao acolhimento um grau de ampliação e qualificações das ações para resolução/atenção dos problemas/necessidades de cada um.

Outra fala também sinaliza a dificuldade de acesso aos serviços de fisioterapia, trazendo consigo outras questões que dizem respeito à relação usuário do serviço-profissional de saúde.

(...) antes de fazer a fisioterapia, levei no médico do posto, porque quando ela nasceu faltou oxigênio e ela teve paralisia cerebral, há tempo que busco atendimento para ela melhorar, o médico do posto disse que ela tem que fazer fisioterapia, e a enfermeira que marcou. Depois de uns dois meses ela avisou que a minha filha ia pode começar a fazer a terapia, pra levar ela (A enfermeira) conseguiu o transporte social, que não chega até na minha casa, tenho que ir na faixa para pegar. A primeira ambulância que levou eu e ela, o motorista brigou com um outro na rua que nem sei porque, o outro cara saiu do carro que tava e veio na ambulância, parou saiu para fora, pegou um ferro e queria bater no motorista, essa guria (filha) começou aos gritos, porque ela não gosta de briga, não gosta de nada. O motorista entrou para dentro da ambulância e disse: Fica quieta se não eu te dou uma dentada. Não gostei nem um pouquinho, mas eu sou uma pessoa que releva as coisas, só que eu comecei a comentar com a minha família e me disseram que eu ele não pode fazer isso aí. A guria veio gritando desde lá, até em casa, porque ela ficou com medo, ela se apavora das coisas. E assim foi indo o transporte para a fisioterapia, uma vez, uns caras muito queridos, vieram buscar ela só que a porta do carro eu que tive que segurar, a menina não tinha segurança nenhuma, o motorista deu uma travada no carro e grudou a cabeça da guria contra os troços e disse que a culpa era do carro que estava estragado... além de ser difícil de conseguir eles ainda machucam a guria. E o pessoal, do transporte social, não vem no horário e como ela não sabe ler nem escrever eu saia junto com ela, o transporte social não é como a gente quer, é como eles determinam, mas quando o carro vem e leva na terapia e quando não vem ela fica sem fazer, mas como é uma vez na semana e nem vejo melhora se perde uma semana não tem problema. Falei com a enfermeira do posto do carro que vem buscar e expliquei isso e ela disse que ia ver e me avisar, mas até agora nada (...) *Cerejeira*

A fala ilustra a dificuldade de acesso à fisioterapia como um fator que ocasiona o aumento de sua incapacidade física. Neste sentido, o deslocamento ao serviço de fisioterapia que deveria proporcionar saúde acaba gerando aumento da dor e do seu sofrimento.

Cada pessoa tem uma experiência própria diante do sofrimento, mas é possível observar algumas reações comuns na maioria dos usuários que sofrem e a maneira com que enfrentam esta situação. A doença ataca o corpo e interfere em muitos aspectos da vida das pessoas, principalmente na auto-estima, dependência, convívio social, ocasionando desamparo com sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade.

A experiência da dor reserva o termo sofrimento que depende em qualidade e intensidade de fatores, tais como ansiedade, dependência, limitações, e por meio dos quais as pessoas o interpretam conforme seus determinantes sociais, as estruturas econômicas, as características sociais, as crenças e as concepções sobre o mundo e o homem. A cultura orienta o sentido dado ao indivíduo à experiência da dor e do adoecimento.

No diálogo com os usuários sobre as percepções relacionadas ao cuidado em fisioterapia, os entrevistados referem-se que a fisioterapia está intimamente ligada à realização de exercícios. Na fala dos usuários, é possível identificar também que o tempo de atendimento é insuficiente e fragmentado.

É possível identificar nos relatos que os principais problemas associados à busca de atendimento em fisioterapia residem na burocracia tanto para obter o encaminhamento e marcar as sessões como também para remarcar e dar continuidade ao tratamento. A fala de Bromélia revela essas dificuldades:

(...) o tempo de terapia é de 20 minutos. Para que eu fosse melhorar mais, a fisioterapia deveria ser todos os dias e não uma vez por semana como acontece (...) No fim a gente fica pra lá e pra cá e não sente melhora, to fazendo já o oitavo atendimento (...) *Bromélia*

(...) eu levava meia hora pra ir até lá, chegava, fazia 15 minutos de fisioterapia e me mandavam pra casa. Esse tempo eu achava pouco. Passava mais tempo caminhando do que fazendo exercício de verdade (...) *Gérbera*

Considerando as falas acima, é possível perceber que, em virtude de o tempo de atendimento ser muito curto, e da dificuldade de transporte e de acesso, tais fatores acabam servindo de desestímulo à continuidade do tratamento.

Nas falas dos usuários é possível identificar, de maneira geral, uma visão positiva da fisioterapia. Para a maioria deles, a fisioterapia ajuda na recuperação dos movimentos e da capacidade de realizar as atividades rotineiras. Alguns usuários, entretanto, disseram que o tratamento é benéfico, mas apresenta efeito apenas imediato. Um dos principais pontos levantados por eles foi, além do número reduzido de sessões, um intervalo muito grande entre um atendimento e outro.

Ferreira (2000) entende que a acessibilidade pode ser definida de acordo com o grau de ajuste entre as características dos recursos e as da população – em sua busca e obtenção de assistência nas questões de saúde.

No estudo de Machado e Nogueira (2008) sobre avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia em Teresina (PI), os dados apontam que 82,8% dos usuários consideram que os locais de oferta de fisioterapia eram de fácil acesso, principalmente quando comparados aos da rede estadual, por estes serviços estarem localizados em uma região central da cidade. Este estudo difere dos serviços de fisioterapia em Porto Alegre/RS, em que os usuários relatam que os

locais de atenção em fisioterapia nem sempre são de fácil acesso e se localizam em áreas centrais do município.

Em diálogo com os profissionais das unidades de saúde e com os usuários, foi possível identificar que os encaminhamentos para os serviços de fisioterapia em Porto Alegre/RS são demorados e limitados e existe uma fila de espera. Dado semelhante foi encontrado no trabalho realizado por Guedes e Garcia (2001) sobre avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia em que os usuários referiram-se à marcação de consulta e ao tempo de espera como os problemas enfrentados nos serviços das redes municipal e estadual.

Alguns usuários relataram positivamente os serviços prestados pelos profissionais, apesar de considerarem o tempo da sessão insuficiente. Também apontam que não há uma atenção exclusiva para cada usuário em função do quantitativo de pacientes. Essa opinião pode ser exemplificada pela fala de Bromélia:

(...) olha, onde eu faço a fisioterapia, eu acho que os profissionais dali, fisioterapeuta, auxiliar, acho que eles ali dão tudo o que eles têm...(...) Eu me sinto bem, mas é pouco o tempo, saio dali bem, mas eu sei que é pouco, mas é o que eles têm para oferecer é aquilo ali. *Bromélia*

Segundo Bispo Júnior (2009), a fisioterapia deve adequar-se e preparar-se para atuar de acordo com a nova lógica de organização dos modelos de atenção e o atual perfil epidemiológico da população. Para uma atuação capaz de transformar as necessidades coletivas, a fisioterapia precisa redimensionar seu objeto de intervenção, que deve aproximar-se do campo da promoção da saúde e do movimento da saúde coletiva sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz a mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do fisioterapeuta (BISPO JÚNIOR, 2009).

No estudo de Rebelatto e Botomé (1999), o objeto de trabalho e a formação em fisioterapia no Brasil destacam a limitação da prática fisioterapêutica direcionada para o indivíduo doente. Outros autores (MEYER, COSTA, GICO, 2006; SILVA, DA ROS, 2007) também se referem à inadequação da formação em fisioterapia e sua descontextualização dos princípios do SUS e dos novos modelos de atenção. Na

maior parte das instituições ainda predomina o modelo tecnicista, voltado para a cura de doenças e reabilitação de sequelas.

Merhy (1997) destaca a importância do investimento nas tecnologias de interação, da escuta e do olhar que consideram acolhimento e produzem autonomia. Para o autor, essas “tecnologias leves” permitem e potencializam que a organização do trabalho esteja centrada no trabalho vivo: possibilidade de produção de compromisso e implicação da produção do trabalho e dos encontros. A atenção, nessa perspectiva, pode-se configurar como dispositivo para respostas criativas no momento do encontro trabalhador / usuário e igualmente no encontro trabalhador / trabalhador, que é singular.

A maioria dos usuários que está realizando fisioterapia relatou que os profissionais, quando dispõem de tempo, conversam sobre diversos assuntos; entretanto, centrados na sua patologia. Uma usuária em especial relatou elogios a uma profissional que, segundo ela, conversava “puxando para o psicológico”. No diálogo com esta usuária percebemos em seu discurso que a relação que se estabeleceu entre ela e o profissional de saúde influenciou-a positivamente.

(...) na conversa com as pessoas que atendiam, eles sempre puxavam p psicológico e conversavam de tudo e das doenças. Tinha uma que mandava eu segurar o cabelo e eu não podia levantar o braço, tinha muita dificuldade, e ela me ajudava fazendo brincadeiras e conversando até de futebol....(...) *Orquídea*.

Um dos principais pontos negativos que emergiu da fala dos usuários é a descontinuidade no tratamento. Devido à restrita distribuição de cotas, nas unidades de saúde, muitos pacientes que estão em tratamento precisam interrompê-lo até conseguir novo encaminhamento. Essa descontinuidade ou interrupção no atendimento possivelmente seja uma das responsáveis pela sensação de que, apesar de bom, o atendimento não parece estar contribuindo para uma melhora efetiva da condição do paciente. O relato de Gravata ilustra este fato.

(...) a fisioterapia ajudava a adormecer essa dor terrível, depois passava aquela época e voltava de novo, nas pernas, nas cadeiras e joelhos, me dói todo o corpo, todas as juntas. Só melhora com a fisioterapia e com os remédios (...). *Gravata*

(...) a minha idéia que tenho de la é que as coisas melhoram, a dor, sei lá, fisioterapia é uma coisa boa, ajuda a gente, que é importante fazer, (...) to esperando para ver o que vou melhora, mas a minha irmã me disse que a

terapeuta da uns choquinho e depois passa uma coisa gelada, a fisioterapeuta nem conversa (...) *Flor do Campo*

Flor do Campo, na expectativa e espera pela fisioterapia, mesmo ainda não tendo sido atendida, demonstra um imaginário sobre o atendimento. Nas falas é possível identificar que o atendimento é centrado na técnica, a partir do olhar da irmã. Para ambas foi possível identificar nas falas que o atendimento fisioterapêutico é fragmentado, baseado na técnica, o que possivelmente contribui para a anulação da singularidade do sujeito.

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família, em 24/01/2008 através da PORTARIA Nº 154, foram criados os NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF). Nas diretrizes dos NASF fica estabelecido que ele não se constitua a porta de entrada do sistema, apresenta uma responsabilização compartilhada de referência e contra-referência e devem instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental do usuário do SUS.

Dentre os diversos profissionais que compõem as equipes no NASF, o fisioterapeuta se faz presente. A fisioterapia pode contribuir de forma significativa com as suas práticas para a prevenção, a promoção e as intervenções terapêuticas físico-funcionais que atingem ou que potencialmente podem atingir um número cada vez maior de pessoas.

A criação dos NASF é uma possibilidade de inserção do profissional na rede; porém, conforme determina a portaria 154, cabe o gestor municipal disponibilizar os profissionais através de critérios de prioridade, a partir das necessidades locais de cada território. Acreditamos que com o NASF seja possível a reorientação do modo de produzir um cuidado em fisioterapia, exigindo desse profissional a ampliação de suas estratégias e a busca de um desenvolvimento de novas práticas produtoras de vida e geradoras de autonomia dos usuários.

Segundo uma pesquisa realizada pelo CREFITO1, sobre a implantação dos NASF e a presença do fisioterapeuta em algumas regiões do Brasil, foi possível verificar que no interior de Alagoas, na cidade de Palmeira dos Índios, a equipe do NASF tem um fisioterapeuta. No Rio Grande do Norte, onde os Núcleos ainda estão sendo implantados, há uma campanha para a inclusão de Fisioterapia e Terapia Ocupacional nas equipes. Na Paraíba já existem 65 unidades e o número de fisioterapeutas é grande (CREFITO1, 2010).

Em diálogo com alguns profissionais das unidades de saúde sobre a criação dos NASF em Porto Alegre/RS, o informante afirmou que 9 municípios gaúchos estão habilitados pelo Ministério da Saúde a implementarem seus núcleos, mas apenas 4 estão em funcionamento: Canoas, Charqueadas, Pinheiro Machado e São Borja. Os demais NASF de Porto Alegre, Pelotas, Santa Vitória do Palmar, São Miguel das Missões e Panambi ainda não estão em atividade (DIÁRIO DE CAMPO, 10/06/2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vem vamos embora que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora não espera acontecer”
(GERALDO VANDRÉ)

A necessidade de realização deste trabalho se deu primeiramente a partir de reflexões sobre minha recente trajetória como profissional da área da saúde e também pela perspectiva de ampliação da oferta em fisioterapia no SUS com a implantação de novas políticas. Como fisioterapeuta, busquei conhecer a organização do sistema de saúde e nele identificar a oferta em fisioterapia e, sob a óptica dos usuários, compreender como se dá o cuidado em saúde e em fisioterapia junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) em Porto Alegre/RS.

Foi traçando caminhos entre a gestão, serviços e pessoas que estabeleci a trajetória desse trabalho e visualizei pontos importantes no que se refere à organização dos serviços. Pude constatar que houve, diferentemente de décadas passadas, uma mudança no foco de atenção, com a implantação, mesmo tímida, de princípios de atenção primária na organização dos serviços de saúde em Porto Alegre/RS. A existência de unidades de saúde mais próximas dos usuários e ampliação na oferta da estratégia de saúde da família apontam na perspectiva de se ver atendidas questões relacionadas às particularidades de cada território, favorecendo vínculos e conhecimento da população ali adstrita.

Mesmo percebendo alguns avanços e sabendo que as mudanças culturais e sociais requerem tempos históricos, constatei que a organização dos serviços de saúde não retrata uma rede efetiva e articulada que permita a oferta de serviços capazes de atender todas as necessidades em saúde, como preconizam os princípios do SUS. O que me levou a esta conclusão está em parte no quantitativo de unidades de saúde com relação ao número populacional, mas mais particularmente à cultura de espera instituída para o acesso à assistência, nesse caso à fisioterapia.

Os serviços de fisioterapia em Porto Alegre/RS apresentam-se insuficientes para atender à demanda do município. O número de profissionais e a distribuição desses locais concentram-se no centro da cidade, o que dificulta o acesso por grande parte dos usuários.

Se por um lado pude constatar uma boa percepção das pessoas sobre a fisioterapia, referindo que o tratamento é importante para a saúde, a melhora na capacidade funcional, o equilíbrio físico e emocional e a ausência de dor, por outro foi possível identificar uma assistência fragmentada e a fragilidade das interações interpessoais entre usuários e profissionais envolvidos no processo de saúde.

As trajetórias percorridas pelos participantes e o meu próprio caminhar pelos locais onde as pessoas residem e recebem o atendimento permitiram-me considerar certa fragilidade dos serviços pela ausência de continuidade ou pela inexistência de uma atenção orientada pelas linhas de cuidado. Apesar disso, foi possível constatar que as pessoas acessam os serviços de fisioterapia e recebem o atendimento após um tempo de espera. Percebi, entretanto, que esses atendimentos, na maioria das vezes, estão centrados na técnica e descontextualizados do contexto da complexidade que envolve a vida.

Pude perceber que a concepção de saúde dos usuários estava relacionada ao aspecto da sua doença, o que se configura num modelo de saúde centrado no biológico. Poucos foram os usuários que relacionaram a saúde de maneira ampliada, fazendo referência ao trabalho, convívio social, lazer, ou seja, na produção da vida.

Esse olhar para a produção da vida como uma forma de se compreender a saúde pode ser alcançado com um maior investimento na formação das pessoas e por implantação de mudanças no processo formativo e organizacional dos serviços. Um maior aporte na qualificação e capacitação dos profissionais de saúde e a voz dos usuários tornam-se primordiais na construção de políticas públicas que atendam às demandas e às necessidades das pessoas.

A garantia de saúde para todos, preconizada na Constituição Federal de 1988, está diretamente relacionada à implantação e implementação do SUS e ao cumprimento de seus princípios e diretrizes por todos profissionais e órgãos envolvidos. Torna-se evidente a necessidade da integração do fisioterapeuta juntamente com os demais profissionais da saúde, na atenção básica no município de Porto Alegre/RS, para que se possa efetivar um sistema de saúde universal, equitativo, objetivando a promoção da saúde, a prevenção, e educação continuada e a participação dos usuários.

Como em todo processo de pesquisa, neste trabalho, assim como tive a possibilidade de responder alguns questionamentos relativos à saúde em Porto

Alegre/RS também houve o surgimento de outras questões que apareceram durante este percurso. Dentre as inquietações, fiquei curiosa para saber qual a compreensão dos gestores e demais profissionais quanto à distribuição e importância da fisioterapia nos serviços de saúde, o limitado número de serviços próprios de fisioterapia, a ausência de ações intersetoriais e um setor com gestão específica para a fisioterapia. Certamente estes questionamentos indicam uma limitação do estudo, porém, deixa sugestões para a continuidade de investigações que sejam capazes de trazer ao debate as potências do SUS.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L.C.M. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver?. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília; AKERMAN, Marco; DRUMOND JUNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz, 2006, v. 1, p. 183 - 200.

ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus. ENEFI, **Executiva Nacional dos Estudantes de Fisioterapia**, 2007. Disponível em: <http://www.unifra.br/cursos/fisioterapia/downloads/ESTATUTO>>. Acesso em: 12 maio 2009.

ALMEIDA, Ana Lucia de Jesus. **O lugar social do fisioterapeuta**. Presidente Prudente: UNESP, 2008. Tese (Doutorado em Geografia). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, 2008.

ALMEIDA, D. C. S. **Atuação do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família**. Monografia (Especialização). Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Ministério da Saúde. Cascavel. 2004.

ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Orgs.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: Hucitec, 1999.

ALVES, Gehysa Guimarães; CORTINOVI, Tânia M. A sala de aula como espaço potencializador do ser saudável. In: MEYER, Dagmar E. E. **Cadernos Educação Básica 4: Saúde e Sexualidade na Escola**. 2.ed. Porto Alegre: Mediação, 2000.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v.31, supl.1, p.20-31, 2007.

AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, s/n, 2001.

BAQUERO, Marcello. **A pesquisa quantitativa nas Ciências Sociais**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

BAREMBLITT, G. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guatari, 1998.

BENETTI, S. P. C.; RAMIRES, V. R. R. A extensão e a construção do conhecimento no campo da saúde como lócus para uma prática transdisciplinar. In: HUPFFER, H. M.; BEMVENUTTI, V. L. *Cadernos de Extensão IV*. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexos sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.,set., 2009.

BRASIL .Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação e na Saúde. Curso de Informação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas em saúde/Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL, Ana Cristhina de Oliveira et al. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do município de Sobral Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.18, n.1, p. 3-6, 2005. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>. Acesso em 17 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Saúde, normalidade e risco in material instrucional para formação de facilitadores de educação permanente em saúde, Unidade de Aprendizagem Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde, Texto 2. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. HumanizaSUS. Política Nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília. 3.ed. (s.c.): Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da gestão e do trabalho e da educação na saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto e da gestão e das práticas de saúde/Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil/Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/filme1.zip>. Acesso em: 05 abr. 2009.

BRASIL. PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica.** Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em 12 jan 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745 – 749, 2004.

CAMPOS, Gastão Vagner de Souza. Equipes de Referência e Apoio Especializado Matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.4, n. 2, p. 391 – 403, 1999.

CAMPOS, Gastão W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CANADÁ. **Crossing Sectors – Experiences in Intersectorial Action, Public Policy and Health**. Agency of Health of Canadá, 2007. Disponível em: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html - 18k. Acesso em 3 Set. 2009.

CECCIM, R.; FERLA, A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj: Abrasco, 2006

CECCIM, Ricardo Burg. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. **Saúde: Revista do NIPESC**, Porto Alegre, v.3/v.4, n.3/n. 4, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg. Invenção da Saúde Coletiva e do Controle Social em Saúde no Brasil: Nova Educação na Saúde e Novos Contornos e Potencialidades à Cidadania. **Revista de Estudos Universitários**. Sorocaba, v.33, n.1, jun. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA Alcindo Antônio. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 443-456, nov. 2008- fev., 2009.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos Tecnoassistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.3, jul-set., 1997.

CHURCHILL JR. **Marketing research: methodological foundations**. Chicago: The Dryden Press, 1987.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

COSTA NETO, Milton Menezes da et al. **Competências para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob o olhar da estratégia de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CREFITO5 (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional). **Seminário: A violação dos direitos do consumidor em serviços de atendimento de fisioterapia e terapia ocupacional no município de Porto Alegre**. Porto Alegre, 29/05/2007.

CREFITO1. Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais conquistam espaço nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Revista do Conselho Regional de fisioterapia e terapia Ocupacional** – 1º Região. Abril/maio/junho, 2010.

CUNHA, João P.P; CUNHA, Rosani E. Sistema Único de Saúde: Princípios. **Caderno Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

DAMATTA, E. **A Casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 6.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

FERLA, Alcindo A. **Clínica em movimento: cartografia do cuidado em fisioterapia**. Caxias do Sul: Educs, 2007.

FERNANDES; SVARTMAN; FERNANDES et al. **Grupos e configurações vinculares**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FERREIRA, V. S. C. **Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso**, 2000. Tese (Mestrado), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2000.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.22, p. 25-35, 2000.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA - ABRASCO – CEBES – ABRES – REDE UNIDA – AMPASA. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro, jul 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Betim, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES Jr. H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (org). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004.

GONDIM, G. ; MONKEN, M. ; Rojas L. I. ; Barcellos, C.; PEITER, P. C.; NAVARRO, M. B. M. A. ; GRACIE, R. . O Território da Saúde: a organização dos sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurício. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 237-255.

GUEDES, DGM, GARCIA TR. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). **Saúde Debate**. v.25, n.59, p.40-9, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm. Acesso em 03 mar 2009.

INOJOSA, R.M. Sinergias em políticas e serviços públicos. Desenvolvimento social com intersetorialidade. **FUNDAP**, São Paulo, v. 22: p.102-110, 2001.

JUNQUEIRA L. A. P. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA-PUC-SP**, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

JUNQUEIRA, R.G.P. A intersetorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 32, n.2, p.79-91, 1997.

LUZ, Madel T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MACHADO, NP; NOGUEIRA, LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev. bras. fisioter.* vol.12 n.5. São Carlos Sept./Oct. 2008.

MAGALHÃES Jr. H. M. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Revista Pensar BH**, fev-abr., 2002.

MAIRESSE, D; FONSECA, T. M. G. **Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar**. *Psicologia em Estudo* . v. 7, n.2, 2002.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001.

MATTOS, Ruben Araujo, Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS Ruben Araujo. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 41-66.

MATTOS, Ruben. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: _____. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS. Abrasco, 2001.

MATUMOTO, Silvia. **Encontros e Desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. Ribeirão Preto, 2003. - Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo /Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E; ONOKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 2.ed. SP: Hucitec - RJ: ABRASCO, 1993.

MINAYO, M.C.S. Na dor do corpo o grito da vida. In: COSTA, NR et al. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas de saúde**. Petrópolis: Vozes; 1989.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MINAYO, Maria Cecília, et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO. ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (ORG). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Textos Básicos de Saúde, Série B. Brasília, 2006.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: ISC. 2002.

PASSOS, E. (org). In: CUNHA, G. **Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEREIRA, Martha Priscila; BARCELLOS, Christovam. **O território no Programa de Saúde**. São Paulo: Hygeia, v.2, n.2, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Rubem Alves. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **Histórias das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2004. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em: 14 abr. 2008.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Silvio Paulo. **Fisioterapia no Brasil: Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

ROCHA, Vera M.; CENTUARIÃO, Carla Haas. Profissionais da saúde: formação, competência e Responsabilidade Social. IN: FRAGA, Alex; WACHS, Felipe. **Educação Física e Saúde Coletiva**. 2.ed. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

ROLNIK, Sueli. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz O. Monteiro. Rede Interfederativa de Saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes da. (Org). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

SANTOS, Lenir. **Saúde**: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. JusNavigandi, Teresina, ano 9, n. 821, 2 out. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378>> Acesso em: 31 jul. 2009.

SILVEIRA, C.H. Algumas Considerações à Respeito das Políticas de Saúde no Brasil. In: BATTAGLIN, Paulo; LEANDRO, José Augusto; MISCHALISZYN, Mário Sérgio (Org). **Saúde Coletiva: um Campo em Construção**. Curitiba: Ibplex, 2006.

SOWEK, L.R.; LEANDRO, J.A. Saúde Pública no Brasil: Uma Abordagem A Partir da História da Enfermagem. In: BATTAGLIN, Paulo; LEANDRO, José Augusto; MISCHALISZYN, Mário Sérgio (Org). **Saúde Coletiva: um Campo em Construção**. Curitiba: Ibplex, 2007.

TAVARES, FL et al. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.405-413. 2003

TEIXEIRA, R. R. Agenciamento tecnológico e produção de subjetividade para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, p. 49-61, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-77, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Altas, 1987.

URTIAGA, Maria Elizabete de Oliveira. **A Mediação da Cultura Docente na Formação Médica**. Pelotas: UFPel, 2004

VIEIRA, P.S.; BAGGIO, A.; MARASCHIM, R. Competências desenvolvidas por acadêmicos de fisioterapia e implicações para o exercício profissional. **Rev. Dig.**, v.12, n.112, 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 13 dez. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

Ao Sr. Usuário

Vimos, por meio desta, convidá-lo(a) a participar da seguinte pesquisa: **CUIDADO EM FISIOTERAPIA: CARTOGRAFIA DE USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE POA/RS.**

O objetivo do estudo é Conhecer a trajetória de usuários do Sistema Único de Saúde na busca pelo cuidado em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS. Os objetivos específicos são: Identificar, no município de Porto Alegre/RS, a oferta de serviços de fisioterapia por área de abrangência e natureza de oferta; Conhecer a trajetória percorrida por usuários do SUS em busca do atendimento de Fisioterapia, no município de Porto Alegre/RS; Conhecer, a partir da percepção dos usuários, como ocorre o cuidado durante o atendimento de Fisioterapia, em diferentes serviços de referência para fisioterapia, vinculados ao Sistema Único de Saúde; e Identificar, sob o ponto de vista dos usuários do SUS, os fatores positivos e limitantes no cuidado de fisioterapia, no município de Porto Alegre/RS.

A metodologia a ser usada será de caráter descritivo, de natureza qualitativa, envolvendo os usuários, distritos sanitários e os serviços de fisioterapia e Reabilitação do Sistema Único de Saúde, do município de Porto Alegre/RS, visando conhecer e interpretar a trajetória do cuidado em fisioterapia.

Alguns aspectos quantitativos deverão compor o conjunto de informações sobre a identificação, natureza do serviço, localização, área de abrangência, população adstrita, serviços de referência e contra-referência, demandas e a densidade demográfica onde estão ofertados os Serviços de Fisioterapia. Os dados serão coletados no banco de dados cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde do município.

Sua participação não causará nenhum risco adicional e sua privacidade, será garantida bem como poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo quanto ao atendimento, tipo de serviço de saúde.

Para tanto, necessitamos o seu consentimento através da assinatura do termo a seguir:

Eu,....., fui informado dos objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. As pesquisadoras responsáveis Aline Martinelli Piccinini – (51 93165650 e Vera Maria da Rocha certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a minha pessoa são confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

Sem mais,
Atenciosamente.

Porto Alegre, outubro de 2009.

Aline Martinelli Piccinini e Vera Maria da Rocha

O Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS localiza-se na Avenida Paulo Gama, 110, 7º andar. Telefone(51)33083629.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturada com o Usuário do Serviço Saúde do Município de POA/RS

1. Dados de Identificação:

Nome:.....Data
de nascimento:...../...../.....
Sexo: () Masculino () Feminino
Endereço:
Bairro:
Pertencente à área Adstrita de Saúde:
Tempo em que mora na área adstrita de saúde (anos):.....
Contatos:.....
Sexo: () Masculino () Feminino
Naturalidade:.....

2. Conhecimentos sobre a Saúde e a Fisioterapia em Porto Alegre/RS:

OBS: Este roteiro será adaptado de acordo com os sujeitos do estudo, pois será utilizado para usuários em atendimento de fisioterapia, usuários que estão aguardando e usuários que precisam de fisioterapia, mas estão restritos ao domicílio.

- 1) O que é saúde para você.
- 2) De uma forma geral, o que você tem a falar sobre a sua saúde.
- 3) Você já ouviu falar em fisioterapia.
- 4) O que você sabe sobre a fisioterapia.
- 5) Conte sobre a história da busca pelo atendimento de fisioterapia.
- 6) Quais os sentimentos do atendimento que você tem e o que você espera (va) do profissional.
- 7) Como acontece o atendimento, vínculo, que fatores podem ser apontados como positivos e negativos, que tipo de relação se criou com profissional, sempre é o mesmo profissional que atende, conversa sobre o que, o que mais gosta, o que poderia melhorar, o que menos gosta.
- 8) Comente em relação ao atendimento: específico, atendimento global.
- 9) Qual é a sua opinião em relação a este atendimento.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Vera Maria da Rocha

Registro do CEP: 391 **Processo N°:** 001.040769.09.7

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – todas as Gerencias Distritais.

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO


O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.040769.09.7, referente ao projeto de pesquisa: “**Cuidado em fisioterapia : cartografia de usuários do Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre/RS**”, tendo como pesquisador responsável Vera Rocha cujo objetivo é “Conhecer a trajetória de usuários do Sistema Único de Saúde na busca pelo cuidado em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS. Específicos : Identificar, no município de Porto Alegre/RS, a oferta de serviços de fisioterapia por área de abrangência e natureza de oferta; Conhecer a trajetória percorrida por usuários do SUS em busca do atendimento de Fisioterapia, no município de Porto Alegre/RS; Conhecer, a partir da percepção dos usuários, como ocorre o cuidado durante o atendimento de Fisioterapia, em diferentes serviços de referência para fisioterapia, vinculados ao Sistema Único de Saúde. Identificar, sob o ponto de vista dos usuários do SUS, os fatores positivos e limitantes no cuidado em fisioterapia, no município de Porto Alegre/RS. ”

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 20/11/09


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
 ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

Vimos, por meio desta, convidá-lo(a) a participar da pesquisa: **Cuidado em fisioterapia : cartografia de usuários do Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre / RS** . O objetivo do estudo é Conhecer a trajetória de usuários do Sistema Único de Saúde na busca pelo cuidado em fisioterapia no município de Porto Alegre/RS. Específicos : Identificar, no município de Porto Alegre/RS, a oferta de serviços de fisioterapia por área de abrangência e natureza de oferta; Conhecer a trajetória percorrida por usuários do SUS em busca do atendimento de Fisioterapia, no município de Porto Alegre/RS; Conhecer, a partir da percepção dos usuários, como ocorre o cuidado durante o atendimento de Fisioterapia, em diferentes serviços de referência para fisioterapia, vinculados ao Sistema Único de Saúde. Identificar, sob o ponto de vista dos usuários do SUS, os fatores positivos e limitantes no cuidado em fisioterapia, no município de Porto Alegre/RS.

Será estabelecidos um protocolo com os dados que permita verificar a natureza do serviço, o número de profissionais, a localização, os encaminhamentos, a área de abrangência, a população adstrita, a média de atendimentos dia / mês, as demandas. Os dados serão coletados no banco de dados cadastrados na Secretaria Municipal de Saúde do município. A partir das palavras-chave e dos dados disponibilizados, procura-se identificar a organização da rede de atenção fisioterapêutica, com o mapeamento dos serviços e a identificação da referência e contra-referência nos três níveis de complexidade, informando as instituições responsáveis pela formação de fisioterapeutas em relação à realidade da fisioterapia no SUS.

Percebemos que com as novas diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da Saúde e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se necessário o redimensionamento da formação em saúde, dando ênfase ao processo de ensino-aprendizagem que promova o perfil de profissionais de saúde para atuação no contexto do SUS.

Sua participação não causará nenhum risco adicional e sua privacidade, será garantida bem como poderá desistir a qualquer momento, sem nenhuma repercussão na atividade. Não terá custo ou receberá por participar desta pesquisa e você terá liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, a qualquer hora sem prejuízo para você e para a pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou solicite mais esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa Vera Maria da Rocha, pelo fone (51) 81511437 e da aluna Aline Martinelli Piccinini, pelo fone (51) 93165650 e pelo comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, pelo fone 32124623.

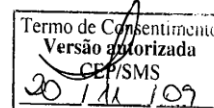
Porto Alegre, de de 2009.

Nome do sujeito de pesquisa :

Assinatura :

Nome do pesquisador responsável:

Assinatura :





Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu Luiza Maria Ribeiro, matrícula
34523.3 responsável pela Serviço La GD Partenon
e Lomba do Pinheiro.

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado
Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do SUS em Porto Alegre

tendo como Pesquisador Responsável Vera Maria da Rocha

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/01/10.

Assinatura

Luiza Maria Ribeiro
 Matr: 65976.5 - SMS/MPA
 Ass. Técnica G.D. Partenon/L.P.

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu Lori MARIA GREGORY, matrícula
25.629.0 responsável pelo Serviço GERÊNCIAS
Distrital Glórias/Cruzera/Cristal

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado
Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do SUS no município de Porto Alegre

tendo como Pesquisador Responsável Vera Maria da Rocha

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/01/2010

Lori Gregory

Assinatura
 PMPA - SUS - GD GCC
 Lori Maria Gregory
 Matr. 25629.0
 Gerente Distrital

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu Cristina Kley, matrícula _____, responsável pelo Serviço Grência

Distrital Denthe

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado

Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do SUS no município de Porto Alegre

tendo como Pesquisador Responsável Vera Maria da Rocha

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/01/10.

Cristina Kley

Cristina Kley
 Assinatura
 Gerente U.S. Oca. Marta
 CROIRS 8776
 Matr. 291459

serviço distrital denthe em exercício

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

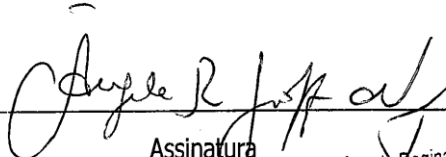
Eu ÂNGELA REGINA GROFF NUÑEZ, matrícula
81260501 responsável pelo Serviço Gerência
Distrital Norte - Eixo Baltazar

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado
Cuidado em fisioterapia cartografia de usuários do SUS no município de Porto Alegre

tendo como Pesquisador Responsável Vera Maria da Rocha

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/01/10.


 Assinatura

Ângela Regina Groff Nuñez
 Gerente Distrital Norte
 Eixo Baltazar
 Mat.: 00181260501 - PMPA-SMS

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu Sandra Dalla Costa, matrícula

responsável pelo Serviço GD REST /

EXT. SUL

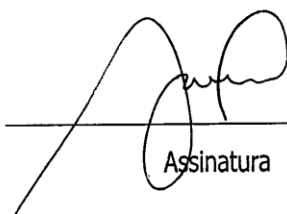
conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado

Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do SUS no município de Porto Alegre.

tendo como Pesquisador Responsável Vera Maria da Rocha

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/01/10.


 Assinatura

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

EU Maíro Corrêa Evangelista Júnior, matrícula
61303-7 responsável pelo Serviço Gerência
Distrito Sul - Centro Sul

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado
Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do SUS no município de Porto Alegre.

tendo como Pesquisador Responsável Vera Maria de Rocha

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/01/2010.

Maíro Corrêa Evangelista Jr.
 Gerente Distrital
 CREMERS 7352 - Mat. 61303.7
 GD SUL - CENTRO SUL

Maíro Corrêa Evangelista Jr.

Assinatura

Maíro Corrêa Evangelista Jr.
 Gerente Distrital
 CREMERS 7352 - Mat. 61303.7
 GD SUL - CENTRO SUL

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu Eliane Fucina, matrícula
5859.0-4 responsável pelo Serviço GD/LN

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado
Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do SUS no município de Porto Alegre

tendo como Pesquisador Responsável Vera Maria da Rocha

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/01/2010

Eliane Fucina

Assinatura

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu João Paulo Silveira Fagundes, matrícula _____, responsável pelo Serviço Prevenção

Distrito NNHF

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado

Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do SUS no município de Porto Alegre.

tendo como Pesquisador Responsável Vera Maria da Rocha

declaro que sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, 26/01/2010

Assinatura

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.