

## Levantamento de encaminhamentos médicos para fisioterapia em unidade básica de saúde do Tocantins

Angela Shiratsu Yamada<sup>(1)</sup>,  
 Guilherme Noleto<sup>(2)</sup>,  
 Rosângela dos Reis Nunes<sup>(3)</sup>,  
 Fernando Mendonça Cardoso<sup>(4)</sup> e  
 Marta Lucia Resende Guimaraes Adorn<sup>(5)</sup>

Artigo publicado em outubro/2017

**Resumo** – Na prática fisioterapêutica do Sistema Único de Saúde, a grande maioria dos pacientes, só tem acesso ao tratamento fisioterapêutico quando são encaminhados pelos médicos. Neste estudo, levantou-se a hipótese de que o médico do programa “Mais Médicos” realizava poucos encaminhamentos para fisioterapia quando comparado aos médicos contratados. Entendendo que esse fato possa ser prejudicial ao usuário, este estudo teve como objetivo realizar levantamento dos encaminhamentos médicos para o setor de fisioterapia e refletir sobre a atenção básica em saúde e a atuação da fisioterapia. O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde de Recursolândia, a qual possui 3 médicos que fazem encaminhamentos para a fisioterapia. Os médicos 1 e 2 são contratados e o 3 é do programa “Mais Médicos”. Os dados foram colhidos com base nos encaminhamentos que chegaram ao setor de Fisioterapia e foram levantados o motivo e número do encaminhamento de cada profissional. Foram realizados 91 encaminhamentos para a fisioterapia, sendo que o médico 1 realizou 69 encaminhamentos, o médico 2 referenciou 13 e o médico 3 encaminhou 9. O presente estudo foi importante para desmistificar que somente o médico do programa “Mais Médicos” tenha poucos encaminhamentos para o tratamento fisioterapêutico. Os profissionais e gestores de saúde devem ampliar os olhares para ação integrada em saúde, na promoção da saúde e prevenção de doenças além da reabilitação, que realmente seja implementado na prática profissional diária para melhorar a saúde dos brasileiros.

**Termos para indexação:** Programa “Mais Médicos”, tratamento fisioterapêutico, Tocantins

## Survey of medical referrals to physiotherapy in basic health unit of Tocantins

**Abstract** – Physical therapy practice of the Unified Health System, the vast majority of patients only have access to physical therapy when they are referred by doctors. This study raised the hypothesis that the doctor of the "More Doctors Program" performed few referrals to physical therapy when compared to contracted doctors. Understanding this fact can be harmful to the user, this study aimed to carry out a survey of medical referrals to physiotherapy sector and reflect on basic health care and the role of physical therapy. The study was conducted at the Basic Health Unit Recursolândia, which has three doctors who make referrals to physiotherapy. Doctors 1 and 2 are employed and 3 is the "More Doctors" Program. Data were collected on the basis of referrals that reached the Physiotherapy industry and have raised the subject and routing number of each professional. Were made 91 referrals to physical therapy, and medical 1 made 69 referrals, medical 2 referenced 13 and the doctor

1 Fisioterapeuta, mestre, professora do Curso de Fisioterapia do CEULP/ULBRA, Palmas/TO

2 Fisioterapeuta, acadêmico da Pós-Graduação em Fisioterapia do CEULP/ULBRA, Palmas/TO

3 Fisioterapeuta, mestre, Coordenadora do Curso de Fisioterapia do CEULP/ULBRA, Palmas/TO

Quadra 509 Sul, Alameda 05, Lote 04, QI 5, casa 2. Cep 77016-636 Palmas-TO,

\*rosangeladosreis@hotmail.com

4 Fisioterapeuta, especialista, professor do Curso de Fisioterapia do CEULP/ULBRA, Palmas/TO

5 Fisioterapeuta, doutora, professora do Curso de Fisioterapia do CEULP/ULBRA, Palmas/TO

sent 3 09. This study was important to demystify that only the doctor of the "More Doctors" has few referrals to physical therapy. Health professionals and managers should expand looks for integrated action on health, health promotion and disease prevention in addition to rehabilitation, which is actually implemented in daily professional practice to improve the health of Brazilians.

**Index terms:** "More Doctors" Program, physical therapy, Tocantins

## Introdução

No Brasil, o Ministério da Saúde regulamentou, em 1994, uma política pública atualmente denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), que mudou a forma tradicional de prestação de assistência. A ESF visa estimular a implantação de um novo modelo de atenção básica que resolva a maior parte dos problemas de saúde, buscando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito ligado à família, ao domicílio e à comunidade. A atenção à saúde na ESF deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, trabalhando de forma intersetorial, para assegurar um atendimento integral, contínuo e de qualidade (RIBEIRO e SOARES, 2014).

A ESF ampliou a cobertura assistencial, no entanto, essa ampliação possibilitou às equipes identificar novas necessidades de saúde, gerando, assim, outras demandas assistenciais. Evidenciou-se, então, a importância da inserção de outros profissionais, além dos que constituem a equipe mínima, a fim de assegurar a integralidade na atenção à saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde propõe a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria Nº. 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Esta proposta busca o envolvimento de outros profissionais no apoio às equipes mínimas de saúde da família, visando à ampliação da rede de atenção básica na tentativa de melhorar a assistência ao indivíduo (FORMIGA e RIBEIRO, 2012).

Por mais de 80 anos de atuação da profissão no Brasil, a fisioterapia apresentou diferentes etapas, cada qual com sua peculiaridade e importância no contexto. Nos diversos períodos da história passou por diferentes situações, porém manteve o vínculo com o modelo biomédico, com forte tendência em reabilitar, atendendo prioritariamente ao indivíduo em suas limitações físicas. De certa forma essas características sofreram influências de três

fatores: um fator histórico ligado a sua gênese; um fator legal, que obedecendo à gênese limitou áreas e campos de atuação e a formação acadêmica, determinada pelos preceitos das ciências biomédicas, notadamente da medicina (HADDAD et al. 2006).

A organização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da rede de serviços de atenção básica, de média complexidade e de alta complexidade, é realizada pela centralidade dos procedimentos médicos-hospitalares sobre a promoção da saúde (PIRES et al. 2010). O fisioterapeuta entra na atenção básica através da diretriz da integralidade que busca a assistência integral ao usuário, voltando sua atenção para a prevenção e promoção da saúde.

A partir da década de 80, a atuação do fisioterapeuta passa por um processo de transformação, ocorrendo a mudança de paradigma do objeto de trabalho do fisioterapeuta até então limitado a atuar em recuperação e reabilitação. Os profissionais da área de fisioterapia passam a incorporar, mesmo que timidamente e por iniciativa própria, novos campos de trabalho, que incluem a promoção e a prevenção da saúde da população (HADDAD et al. 2006, *passim*). Isso dá início à atuação na atenção básica, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, o que ocorre em nível nacional, não sendo diferente no Tocantins.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Recursolândia, de 2014-2017, o Tocantins por ser um estado novo, com apenas 26 anos, conta atualmente com 139 municípios onde o atendimento à saúde ainda é bastante precário, porém, vem se desenvolvendo gradativamente. O município de Recursolândia está inserido na região do cerrado Tocantins Araguaia que é composta por 23 municípios. Recursolândia possui 3.768 habitantes segundo o censo do IBGE 2010, e se encontra localizado na região noroeste do estado, distante 350 km da capital, sendo que parte do acesso ainda é feito por estrada de terra. Tem sua economia baseada na agricultura familiar e pecuária. A Unidade Básica de Saúde do município de Recursolândia conta com três médicos responsáveis pela referência para o atendimento fisioterapêutico, sendo dois contratados por meio da Secretaria de Saúde e um pelo programa “Mais Médicos” do governo federal. A maioria dos pacientes são encaminhados para a fisioterapia por eles. Também atuam na unidade, enfermeiros, psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, cirurgião-

dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Para atendimento geral à população, o município conta com duas equipes da ESF, sendo uma urbana, formada por um médico contratado, uma enfermeira, uma farmacêutica, um odontólogo e um fisioterapeuta, e outra rural, composta por um médico do programa “Mais Médicos” e uma enfermeira (RECURSOLÂNDIA, 2014).

Regulamentado pela Lei n.º 12.871, de 22 outubro de 2013, o programa “Mais Médicos”, faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar “Mais Médicos” para regiões onde não existem profissionais. O programa foi lançado em 8 de julho de 2013 e tem como objetivo suprir a carência de médicos nos municípios do interior do país e nas periferias das grandes cidades do Brasil, pretendendo levar 15 mil médicos a locais onde há carência (BRASIL, 2013).

Atualmente, depois de pouco mais de um ano, o programa contratou 14,4 mil profissionais (11,4 mil deles cubanos) distribuídos em 3,7 mil municípios e em 34 distritos indígenas. Cerca de 75% dos médicos estão em regiões de grande vulnerabilidade social, como o semiárido nordestino, a periferia de grandes centros e regiões com população quilombola (BRASIL, 2013, passim).

Com relação ao atendimento fisioterapêutico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como ideal uma média de 1,5 mil habitantes por fisioterapeuta, porém, a média brasileira é de um fisioterapeuta para cada 8.500 habitantes (HADDAD et al. 2006, passim). O Tocantins ainda está muito distante da realidade que se tem como proposta, porém o número de profissionais fisioterapeutas atuantes vem aumentando nas diferentes Unidades de Saúde das cidades e municípios, seja por meio de concursos ou por meio de contratos.

Associado ao baixo número de profissionais, na prática fisioterapêutica do Sistema Único de Saúde (SUS), a grande maioria dos pacientes, só tem acesso ao tratamento fisioterapêutico quando são encaminhados pelos médicos para realizar esse tipo de tratamento.

Neste estudo, levantou-se a hipótese de que o médico do programa “Mais Médicos” realizava poucos encaminhamentos para o setor de fisioterapia quando comparado aos médicos contratados. Entendendo que esse fato possa ser prejudicial ao usuário que necessita de fisioterapia, este estudo teve como objetivo realizar um levantamento dos encaminhamentos médicos para o setor de fisioterapia e refletir sobre a atenção básica em saúde e a atuação da fisioterapia.

## **Material e Métodos**

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde de Recursolândia no período de 17 fevereiro a 15 de outubro de 2014. Essa UBS possui 3 médicos que fazem encaminhamentos para o setor de fisioterapia, sendo denominados como médico 1 (M1), médico 2 (M2) e médico 3 (M3). Os médicos M1 e M2 são contratados e o M3 é do programa “Mais Médicos”. Os dados foram colhidos com base nos encaminhamentos que chegaram ao serviço de fisioterapia da unidade e foram levantados o motivo do encaminhamento e o número de encaminhamento de cada profissional.

## **Resultados e Discussão**

Com a prática fisioterapêutica centrada na Unidade de Saúde de Recursolândia, observou-se uma diferença significativa dentre os encaminhamentos realizados pelos médicos para o setor de fisioterapia.

Conforme ilustra a TABELA 1, o setor de fisioterapia recebeu o maior número de pacientes encaminhados pelo médico 1 (M1). Em virtude dos diagnósticos clínicos dos pacientes encaminhados, esse médico parece compreender que a fisioterapia atua em diversas áreas da saúde, e também em fases agudas ou crônicas do adoecimento.

Os médicos 2 e 3 (M2 e M3) realizaram um menor número de encaminhamentos para o setor de fisioterapia, como pode ser observado na TABELA 2.

Do total de 91 pacientes, o setor de fisioterapia recebeu 69 pacientes encaminhados pelo M1, 13 referenciados pelo M2 e 9 pacientes encaminhados pelo M3, como pode ser visualizado nas TABELAS 1 e 2.

Observa-se nas TABELAS 1 e 2 que M1 indicou para tratamentos diferentes tipos de casos sobre os quais a fisioterapia tem domínio de tratamento. M2, apesar de ter feito poucos encaminhamentos, também não se restringiu a apenas uma gama de patologias. M3 por sua vez, além de ter realizado o menor número de indicações para o tratamento fisioterapêutico, também se limitou a indicar apenas patologias crônicas, restringindo o trabalho que pode ser realizado pela fisioterapia.

TABELA 1

Encaminhamento para o setor de fisioterapia pelo médico 1 e quantidade de referência

M1	
Coluna	1
Cervicalgia	3
Dorsalgia (dorsalgia intensa, grande dorsalgia, dorsalgia crônica)	20
Cervicalgia + dorsalgia	4
Lombalgia	4
Lombalgia com irradiação para MMII	2
Dor ciática / Dor na articulação do joelho, mais acentuada na região posterior (ciático)	2
Escoliose	2
Ombro (dor, bursite, lesão lig)	5
Cotovelo	3
Lesão de dedos das mãos / mãos em garra / flexão polegares anormal / diminuição movimento mão D	4
LER MSD	1
Dor no braço E	1
Fratura braço E movimentos reduzidos do cotovelo	1
Luxação coxofemoral	1
Dor cronica joelho	2
Parestesia perna E	1
Tornozelo	3

Ruptura de tendão	1
Artralgia	1
Bursite	1
Diminuição da força D	1
Retardo psicomotor	1
Sequela após picada de ofídio	1
Paralisia facial	1
Artrose e Parkinsom	1
AVC	1
Total	69

TABELA 2

Encaminhamento para o setor de fisioterapia pelos médicos 2 e 3 e quantidade de referência.

M2	M3		
Cervicalgia	1	Alongamentos para joelhos	1
Cervicobraquialgia	1	AVC e anemia falciforme	1
ombro (capsulite adesiva / bursite / trauma por queda)	3	Bursites ombros	1
joelho	1	Hérnia disco	1
osteoartrose	1	Discreta espondiloartrose	1
bursite E	1	Região lombo sacra	1
bursite trocantérica	1	Tornozelo E	1
ciatalgia	1	Hérnia de disco	1
fratura pé E	1	Osteomielite perna E	1
dificuldade marcha	1		
artrite reumática	1		
Total	13		9

Dentre as patologias atendidas, as mais frequentes foram dorsalgia, cervicalgia isolada ou associada a dorsalgia, disfunções de ombro, lombalgia, afecções em mãos, cotovelo e tornozelo. Portanto, a maior parte da demanda para o serviço de fisioterapia foram da área de

ortopedia e traumatologia, indicando a importância de se realizar a atenção nos casos agudos para evitar a progressão da doença.

A atenção à saúde do usuário do SUS na fase aguda é considerada de extrema importância, mas muitas vezes difícil de ser realizada tanto porque há um excesso de demanda para um número restrito de profissionais, assim os usuários só conseguem ser atendidos quando estão na fase crônica da doença, ou porque os médicos não elegem o tratamento fisioterapêutico para esses casos.

Rezende (2014) realizou uma experiência exitosa no município de Sarzedo-MG na regulação assistencial da Clínica Municipal de Fisioterapia de Sarzedo, no qual priorizou-se o atendimento dos casos agudos. Os casos crônicos, após o atendimento individual, foram encaminhados ao atendimento em grupo para realizar a manutenção das condições de melhora e aprenderem o auto cuidado. Com a implementação dessa regulação, houve uma diminuição no tempo de espera, a recidiva dos casos também diminuiu devido a resolutividade do tratamento na fase aguda e manutenção na fase crônica.

Isso confirma nossa hipótese de que o M3 realiza poucos encaminhamentos, sendo o que menos referenciou pacientes para o tratamento fisioterapêutico. No entanto, contraria nossa hipótese de que somente o médico do programa “Mais Médicos” é que realiza poucos encaminhamentos. Tanto o M2 quanto o M3 realizaram poucos encaminhamentos quando comparados ao M1. Talvez, os poucos encaminhamentos recebidos dos médicos, sejam mais pela falta de interação da equipe multiprofissional do que por ser do programa “Mais Médicos”.

Deve-se ressaltar também que o programa “Mais Médicos” é um programa novo e sem nenhum tipo de evidência com relação à referência médica para o tratamento fisioterapêutico. Isso pode contribuir para que haja uma suposição de que o M3 não esteja familiarizado com o sistema de referência, cabendo assim um treinamento mais eficiente. Há ainda o provável的习惯 de referenciar apenas casos crônicos, visto que a maioria dos pacientes fazia parte desse contexto. Existe ainda a possibilidade do simples descrédito na fisioterapia a para o

tratamento de algumas patologias, cabendo ao fisioterapeuta realizar um tratamento de qualidade para comprovar a resolutividade dos casos tratados.

Em uma abordagem mais ampliada, desde sua origem, a medicina moderna relaciona a saúde às condições gerais de vida das populações, com o objetivo não somente de diminuir o risco de doenças, mas, também, de aumentar as chances de saúde e de vida. Nesse sentido, a promoção da saúde é definida como a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de saúde e de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo (RIBEIRO e SOARES 2014, *passim*).

De acordo com Ribeiro (2015, *passim*), o sistema de saúde aguarda o indivíduo adoecer para então tratar a sua doença. Todos sabem que essa atitude torna o serviço de saúde pública extremamente oneroso, praticamente não resolutivo em termos de recuperação da saúde. Assim, os resultados do presente estudo corroboram com as afirmações de Ribeiro (2015, *passim*), pois infelizmente, apesar de todo o discurso teórico, na prática, as políticas de saúde pública no Brasil predominam no equívoco de uma visão dominada por uma perspectiva médica com foco na doença que, por sua vez, se reduz a ações direcionadas à cura através de medicamentos, tratamentos conservadores e cirurgias.

A transformação do modelo assistencial hospitalocêntrico, curativo e reabilitador em um modelo assistencial de promoção da saúde, prevenção e interdisciplinaridade exige mudanças nas práticas fisioterapêuticas dirigidas à saúde pública. A formação inicial do fisioterapeuta e a história da fisioterapia contribuíram para que essa disciplina tivesse um caráter reabilitador, que excluiu da rede básica, por muito tempo, os serviços de fisioterapia. Isso acarretou dificuldade de acesso da população a esse serviço e limitou a atuação do fisioterapeuta na atenção primária à saúde. Entretanto, tratar a doença e suas sequelas é apenas uma parte do objeto de trabalho desse profissional (SÁ et al, 2014).

Com certeza é importante e necessário melhorar o atendimento clínico para o tratamento de doentes, mas não é suficiente para preservar e manter a saúde da maioria dos indivíduos não doentes ainda, porém perigosamente exposta a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças de alta carga na população, como as doenças cardiovasculares, que deveriam ser foco

principal das ações na atenção primária ou atenção básica em saúde (RIBEIRO, 2015, *passim*).

Segundo Campos (2013) falta realizarmos uma radical reforma do modelo de funcionamento da assistência à saúde em geral e da assistência médica em particular. Falta prosseguir na reforma administrativa e do modelo de gestão do SUS. O SUS está fragmentado, dividido, com políticas e programas diferentes conforme o governo, conforme seja da União, dos estados ou dos municípios. O SUS está dividido entre atenção primária, hospitais, ambulatórios, urgência, saúde mental, etc. O SUS está sendo estraçalhado entre serviços públicos, organizações sociais, fundações, entidades filantrópicas, uma Babel em que não há solução gerencial mágica. O SUS sofre com as mesmas mazelas do Estado brasileiro: ineficiência, privatização de interesses, clientelismo, burocratização. Precisamos, urgente, de uma reforma do modelo de gestão que diminua o poder discricionário do poder executivo e que assegure sustentabilidade e continuidade ao SUS. Falta, vale insistir, uma ampla e generosa política de pessoal: repensar a formação, carreiras com responsabilidade, condições de trabalho adequadas, e educação permanente.

Talvez por todos esses motivos, diante da situação do SUS e de tantas faltas citadas por Campos (2013), as ações da atenção primária sejam ainda voltadas para a reabilitação. Os resultados do presente estudo demonstram esse viés reabilitador com maior demanda por disfunções osteomusculares assim como o estudo de Reis et al. (2012), que descreveram o perfil dos atendimentos realizados pelo NASF na área da reabilitação em um município de Minas Gerais. A demanda para reabilitação foi de 179 indivíduos, sendo o predomínio por mulheres e idosos. A faixa etária associada à adolescência (10-19 anos) correspondeu à menor proporção de utilização (5,6%). A fisioterapia foi a categoria profissional com o maior percentual de atendimentos (44,8%), sendo esses realizados na unidade e em domicílio; e tiveram como principal demanda os agravos relacionados aos problemas osteomusculares (25,1%), como lombalgia, cervicalgias, osteoartroses e dorsalgias. Na população acima de 60 anos de idade, observou-se, também, um predomínio dos atendimentos multiprofissionais, em

sua maioria ligados a problemas neurológicos, como AVE, neuropatias, demências e parkinsonismo.

Conforme afirma Ribeiro (2015, *passim*), existem inúmeras evidências científicas relevantes e diretrizes elaboradas para melhorar a saúde da população, o que falta então é a vontade política para implementar ações baseadas nessas evidências.

A implantação do Programa “Mais Médicos” apresentado pelo governo federal foi uma tentativa de responder aos movimentos sociais, com o objetivo de melhorar a qualidade da política pública de saúde e do SUS. Essa iniciativa tem seus aspectos positivos por levar médicos para atenção básica em regiões de grande vulnerabilidade social e sanitária, como no caso de Recursolândia. A extensão da atenção primária à saúde em geral, e da ESF para a maioria dos brasileiros, nunca foi assumida como meta por nenhum governo federal ou estadual, e isso é ação para se elogiar o governo (CAMPOS, 2013). No entanto, a forma de contratação de profissionais estrangeiros, o aumento do tempo de graduação para formação do profissional médico, abertura de mais faculdades, falta de plano de carreira para os profissionais, contratos temporários e precárias condições de trabalho são pontos questionados por CAMPOS (2013) e RIBEIRO (2015).

Inúmeros documentos, resoluções e diretrizes nacionais e internacionais já existem com a finalidade de orientar os serviços de saúde pública para a incorporação de ações efetivas no enfrentamento dessas doenças de grande carga à população. Diversas instituições de saúde já vêm propondo há décadas ações com foco na prevenção primordial, priorizando programas de promoção da saúde da população com o objetivo de mantê-la, ao invés de deixá-la adoecer primeiro para depois tratar. Devido ao perfil das doenças de maior prevalência na população estarem relacionadas ao estilo de vida caracterizado por comportamento alimentar inadequado e pouca atividade física, as ações deveriam ser de promoção da saúde cardiovascular e prevenção das doenças cardiometaabólicas, ações estas que atingiriam também o diabetes e câncer, pelo compartilhamento de fatores de risco comuns a essas doenças, com ações voltadas para incorporar hábitos de vida saudáveis como a dieta, atividade física e saúde (RIBEIRO, 2015, *passim*).

Dessa forma, as novas políticas e programas que deveriam ser implantadas sugerem a atuação de profissionais da saúde como fisioterapeutas, educadores físicos e nutricionistas, dentre outros. E mais uma vez, não centrado na figura do médico, como único responsável pela saúde da população, mas sim pela atuação de equipe multi e interdisciplinar.

As políticas públicas brasileiras de promoção da saúde, de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis recomendam priorizar as crianças e as escolas como local estratégico, nas ações de promoção da saúde. No entanto, de acordo com o estudo de Sá et al. (2014, *passim*) que teve como objetivo revisar as experiências de atenção fisioterapêutica dirigidas à população pediátrica descritas na literatura e analisar a produção de conhecimento sobre fisioterapia a no contexto da atenção primária à saúde infantil, concluiu que há baixos números de estudos e isso sugere desconhecimento quanto ao modo como a fisioterapia se insere na atenção primária em saúde infantil e, provavelmente, quanto às habilidades profissionais necessárias nesse ambiente. Assim, são necessários mais estudos para fornecer dados sobre a área e um esforço de qualificação continuada por parte dos fisioterapeutas.

Os resultados do presente estudo mostram uma grande demanda para a fisioterapia na área de ortopedia e traumatologia, sendo os casos de dor na coluna vertebral de maior prevalência. Rodrigues, Souza e Bitencourt (2013, *passim*), relatam que o desenvolvimento de hábitos posturais saudáveis deve começar ainda na fase da infância, pois é nesta fase que se inicia a percepção e a conscientização corporal, sendo refletida no futuro. Diante do enfoque preventivo o fisioterapeuta é capaz de envolver a família e o setor educacional para que exista uma correta orientação para a prevenção, manutenção e reabilitação dos males que afetam a postura. Assim, o fisioterapeuta deve atuar na orientação postural para instituir uma cultura de valorização e cuidado com a postura, tanto para as crianças como para os pais e professores.

Sendo assim, uma sugestão aos gestores da saúde, seria a introdução de ações de fisioterapia nas escolas, para atuar na promoção da saúde na infância, evitando que sejam adultos com disfunções posturais como vimos nos resultados do presente estudo.

Além disso, o estudo de Rodrigues et al (2011) teve como objetivo analisar o impacto nos fatores psicossociais de gestantes atendidas pela ESF, com queixa de dor lombar associada à falta de atividade física antes da gravidez. Foram entrevistadas 66 gestantes na sala de espera da unidade de saúde, sendo em diferentes idades gestacionais. Entre as entrevistadas, 75% delas relataram sentir dor lombar. Dentre as que apresentaram dor lombar, observou-se que 53% das gestantes não praticavam de atividade física antes da gravidez, já as que praticavam atividade física antes da gravidez e ainda assim, apresentavam dor lombar era de 21%, o que pode colaborar para demonstrar a importância da atividade física para a prevenção e/ou melhora desse sintoma. Com relação aos fatores psicossociais, 42,8% das grávidas relataram sentir ansiedade, com maior transtorno, na presença da dor, seguida de irritação e tristeza. E 53% das gestantes relataram ter poucos ou não ter amigos. A dor lombar também está associada às alterações psicossociais, que comprometem as relações interpessoais e profissionais; o prazer e o lazer, prejudicando a qualidade de vida dessas gestantes.

O estudo de Lima e Martins (2011) em uma unidade de saúde do Paraná, aplicou o método “Escola de Coluna”, um treinamento postural utilizado na prevenção e tratamento de pacientes com dor lombar, composto por informações teórico-educativas e prática de exercícios terapêuticos para a coluna. Participaram do estudo 50 pacientes voluntárias, todos adultos, sendo 94% mulheres, 76% do lar e 56% com desconforto na coluna vertebral. As autoras afirmam que essa prática em grupo deve ser considerada como uma boa opção para o tratamento das algias da coluna vertebral, atuando não apenas no aspecto dor, mas também como momentos de socialização, cuidado e bem estar.

Dessa forma, atividades na comunidade, envolvendo os moradores do bairro e estimulando a prática de atividade física orientada por profissional habilitado seriam interessantes para promover medidas preventivas que possam contribuir para a melhora da qualidade de vida das pessoas. Outra sugestão para a gestão da saúde, seria a implantação de grupos de coluna para gestantes ou adultos que possam ser considerados de risco para os desconfortos da coluna vertebral.

Historicamente, o profissional fisioterapeuta é visto como um assistente no nível de atenção terciário tendo um modelo tradicional de atuação centralizado nas áreas curativas e reabilitadoras, voltadas para o modelo assistencial. Este paradigma foi instituído, devido os aspectos de ordem político-econômicos e organizacionais. Todavia, sabe-se que quando inserido na atenção primária pode ser um profissional de grande valia nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. A fisioterapia reabilitadora realiza intervenção, quase que exclusivamente, como a cura, a reabilitação, e desenvolvendo a capacidade residual funcional de indivíduos, agindo no controle de danos. Já a fisioterapia coletiva possibilita e incentiva a atuação também no controle de risco, ou seja, a atuação é direcionada aos grupos populacionais doentes e não doentes, mas com risco potencial de adoecer. O fisioterapeuta está conquistando seu espaço na saúde coletiva e adquirindo importância nos serviços de atenção primária como no caso da ESF. Esta inserção é um processo em construção, que maximiza o seu trabalho, alcançando grupos de pessoas e influenciando positivamente na melhoria da qualidade de vida da sociedade (RODRIGUES, SOUZA e BITENCOURT, op. cit.).

Formiga e Ribeiro (2012, passim), em seu estudo afirmam que a inserção do fisioterapeuta nos serviços de atenção básica está em processo de construção, iniciando pela formação dos profissionais de modo a habilitá-los para atuar nestes serviços. As atribuições da fisioterapia dentro do NASF englobam atividades individuais e coletivas. Nas atividades individuais, é comum a realização de atendimento individual e visitas domiciliares, assim como, orientação aos cuidadores. Algumas atividades coletivas desenvolvidas são grupos de idosos, gestantes, trabalhadores dentre outros. Estas são atividades que geralmente estão voltadas para educação em saúde e prática corporais.

No entanto, em Recursolândia, município objeto deste estudo, há apenas um fisioterapeuta que atua no NASF. Da mesma forma que houve a iniciativa de levar mais médicos para o interior para suprir a necessidade de saúde da população, talvez esse estudo possa contribuir para uma reflexão sobre a necessidade de outros profissionais da saúde, como o fisioterapeuta por exemplo. A fisioterapia pode contribuir muito mais para a saúde e qualidade de vida da população. E para que haja ações de promoção da saúde, prevenção das

doenças e a reabilitação dos indivíduos, ou seja, a atenção integral preconizada pelo SUS, é necessário investimento, vontade política para ter profissionais para realizar as ações de modo global.

## Conclusões

Dentre as patologias atendidas, a maior parte da demanda para o serviço de fisioterapia foi da área de Ortopedia e Traumatologia, sendo os casos crônicos, as afecções da coluna vertebral, membro superior e tornozelo os mais prevalentes. Há uma diferença considerável entre o número de encaminhamentos realizados pelo médico M1 em comparação ao M2 e M3. Portanto, considera-se que o levantamento dos encaminhamentos médicos para o setor de Fisioterapia da Unidade Básica de Saúde de Recursolândia foi importante para desmistificar que somente o médico do programa “Mais Médicos” tenha poucos encaminhamentos para o tratamento fisioterapêutico.

Os profissionais que atuam nesse local, principalmente do setor de fisioterapia, também podem desenvolver ações de divulgação da atuação da fisioterapia no sentido de demonstrar sua importância e evidenciar que a mesma atua também nos casos agudos. E durante sua atuação prática, comprovar que o tratamento traz resultados positivos.

Os gestores da saúde de uma forma geral, não somente os do município estudado, podem investir na interação do médico com outros profissionais, promovendo a melhoria na comunicação, estimulando uma postura dos médicos mais aberta à atuação dos outros profissionais da saúde para a interdisciplinaridade tão necessária à construção de boas práticas profissionais e ao atendimento satisfatório e de qualidade para o usuário do SUS.

Além disso, e principalmente, é importante que todos ampliem o olhar para um novo-velho modelo de atenção à saúde da população, voltado para promoção da saúde e prevenção das doenças. Que isso realmente seja implementado na prática profissional diária das unidades de saúde, através da conscientização da gestão pública de melhorar a saúde dos brasileiros.

## Referências

BRASIL. Lei n.º 12871, de outubro de 2013. **Presidência da República**: Casa Civil.

CAMPOS G. W. S. A Saúde, o SUS e o programa "Mais Médicos". **Revista do Médico Residente**, v. 15, n. 2, 2013.

FORMIGA N.F.B.; RIBEIRO K. S. Q.S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n. 2, pp 113-122, 2012.

HADDAD A. E.; PIERANTONI C. R.; RISTOFF D.; XAVIER I. M.; GIOLO J.; SILVA L. B. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, p. 201-350, 2006.

LIMA M. C; MARTINS C.B. Dor e qualidade de vida no grupo “turma da coluna” no NASF de Foz do Iguaçu. **Pleiade**, Foz do Iguaçu, v. 9,n. 9, pp 7-32, jan/jun, 2011.

PIRES M. R. G. M.; GÖTTEMS L. B. D.; MARTINS C. M. F.; GUILHEM D.; ALVES E. D. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, Jun., 2010.

RECURSOLÂNDIA (Município). **Plano Municipal de Saúde**. 2014-2017. ed. MATOS, M. C., 2014.

REIS, D. C.; FLISCH T. M. P.; VIEIRA M. H. F.; SANTOS-JUNIOR W. S. Perfil de atendimento de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na área de reabilitação, Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. Epidemiol. **Serv. Saúde**, Brasília, 21(4):663-674, out-dez 2012.

REZENDE, E. M. R. S. **Regulação do atendimento de Fisioterapia de Sarzedo**, 2014. Disponível em: <[http://www.cosemsmg.org.br/experiencias\\_exitosas/ver\\_exp.php?id\\_experiencia=542](http://www.cosemsmg.org.br/experiencias_exitosas/ver_exp.php?id_experiencia=542)>. Acesso em 19 de mar. de 2016.

RIBEIRO C. D.; SOARES M. C. F. Situações com potencialidade para atuação da fisioterapia na atenção básica no Sul do Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, 2014;36(2):117–23.

RIBEIRO R. C. Programa Mais Médicos—um equívoco conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 421-424, 2015.

RODRIGUES F.; SOUZA P. S.; BITENCOURT L.T.G. A Fisioterapia na Atenção Primária. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família**, v. 1, 2013.

RODRIGUES W. F. G.; SILVA L. R.; NASCIMENTO M. A. L.; PERNAMBUCO C. S.; GIANI T. S; DANTAS E. H. M. Prevalência de lombalgias e inatividade física: o impacto dos fatores psicossociais em gestantes atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Einstein** 9, (4 Pt 1):489-93, 2011.

SÁ M. R. C.; THOMAZINHO P. A.; SANTOS F. L; CAVALCANTI N. C.; RIBEIRO, C. T. M.; NEGREIROS M. F. V.; VINHAES M. R. Assistência fisioterapêutica na atenção primária à saúde infantil: uma revisão das experiências. **Rev Panam Salud Publica**, 2014;36(5):324–30.