

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE - ICICT

**ANÁLISE DA FISIOTERAPIA NO SUS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA
MACROREGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL**

AUTORA: PRISCILA WITTEMBERG AZEVEDO

ORIENTADOR: Me. RAPHAEL MACIEL DA SILVA CABALLERO

PORTO ALEGRE

2013

PRISCILA WITTEMBERG AZEVEDO

ANÁLISE DA FISIOTERAPIA NO SUS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA
MACROREGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito parcial para conclusão de Curso da Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Prof. Me. Raphael Maciel da Silva Caballero

Porto Alegre

2013

RESUMO

O Sistema único de Saúde (SUS) vem passando por muitas mudanças, o Ministério da Saúde em 1994 criou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) a fim de aumentar a cobertura, aproximando a saúde da população. Além da ESF a Atenção Primária conta ainda com outros componentes como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), criados em 2008 a fim de apoiar/ampliar as estratégias da ESF fortalecendo a regionalização em saúde, cabendo a cada município escolher os profissionais que vão compor o seu(s) NASF, para melhor sanar suas necessidades. No entanto para promover a regionalização em saúde existem as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), responsáveis por certo número de municípios. Além disso, é importante que haja registros das ações desenvolvidas pelos programas de pesquisa e desenvolvimento em saúde a fim promover o desenvolvimento tecnológico e contribuir para as políticas públicas de saúde. Sendo assim, o presente estudo objetiva realizar um mapeamento dos fisioterapeutas atuantes no SUS da região sul do Rio Grande do Sul para compreender melhor sua distribuição e capacidade de cobertura. A pesquisa trata-se de um estudo quantitativo do tipo análise de base documental, com amostragem referente a vinte e oito municípios pertencentes a 3ª e a 7ª CRS, por serem pertencentes a região Sul, na qual a pesquisadora reside e demonstra interesse em conhecer mais a fundo. Para a coleta de dados da população, número de profissionais cadastrados, número de fisioterapeutas em hospitais e em serviços especializados, número de equipes NASF e número de equipes NASF com fisioterapeutas utilizamos as bases de dados DATASUS e CNES. Após a busca e captura dos dados eles foram organizados no Microsoft Excel 2010. Posteriormente os municípios foram separados segundo seu número de habitantes (IBGE), verificamos então o número de fisioterapeutas para cada um mil habitantes e esses dados não superam 0,5 profissionais, além disso, verificamos a inserção desses profissionais em serviços especializados e hospitais, encontrando um número maior em hospitais nos municípios de Pelotas e Morro Redondo, já em serviços especializado os municípios com maior número são: Bagé e Aceguá. No que se refere à atuação em NASF a situação é um pouco diferente, pois encontramos fisioterapeutas em NASF apenas nos municípios de Santa Vitória do Palmar, Bagé e Rio Grande. Cabe então a discussão de porque esses profissionais estão inseridos em maior número em serviços especializados e hospitalares do que em NASF. Por fim, verificamos a cobertura de saúde, inadequada e desuniforme, na área da fisioterapia.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Fisioterapia; Saúde Pública.

ABSTRACT

The Single Health System (SUS) has undergone many changes , the Ministry of Health in 1994 created the Family Health Strategy (FHS) to increase coverage , approaching population health . Beyond ESF Primary Care also has other components like the Centers Support for Family Health (NASF) , created in 2008 to support / expand the strategies FHS strengthening the regionalization of health , with each municipality choose professionals they will select their (s) NASF to better answer your needs . However to promote regionalization in health exist the Regional Health (CRS) , responsible for a number of municipalities . Furthermore , it is important that have records of actions developed by research and development programs in health to promote technological development and contribute to public health policies . Thus , this study aims to map the active physiotherapists in SUS from southern Rio Grande do Sul to better understand their distribution and coverage capacity . The research is in a quantitative study of its kind to analyze the evidence base , with sampling concerning twenty-eight municipalities in the 3rd and 7th CRS , because they belong to the South, where the researcher resides and shows interest in knowing more background. To collect data on population , number of registered professionals , number of physiotherapists in hospitals and specialized services , number of teams and number of teams NASF NASF with physiotherapists use bases DATASUL and CNES data. After the search and capture of data they were organized in Microsoft Excel 2010 . Subsequently the cities were sorted according to their number of inhabitants (IBGE) , then check the number of physiotherapists for each thousand inhabitants and these data do not exceed 0.5 Professional furthermore verified the insertion of these professionals in hospitals and specialized services , finding greater numbers in hospitals in the cities of Pelotas and Morro Redondo, specialized services already in the municipalities with the highest number is Bage and Aceguá . With regard to performance in NASF the situation is a little different , because we found physiotherapists in NASF only in the municipalities of Santa Vitória do Palmar , Bage and Rio Grande. It is then for the discussion of why these professionals are embedded in larger numbers in specialized and hospital services than in NASF . Finally , we verify the coverage uneven and inadequate health care in the field of physiotherapy.

Keywords: Health System; Physiotherapy, Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul.....	12
Figura 2-Quadro da Distribuição dos Municípios de Acordo com o IBGE.....	16
Figura 3- Gráfico do número de Fisioterapeutas por 1000 habitantes.....	17
Figura 4- Gráfico da Totalidade de Fisioterapeutas por município dividido por área hospitalar e serviço especializado.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1 SISTEMA DE SAÚDE.....	8
2.2 NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA.....	9
2.3 LÓGICA DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE.....	10
3. JUSTIFICATIVA/OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGIA.....	13
4.1 CRONOGRAMA.....	15
4.2 ORÇAMENTO.....	15
5. RESULTADOS.....	16
6. DISCUSSÃO.....	19
7. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende abordar assuntos em torno da fisioterapia presente no Sistema Único de Saúde (SUS) na macrorregião sul. Para tanto pretende verificar as características dos serviços prestados e profissionais que o compõe através da realização de uma análise da situação de saúde local. Pretende ainda realizar um mapeamento dos fisioterapeutas que atuam nesses serviços possibilitando a verificação numérica da distribuição dos profissionais em serviços especializados, hospitalares ou em Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

Muitas mudanças vêm acontecendo ao longo dos anos e o contexto em que se vive vêm sofrendo alterações, dessa forma aparecem novas necessidades tanto de serviços como de profissionais, para tanto muitos programas vem sendo criados, o Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) criado pelo Ministério da Saúde a fim de reorganizar a Atenção Primária à Saúde e aproximar a saúde das famílias é um exemplo de mudança no setor saúde. Além da ESF existem ainda outros componentes na Atenção Básica que vem sendo implementados, bem como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) que objetivam dar apoio a inserção da ESF e fortalecer a regionalização.

No entanto, como o objetivo principal do estudo trata-se de conhecer a situação de saúde regional com foco na fisioterapia foi necessário elencarmos os municípios de interesse para darmos inicio a pesquisa, neste caso os municípios tratavam-se dos mais próximos das Coordenadorias Regionais de Saúde que englobam a macrorregião sul na qual a pesquisadora reside. Para tanto, além de escolher os municípios foram necessárias buscas de informações pertinentes ao tema capturadas a partir de bases de dados da área da saúde para o desenvolvimento da proposta.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.SISTEMA DE SAÚDE

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 muitas mudanças vem acontecendo, logo em seguida à sua criação em 1990 a Lei 8.080/1990 assegurou a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Sendo que o dever do estado não exclui o das pessoas, famílias, das empresas e da sociedade.

No que se refere a mudanças contínuas, em 1994 o Ministério da Saúde criou o Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), para reorganizar o modelo da atenção primária. A partir de então o número de ESF vem só aumentando, ao passo que conseqüentemente a cobertura de saúde da população aumenta também. Essa ampliação de cobertura possibilita ainda uma otimização das estratégias de Atenção Primária a Saúde (APS) que se trata de um emaranhado de ações desenvolvidas pela ESF em busca da integralidade dos serviços (OLIVEIRA, 2011).

No Brasil a atenção primária é vista como a “porta preferencial” para o sistema de saúde, desta forma a atenção à saúde dirigida a coletividade exhibe fronteiras muito tênues entre suas próprias características e os atributos assistenciais essenciais, de maneira que é primordial para uma população provedora de Atenção Primária que não somente o acesso, a continuidade do cuidado, a integralidade de atenção e a coordenação do cuidado que são seus elementos essenciais estejam presentes. É preciso ainda que os seus atributos derivados apresentem-se em conjunto, sendo eles: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural (DE ALEMIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

No entanto, a Política Nacional de Humanização (2010) nos revela esse componente estruturante do sistema de saúde brasileiro que é ESF tem por propósito aproximar a saúde das famílias através da reorganização do sistema. Tornando possível essa aproximação é desejável que hajam trocas de experiências e conhecimentos entre equipe e comunidade. Sendo assim, cada equipe é composta de no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ou não contar ainda com os serviços as equipe de saúde bucal, composta por um dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal.

Cada equipe torna-se responsável por no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área, podendo atuar nas unidades básicas de saúde da família, residências ou espaços

comunitários, além disso, esse sistema passa a corresponsabilizar as pessoas por sua saúde, tornando mais fácil sua ação sobre os fatores de risco aos qual a população está exposta e promovendo uma maior integralidade de atenção.

2.2.NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Além da Estratégia de Saúde da Família (ESF) existem outros componentes atuantes na Atenção Primária à Saúde(APS), como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família(NASF), criados pelo Ministério da Saúde em 2008, através da Portaria GM nº 154 com a finalidade de dar apoio a inserção da ESF na rede de serviços e também ampliar suas ações a fim de fortalecer a regionalização em saúde. Dessa forma, as Diretrizes do NASF (2009) apontam que fica a cargo dos membros dos núcleos portarem conhecimentos técnicos, incluir-se em ações intersetoriais de promoção, prevenção e reabilitação, comprometer-se com mudanças na atitude e atuação profissional não só da própria equipe, como também da equipe de Saúde da Família (SF), acompanhar certo número de equipes de SF, focando na saúde nos territórios sob sua responsabilidade. Sendo que a abordagem principal do NASF trata-se do apoio que ele confere a atenção primária contribuindo para atenção integral do cuidado e aumento da resolutividade, para tanto é necessário que se veja o indivíduo no seu contexto e decorrer do tempo, exceto em casos específicos. Os NASF não são a porta de entrada para o sistema, porém eles são o pilar de apoio da Saúde da Família, sendo sempre vinculados a um número e território definido, dependendo da sua classificação.

Desta forma as Diretrizes do NASF (2009), apontam no que diz respeito à atuação profissional no SUS e dentro dos NASF, cada vez é maior a preocupação com a adequação do número e de tipo de profissionais necessários à assistência, obedecendo às necessidades epidemiológicas locais. No caso dos NASF, a escolha dos profissionais que irão participar e compor cada tipo de núcleo cabe à gestão municipal, segundo suas principais necessidades.

No caso do profissional de fisioterapia, ele pode ser encontrado nas duas modalidades de NASF, o NASF I, o qual é composto por profissionais de nível superior cujas cargas horárias deve somar no mínimo 200 horas semanais, sendo que nenhum profissional pode cumprir menos que 20 horas nem mais de 80 horas. . No caso do NASF II, a carga horária

mínima somada pela equipe é de 120 horas, distribuídas em no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas para cada profissional (Política Nacional de Atenção Básica, 2012).

Ainda segundo Política Nacional de Atenção Básica (2012) é importante analisarmos também que o NASF I e o NASF II devem cumprir horários coincidentes com os das Equipes de Saúde da Família, além disso, existe um número mínimo e máximo de equipes de Saúde da Família aos quais os NASF tem que dar suporte, sendo um mínimo de oito e máximo de quinze equipes de Saúde da Família, no caso do núcleo tipo I, e um mínimo de três e máximo de sete equipes de SF no caso do tipo II.

Todas essas adequações de profissionais necessários e número de equipes por habitantes devem-se as mudanças epidemiológicas pelas quais a maioria dos países vem passando, a adequação torna-se necessária ao passo que as mudanças nos perfis de morbidade, mortalidade e invalidez vem acontecendo. Dessa forma é importante que haja uma contextualização dessa transição epidemiológica, pois ela acontece juntamente com transformações demográficas, políticas e até mesmo socioeconômicas (JÚNIOR, 2010).

Segundo Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) as mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais que acontecem desde a década de 90 e que vem se fortalecendo desde então acarretaram em diferenças importantes para a vida em sociedade. Ao passo que cada vez existem mais tecnologias, e elas estão cada vez mais precisas em todas as atividades, começam a surgir cada vez mais desafios. Desta forma, esses desafios e mudanças atingem também a saúde como um todo, de modo que quando existem mudanças na sociedade, existem também mudanças na saúde e nos problemas sanitários, locais, regionais, nacionais e até mesmo internacionais.

2.3. LÓGICA DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE

Após nos depararmos com a contextualização de todas essas mudanças epidemiológicas, cabe a nós sabermos ainda da existência das Coordenadorias de Saúde do estado do Rio Grande do Sul. Para Santos (2010) ao referirmo-nos as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), termo usado a partir de 1999, para tratar do que era conhecido anteriormente como Delegacias Regionais de Saúde estamos tratando de esferas, localizadas em cidades-cede responsável por permanentemente obter recursos técnicos, financeiros e operacionais, e

também, planejar, acompanhar e gerenciar ações e serviços de saúde em conjunto/parceria com os municípios a fim de tentar aproximar os sistemas locais aos princípios do SUS, assim como determina o Pacto Diretor de Regionalização. Sendo assim, as CRS auxiliam na reorganização do SUS amparadas pelo Pacto Diretor de Regionalização (2006). Todavia, o Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAPS, 2012), estabelece no ano de 2012 a transição das coordenadorias regionais de saúde para regiões de saúde, estabelecendo um número de 30 regiões.

A fim de melhor explicar o mapeamento, e baseando-nos no que ainda está em vigor optamos por explicar a lógica das CRS, de maneira que podemos fazer um passo a passo, sendo que na saúde o Rio Grande do Sul dispõe-se em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, sendo que cada uma delas possui funcionários responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento de ações e serviços de saúde prestados. Existe então uma parceria dos municípios com as equipes regionais de forma que cabem as CRS, através de ações desenvolvidas regionalmente coordenar o Sistema de Saúde; auxiliar e participar das instancias colegiadas a nível regional; diligenciar a expansão de recursos humanos, conforme as necessidades; integrar na formulação de projetos, programas e atividades de saúde regionais e também na orientação do orçamento da Secretaria de Saúde.

Santos (2010) aborda ainda a questão da divisão do Estado em Macrorregiões de Saúde a fim de uma organização ainda melhor do Sistema de Saúde para certificar-se que o apoio ao diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar estaria garantido, através de pactuações necessárias. Dessa forma, estão presentes nessas macrorregiões desde hospitais referência capazes de atender casos complexos até unidades locais de saúde (pequenos hospitais).

A criação das macrorregiões foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual e pelo Conselho Estadual de Saúde e que dividiu o Estado do Rio Grande do Sul em sete macrorregiões: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. (RUIVO, 2012) Assim como mostra a figura 1.

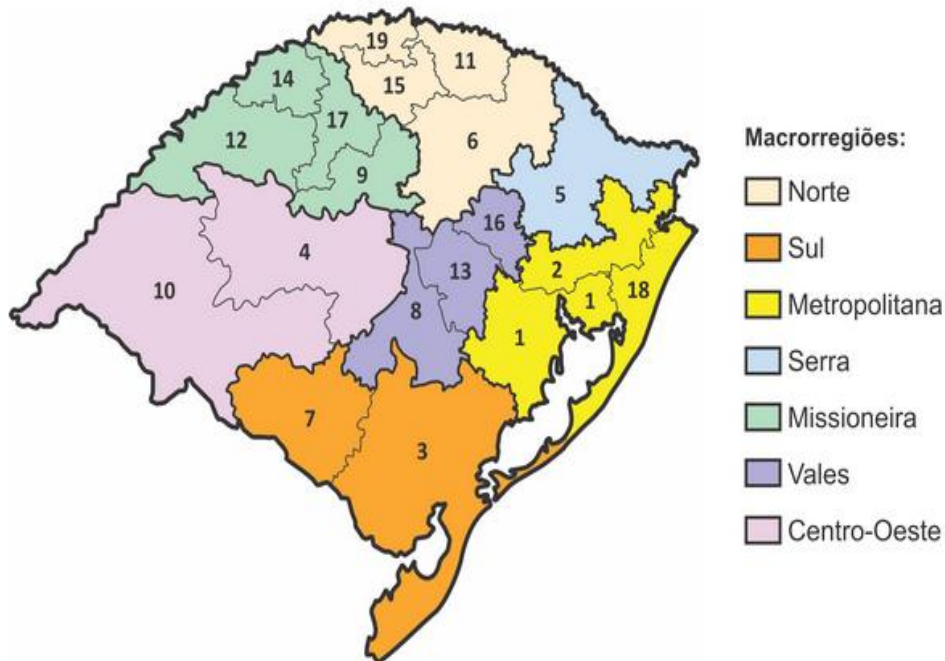


Figura 1.0 - Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul. Fonte: Secretaria Estadual da Saúde- on line.

3. JUSTIFICATIVA

Além das leis e portarias do SUS e das suas necessidades profissionais em diversas esferas é importante que se dê também a devida importância aos registros das ações desenvolvidas nos programas de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde, propostas a excitar a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico em prol das políticas públicas de saúde a fim de melhor entendê-las e melhor intervir sobre as mesmas. (ACURCIO, 2005).

Dessa forma o presente trabalho propõe-se a realizar um mapeamento dos profissionais de fisioterapia atuantes no Sistema Único de Saúde da região sul do Rio Grande do Sul, abrangendo a 3ª e a 7ª coordenadorias de saúde a fim de melhor compreender a disposição e capacidade de cobertura dos mesmos, por tratarem-se de localidades (municípios) próximas a cidade natal e de residência da pesquisadora, tendo como objetivo principal conhecer a situação de saúde regional com foco específico na fisioterapia.

4. METODOLOGIA DA PESQUISA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo análise de base documental. Dessa forma a amostragem se concentrará nos dados do Sul do Rio Grande do Sul, mais especificamente nos dados pertencentes a 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde.

O presente estudo não oferece riscos à população, pois se trata de uma pesquisa documental, ou seja, sem a participação direta dos indivíduos, de maneira que utilizamos apenas dados numéricos disponíveis em bancos de dados públicos.

No entanto a busca/coleta dos dados referentes à população, número de profissionais cadastrados por municípios, número de profissionais de fisioterapia em serviços especializados, fisioterapeutas em hospitais, número de equipes NASF, número de fisioterapeutas por equipe NASF foi realizada através das bases de dados.

Foram escolhidas então as bases: Banco de dados do Sistema único de Saúde (DATASUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pois com elas há uma gama grande de informações atualizadas que podemos encontrar e cruzar ao mesmo tempo. No entanto, após escolhermos as bases de dados foram elencadas informações que julgamos importantes para compor nosso estudo e nossos resultados.

Os critérios para a inclusão das informações a serem buscadas foram:

- O mesmo dado estar presente em todos os municípios;
- Estar relacionada aos municípios de interesse;
- Estar atualizada (a partir de 2010);

Como critério de exclusão contamos com:

- Informações de municípios que não pertençam a 3ª e 7ª Coordenadoria Regional de Saúde;

- Dados que não são relacionados com a fisioterapia.

Após escolhermos as informações de nosso interesse partimos então para a busca de dados, na qual a pesquisadora utilizou-se de programas como Microsoft Excel 2010 e Microsoft Word 2010 para organizar as informações antes de analisá-las. Sendo assim todas as informações coletadas através das bases de dados eram imediatamente organizadas no Microsoft Excel 2010. Dessa forma, cada município preenchia uma linha, e as colunas foram preenchidas com as variáveis:

- População;
- Cobertura das Equipes de Atenção Básica;
- Número de profissionais de Fisioterapia no município;
- Serviços especializados de Fisioterapia;
- Número de Fisioterapeutas a cada um mil habitantes por município;
- Número de Equipes NASF;
- Número de Equipes NASF com Fisioterapeuta;
- Número de Fisioterapeuta por equipe NASF;
- Fisioterapeutas em Serviços Especializados de Fisioterapia a cada um mil habitantes;
- Número de Fisioterapeutas nos Hospitais a cada um mil habitantes;
- Número de Fisioterapeutas dos NASF a cada um mil habitantes;
- Número de Hospitais Gerais e Especializados;
- Número de Fisioterapeutas nos Hospitais.

Posteriormente as informações foram agrupadas de acordo com o tamanho dos municípios, sendo classificados em municípios até 5000 habitantes; 5001 a 10000; 10001 a 20000; 20001 a 50000; 50001 a 100000; 100001 a 500000; e mais de 500000 habitantes. Esta classificação é a utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e abrange aspectos do crescimento relativo dos municípios segundo seus portes no período de 1991 a

2011. Neste caso em especial as informações foram capturadas via contato telefônico com o IBGE, o qual mencionou como sendo este o cálculo proposto atualmente.

4.1 CRONOGRAMA

	ABRIL/ 2013	MAIO/ 2013	JUNHO/ 2013	JULHO/ 2013	AGOSTO/ 2013	SETEMBRO/ 2013	OUTUBRO/ 2013	NOVEMBRO/ 2013
DEFINIÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO	X							
PRODUÇÃO TEXTUAL	X	X	X	X	X	X	X	X
CAPTURA DOS DADOS			X	X	X			
ORGANIZAÇÃO DOS DADOS					X	X		
ANÁLISE DOS RESULTADOS							X	
FORMATAÇÃO E ASPECTOS FINAIS								X
ENTREGA DO TRABALHO								X

4.2 ORÇAMENTO

MATERIAIS DE CONSUMO	CUSTOS	FONTE DE VERBA
TINTA PARA IMPRESSORA (1 CARTUCHO)	R\$ 25,04	PESQUISADORA
FOLHAS DE OFÍCIO (1 PACOTE DE 100 FOLHAS)	R\$ 6,00	PESQUISADORA
TOTAL		R\$ 31,04

5. RESULTADOS

Os municípios que compõe o presente estudo são os pertencentes a 3ª e 7ª Coordenadorias de Saúde. As cidades pertencentes a 3ª Coordenadoria são: Chuí, Santa Vitória do Palmar, Rio Grande, São José do Norte, Jaguarão, Arroio Grande, Pedro Osório, Capão do Leão, Pelotas, São Lourenço do Sul, Cristal, Amaral Ferrador, Canguçu, Herval, Pedras Altas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, Cerrito, Morro Redondo, Arroio do Padre e Turuçu. São municípios da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde: Bagé, Candiota, Hulha Negra, Lavras do Sul, Dom Pedrito e Aceguá.

De acordo com os dados do IBGE, há uma hierarquização dos municípios baseado nos portes populacionais. Sendo assim os municípios são classificados de acordo com o número de habitantes. Neste caso, para melhor explicar a distribuição desses municípios de acordo com a classificação do IBGE optamos por separa-los através do quadro a seguir.(Quadro 1.0)

Até 5000 habitantes	De 5001 a 1000 habitantes	De 10001 a 20000 habitantes	De 20001 a 50000 habitantes	De 50001 a 100000 habitantes	De 100001 a 500000 habitantes	Mais de 500000 habitantes
Pedras Altas Arroio do Padre Turuçu	Chuí Pedro Osório Cristal Amaral Ferrador	Arroio Grande Pinheiro Machado Piratini	Santa Vitória do Palmar São José do Norte	Canguçu	Rio Grande Pelotas Bagé	

Aceguá	Herval		Jaguarão			
	Santana da Boa Vista		Capão do Leão			
	Cerrito		São Lourenço do Sul			
	Morro Redondo		Dom Pedrito			
	Candiota					
	Hulha Negra					
	Lavras do Sul					

Quadro 1.0 (Distribuição dos Municípios de Acordo com o IBGE, 2010).

Ao nos depararmos com estes dados achamos importante entrelaçá-los com informações que objetivam quantificar os aspectos principais do estudo, sendo assim optamos por verificar o número de profissionais de fisioterapia em cada município por um mil habitantes a fim de melhor entendermos a lógica da distribuição desses profissionais na região sul. (Gráfico 1.0)

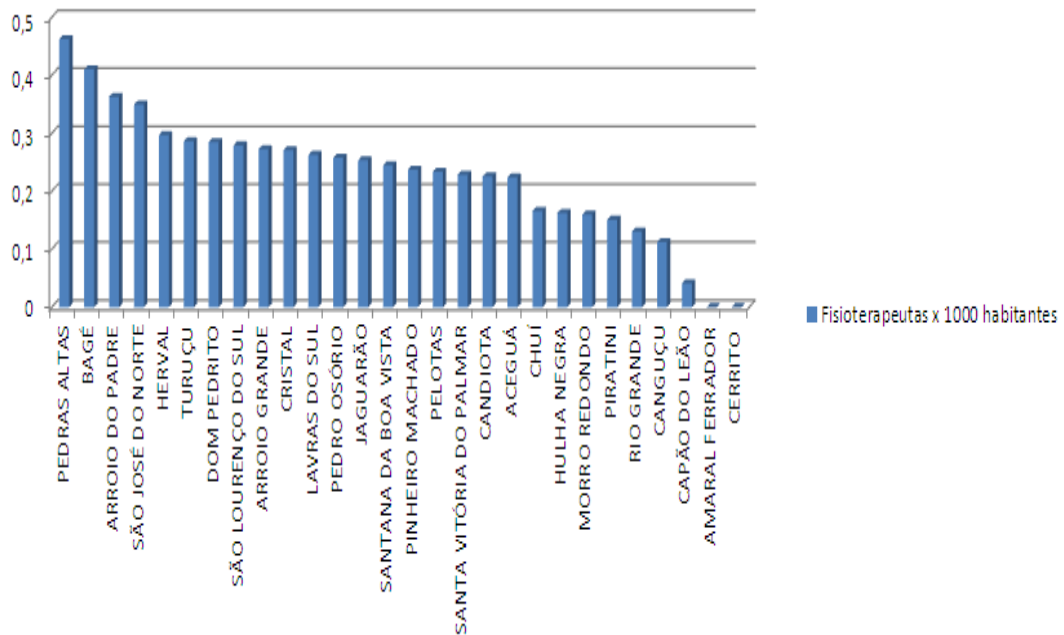


Gráfico 1.0 Número de fisioterapeutas a cada 1000 habitantes. Fonte: a autora.

Ao nos depararmos com o gráfico 1.0 é possível verificarmos a escassez dos profissionais de fisioterapia nos municípios da Região Sul, sendo que em todos os municípios para cada um mil habitantes não existe mais de 0,5 profissionais. Dessa forma, se observarmos mais além, devido ao número da população, se verificou que municípios menores como Pedras Altas e Arroio do Padre (até 5000 habitantes) são os que exibem o

maior número desses profissionais, em consenso com municípios maiores, assim como segue Bagé (de 100001 à 500000 habitantes) com número mais expressivo de fisioterapeutas.

A fim de nos aprofundarmos na distribuição desses profissionais em seus respectivos municípios, optamos por analisar em que tipos de serviços eles estão atuando. Dessa maneira, o gráfico a seguir vai mostrar a totalidade dos fisioterapeutas por município dividido por área hospitalar e serviço especializado, não contemplando os NASF dentro de serviços especializados. (Gráfico 2.0).

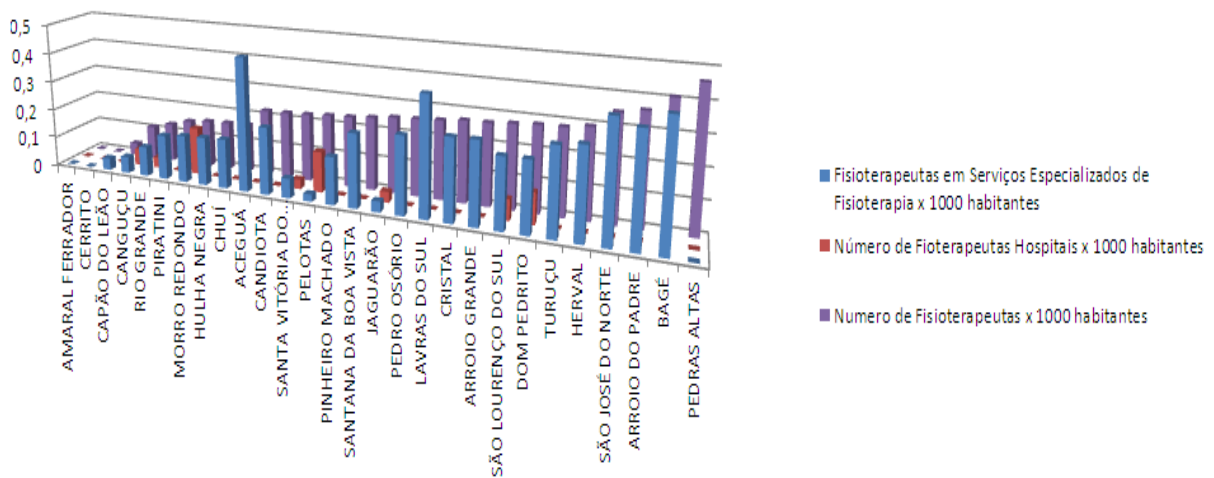


Gráfico 2.0 Distribuição dos profissionais de fisioterapia nos serviços a cada 1000 habitantes. Fonte: a autora.

Segundo o gráfico 2.0 é possível perceber que a inserção do fisioterapeuta em diversos setores dos municípios ainda deixa a desejar. De modo que em municípios como Aceguá, Bagé e Lavras do Sul esses profissionais encontram-se inseridos em maior quantidade em serviços especializados, porém no que diz respeito a esses municípios em termos de inserção do profissional de fisioterapia nos hospitais verificamos uma escassez desses profissionais. Quando mencionamos a inserção nos serviços especializados Aceguá encontra-se no topo da lista dos municípios avaliados, contendo 0,4479 profissionais para cada um mil habitantes, seguido por Bagé com 0,4099 e Lavras do Sul com 0,3939. Esses mesmos municípios em se tratando de inserção de fisioterapeutas nos hospitais apresentam-se com taxa de 0, 0,017 e 0 respectivamente. Os municípios com maior número de fisioterapeutas inseridos nos hospitais tratam-se de Morro Redondo, com 0,1596 fisioterapeutas para cada um mil habitantes, seguido de Pelotas com 0,1365 e de Dom Pedrito com 0,1034.

Com relação à inclusão dos fisioterapeutas nos NASF, optamos por descrever os dados, de forma que nas cidades avaliadas a situação é um pouco mais delicada neste campo, sendo que em apenas três municípios encontramos a presença do fisioterapeuta, sendo eles: Santa Vitória do Palmar com 0,0652 fisioterapeutas para cada um mil habitantes, Bagé com 0,0341 e Rio Grande com 0,01. No entanto, dos vinte e oito municípios presentes no estudo constatamos através da organização dos dados em tabelas do Microsoft Excel que apenas quatro municípios apresentavam a presença de NASF.

Após verificarmos os municípios que possuem Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) optamos ainda por caracterizá-los segundo o tipo de NASF, encontramos em Santa Vitória do Palmar 1 NASF do tipo 2, em Rio Grande 2 NASF do tipo 1, em Pinheiro Machado 1 NASF tipo 2 e em Bagé 2 NASF do tipo 1. Dos três municípios que possuem em seu NASF os profissionais de fisioterapia observamos que em Santa Vitória do Palmar a única equipe NASF atuante possui dois fisioterapeutas, já em Rio Grande cada uma das duas equipes existentes conta com um profissional e por fim em Bagé cada uma das duas equipes apresenta dois fisioterapeutas atuando.

Alguns dados que foram capturados pela pesquisadora como número de hospitais gerais e especializados, número de fisioterapeutas nos hospitais, número geral de fisioterapeutas nos municípios, número de serviços especializados e número total da população serviram como base para traçarmos as medidas dos profissionais em cada setor por população.

Além disso, no que se refere à cobertura populacional das equipes de Atenção Básica encontramos três municípios cujos índices são um pouco diferentes, Pedras Altas, Arroio do Padre e Candiota apresentam-se com uma população pequena, de 2164, 2756 e 8878 habitantes respectivamente, porém a cobertura realizada pelas equipes é de 100%, o que explica-se através da seguinte observação, com uma população menor precisa-se de menos para atingir-se uma cobertura maior. Por outro lado, existem três municípios que não possuem dados referentes à cobertura populacional nos Bancos de Dados, estando presentes no gráfico com 0%, são eles: Chuí, Arroio Grande e Cristal.

6. DISCUSSÃO:

Ao nos depararmos com os resultados quantitativos do número de profissionais de fisioterapia atuantes em cada município imediatamente podemos observar a escassez desses profissionais ao passo que para cada um mil habitantes não se tem nem 0,5 profissionais, cabe então a dúvida, como estabelecemos um enlace com a população garantindo sua integralidade de cuidado, equidade e resolutividade com a falta de mão de obra?

Segundo Domingues (2008) a Organização Mundial de Saúde (OMS) dispõe sobre o número de profissionais de fisioterapia por habitante, preconizando um profissional para cada um mil e quinhentos habitantes, ou seja, 0,66 profissionais para cada um mil. Dessa forma verificamos a defasagem pela qual estamos passando no sul do Rio Grande do Sul, não chegando nem a 0,5 profissionais a cada um mil. Ao confrontar-nos com a realidade da falta de profissionais, resolvemos ainda explorar, os locais onde esses poucos profissionais estão distribuídos e descobrimos que existe uma insuficiência de fisioterapeutas inseridos nos NASF, isso se explicaria pela falta de um modelo de fisioterapia na APS? Ou talvez não haja mesmo a necessidade desses profissionais? Contudo, devemos lembrar que o eixo norteador da Estratégia de Saúde da Família é a promoção de Saúde, ou seja, o cuidado antes do adoecer, estabelecendo também vínculos entre profissionais e população. Porém, como seria possível estabelecer vínculos e realizar ações de promoção sem a presença de profissionais em número adequado?

Delai & Wisniewski (2011) salientam esse cenário e fazem uma ressalva para que a fisioterapia responsabilize-se pela releitura de suas bases e pela análise de suas práticas a fim de contribuir na realidade social e sanitária da população a qual esta inserida podendo se colocar mais facilmente em outras vertentes a qual não esta habitualmente vinculada, como na vigilância sanitária por exemplo.

No entanto, a regionalização é atualmente um assunto uni presente em todos os debates nos quais se falam em saúde coletiva, ao contrario do que se apresentam verdadeiramente nos cenários atuais, que apresentam uma falta de estruturação de rede e não apenas escassez de profissionais. Dessa maneira quando não há serviço de fisioterapia no município é necessário que se faça o deslocamento dos usuários do serviço até o Centro de Referência, que nesses casos trata-se na maioria das vezes na cidade-sede da Coordenadoria Regional de Saúde.

Assim como vimos anteriormente nos resultados deste estudo, essa regionalização citada como tão importante pode ser visualizada e refletida através da mensuração da Cobertura das equipes de Atenção Básica, mostrando-se nem tão eficaz assim.

No estudo realizado por Delai & Wisniewski (2011) observou-se que na maioria das vezes os fisioterapeutas atuantes nos municípios analisados eram contratados por meio de serviços terceirizados e com contratos em média de um ano, sendo vinculados a ações reabilitadoras, fato que foge e distancia o profissional da Estratégia de Saúde da família, além de diminuir a chance de um vínculo profissional-família, como prioriza o Sistema Único de Saúde.

No entanto o número desses profissionais contratados através de serviços terceirizados é bastante volumoso se comparado aos profissionais de fisioterapia inseridos em serviços hospitalares e especialmente em NASF. Os profissionais encontrados nos serviços especializados tratam-se da maioria dos atuantes nos municípios, fugindo do modelo mais adequado que seria o de prevenção, pois em sua maioria atuam na reabilitação. Além disso, os profissionais encontrados nos serviços hospitalares não são capazes de suprir a demanda de pacientes, sendo que em muitos casos quanto mais cedo começar-se o tratamento mais chances de melhora e recuperação.

Para Júnior (2010), no caso da fisioterapia mais especificamente vinculada a Saúde Coletiva é interessante observa-la juntamente com curso histórico da doença, no qual a prevenção tem uma hierarquia. Porém neste caso, torna-se mais interessante atrelar a fisioterapia a Promoção de Saúde, para tanto contamos com Campos & Teixeira (2005) que elucidam o conceito de Promoção de Saúde, como sendo uma atuação que não vise à recuperação, tratamento nem a prevenção de patologias específicas, mas sim ações que atinjam aos cidadãos em geral, antecipadamente a qualquer patologia.

Nos relatos históricos facilmente encontramos conceitos que fogem à recém citada Promoção de Saúde e encontramos definições nas quais a fisioterapia vem sendo atrelada a um modelo curativo, atuando prioritariamente nos níveis de reabilitação, mesmo que atualmente sua atuação venha sendo ampliado em diversas esferas, o predomínio continua sendo na fase de reabilitação, sendo nas áreas destinadas a recuperações traumato-ortopedicas ou neurológicas em sua maioria. Fato este que pode ser visto em decorrência de mutilações e sequelas pós-guerra do passado.

No Brasil a fisioterapia foi reconhecida e regulamentada como profissão através do Decreto-Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969, sendo ela de nível superior. Sendo que no vigente decreto encontravam-se algumas falhas, que abordavam a profissão como de caráter unicamente restaurador, sendo o profissional responsável apenas por restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física, sem qualquer preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida e saúde plena do seu paciente. (JÚNIOR, 2010)

Fréz e Nobre (2011) abordam o fisioterapeuta como um profissional generalista, capacitado para intervir em qualquer nível de atenção a saúde, equiparando essa capacidade a um dos princípios básicos do SUS que se trata da integralidade. Por outro lado, esses mesmos autores reconhecem que as atividades exercidas pelos profissionais da área de fisioterapia repetidamente são reconhecidas apenas a cerca da reparação funcional, atuando em níveis de atenção secundária e terciária, refletindo diretamente na sua inserção na rede pública de saúde.

Júnior (2010) faz ainda uma ressalva a cerca das limitações presentes no Decreto-Lei (1969) que regulamenta a profissão de fisioterapia, levando em consideração o fato de que o mesmo foi feito em um contexto histórico diferente do atual. Desta forma, o Sistema Único de Saúde atual impõe novas provocações e responsabilidades à fisioterapia, observando um novo perfil epidemiológico e as transformações oriundas da atualidade. Enquanto o modelo antigo de fisioterapia atuante na reabilitação voltava-se para a melhora da funcionalidade e estagnação de algumas sequelas no indivíduo já doente, o modelo atual volta-se para a coletividade, contribuindo no domínio de variáveis de um modelo preditivo/epidemiológico ao desenvolvimento e progressão de diversas patologias. Observando-se que a intervenção neste caso seria antes da doença acontecer, evitando complicações e sequelas nos movimentos, atuando como controle de riscos e transformando a qualidade de vida da população.

Segundo as Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS (2010) podemos encontrar ainda outras preocupações no nível de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, visando principalmente à integralidade da atenção, sendo responsabilidade da Atenção Básica devendo prestar todos os serviços para as necessidades comuns e também devendo atuar nas necessidades que devem ser atendidas em outros temas de atenção. Assim como o Pacto pela Vida de 2006, as Diretrizes para Organização das Redes também priorizam as necessidades anteriormente pactuadas, sendo elas: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo

de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

Nas variáveis de Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica destacadas no Pacto pela Vida (2006) como alguns de seus objetivos poderiam estar incluídas medidas preventivas com atuação do profissional de fisioterapia. Para tanto, torna-se necessário que este profissional aproxime-se de saberes como epidemiologia, ciências sociais, e esteja contextualizado com fatores histórico sociais na determinação de risco. Sendo assim, cabe ao profissional de saúde usar de toda sua plenitude de saberes técnicos e ainda permear-se da atenção integral, interagindo com o desenvolvimento da saúde e a educação coo responsabilizando o indivíduo no processo de responsabilidade social. Dessa forma o profissional interage com problemas que precisam de atenção contínua e desencadeia o entrelaçamento entre promoção, prevenção e reabilitação em saúde. De maneira que não haja uma dissociação nem extinção das medidas curativas e reabilitadoras, mas sim uma interação na nova lógica do SUS. (PIVETTA & BRAZ, 2013)

Contudo, não podemos deixar de considerar o fato de que o fisioterapeuta não está inserido oficialmente na Estratégia de Saúde da Família, o que gera uma sobrecarga aos poucos profissionais atuantes no SUS através dos Núcleos de Atenção Integral da Saúde da Família (NASF).

6. CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos podemos perceber que ainda existem lacunas em diversos municípios a cerca da inserção de profissionais de fisioterapia em seus Núcleos de Apoio a Saúde da Família e também existem locais onde a cobertura não é adequada segundo dados da OMS. Além disso, a distribuição desses profissionais em área hospitalar e NASF não configuram a mais adequada das proporções, assim como salientam a Resolução 387 de 2011 e as diretrizes do NASF apresentadas pelo Ministério da Saúde em 2009 respectivamente.

Sendo assim, a pesquisa tentou elucidar a atual realidade da saúde dos municípios do sul do Rio Grande do Sul a fim de fazer uma provocação para que hajam mais estudos a cerca da situação de Saúde e do tema abordado.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Multiplica SUS: **Curso básico sobre o SUS**, (Re) descobrindo o SUS que temos para construir o SUS que queremos. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0132_M.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2013.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n.2 , p. 84-95. 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2013.

BISPO JÚNIOR, José Patrocínio. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em : < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/docs/09_jul_Regionalizacao_decreto7508_6.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.

BRASIL. **Lei nº 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.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 04 jun. 2013.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 05 jun. 2013.

_____. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 08 set. 2013.

_____. Resolução nº 387, de 08 de junho de 2011. Fixa e estabelece os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jun. 2011. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=2034&psecao=9>. Acesso em: 08 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 1-251, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Legislação em Saúde**, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

_____. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, jul. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_nacional_%20saude_nv.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

CAMPOS, Francisco Cardoso (Coord) et. al. **Relatório final de pesquisa: Promoção de saúde na Atenção Básica no Brasil**”. PROJETO FUNDEP 8966-OPAS/FM/NESCON/ESTUDOS DE CASOS. Belo Horizonte. 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/promocao_saude_ab.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as condições de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 out. 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/De10938.htm>. Acesso em: 10 set. 2013.

DELAI, Kéllin Daneluz; WISNIEWSKI, Miriam Salete Wilk. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700087&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 set. 2013.

DOMINGUES, Aldira Guimarães Duarte. Reabilitação física no marco da fisioterapia: Origem, evolução e transformação da profissão no Brasil. **Diálogos Revista Eletrônica de Historia**. 2008. Disponível em: <<http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/2008/especial2008/articulos/02-Ciencia/19.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

FRÉZ, Anderson Ricardo; NOBRE, Maria Inês Rubo de Souza. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502011000300006&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais.pdf> Acesso em: 01 jun. 2013.

OLIVEIRA, Michele Mandagará et. al. Avaliação de processo do programa Saúde da Família: a sustentação da aceitabilidade. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n.1, p. 14-23. Jan./mar. 2011. Disponível em: <http://feo.ufpel.edu.br/journal/journal_ago12.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

PIVETTA, Hedionésia Maria Foletto ; BRAZ, Melissa Medeiros. **A fisioterapia na prevenção e promoção da saúde**. Disponível em: <<http://www.afism.com.br/index.php?dir=paginas&secao=materias&page=mostra&id=11>>. Acesso em: 12 ago.2013

RUIVO, Júlio César Vieiro. **Análise regional da distribuição espacial de ofertas de serviços de saúde**: estudo de caso: os serviços de alta complexibilidade do SUS no RS.2012. 143 f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós Graduação em Planejamento Urbano e Regional. Faculdade de Arquitetura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/55487>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

SANTOS, N. M. A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p.1-10. 2010. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%203%20Artigo%201.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.