

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

EDIMÁRIA PAZ DOS SANTOS

**A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM PRESIDENTE KENNEDY-ES: ANÁLISE DA
PREVALÊNCIA DE PATOLOGIAS SOB A PERSPECTIVA DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE**

VITÓRIA – ES

2025

EDIMÁRIA PAZ DOS SANTOS

**A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA EM PRESIDENTE KENNEDY- ES: ANÁLISE DA
PREVALÊNCIA DE PATOLOGIAS SOB A PERSPECTIVA DA POLÍTICA
NACIONAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patrício da Silva

VITÓRIA – ES

2025

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

S237p Santos, Edimária Paz dos
A prática fisioterapêutica na estratégia de Saúde da Família em Presidente Kennedy-ES : o papel do profissional no contexto da Política Nacional de Saúde / Edimária Paz dos Santos - 2025.
88 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patrício da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2025.

1. Fisioterapia – Presidente Kennedy (ES). 2. Programa de Saúde da Família. 3. Fisioterapeutas – prática profissional. 4. Políticas de Saúde Pública. 5. Patologias – exercícios terapêuticos. I. Silva, Alan Patrício da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 615.82

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

EDIMÁRIA PAZ DOS SANTOS

A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES: ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE PATOLOGIAS SOB A PERSPECTIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE


Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de maio de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **ALAN PATRÍCIO DA SILVA**
Data: 03/06/2025 14:52:08-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Alan Patricio da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Orientador)

Documento assinado digitalmente
 **FERNANDO ROCHA OLIVEIRA**
Data: 03/06/2025 13:56:26-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Fernando Rocha Oliveira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
(Membro Interno)

Assinado de forma digital
por MAURO JOSE DE DEUS
MORAIS.23253967204
Data: 2025.06.03 11:35:09
-04'00'

Prof. Dr. Mauro Jose de Deus Moraes
UFAC
(Membro Externo)

Dedico esta pesquisa a Deus, sem Ele eu não teria capacidade para desenvolver este trabalho e a minha família, razão de minha existência.

Agradeço a Deus pelo fôlego de vida, e por me fazer compreender que todas as coisas concorrem para o bem daqueles que o amam.

As minhas irmãs e meus pais, pessoas tão especiais em meu desenvolvimento pessoal e em meu conhecimento sobre a vida, que compreenderam meu silêncio, ausências, e pela motivação em todas as etapas de minha vida em especial.

Ao meu esposo, que sempre esteve pronto em me ajudar na escolha e torná-la realidade em minha vida, que ouviu meus desabafos e momentos de estresse, agradeço pela paciência, estímulo e acima de tudo pelo amor que sempre vislumbrei em suas atitudes. Amo você!

A meu orientador Professor Doutor Alan Patrício da Silva, muito obrigada por todo o auxílio, compreensão e ensinamentos, bem como aos Professores da EMESCAM, que, durante o curso, transmitiram conhecimentos capazes de nos fazer compreender a importância das políticas públicas para o desenvolvimento de uma sociedade.

Aos servidores da Prefeitura de Presidente Kennedy-ES, que dispuseram de seu tempo para a efetivação deste trabalho, e ao Município de Presidente Kennedy pelo incentivo ao desenvolvimento do ensino superior de seus munícipes por meio do PRODES, política pública de extrema relevância para a efetivação da minha e de tantas outras cidadanias plenas.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o
que ensina.

Cora Coralina

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, no Brasil houve reformulações nas políticas públicas de saúde, em especial aquelas voltadas à atenção básica, das quais se destaca o Programa da Saúde da Família, cuja atuação está voltada diretamente à população. Ainda com o objetivo de ampliação das ações, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), órgão responsável pela regulamentação e inclusão dos profissionais de fisioterapia no contexto da Atenção Primária a Saúde (APS). Deste modo, cabe ao fisioterapeuta a responsabilidade de prestar assistência ao usuário, participando da promoção, tratamento e recuperação da sua saúde e de programas de assistência à comunidade, ou seja, assistência integral às famílias em todas as fases do ciclo de vida. Diante da atuação do profissional fisioterapeuta na ESF, a pesquisa tem por **Objetivo Geral:** analisar as patologias prevalentes em indivíduos com idade de 30 a 60 anos, que receberam atendimento fisioterapêutico nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no período de janeiro de 2018 há dezembro de 2023 no Município de Presidente Kennedy-ES. **Método:** Para tal, como metodologia, adotou-se um estudo descritivo transversal com dados do Sistema MV – Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Município de Presidente Kennedy, pois visa investigar a atuação dos profissionais de fisioterapia, e como a atuação destes profissionais têm contribuído para a melhoria da saúde da população do Município. Deste modo, optou-se por realizar uma pesquisa do tipo descritiva, documental, a partir da análise de prontuários com recorte temporal retrospectivo e quantitativo, no qual será realizada a partir da análise de conteúdo visando identificar qual patologia de maior prevalência nas pessoas com idade de 30 a 60 anos, que receberam atendimento fisioterapêutico nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), entre os anos de 2018 a 2023. **Resultado:** Identificou-se que a maior incidência de tratamentos fisioterapêuticos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), voltou-se a quatro patologias distintas: Dor Lombar Baixa, com 150 pacientes, Cervicalgia com 20 pacientes, Atrofias Musculares Espinhas Hereditárias com dois pacientes e Transtornos de Discos Lombares e de Outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia, com seis pacientes, e que a maioria dos atendimentos ocorreu em pacientes do sexo feminino. Além disso, destacou-se que para todas as patologias, a maior incidência ocorreu naqueles que exercem atividades de domésticas ou do lar, bem como em trabalhadores rurais. Quando individualizadas as patologias por UBS, identificou-se ainda que a incidência de Dor Lombar Baixa foi diagnosticada em sete das 11 UBS, a Cervicalgia em duas Unidades e as demais patologias apenas em uma única Unidade Básica de Saúde. Dados apontaram para a ocorrência de planos de tratamentos em todas as patologias, que envolveram recursos eletroterapêuticos e programas de exercício, visam melhorar o condicionamento muscular, a flexibilidade e o alívio sintomático da dor, proporcionando mais disposição e facilidade para a realização de atividades cotidianas, melhorando a qualidade de vida. **Conclusão:** Com isso, concluiu-se que a atuação do fisioterapeuta no Município de Presidente Kennedy, contribui para o fomento da saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Contudo importante intensificar a participação dos fisioterapeutas na promoção de saúde e capacitação dos profissionais que alimentam o SIGSS.

Palavras-chave: Fisioterapeuta; Estratégias de Saúde da Família; Patologia.

ABSTRACT

Introduction: In recent decades, public health policies have been reformulated in Brazil, especially those aimed at primary care, of which the Family Health Program stands out, whose activities are directly aimed at the population. Also with the aim of expanding actions, the Family Health Support Center (NASF) was created, the body responsible for regulating and including physiotherapy professionals in the context of Primary Health Care (PHC). Thus, the physiotherapist is responsible for providing assistance to the user, participating in the promotion, treatment, and recovery of their health and in community assistance programs, that is, comprehensive assistance to families at all stages of the life cycle. Given the role of the physiotherapist professional in the FHS, the research aims to. **Objective:** analyze the prevalent pathologies in individuals aged 30 to 60 years who received physiotherapy care in the Family Health Strategies (ESF) from January 2018 to December 2023 in the municipality of Presidente Kennedy, ES. **Method:** As a methodology, a descriptive cross-sectional study was adopted with data from the MV System – Public Health of the health department of the municipality of Presidente Kennedy, as it aims to investigate the performance of physiotherapy professionals, and how the performance of these professionals has contributed to improving the health of the population of the municipality. Thus, it was decided to carry out a descriptive, documentary research, based on the analysis of medical records with a retrospective and quantitative temporal cut, in which it will be carried out from the content analysis to identify which pathology is most prevalent in people aged 30 to 60 years, who received physiotherapy care in the Family Health Strategies (ESF), between the years 2018 to 2023. **Result:** We identified that the highest incidence of physiotherapy treatments in the Basic Health Units, was aimed at 04 distinct Pathologies: Low Back Pain, with 150 patients, Cervicalgia with 20 patients, Hereditary Spinal Muscular Atrophy with 02 patients and Lumbar Disc Disorders and Other Intervertebral Discs With Radiculopathy, with 06 patients, and that most of the care occurred in female patients. Furthermore, we highlight that for all pathologies, the highest incidence occurred in those who perform domestic or housework activities, as well as in rural workers. When individualizing the pathologies by Basic Health Unit, we also identified that the incidence of Low Back Pain was diagnosed in 7 of the 11 Basic Health Units, Cervicalgia in two Units and the other pathologies in only one Basic Health Unit. Data indicated the occurrence of treatment plans for all pathologies, which involved electrotherapeutic resources and exercise programs, aiming to improve muscle conditioning, flexibility and symptomatic relief of pain, providing greater disposition and ease for the performance of daily activities, improving the quality of life. **Conclusion:** With this, we conclude that the work of the physiotherapist in the Municipality of Presidente Kennedy contributes to the promotion of health and improvement of the quality of life of the population.

Keywords: Physiotherapist; Family Health Strategies; Pathology.

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 - Índice de envelhecimento da população do Município de Presidente Kennedy..... | 31 |
| Gráfico 2 - Pirâmide etária da população do Município de Presidente Kennedy..... | 32 |
| Gráfico 3 - Índice de Óbitos por faixa etária, entre os anos de 2016 a 2020..... | 34 |
| Gráfico 4 - Distribuição da amostra populacional por sexo em percentual..... | 54 |
| Gráfico 5 - Distribuição da amostra populacional por idade em percentual..... | 54 |
| Gráfico 6 - Distribuição da amostra populacional por sexo e etnia em percentual..... | 55 |
| Gráfico 7 - Distribuição da amostra populacional por sexo, idade e profissão em percentual..... | 56 |
| Gráfico 8 - Distribuição da amostra populacional por diagnóstico de Patologia em percentual..... | 58 |
| Gráfico 9 - Distribuição da amostra populacional por Patologia e localidade onde residem em percentual..... | 61 |
| Gráfico 10 - Distribuição da amostra populacional por Patologia e idade em percentual..... | 62 |
| Gráfico 11 - Identificação do Diagnóstico dos Pacientes com Dor Lombar e profissão em percentual..... | 66 |
| Gráfico 12 - Relação do Diagnóstico dos Pacientes com Cervicalgia e profissão em percentual..... | 67 |
| Gráfico 13 - Relação do Diagnóstico dos Pacientes com Transtornos de Discos Lombares e de Outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia e profissão em percentual..... | 68 |
| Gráfico 14 - Avaliações Fisioterapêuticas dos pacientes que foram diagnosticados com a Patologia de Dor Lombar Baixa em percentual..... | 70 |
| Gráfico 15 - Avaliações Fisioterapêuticas dos pacientes que foram diagnosticados com a Patologia de Cervicalgia em percentual..... | 71 |
| Gráfico 16 - Avaliações Fisioterapêuticas dos pacientes que foram diagnosticados com Patologia de Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia em percentual..... | 72 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 01 - Óbitos por ano segundo causas capítulos CID-10, entre os anos de 2016 a 2020.... | 33 |
| Tabela 02 – Relação das Unidades Básicas de Saúde..... | 48 |
| Tabela 03 - Distribuição de pacientes com Dores Lombares Baixa pela localidade onde residem e idade dos pacientes em percentual | 63 |
| Tabela 04 -Distribuição de pacientes com Cervicalgia pela localidade onde residem e idade dos pacientes em percentual..... | 64 |
| Tabela 05 - Distribuição de pacientes com as patologias pela localidade onde residem e idade dos pacientes em percentual..... | 65 |
| Tabela 06 - Distribuição dos objetivos transcritos nos formulários por patologias em percentual..... | 74 |
| Tabela 07 - Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com a patologia de Dor Lombar Baixa em percentual..... | 75 |
| Tabela 08 - Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com Cervicalgia em percentual..... | 78 |
| Tabela 09 - Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com a patologia de Transtornos de Discos Lombares e de Outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia em percentual..... | 79 |
| Tabela 10 - Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com a patologia de Atrofias Musculares Espinhais Hereditárias em percentual..... | 80 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 01 - Distribuição da Unidades Básicas de Saúde no Município de Presidente Kennedy/ES..... | 46 |
| Figura 02 - Divisão Territorial do Município de Presidente Kennedy/ES..... | 48 |

LISTAS DE SIGLAS

| | |
|----------|--|
| AB | Atenção Básica |
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CBO | Classificação Brasileira de Ocupações |
| CID | Classificação Internacional de Doenças |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COFITTO | Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional |
| CREFITO | Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| EMESCAM | Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória |
| EqPSF | Equipe do Programa de Saúde da Família |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| IDHME | Índice de Desenvolvimento Humano Educação |
| IDHML | Índice de Desenvolvimento Humano Longevidade |
| IDHMR | Índice de Desenvolvimento Humano Renda |
| LGPD | Lei Geral de Proteção de Dados |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| NAISF | Núcleo de Atenção Integral a Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PACS | Programa de Agente Comunitário de Saúde |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SEMUS-PK | Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy |
| SIGSS-MV | Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| TCEES | Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 15 |
| 1 INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1 JUSTIFICATIVA | 21 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 23 |
| 2.1 ASPECTOS GERAIS DA FISIOTERAPIA NO BRASIL | 23 |
| 2.2 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL | 24 |
| 2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 26 |
| 2.4 A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA | 28 |
| 2.5 A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO mUNICÍPIO DE pRESIDENTE KENNEDY/ES | 30 |
| 3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA LIGADA AO OBJETIVO 3 DA ODS DE ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR | 37 |
| 4 OBJETIVOS | 43 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL | 43 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 43 |
| 5. MÉTODO | 44 |
| 5.1 TIPO DO ESTUDO | 45 |
| 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO | 45 |
| 5.3 AMOSTRA | 48 |
| 5.3.1 Critérios de Inclusão | 49 |
| 5.3.2. Critérios de Exclusão | 49 |
| 5.4 COLETA DE DADOS | 49 |
| 5.5 ANÁLISE DOS DADOS | 50 |
| 5.6 ASPECTOS ÉTICOS | 52 |
| 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 53 |
| 6.1 ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA | 53 |
| 6.2. DA ANÁLISE ACERCA DAS PATOLOGIAS E DOS TRATAMENTOS | 58 |
| 6.2.1. Análise das patologias, e a relação com as profissões e locais onde os pacientes residem | 58 |
| 6.2.2. Análise das patologias e as avaliações realizadas pela equipe de profissionais de fisioterapia do Município de Presidente Kennedy/ES | 69 |
| 6.2.3. Análise acerca dos objetivos e planos de tratamentos realizados nos pacientes | 73 |

| | |
|--|-----------|
| CONCLUSÃO..... | 83 |
| REFERÊNCIAS | 84 |
| APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA | 89 |
| ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 90 |

APRESENTAÇÃO

Sou fisioterapeuta, graduada há mais de cinco anos, com atuação profissional autônoma atendendo a pacientes em suas residências, mas exerço o cargo de Técnica em Enfermagem na Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy/ES. Em 2008, iniciei minha trajetória profissional na área da saúde, tendo sido servidora efetiva do Município de Cachoeiro de Itapemirim entre os anos de 2008 a 2022, porém, após a conclusão da graduação em Fisioterapia, atuei com residência em Fisioterapia no Hospital Evangélico do Município de Cachoeiro de Itapemirim entre os anos de 2020 a 2022, e após a conclusão exerci a cargo de Fisioterapeuta por apenas três meses. Essa experiência despertou em mim o desejo de aprofundar meus conhecimentos e aprimorar minha formação acadêmica, reconhecendo a importância da pesquisa e da qualificação científica para oferecer aos pacientes um atendimento profissional.

A escolha pelo mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local surgiu da necessidade de maior qualificação profissional, a fim de permitir um bom atendimento aos pacientes que em sua maioria são usuários do Sistema Único de Saúde, pois ao longo da experiência profissional como Técnica em Enfermagem e agora atuando também como Fisioterapeuta em contratos particulares, percebi que grande parte das limitações enfrentadas no processo de reabilitação das pessoas, não está limitado às condições clínicas, mas possui conexão com aspectos estruturais e institucionais, o que acarreta no comprometimento do acesso aos serviços, equipamentos e tecnologias assistivas.

Desta forma, despertou em mim o interesse por compreender mais profundamente o funcionamento das políticas públicas, os mecanismos de gestão e as desigualdades territoriais que impactam o cuidado em saúde. Assim, trata-se de uma oportunidade de articular minha trajetória profissional na área da saúde, com uma visão crítica sobre o papel do Estado e os desafios da efetivação dos direitos sociais, contribuindo para o fortalecimento das práticas de reabilitação e para a construção de caminhos mais equitativos de acesso e inclusão.

Assim sendo, a realização deste mestrado se justifica em três dimensões que se entrelaçam. No âmbito pessoal, representa a continuidade de uma trajetória pautada pela busca constante de aperfeiçoamento e pelo compromisso com uma prática profissional ética e socialmente comprometida. No plano profissional, o aprofundamento teórico e metodológico proporcionado pelo programa tem ampliado minha capacidade de articular o aprendizado, permitindo que a

experiência se une à compreensão crítica das políticas públicas e dos determinantes sociais da saúde. Sob a perspectiva social, a pesquisa desenvolvida busca contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida da população, pois a inserção da Fisioterapia na atenção básica não pode se restringir aos propósitos da ampliação do mercado de trabalho do fisioterapeuta, mas, deve pautar-se na responsabilidade social inerente a todas as profissões da área de saúde.

A presente dissertação se insere na linha de pesquisa Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais do Programa de Mestrado, pois articula dimensões centrais da linha, o direito à saúde, a efetividade das políticas públicas e a promoção da inclusão social, permitindo compreender as patologias prevalentes em pacientes com idade entre 30 a 60 anos e quais ações foram desenvolvidas, destacando acesso aos serviços de reabilitação. O estudo dialoga com a perspectiva interdisciplinar que caracteriza o programa, integrando os campos do Serviço Social, da Saúde Coletiva e da Gestão Pública, e reafirma o compromisso com a análise crítica e propositiva das políticas sociais no contexto brasileiro.

O projeto também expressa os princípios que norteiam o Mestrado ao associar produção científica, inovação metodológica e compromisso social. Ao realizar um aprofundamento na prevalência de patologias em pacientes atendidos por fisioterapeutas nas Estratégias de Saúde da Família do Município, o trabalho contribui para identificar quais as patologias mais recorrentes nos atendimentos realizados, e em que categoria populacional, bem como quais os planos de tratamento são realizados, fortalecendo as práticas de gestão e cuidado, oferecendo com isso, subsídios técnicos e teóricos para a formulação de políticas mais equitativas.

Considerando a composição da banca examinadora, a proposta reflete a coerência entre o objeto desta dissertação, o eixo temático do Mestrado e a experiência dos avaliadores convidados. O professor Dr. Fernando Rocha Oliveira, Fisioterapeuta Graduado pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2012); Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (2015); Doutor em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública na Universidade de São Paulo; Pós-graduado em Fisioterapia em Terapia Intensiva pela Faculdade Inspirar (2021); Pós-doutorado no programa de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local; docente permanente do programa, atuando na área de epidemiologia, políticas de saúde, a integralidade e os processos sociais. Têm experiências em pesquisas na área de Fisioterapia em Terapia Intensiva e reabilitação, epidemiologia, Sistema Nervoso Autônomo e Variabilidade da Frequência Cardíaca, possui trajetória consolidada na área de políticas públicas, com destaque

para os estudos sobre epidemiologia e direito à saúde, inclusão social e gestão pública. Sua produção científica e atuação contribuem diretamente para o debate sobre a atuação do fisioterapeuta nas políticas públicas de saúde em especial no tocante as práticas de tratamento, em razão de sua formação e experiências de estudos publicados sobre o tema.

O professor Dr. Mauro José de Deus Morais membro externo, é pesquisador de reconhecida relevância nacional e internacional, com ampla produção Acadêmica Pós-doutorado (UFES/ES, 2023, em andamento); Professor Associado da Universidade Federal do Acre (UFAC); Doutorado em Ciências da Saúde (2019); Doutorado em Ciências do Treinamento Físico (2006); Mestrado em Ciências e Jogos Desportivos (2000); Especialização em Técnica e Ciência do Desporto (1994); Graduação em Educação Física (1993); Presidente do Laboratório Multidisciplinar de Estudos e Escrita Científica em Ciências da Saúde (LaMEECCS) da UFAC, Pesquisador Associado do Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica da UFES/ES (LaDEEC/ES); e Pesquisador Associado do Laboratório de Delineamento de Estudos e Escrita Científica da FMABC (LaDEEC/SP). A presença dos dois avaliadores reforça o caráter interdisciplinar e aplicado do mestrado, fortalecendo a interface entre ciência e orientação à missão institucional da EMESCAM, assim como o compromisso do programa de Políticas Públicas e desenvolvimento local.

Após as considerações introdutórias apresentadas no primeiro capítulo, para um aprofundamento do objeto de estudo e resposta à pergunta proposta, a presente Dissertação foi estruturada da seguinte forma: o Capítulo 2 traz uma revisão narrativa e histórica sobre a inserção do profissional de fisioterapia junto ao Sistema Único de Saúde, abordando ainda sobre o Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família e por fim, destacando a atuação do fisioterapeuta no Município de Presidente Kennedy-ES. Para a escrita deste capítulo, foram utilizados livros, dissertações, artigos e consulta a documentos públicos de cunho internacional, nacional e regional, disponíveis nos sites da OMS, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, Portal do Governo Federal, entre outros.

O Capítulo 3, aborda a atuação do fisioterapeuta ligada ao objetivo 3 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que trata de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar da população, para tal, foram utilizados livros, dissertações e artigos.

Nos Capítulos seguintes, 4 e 5, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta da pesquisa e os métodos para atingi-los. O Capítulo 6 apresenta os resultados da pesquisa, por meio de dados organizados de forma integrada por intermédio de textos descritivos, gráficos e tabelas explicativas, que permitem visualizar de maneira sistematizada aspectos relativos à caracterização e diagnóstico e tratamento dos pacientes atendidos nas Estratégias de Saúde da Família no município de Presidente Kennedy. E, por fim, o Capítulo 7 apresenta a conclusão desta dissertação.

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas voltadas a saúde pública no Brasil, teve o seu marco histórico nos anos de 1970, por meio do movimento em prol da saúde pública por intermédio do processo de cobertura assistencial, com incentivo da Organização Mundial da Saúde (OMS), e é a partir deste movimento que se vem construindo a saúde no Brasil ao longo dos anos. Essa construção teve influência de países como Cuba, Inglaterra e Canadá, no que se diz respeito à Atenção Primária à Saúde (Rodrigues, 2014).

Desde então, várias foram as ações visando a reformulação da saúde pública, com destaque para a Reforma Sanitária, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, momento em que se estabeleceu um Estado Democrático de Direito, garantindo à sociedade o direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em decorrência do novo sistema, tem-se então a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a porta de entrada ao sistema de saúde pública, por meio de ações e contato direto a população.

No entanto, somente em 1994 é que se vislumbrou a criação da política de Atenção Básica, a partir da criação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo documento oficial “Programa Saúde da Família: dentro de casa” (Alves, 2005). A Atenção Básica é entendida:

“por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral” (Brasil, 2017).

O PSF deixou de ser um programa em 2006, e passou a ser constituído como estratégia, chamando-se assim de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Contudo, ao se depararem com uma abrangência e complexidade da interdisciplinaridade nas intervenções realizadas pela Equipe do Programa Saúde da Família (EqPSF) começou-se a refletir acerca da importância da inserção de outras profissões junto a estratégia, haja visto que a ESF naquele momento era constituída apenas dos seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de consultório odontológico, um técnico de enfermagem, para que o objetivo da Atenção Básica fosse alcançado (Alves, 2005).

Assim, objetivando uma abrangência e resolutividade da atenção básica à saúde, outras áreas de conhecimento foram sendo incorporadas visando atuar em favor da concretude e integridade

no atendimento à população, com vista a reformulação da equipe da ESF em relação as demandas da população.

Desta forma, em 2005, a partir da portaria N° 1065/GM, criou-se o Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF), com objetivo de garantir uma assistência à saúde com integralidade e a resolubilidade da Atenção em Saúde a partir de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação (Brasil, 2005).

A partir da criação do NAISF, conseguiu-se observar a necessidade de um suporte mais avançado a ESF, para que realmente se realizassem ações mais complexas, que de alguma forma envolvessem diferentes saberes (Veras; Pinto, 2004).

Assim, no ano de 2008, com o objetivo de ampliação das ações da atenção primária à saúde (APS) no Brasil, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo então, a primeira política pública de saúde que regulamentou a inclusão dos profissionais de fisioterapia no contexto da APS (Bim *et al.*, 2021).

Com isso, o fisioterapeuta tem como responsabilidade no âmbito das ações junto a APS, para prestar assistência ao usuário, participando da promoção, tratamento e recuperação da sua saúde e de programas de assistência à comunidade (Loures; Silva, 2010).

Nessa perspectiva, a Fisioterapia é considerada uma ciência aplicada, cujo objeto de estudo é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades e, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar o indivíduo a uma melhor qualidade de vida (Resolução COFFITO n° 80/1987).

Dessa forma, a atuação do fisioterapeuta é realizada de forma integrada à equipe, tendo que atuar de forma específica na assistência integral às famílias em todas as fases do ciclo de vida (Loures; Silva, 2010).

Contudo, ainda existem dados que apontam para o fato de que a atuação do fisioterapeuta no NASF, também enfrenta dificuldades, das quais destacam-se o trabalho em equipe para a realização de práticas de promoção da saúde, número reduzido de fisioterapeutas que atuam na Saúde da Família, bem como a grande demanda dos usuários (Formiga; Ribeiro, 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA

Diante da significância da atuação do profissional fisioterapeuta na ESF, por ser um profissional com conhecimento técnico-científico para atendimento fisioterapêutico, aos pacientes com patologias que comprometem o desempenho cinético funcional, e que muitas dessas desordens podem ser prevenidas com ações de promoção e prevenção de saúde. Destaca-se que a aproximação entre os Fisioterapeutas e a saúde visa contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida da população, pois a inserção da Fisioterapia na atenção básica não pode se restringir aos propósitos da ampliação do mercado de trabalho do fisioterapeuta, mas, deve pautar-se na responsabilidade social inerente a todas as profissões da área de saúde (Braghini, 2014).

Braghini (2014) ainda reforça que a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica, deve compreender vários aspectos, como incluir práticas de educação em saúde, visitas nos lares, investigação epidemiológica e planejamento das ações, atenção aos cuidadores, atendimentos individuais, atuação intersetorial e acolhimento.

Diante de todo o contexto, e face a relevância que a atuação do profissional de fisioterapia possui no fomento a qualidade de vida da população, o presente trabalho se propõe a analisar a atuação desses profissionais no Município de Presidente Kennedy/ES, que possui cerca de 14.718 habitantes (IBGE, 2023) e uma rede de APS composta por 11 Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, possui o NASF e ainda um Centro Municipal de Fisioterapia, o Município tem hoje cerca de 10 profissionais, conforme dados extraídos do Portal da Transparência do Município.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como pergunta norteadora: Qual é a patologia com maior prevalência nos pacientes que receberam tratamento fisioterapêutico nas Estratégias de Saúde da Família do município de Presidente Kennedy- ES nos últimos 6 anos?

Diante do cenário, a pesquisa pretende contribuir para a construção de um perfil populacional que busca e recebe atendimento em saúde no Município de Presidente Kennedy/ES, o que pode refletir e repercutir em todo o sistema de saúde de forma positiva, quando transformado em ações de prevenção local ou por meio de ações pedagógicas visando alertar a população acerca da incidência das patologias.

Pretende o estudo, ainda contribuir com dados sobre a relação da atuação dos fisioterapeutas nas ações de prevenção e promoção à saúde, face a ausência de dados sobre o tema, em especial quanto a reabilitação e pessoas na Atenção Primária à Saúde, e ainda demonstrar a importância e reflexão do real papel do profissional de fisioterapia na APS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS GERAIS DA FISIOTERAPIA NO BRASIL

A Fisioterapia enquanto profissão foi criada pelo Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, e no artigo 3º define a atividade do profissional de fisioterapia apto a “executar métodos fisioterápicos com objetivo de restaurar e conservar a capacidade física do paciente”, definida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (COFFITO 2011). Este conceito evidencia o perfil epidemiológico da população, e traz a diversidade de atuações por parte desse profissional. Nas legislações a atuação fisioterapêutica estava direcionada para a reabilitação, o que limitou as possibilidades de atuação em outros níveis de atenção. (Bispo, 2013).

A Fisioterapia no Brasil, por muito tempo limitou a atuação dos profissionais ao nível curativo e reabilitador, limitado ao ambiente hospitalar ou à clínica de reabilitação, no entanto, a Resolução do COFFITO nº. 08/78 ampliou o campo de atuação da Fisioterapia em relação ao Decreto-Lei 938/69, tanto em relação aos níveis de assistência (primária, secundária e terciária), como em relação ao foco da atenção à saúde na sua totalidade. (Rezende *et al.*, 2009).

A Resolução COFFITO nº. 10/78 indicou pela primeira vez a atuação na promoção da saúde, e a Resolução COFFITO nº. 80/87 recomendou a possibilidade de atuação do fisioterapeuta nos diversos níveis de assistência à saúde (Bispo, 2010). A Resolução COFFITO nº. 363/2009, buscando ampliar as práticas profissionais, reconheceu a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional fisioterapeuta, abrangendo ações básicas de saúde. (Bispo, 2013).

A Fisioterapia, conforme foi visto, foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº. 938/69, Lei nº. 6.316/75, pelas Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), pelo Decreto nº. 9.640/84 e pela Lei nº. 8.856/94, definindo então a Fisioterapia com uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, no qual a profissão vem se expandindo gradativamente, e o fisioterapeuta se integra à atenção básica, ampliando seu âmbito de atuação, com a função de promover saúde e prevenir doenças (Duarte *et al.*, 2013).

No entanto, as políticas públicas que englobam o profissional fisioterapeuta, são: a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Programa Saúde na Escola e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CREFITO, 2014).

Com isso, a fisioterapia aprofundou a sua abordagem, tornando-se um dos profissionais envolvidos nos processos do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim suprir as necessidades dos serviços de atenção à saúde pública, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios.

Com o envelhecimento populacional e o advento das doenças crônicas degenerativas, associados aos hábitos de vida da população tem exigido cada vez mais a Atenção Básica (AB), tem sido necessária, considerada porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo aos seus usuários ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e intervenções (Castro *et al.*, 2006).

2.2 CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Conforme dispõe a Constituição Federal de 1988, a saúde é um dos direitos sociais do cidadão, sendo direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Com isso, a Constituição Federal destaca que as políticas públicas com vista as ações e serviços de saúde, são relevantes, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 1988).

Assim, o Sistema Único de Saúde surge como resultado de uma conquista social com uma função universal, sendo que as diretrizes da Constituição Federal preveem a igualdade de ações e serviços, organização regionalizada e hierarquizada, participação comunitária e descentralização (Santos, 2017).

Com isso, o objetivo do SUS é a promoção da igualdade na prestação dos serviços de saúde, a fim de suprir as necessidades de saúde da população, e para tal, deve oferecer serviços públicos de qualidade, sem distinção de classe social. Diante disto, o sistema é fundamental, pois tornou-

se um mecanismo de promoção à igualdade de acesso e prestação de serviços à população, com a oferta de serviços de qualidade adequada a todos, sem distinção social.

Os princípios do SUS abordam sobre a universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência à saúde; a integralidade como um conjunto de ações e serviços, individual ou coletivo, de forma preventiva e curativa conforme a necessidade de cada caso e em todos os níveis de complexidade do sistema; igualdade na assistência para todos, sem qualquer tipo de privilégio ou preconceitos; e a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário (Brasil, 1988).

Assim, visando a universalidade, a atenção a saúde como política pública está dividida por níveis de complexidade, o primário, secundário e terciário. Santos (2019) discorre de forma objetiva acerca de cada nível, vejamos:

O primário compreende as ações voltadas para medidas de prevenção, promoção e educação em saúde junto a pessoas, grupos e à comunidade em geral. O nível secundário se refere às formas de identificação, diagnóstico de casos e estratégias de intervenção precoce. O terciário é classificado como o de maior complexidade, sendo voltado em termos de tratamentos e reabilitação, assim, inclui o atendimento de serviços hospitalares, institucionais e comunitários e a organização dos serviços de saúde (Santos, 2019, p. 18)

Desta forma, dentre as ações desenvolvidas pela União, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) que é caracterizado como o primeiro nível de atenção à saúde da população, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde - SUS (Portela, 2017). Sendo assim, a APS tem como missão assistir à população quanto aos cuidados com a saúde, garantir o acesso aos serviços de saúde, desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde, além de realizar vigilância epidemiológica (Soares; Fonseca, 2020).

Santos (2019) afirma que a APS se refere a um conjunto de ações em saúde relativa a promoção e a proteção da saúde, atuando na prevenção de agravos, ainda por meio de diagnóstico, de tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde, seja de forma individual ou coletiva e de forma universal.

A promoção da saúde consiste em um conjunto de medidas que tem o propósito de resultar em melhorias na saúde e envolve a interação de diferentes setores que buscam promover ações com as demais redes de proteção social. (Lopes *et al.*, 2018). Sendo assim, promover a saúde é prioridade da APS, que a considera como um estado dinâmico, influenciado por vários

determinantes (culturais, sociais e econômicos). Mas, para que isso seja possível, os profissionais que atuam na Atenção Básica precisam ser proativos, ter uma visão holística (Figueiredo *et al.*, 2019).

Por conseguinte, os fisioterapeutas, são profissionais que possuem uma formação generalista, com habilidades e competências que os permitem atuar em qualquer nível de atenção à saúde (Fernandes *et al.*, 2022).

Portanto, podem fornecer uma assistência à saúde capaz de suprir às demandas da sociedade, com práticas baseadas em evidências científicas que estejam destinadas à prevenção e promoção em saúde. (Magnusson *et al.*, 2020).

2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado com o objetivo de transformar a Atenção Básica, tendo como marco histórico a criação pelo Ministério da Saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no ano de 1991, que possuía uma nova roupagem de direcionamento, deixando o foco no indivíduo e voltando o olhar para a família, no qual, a atuação pautava-se no atendimento como um todo, em que era possível identificar de forma antecipada determinadas situações, uma vez que o atendimento passou a ser de forma global.

No Brasil, o PSF instituída em 1994 é a base prioritária para organização da APS, responsáveis pela identificação e o suprimento das demandas de saúde (individuais e coletivas) existentes em seu território, para essa finalidade os profissionais de saúde que atuam neste nível de atenção à saúde, necessitam desenvolver um conjunto de ações voltadas à prevenção (de doenças e agravos), promoção, reabilitação e manutenção da saúde (Schneider *et al.*, 2018)

De forma geral, a ESF constitui a equipe multiprofissional, saindo do modelo central de hospital e doença para priorizar ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (Bastos, 1998). Com isso, a ESF apenas complementou as disposições já definidas acerca da nova política pública do SUS, cujo ideal já se pautava na universalidade, igualdade e integralidade.

Nesse sentido, a ESF constitui-se como prática assistencial, com um modelo voltado para a promoção e proteção, além do atendimento domiciliar e trabalho multidisciplinar, contando com uma equipe. O PSF vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país, em 1994, houve iniciativas para inserir o fisioterapeuta na AB (Atenção Básica), e a inserção do fisioterapeuta na ESF visando contribuir para ampliar a integralidade e resolubilidade do cuidado. (Ferreti *et al*, 2015).

Com isso, no intento de reforçar a atuação dos profissionais atuantes da ESF e APS, frente ao novo modelo assistencial, para atendimento da população de forma integral, surge a necessidade de ampliar o quadro de profissionais, e diante desse cenário, o Ministério da Saúde, criou o Núcleo de Apoio a Saúde (NASF), atualmente regulamentado pela portaria Nº 2.488 de 2011, ficando assim configurado como a formação de uma equipe multiprofissional que busca atuar de forma integrada a Equipe da Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2011).

Com esta portaria, abrem-se precedentes para que a equipe possa realizar discussões de casos clínicos entre si, possibilita que os profissionais possam realizar atendimentos compartilhados, seja ele realizado na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) ou por meio de visitas domiciliares, caso o cidadão não tenha a possibilidade de se deslocar até a UBS, permitindo desta forma que a ESF, com apoio do NASF consiga construir de forma conjunta projetos terapêuticos ampliados e qualificados para as intervenções territoriais e na saúde de grupos populacionais específicos. (Brasil, 2017).

Visando a implementação do NASF em todo o território nacional, em 2012 foi publicada a portaria Nº 3.124 criando uma terceira modalidade de conformação de equipe, qualquer município do Brasil pode implantar uma equipe de NASF desde que este possua no mínimo uma ESF. (Brasil, 2012).

Santos (2017, p. 20) destaca o grupo de profissionais que podem compor o NASF, sendo eles: “médico acupunturista, assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, gineco-obstetra, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, geriatra, médico do trabalho, veterinário, arte educador e sanitarista”. Todavia, cabe destacar que a composição da NASF é de acordo com a gestão municipal, que deve observar os dados epidemiológicos e as necessidades da população e equipe local. A finalidade do NASF é dispor ao cidadão um serviço que garanta a integralidade no cuidado, voltado para a promoção da saúde, bem como na prevenção de agravos, atuação com ações

assistenciais, e práticas de educação em saúde com vista a promover ações que estimule a participação social.

Relativo à reabilitação, os profissionais do NASF, tem como base o diagnóstico territorial, possuindo o dever de apoiar as ESF no desenvolvimento de ações de promoção e de proteção à saúde, subsidiando o acompanhamento dessas ações, sendo elas voltadas para as deficiências (Brasil, 2011).

Assim, demonstra-se a importância dos profissionais junto ao NASF, dos quais destaca-se o fisioterapeuta, no qual sua atuação não está restrita somente o NASF, mas possui relevância de tal maneira, que compõe a equipe mínima de saúde da família, devido a sua relevante contribuição para alcançar os objetivos de integralidade do cuidado.

2.4 A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Como se observa, por meio de várias ações e políticas de saúde voltadas ao atendimento da população, o profissional de fisioterapia foi inserido no rol da equipe da ESF que está diretamente em contato com a comunidade. Com isso, torna-se notório que a Fisioterapia tem assumido o seu papel de destaque no que se refere a reabilitação dos pacientes, todavia desde o início do processo até a regulamentação, o profissional tem percorrido um processo de ampliação do campo de atuação.

Assim, o fisioterapeuta, atualmente é considerado um profissional preparado para atuar nos mais diversos níveis de atenção à saúde, seja por meio da prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde dos indivíduos (Baena; Soares, 2012).

Nesse sentido Silva e Daros (2007) destacam que a função exercida pelo fisioterapeuta vai além de apenas recuperar e curar as pessoas, é preciso criar condições necessárias para que a saúde se desenvolva, o que revela a importância do profissional e sua capacitação para a promoção da saúde.

A inclusão do fisioterapeuta no NASF tornou-se realidade face a discussão junto ao Ministério da Saúde acerca da integralidade da atuação da equipe de saúde em detrimento a melhoria do processo de atendimento, às necessidades da saúde, para atender as demandas da população,

visando contribuir para o aumento da resolubilidade da atenção básica e a efetivação da integralidade no SUS. Com isso, destaca-se que o fisioterapeuta pode em muito contribuir para a efetividade no atendimento às pessoas, pois trata-se de um profissional com um vasto conhecimento e com uma gama de oportunidades.

Baena e Soares (2012) já apontavam as atividades em que o fisioterapeuta pode atuar visando melhorias na atenção à saúde, dentre elas o atendimento destes profissionais na unidade básica de saúde, ou em domicílio, no qual podem contribuir para a resolutividade ou na redução do agravamento de situações que comumente são beneficiadas por meio da ação direta desses profissionais. Outro reflexo da atuação dos fisioterapeutas está na possibilidade de redução dos casos de internações hospitalares, quando ocorre uma atuação direta desses profissionais na comunidade, por meio dos atendimentos na unidade básica ou em domicílio.

Assim, o fisioterapeuta como membro integrante da Equipe de Saúde da Família possui um papel significativo, no qual promove saúde e previne doenças por meio de ações de informações e orientações para atividades de vida diária. Além disso, sua atuação também está relacionada a prevenção de deformidades, cuidados posturais, cuidados com sequelas após alterações musculoesqueléticas, neuromusculares e cardiopulmonares de doença instalada e a reintegração social, conhecendo o contexto em que o indivíduo assistido vive.

O fisioterapeuta, e toda a equipe de saúde da família, estão teóricos e tecnicamente preparado para atuar, com responsabilidade, e a Estratégia de Saúde da Família deve proporcionar assistência integral e resolutiva, uma vez que, em razão das atividades diárias da população, atrelada ao sedentarismo, há uma alta incidência de patologias osteomusculares.

Os Fisioterapeutas que estão direcionados ao NASF, trabalham juntamente com a equipe multiprofissional da Atenção Básica, atuando no desenvolvimento de ações direcionadas a saúde, tanto individual quanto coletiva, com a finalidade de contribuir com o cuidado integral ao paciente, com isso, a atuação do profissional é voltada a realizar um atendimento individual, compartilhado, por meio de projetos terapêuticos, de educação permanente, além de intervenções no território e na saúde de grupos populacionais em todos os ciclos de vida, ações de prevenção e promoção da saúde a todos pacientes. (Brasil, 2017).

A atuação dos profissionais de Fisioterapia na Atenção Básica, permite ao acesso do usuário do Sistema de Saúde pública a assistência fisioterapêutica, por meio de abordagem de promoção da saúde, visando melhor qualidade de vida à população já acometida por alguma doença. (Langoni; Valmorbida; Resende, 2012).

Sendo considerada como primeiro contato do usuário a rede de assistência fisioterapêutica no SUS, podendo esse profissional avaliar os pacientes e se necessário encaminhar os casos que julgue necessário uma intervenção especializada (Fonseca et al., 2016).

Com isso, o fornecimento dos serviços vinculados ao NASF, em especial a fisioterapia na atenção básica, requer um novo olhar do fisioterapeuta sobre o seu processo de trabalho e suas práticas voltadas a saúde. Deste modo, é necessária uma concepção de trabalho que utilize a atuação conjunta, integrada e intersetorial, entre trabalhadores e levando em consideração a participação dos usuários, refletindo o conceito ampliado de saúde.

Assim, as ações de promoção de saúde, podem ser entendidas como um conjunto de medidas que possuem por finalidade a promoção de melhorias na qualidade de vida e saúde dos pacientes, para que isso ocorra torna-se imprescindível o envolvimento de diferentes setores que buscam promover ações com as demais redes de proteção social. Já as ações de prevenção de agravos possuem caráter individual, consiste na mudança de hábitos nocivos ou fatores de risco, por meio da disseminação de gestos saudáveis como, por exemplo, adotar uma alimentação equilibrada e praticar exercícios físicos (Lopes *et al*, 2018). O fisioterapeuta contribui para uma assistência à saúde eficaz, sendo capaz de suprir às demandas da sociedade, com práticas baseadas em evidências científicas que sejam destinadas à prevenção e promoção em saúde, assim como no bem-estar da população (Magnusson *et al*, 2020).

2.5 A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY/ES

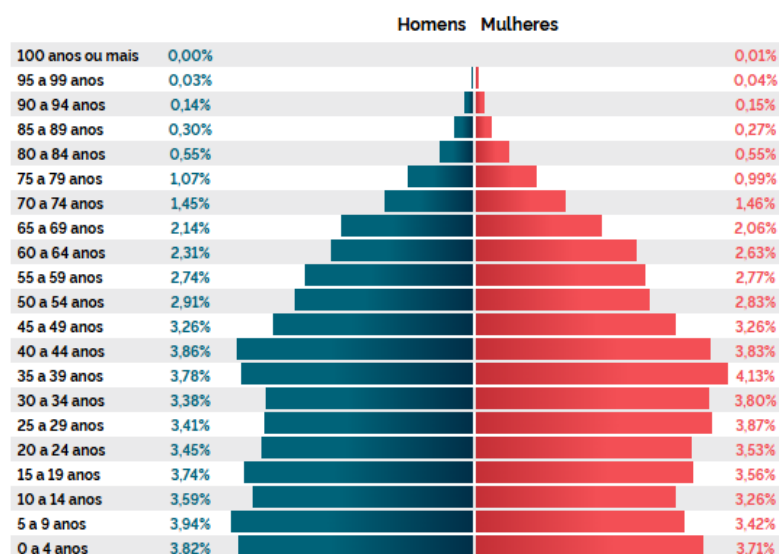
O Município devido ao recebimento dos *royalties* do petróleo, ainda segundo dados do IBGE (2023) possui uma arrecadação anual de R\$ 479.485.649,66 (quatrocentos e setenta e nove milhões, quatrocentos e oitenta e cinco mil, seiscentos e quarenta e nove reais e sessenta e seis centavos), o Município possui o Produto Interno Bruto per capita de R\$ 580.174,17 (quinhentos e oitenta mil, cento e setenta e quatro reais e dezessete centavos), segundo dados do IBGE

(2021), garantindo um certo conforto à administração pública para execução de obras de infraestrutura e políticas públicas sociais, e segundo dados do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo (TCEES), no ano de 2023, no que tange a execução orçamentária, o Fundo Municipal de Saúde, órgão orçamentário responsável pela execução das ações da Secretaria Municipal de Saúde, as despesas empenhadas para o exercício corresponderam o valor de R\$ 102.084.004,25 (cento e dois milhões, oitenta e quatro mil, quatro reais e vinte e cinco centavos) (TCEES, 2024).

Deste modo, as ações de Políticas Públicas municipais em todas as áreas, têm sido destaques. No que se refere à taxa de analfabetismo, em 2020 era de 12,6% (Presidente Kennedy, 2021). A economia do Município, no entanto, é majoritariamente ligada à agricultura, setor responsável por cerca de 70% da arrecadação da prefeitura. Dados do IBGE (2023) apontam que em Presidente Kennedy, 92,37% da população tem acesso a água encanada, 95,35% com coleta de lixo e 99,26% com acesso à energia elétrica.

O município de Presidente Kennedy/ES, possui 13.696 habitantes (IBGE, 2022), dos quais cerca de 8.953 habitantes residem na Zona Rural e cerca de 4.743 residem na Zona Urbana, pessoas do sexo masculino representam um quantitativo de 6.831, e do feminino, 6.865. A população na faixa etária inferior a 15 anos, corresponde a 2.974 habitantes; de 15 a 29 anos, corresponde a 2.951 habitantes, a de 30 a 59 anos, corresponde a 5.553 habitantes; e acima de 60 anos ou mais, corresponde a 2.214 habitantes.

Gráfico 1. Pirâmide etária da população do Município de Presidente Kennedy.

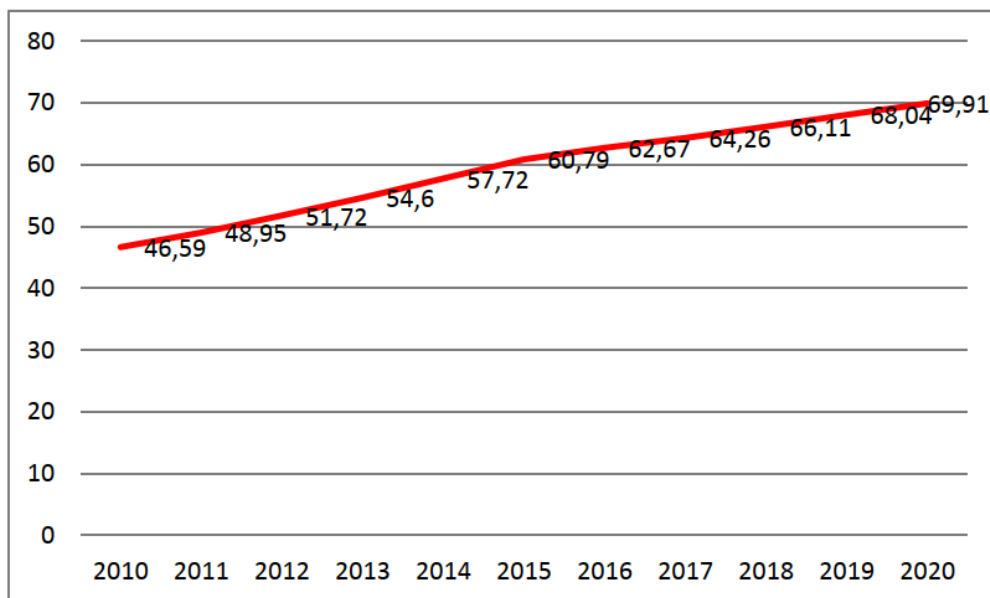


Fonte: IBGE (2022).

Os dados constantes no Gráfico 01, revelam que a população masculina corresponde a 49,88% e já a população feminina representa 50,12%. Como se constata, a pirâmide etária do município apresenta-se do tipo adulta, apresentado aumento gradual da expectativa de vida. Tal fato pode estar atrelado ao fácil acesso da população aos serviços de saúde, que concomitante a outras políticas públicas promovem o aumento da expectativa de vida. (Presidente Kennedy, 2021).

Em consenso aos dados apresentados, o Gráfico 02, aponta o índice de envelhecimento da população durante os anos de 2010 a 2020, está em elevação, saindo do percentual de 46,59% em 2010 para 69,91% em 2020, segundo dados da SEMUS, no Plano Municipal de Saúde (2022), o que revela uma porcentagem de idosos (60 anos ou mais) para cada grupo de 100 jovens (0 a 14 anos), atingindo a representação de 69,91% no ano de 2020. Deste modo, houve um aumento considerável nos últimos 10 anos, o que revela a necessidade de medidas capazes de garantir saúde e qualidade de vida para essa parcela cada vez mais significativa da população municipal (Semus, 2022).

Gráfico 2. Índice de envelhecimento da população do Município de Presidente Kennedy.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (2024).

Do que pode-se constatar, fazendo uma correlação entre os Gráficos 1 e 2, é que a grande parcela da população está na faixa de idade entre 15 a 59 anos, e somados a isso, têm-se um aumento do índice de envelhecimento, o que pode-se considerar que esse número tende a ser crescente, e isso, revela a necessidade de uma visão mais aprofundada acerca das ações de saúde

que envolvem o atendimento de toda a população, com vista a garantir um envelhecimento saudável e com toda a assistência à saúde resguardada por lei.

Ainda e não menos importante, apresentam-se os índices de óbitos registrados no município, destacando as causas e a evolução durante os anos, conforme Tabela 1.

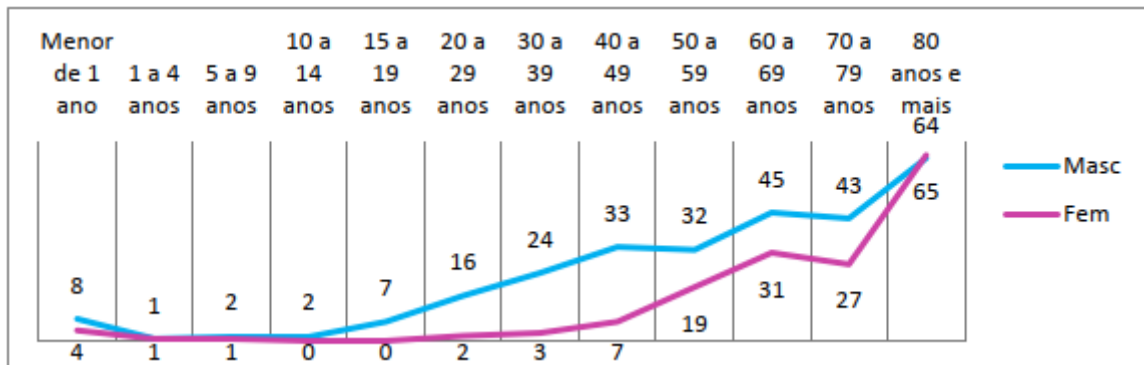
Tabela 1. Óbitos por ano segundo causas capítulos CID-10, entre os anos de 2016 a 2020.

| Causas | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Total |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 3 | 5 | 0 | 1 | 20 | 29 |
| Neoplasias (tumores) | 12 | 12 | 19 | 10 | 15 | 68 |
| Doenças sangue órgãos hematológicos e transtorno Imunitário | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 8 | 3 | 8 | 6 | 8 | 33 |
| Transtornos mentais e comportamentais | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Doenças do sistema nervoso | 4 | 1 | 2 | 4 | 4 | 15 |
| Doenças do aparelho circulatório | 22 | 22 | 31 | 31 | 16 | 122 |
| Doenças do aparelho respiratório | 10 | 9 | 12 | 9 | 4 | 44 |
| Doenças do aparelho digestivo | 2 | 5 | 4 | 11 | 4 | 26 |
| Doenças da pele e do tecido Subcutâneo | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Doenças sistema osteomuscular e tec Conjuntivo | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 0 | 3 | 1 | 0 | 3 | 7 |
| Algumas afecções originadas no período Perinatal | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 9 |
| Malformações congênitas e anomalias Cromossômicas | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Mal Definidas | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios) | 26 | 21 | 9 | 9 | 10 | 75 |
| Total | 92 | 83 | 90 | 86 | 87 | 438 |

Fonte: DATASUS - Sistema de Informação de Mortalidade (2021).

Como pode-se observar as três principais causas de óbitos são em decorrência do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias, correspondendo a 27,85%, 17,12% e 15,52% respectivamente, o qual representam 60,49% do total de óbitos. Ainda por meio do gráfico, existem causas de óbitos decorrentes de doenças infecciosas parasitárias, que ocupam o 1º em 2020, correspondendo a 68,96%, que refletem a grande parte da mortalidade advinda do coronavírus (COVID-19). Outro ponto que destacado está no tocante as doenças do aparelho circulatório, que apontaram queda de 48,38% dos óbitos entre os anos de 2019 e 2020. Em relação às causas externas, estas estão relacionadas a acidentes, agressões, homicídios e suicídio.

Gráfico 3. Índice de Óbitos por faixa etária, entre os anos de 2016 a 2020.



Fonte: DATASUS - Sistema de Informação de Mortalidade (2021).

Conforme constante no Gráfico 3, a crescente causa de mortalidade está na proporção da população masculina, com a faixa etária de 15 a 59 anos.

Assim, a rede pública municipal de saúde é organizada por estabelecimentos de saúde, sendo 11 Unidades Básicas de Saúde, quatro Unidades de Apoio Diagnóstico, uma Unidade de Reabilitação, um Pronto Atendimento Municipal, um Centro de Regulação, uma Central de Gestão em Saúde e dois Ambulatórios, que estão voltados a gestão, atendimentos em saúde e vigilância, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, 2024). Ainda o município de Presidente Kennedy/ES oferece outros serviços, como a Farmácia Básica, ações relativas à Fisioterapia, Núcleo de Serviço Social, Transporte Sanitário, Laboratório Municipal e Atenção Psicossocial (Presidente Kennedy, 2022).

Dados do Tribunal de Contas do Estado Espírito Santo (TCEES), revelam que desafios significativos na execução das políticas e ações de saúde, pois embora tenha havido a aprovação do Plano Municipal de Saúde (PMS) e a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) restarem aprovados, por meio da análise dos instrumentos de planejamento, consta evidenciado que a maioria dos relatórios está dependendo da análise no Conselho de Saúde, o que pode resultar na necessidade de maior engajamento e agilidade nos processos de avaliação, pois o município Presidente Kennedy não conseguiu alcançar nenhuma das sete metas estabelecidas para 2023 do Programa Previne Brasil¹.

¹ Foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. equilibra valores financeiros per capita, referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes, somado a Incentivos específicos, como ampliação do

Desse modo, o município de Presidente Kennedy/ES possuiu 10 fisioterapeutas, distribuídos nas Equipe de Saúde da Família e realizam suas atividades nas 11 Unidades Básicas de Saúde (USB), distribuídas em todo o território municipal, e ainda no Centro Municipal de Fisioterapia, local onde são encaminhados os pacientes atendidos nas unidades de PSF, com a devida prescrição médica e grau de complexidade, atendendo ainda os pacientes atendidos pelo PAM e que residem no Município, uma vez que o Centro Municipal de Fisioterapia está equipado com mais recursos.

Dados constantes, no Plano Municipal de Saúde, para os anos de 2022 a 2025, evidenciam que a atuação dos fisioterapeutas no município é realizada na Atenção Primária à Saúde e no Centro Municipal de Fisioterapia, contribuindo para melhor qualidade de vida da população, por meio da utilização de conhecimentos específicos dessa área, destacando que as ações são realizadas por intermédio do tratamento reabilitador ou por meio de ações educativo-preventivas, integrando o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional (Presidente Kennedy, 2022).

Ainda destaca o Plano Municipal de Saúde que, na APS a fisioterapia é realizada em nível ambulatorial e domiciliar para pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção, já o Centro Municipal de Fisioterapia funciona de segunda-feira a sexta-feira, contando com seis profissionais onde são atendidos diversos procedimentos, dentre eles: fisioterapia respiratória, fisioterapia trauma ortopédica e neurológica (Presidente Kennedy, 2022).

Bim *et al.* (2021, p. 1) destacam que a APS “é o nível preferencial de entrada em um sistema de saúde e fornece atenção à saúde das pessoas”, atuando de forma orientada aos principais problemas sanitários da comunidade, sendo em decorrência disso, base dos demais níveis de atenção.

Todavia, o trabalho dos fisioterapeutas não é menos efetivo na unidade, pois está em contato direto com outros profissionais, o que permite intervenções sociais realizadas aos pacientes. Nesse sentido, este estudo justifica-se pela busca do conhecimento científico quanto à inserção da fisioterapia na APS, no tocante aos atendimentos realizados, com um viés para as estratégias de promoção e prevenção de saúde. Com a análise, pode-se alcançar respostas acerca da

horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas.

importância dos serviços de fisioterapia na APS no Município de Presidente Kennedy/ES, para demonstrar a importância da inserção desse profissional ao serviço público.

Os fisioterapeutas inseridos na APS possuem um papel de ressignificar suas práticas profissionais, “considerando os usuários em seu contexto biopsicossocial para promover a integralidade do cuidado com foco na funcionalidade humana” (Bim *et al*; 2021, p. 1)

3 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA LIGADA AO OBJETIVO 3 DA ODS DE ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR

A Organização das Nações Unidas (ONU), por meio da Assembleia Geral das Nações Unidas, no ano de 2015, com a participação de 193 líderes mundiais, representando os Estados membros da (ONU), tendo o Brasil participado, os quais se comprometeram em enfrentar os problemas mundiais, dos quais denominaram a Agenda 2030. No evento estabeleceram 17 metas globais para os próximos 15 anos (2016-2030), sendo chamadas de Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Os ODS acabaram por constituir-se em padrão para as políticas públicas em várias nações, sendo que os objetivos contemplam 169 metas e 231 indicadores, a serem alcançadas pelos países membros de 2016 até 2030, com foco: 1 - Erradicação da pobreza; 2 – Fome Zero e Agricultura Sustentável; 3 - Saúde e bem-estar; 4 - Educação de qualidade; 5 - Igualdade de gênero; 6 – Água potável e saneamento; 7 - Energia limpa e acessível; 8 - Trabalho decente e crescimento econômico; 9 - Indústria, inovação e infraestrutura; 10 - Redução das desigualdades; 11 - Cidades e comunidades sustentáveis; 12 – Consumo e produção responsáveis; 13 – Ação contra mudança global do clima; 14 – Vida na água; 15 – Vida terrestre; 16 – Paz, justiça e instituições eficazes; e 17 - Parcerias e meios de implementação.

Dentre os objetivos do Desenvolvimento Sustentável, na dimensão Social, identifica-se o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos. Para tal, o ODS 3 – Saúde Bem-Estar, apresentam 9 metas, das quais destacamos a de nº. 3.8 que trata de “*Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos*”.

Assim, a busca pelo desenvolvimento econômico adotando a industrialização e a exploração do trabalho como ferramenta para atingi-lo, causou danos a qualidade de vida das populações evidenciando a relação entre as questões sociais e a saúde, sendo determinantes para o desencadeamento do processo saúde-doença nas populações. Diante disso, a saúde passa a ser determinada socialmente por meio das condições de vida, trabalho e relações humanas influenciando no surgimento da desigualdade social.

Para Barata *et al.*, (2012), as desigualdades sociais em saúde são diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionados com a repartição do poder e da propriedade. Todos deveriam ter uma oportunidade justa para atingir a máxima da saúde, reduzindo as desvantagens de vida. Em sociedades estruturadas com base na cooperação e na solidariedade, as diferenças poderiam ser positivas e produtora de saúde, porém, onde existe a predominância da exploração e a dominação, essas diferenças são negativas ocasionando em uma carga de doença nessas sociedades.

Segundo Garbois *et al.* (2014), é crescente o debate sobre as questões das desigualdades sociais e sua relação com a saúde configurando um campo de discussão acadêmico-política, que atualmente é conhecido por “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde que estão conectados as condições em que as pessoas nascem, vivem e trabalham.

Assim, a partir do ano de 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio da criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) luta contra a ideologia de a saúde é um instrumento impulsionador do crescimento econômico, ao passo em que se deve considerar um direito e valor humano intrínseco. Esse padrão imposto ao longo do tempo nega a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens biologicistas, culturalistas e, principalmente, aquelas que têm explicado as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis (Borde, 2015).

A Comissão foi criada para nortear as nações sobre o que pode ser feito para promover a igualdade na saúde e promover um movimento global afim de alcançar a equidade, e imprimir uma visão social a partir das políticas que geram o crescimento econômico, representa a possibilidade de disponibilizar recursos para investimento na melhoria das vidas da população, tendo em vista que o crescimento por si só, sem políticas sociais adequadas que assegurem uma justiça razoável na forma como os benefícios alcançados são distribuídos, traz poucas vantagens à igualdade na saúde (CDSS, 2010).

A CDSS propôs um modelo segundo o qual existem dois tipos de Determinantes Sociais da Saúde: os determinantes estruturais que são entendidos como mecanismos que geram e reforçam hierarquias sociais que definem o poder, prestígio e acesso a recursos por meio da educação, do trabalho e da renda, podendo ser chamados de macrodeterminantes conforme o

modelo de Whitehead e Dahlgren (1991); e os determinantes intermediários que se referem a fatores comportamentais, fatores biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia etc.), e fatores psicossociais, além do acesso aos serviços de saúde e a coesão social que o estado exerce sobre a qualidade de vida nas comunidades (Borde, 2015).

A partir desse e outros modelos propostos para esquematizar a trama de relações sobre os DSS, podemos afirmar que a saúde é determinada por uma mescla de diversos fatores que imprimem a autonomia de escolha do modo de vida do ser humano e a influência externa das tomadas de decisões políticas e ideológicas que o aprisiona em um modelo de sociedade que ainda é regida sem qualquer entendimento de equidade. O modelo procura demonstrar o entendimento de que não são as sociedades mais ricas que poderão ter os melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. (Carrapato *et al*, 2017; Pellegrini Filho e Buss, 2007).

É baseado na identificação dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que o SUS coloca em prática no âmbito do território os princípios e diretrizes fixados na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Ao instituir o direito fundamental à saúde, as questões sociais em âmbito local passaram a ter visibilidade, dando vez a uma tomada de decisão participativa com base nos reais problemas vivenciados nas comunidades a fim de colocar em prática a integralidade, equidade e a universalização da assistência à saúde.

Com a reorganização legal do SUS a inclusão social é ampliada e com isso surge o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e que logo passa a ser uma política de saúde reconhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem por missão prestar um atendimento com qualidade, integral e humanizado, sendo porta de entrada da Atenção Primária à Saúde (APS) em todos os municípios brasileiros, ampliando o acesso ao cuidado por meio de uma equipe multiprofissional e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que desenvolvem ações por intermédio da prevenção e promoção da saúde com foco na pessoa/família (Vidal *et al.*, 2014).

A ESF procura atender aos usuários em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada em uma área adscrita, no domicílio e nos espaços existentes neste território, ficando o mais próximo possível de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, sendo reconhecida como ordenadora das redes de atenção à saúde (Paim, 2012).

De acordo com Vidal et al., (2016), dentre os princípios que norteiam a ESF destacam-se os processos de trabalho que devem ser baseados na prevenção e promoção da saúde e de vigilância a saúde, a integralidade e hierarquização assegurando os processos de referência e contrarreferência, a territorialização por meio do cadastramento das famílias e sua organização em microáreas. Para o autor, a atuação da ESF visa substituir a prática de saúde tradicional biomédica, dando lugar a uma clínica ampliada multi e interprofissional centrado na família com base nos determinantes sociais de saúde que desencadeiam o processo do adoecimento.

Um dos grandes desafios da ESF é conhecer a realidade de suas famílias e identificar os determinantes sociais de saúde que os afeta, isso só é possível quando se conhece o território, essa estratégia é chamada de territorialização e norteia as ações de atenção, assistência e vigilância em saúde de acordo com as diversas realidades das comunidades das áreas de responsabilidades das equipes promotoras de saúde, conferindo a elas a atribuição de classificar o risco e intervir nos problemas mais prioritários e desenvolver educação em saúde (BRASIL, 2018).

Para o trabalho da ESF e as ações da vigilância em saúde é necessária uma organização territorial do sistema, no qual a oferta e o acesso são processos relacionados ao território. Neste sentido, destaca-se que o processo de territorialização pode ser definido como uma ação política de criação de limites condicionada por determinantes igualmente políticos e burocráticos, por exemplo, quando cada unidade de saúde estiver alinhada a atender um público-alvo numericamente definido, buscando-se a superação das complexas desigualdades existentes (Faria e Bortolozzi, 2016).

É no território da ESF que acontece o processo de atuação da vigilância em saúde. Nesse espaço geográfico, social e político que a Política Nacional de Vigilância a Saúde acontece, sendo a vigilância em saúde entendida como o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, que visa o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para redução da morbidade e mortalidade e melhoria da saúde (Brasil, 2018a; CDC, 2004).

A vigilância em saúde abrange as ações voltadas para intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção, sendo possível acontecer dentro do um território

adstrito da ESF. A Atenção Primária em saúde é a grande aliada nos processos de vigilância, pois é produtora de indicadores que sinalizam o padrão de saúde, o acesso aos serviços, e amplia a resolutividade dos casos e a diminuição casos de adoecimento e óbitos (Lawinsky, 2012).

A integração da ESF com a Vigilância em Saúde deve ser articulada para identificar problemas, planejar estratégias clínicas e sanitárias, monitorar e avaliar resultados para eliminação das doenças e agravos no território de atuação. As ações de vigilância em saúde são transversais a todas as ações da equipe da ESF, que envolvem desde o olhar sobre o território até a organização de linhas de cuidado, passando pelo entendimento do processo saúde-doença que norteia as consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pelas equipes, portanto, são processos de trabalho partilhados e dialogados (Brasil, 2018).

Este processo de trabalho integrado deve dar atenção especial às doenças transmissíveis, evitando a propagação de doenças na comunidade. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis como doenças cardiovasculares, doenças crônicas respiratórias, diabetes mellitus e as neoplasia, também merecem importância por apresentarem grande magnitude e relevância para morbimortalidade da população (Brasil, 2018b).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) considera a articulação da vigilância em saúde com atenção básica condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população. Além dos profissionais da assistência, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Combate a Endemias (ACE) são atores importantes nesse processo, por atuarem na busca ativa e por meio de notificações das doenças e agravos além de surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, no qual tais ocorrências devem ser consideradas para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território (Brasil, 2017c).

Para a PNAB, as ações de promoção da saúde além de expressar as demandas do território, devem focar alguns temas relevantes para o trabalho da atenção básica como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividade física, enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2017c).

É nessa perspectiva que atenção básica representada especialmente pela ESF é reconhecida como meio condutor para o fortalecimento de práticas que assegurem uma vida saudável e promova o bem-estar das pessoas em todas as idades. O processo de trabalho em saúde no território a partir da vigilância em saúde, possui uma forte ligação com as metas do ODS 3 (Saúde e bem-estar) preconizadas pela ONU na agenda 2030 para fortalecimento do desenvolvimento sustentável.

O ODS 3 possui um conjunto de metas que se relacionam entre si, e se operacionalizam por meio de processos de intervenção e monitoramento da vigilância em saúde, estruturados e desenvolvidos diariamente pela ESF. Segundo Trajman (2018), a proposta mais coerente e acessível para contemplar essas metas é a cobertura universal em saúde, por meio de uma forte rede de atenção primária à saúde.

As estratégias adotadas pela atenção básica para a redução da mortalidade materna por meio da assistência do pré-natal, mortalidade infantil, a realização de testes de HIV, o cuidado de pacientes com AIDS, tuberculose, hepatites e outras doenças transmissíveis, o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, a prática de educação em saúde para o combate das arboviroses, acidentes no trânsito, uso abusivo de álcool e outras drogas, o planejamento familiar e entre outras, vão de encontro as metas propostas pelo ODS, se mostrando alcançáveis (Brasil, 2018).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a prevalência de patologias em indivíduos de 30 a 60 anos atendidos por fisioterapeutas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no Município de Presidente Kennedy/ES, no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2023.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos:

- descrever o perfil sociodemográfico dos usuários do serviço de fisioterapia;
- identificar os benefícios e as dificuldades encontradas para o desenvolvimento desse cuidado em âmbito local;
- identificar as patologias prevalentes nos usuários do serviço de fisioterapia e sua distribuição no território municipal.

5. MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo com um delineamento transversal e retrospectivo, pois investigou as condições socioeconômicas e demográficas, bem como a incidência de patologias tratadas por fisioterapeutas em população específica de idade entre 30 anos e máximo 60 anos, no Município de Presidente Kennedy/ES.

A pesquisa ainda possui uma abordagem quantitativa, por meio de análise de prontuários clínicos de pacientes acompanhados pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), constantes no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Presidente Kennedy.

Visando a compreensão acerca da problemática apresentada, foram incluídos 177 prontuários de pacientes atendidos pelos fisioterapeutas lotados nas 11 Unidades Básicas de Saúde, deste modo, a pesquisa possui um viés quantitativo, pois é direcionada a classificar, ordenar ou medir variáveis, por meio da demonstração de características grupais (Minayo, 2001).

Para a obtenção de dados e conhecimento acerca da realidade, utilizou-se corte transversal retrospectivo, no qual, os dados dos prontuários foram coletados em um período específico, dos últimos seis anos, dos anos de 2018 a 2023.

Assim, a abordagem escolhida se pauta no interesse de analisar, o papel do fisioterapeuta na ESF por meio de sua atuação, perante as demandas e quais as estratégias de promoção e prevenção de saúde são aplicadas, com vista a melhora do paciente.

A pesquisa em questão pretendeu se enveredar também por um viés social, quando investiga a atuação dos profissionais de fisioterapia, e como a atuação destes têm contribuído para a melhoria da saúde da população do Município. Neste prisma, PRATES e PRATES (2009), mostra a importância social do trabalho investigativo ao afirmar:

Não há dúvidas que existem diferentes níveis para a realização de processos investigativos, que seguramente tem na Pós-Graduação seu *locus* especial de aprofundamento, contudo não há como pensar em educação crítica ou trabalho profissional competente, sem processos investigativos, sem uma formação e a introjeção de atitudes investigativas. (Prates e Prates 2009, p.113)

A pesquisa será realizada no município de Presidente Kennedy, localizado no extremo sul do Estado do Espírito Santo, sendo limítrofe com o Estado do Rio de Janeiro.

5.1 TIPO DO ESTUDO

Foi realizado uma pesquisa com método de estudo do tipo transversal retrospectiva a partir da análise de prontuários com recorte temporal retrospectivo com início no mês de janeiro do ano 2018 a dezembro do ano de 2023, para identificar qual patologia de maior prevalência nos pacientes com idade de 30 a 60 anos, que receberam atendimento fisioterapêutico nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), distribuídos no município de Presidente Kennedy/ES.

Autores como Marconi e Lakatos (2002) referem-se à pesquisa retrospectiva como aquela que pode ser desenhada para explorar fatos do passado, e que pode ser delineada para retornar do momento atual até um determinado ponto no passado, tal qual quando se estuda o assunto há vários anos. Para dar suporte ao que será coletado por meio da análise documental e sustentação ao estudo proposto, se realizará revisão bibliográfica, que visa colocar o pesquisador em contato com os principais trabalhos publicados em relação ao tema investigado, fornecer informações relevantes e que contribuam para avançar sobre o conhecimento produzido (Marconi; Lakatos, 2002).

No que se refere à pesquisa documental, Gil (2010) diz que se utilizam de dados existentes, isto é, que já receberam tratamento analítico, ou seja, é baseada em material (artigos científicos e livros) já publicado. Para Vergara (2013, p. 43), a pesquisa documental é “[...] aquela realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza ou com pessoas.”

Ainda como documentos para fundamentar a pesquisa serão dos obtidos por meio de pesquisa nos sites do governo federal, bem como por meio de solicitações a banco de dados das Secretarias Municipais de Saúde.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário da pesquisa foi o município de Presidente Kennedy/ES, que possui 11.658 habitantes, entretanto, comparando aos dados do cadastro municipal, no Sistema Integrado de Gestão de

Serviços de Saúde (SIGSS)², até o final de 2020, a população era de 14.421 habitantes.

Observou-se que o maior número de pessoas está na faixa etária de 20 a 59 anos, pertencendo à fase economicamente ativa e que também demandam de ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde (Semus-PK, 2020).

Figura 1. Divisão Territorial do Município de Presidente Kennedy/ES.



Fonte: Planejamento Estratégico (2018).

Segundo dados do Incaper (2020), o Município de Presidente Kennedy possui em sua extensão territorial na sede, distrito de São José de Jaqueira e mais 49 comunidades rurais, sendo elas: Água Preta, Alegria, Areinha, Bela Vista, Boa Esperança, Bom Jardim, Cabral, Cacimbinha, Caetés, Caju, Campinas, Campo do Limão, Campo Novo, Cancela, Comissão, Criador, Desejo,

2 Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) é um sistema de gestão utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como os demais órgãos municipais e estadual, no qual constam todas as informações relativas ao SUS em âmbito Estadual, ainda funciona como um Sistema de Regulação para atendimentos de demandas externas.

Dois Corações, Duas Barras, Fazendinha, Gromogol, Guarulhos, Lagoa de Fora, Leonel, Liberdade, Marobá, Mineirinho, Monte Belo, Morobá, Muribeca, Pedra Branca, Pedra que Mela, Pesqueiro, Praia das Neves, Rebentão, Rio Preto, Santa Josefa, Santa Lúcia, Santa Maria, Santana Feliz, Santo Eduardo, São Bento, São João do Lago, São Joaquim, São Paulo, São Salvador, Serrote, Siricória e Três Pancadas.

Sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que consiste explicar como uma medida de indicadores: longevidade (IDHM Longevidade); educação (IDHM Educação); e renda (IDHM Renda) do município de Presidente Kennedy/ES – e em 2010, foi de 0.657, considerado como médio (Presidente Kennedy, 2010).

Em virtude dos repasses dos recursos dos *royalties*, o município de Presidente Kennedy/ES está em constante expansão e encontra-se habilitado na gestão plena da Atenção Básica (AB), sendo, atualmente, a cidade com maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, com soma de 583.171,85 (Presidente Kennedy/DIA, 2018).

A Atenção Primária no município, está organizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo preferencial deste nível de atenção no Brasil.

A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais, tais como, um médico, um odontólogo, um fisioterapeuta, um psicólogo, um nutricionista, um farmacêutico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias residentes em uma área geográfica delimitada, portanto cada equipe atende um território adscrito com uma população limitada que varia de 2.000 a 3.500 pessoas, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade (Presidente Kennedy, 2022).

Figura 2. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde no Município de Presidente Kennedy.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2025.

A Atenção Primária, por meio da ESF, é desenvolvida em todo o território do município de Presidente Kennedy, alcançando 100% de cobertura de atendimento, no qual é dividida em seis regiões que dispõem de onze UBS, conforme figura 1.

5.3 AMOSTRA

Compuseram a amostra de estudo, pacientes que receberam atendimento fisioterapêutico com início no mês de janeiro de 2018 há dezembro de 2023, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Presidente Kennedy, durante os anos de 2018 a 2023, com idade de 30 anos a 60 anos. Salienta-se que a população do referido município está distribuída em 26 comunidades rurais, dispondo atualmente de 11 UBS. Destacam-se na Tabela 2 a relação das UBS.

Tabela 02 – Relação das Unidades Básicas de Saúde

| Unidade | Localidade |
|---------|---------------|
| 01 | São Salvador |
| 02 | Sede |
| 03 | Jaqueira |
| 04 | Santo Eduardo |
| 05 | Boa Esperança |
| 06 | São Paulo |
| 07 | Cancelas |
| 08 | Santa Lúcia |
| 09 | Marobá |
| 10 | Gromogol |
| 11 | Mineirinho |

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

5.3.1 Critérios de Inclusão

Serão incluídos na pesquisa os pacientes que receberam atendimento fisioterapêutico com início no mês de janeiro de 2018 a dezembro de 2023, foi delimitado a idade dos pacientes com no mínimo 30 anos e máximo 60 anos que foram atendidos, nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Presidente Kennedy.

5.3.2. Critérios de Exclusão

Como critério de exclusão da pesquisa, serão os pacientes com informações incompletas tais como: CID, idade, sexo, ou que foram atendidos no período estabelecido e que não concluíram o tratamento.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre janeiro do ano 2018 a dezembro do ano de 2023, utilizando relatórios e documentos obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy, tendo ainda utilizados dados que estão disponibilizados pelo Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) da SEMUS/PK, tendo sido respeitados os preceitos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, com base na aprovação do comitê de Ética, parecer nº. 6.798.086, houve ainda a emissão da Carta de Anuência direcionada a Secretária Municipal de Saúde, responsável pela pasta.

Assim, para alcançar os objetivos de avaliar a atuação dos fisioterapeutas na ESF, foram analisados 177 prontuários de pacientes que foram atendidos pelos profissionais de fisioterapia, registrados no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS).

E para acessar os dados no sistema, adotou-se a seguinte sequência: abrir o sistema com login e senha, ir ao menu, relatórios, relatório CID, consultas E-SUS, relatório analítico por unidade de saúde, escolher CBO profissional, adicionar o intervalo de datas (período desejado), clicar em imprimir.

Desta forma, foram utilizadas de múltiplas fontes de evidências. Desse modo, visando responder o primeiro e segundo objetivos específicos foram utilizados dados, relatórios e

documentos obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde em especial ao registrados no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), ao passo que para responder ao terceiro objetivo, múltiplas fontes de evidências foram consultadas, em especial o SIGSS, que forneceu os dados acerca das patologias prevalentes, e após essas informações, buscou-se por meio de dados constantes em Teses e Dissertações disponíveis na base dos periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), estudos que confirmaram os dados identificados na pesquisa. Assim, as produções acadêmicas selecionadas, enquadram-se num recorte temporal de 13 anos (2010 a 2023) relacionados aos seguintes descritores: “fisioterapia” e “ESF.

Sendo assim, para a pesquisa, os dados foram obtidos por meio de revisão bibliográfica, que Segundo Marconi e Lakatos (2002) é um procedimento que versa sobre um apanhado de principais trabalhos realizados, sendo capazes de fornecer informações relevantes relacionados ao tema pesquisado.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio do Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS), para a abordagem quantitativa (descritivo, percentual e numérico) por intermédio dos prontuários, apresentados na forma de estatística descritiva simples, utilizando-se como banco de dados o software Microsoft Office Excel 2010, discriminados por unidade de saúde, CID, sexo, idade e tratamento.

Para a presente pesquisa, foram ainda utilizadas a análise de conteúdo, para uma melhor compreensão sobre a forma de como foram os atendimentos dos profissionais de fisioterapia junto a ESF e, se estão amparados pela Política Nacional de Saúde tendo por resultado a promoção e prevenção da saúde.

O método de análise de conteúdo criado por Bardin, é composto por três etapas, 1) pré análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados. Na primeira etapa referem-se à organização do material por meio dos dados obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde, bem como, coleta de informações junto ao portal da Transparência do Município e demais órgãos governamentais.

A pré-análise teve por finalidade organizar as ideias iniciais e estabelecer os indicadores de interpretação com vista a compreender e se aprofundar sobre os aspectos que envolvem a

atuação dos profissionais de fisioterapia no Município de Presidente Kennedy.

A segunda fase de análise do material consistiu na extração das informações relevantes, sendo realizada por meio da discriminação e a categorização, buscando-se avaliar as seguintes variáveis: sexo, idade, etnia, profissão, localidade, diagnóstico, análise das patologias e as avaliações, número de sessões, objetivos e planos de tratamento, informações constantes no descritivo dos prontuários dos pacientes.

Nesse contexto, entende-se por discriminação, o processo de seleção, abstração e transformação dos dados em unidades de análise definidas, identificando as informações que possam ser significativas para a pesquisa, ao passo que categorização, é o procedimento de classificação das informações, constituindo uma categoria de análise.

Franco (2018, p. 63) destaca que “a criação de categorias é o ponto crucial da análise de conteúdos”. Marconi e Lakatos (2002, p. 131) mencionam que “[...] a seleção e classificação da informação de que se necessita depende da determinação das categorias”, sendo destacado para a presente pesquisa a categoria da matéria, do tipo métodos e técnicas.

No que se refere a terceira fase, que compreendeu o tratamento dos resultados, consistiu em descrever as categorias de análise, ou seja, consistiu em realizar uma análise comparativa e justaposta das diversas categorias existentes, ressaltando os polos de semelhança e diferença, respaldadas no referencial teórico, tais como associar os pacientes por idade, sexo e etnia, logo após associar as patologias por idade, sexo, profissão e localidade, com vista a compreender melhor os aspectos que envolvem os pacientes que foram submetidos aos tratamentos fisioterapêuticos.

Nesse sentido, Franco (2018, p. 36) destaca que “essa metodologia de análise deve ser considerada como uma das dimensões do exercício de compreensão e interpretação a ser enfrentado pelo analista social, uma vez que exclui radicalmente uma análise lógica, formal e objetiva”.

A análise de conteúdo deve ser eficaz, rigorosa e precisa. Trata-se de compreender melhor um discurso (o conteúdo de uma mensagem) e extrair dele os momentos mais importantes e os elementos significativos da mensagem que está no texto tomado para estudo/análise. Deve

basear-se em teorias relevantes que sirvam de marco de explicação para as descobertas do pesquisador (Richardson, 1999).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu aos aspectos éticos inerentes às pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais, determinados na Resolução 466/12 e Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O projeto desta investigação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade EMESCAM, cumprindo as exigências formais dispostas na Resolução N° 510/16, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos, tendo sido aprovado por meio do Parecer n°. 6.798.086.

Assim, seguir os princípios éticos de pesquisa, incluindo a obtenção da carta de anuência, com consentimento da Secretária de Saúde do município, a proteção da confidencialidade das informações e dos dados seguirá a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), instituída pela Lei Federal n° 13.709, de 14 de agosto de 2018, que tem por finalidade estabelecer diretrizes, competências, providências e procedimentos a serem observados por todos os órgãos, visando garantir a proteção de dados pessoais.

Com isso, os dados relativos à amostra populacional, que forem sensíveis, tais como sobre origem racial ou étnica, serão tratados com dados por meio de dado anonimizado, a fim de que não possa ser possível a identificação da pessoa, considerando a utilização de meios técnicos razoáveis, por meio dos qual um dado perde a possibilidade de associação, direta ou indireta, a um indivíduo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem por objetivo analisar aspectos relativos à caracterização e diagnóstico dos pacientes atendidos nas Estratégia de Saúde da Família no município de Presidente Kennedy, tendo como ponto de partida, a caracterização da população no tocante ao gênero, idade, etnia, profissão e localidade, visando analisar o perfil social e demográfico dos habitantes atendidos.

Após, serão abordados aspectos relativos aos diagnósticos dos pacientes, fazendo um paralelo com as características de perfil dos participantes da amostra, realizando ainda a análise discriminada das patologias por localidade, apontando os tratamentos realizados pelos profissionais e o quantitativo de sessões adotadas aos pacientes.

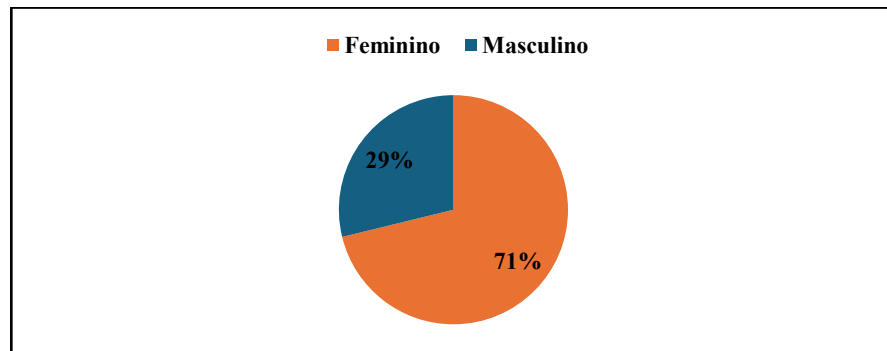
Deste modo, para organizar o estudo, este capítulo está dividido em duas análises: a primeira apontando a caracterização sociodemográfica dos usuários do serviço de fisioterapia, visando entender e compreender aspectos relativos ao gênero, idade, cor e um dos fatores principais, a atuação profissional desses pacientes; a segunda análise pautou-se na indicação da frequência das patologias apresentadas pelos usuários do serviço de fisioterapia e sua distribuição no território municipal, sua correlação a atuação profissional deste, bem como na análise dos tratamentos por diagnóstico, e ao final se tais procedimentos estão previstos pela Política Nacional de Saúde, identificar as estratégias de promoção e prevenção de saúde, aplicadas para essa demanda.

6.1 ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA

Fizeram parte do presente estudo cerca de 177 moradores com idade entre 30 a 60 anos, que foram atendidos nas 11 Unidades de Saúde Básica distribuídas no território do Município de Presidente Kennedy durante os anos de 2018 a 2023, cujos dados foram obtidos por meio da análise dos prontuários de tratamento e dados constantes no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS).

No que se refere ao perfil geral da amostra populacional, conforme Gráfico 4, a maior parte da população é do sexo feminino correspondendo a cerca de 71% da amostra populacional atendida, os dados correspondem ao padrão da população total, pois conforme demonstrado, mais de 50% da população do Município é do sexo feminino.

Gráfico 4. Distribuição da amostra populacional por sexo em percentual.



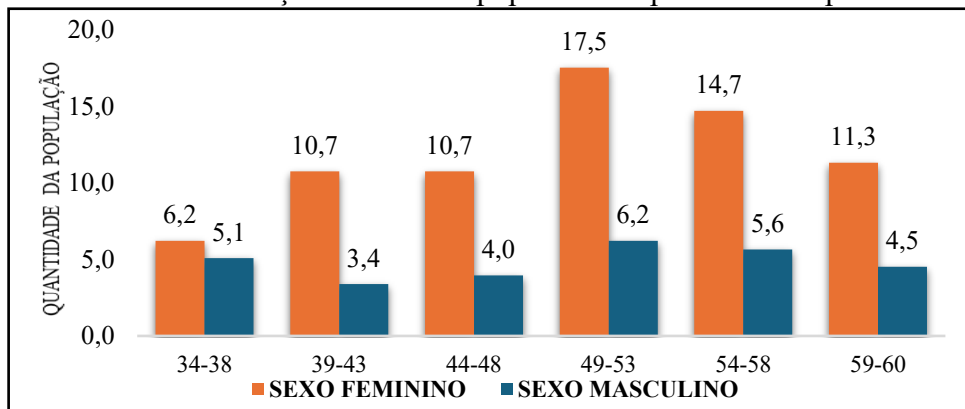
Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Os achados corroboram com o estudo de Jorge et al. (2007), apontaram que a maior demanda de pessoas atendidas por profissionais de fisioterapia nas USF nos municípios do Ceará foi do sexo feminino, bem como, foi atribuído ao gênero feminino a maior responsabilidade, no tocante a procura para atendimentos médicos de seus familiares.

Ribeiro e Soares (2014) em estudo sobre a potencialidade para atuação da fisioterapia, apontou maior índice de potencialidades para receber serviços de fisioterapia está no grupo do sexo feminino, com cerca de 76,3% da amostra ao passo que do sexo masculino representou cerca de 23,7%.

Com a pesquisa, foi possível identificar que dentre a amostra populacional selecionada, o maior índice de atendimentos foi em pessoas de faixa etária de 49 a 53 anos de idade, que totalizam cerca de 42 indivíduos, representando cerca de 23,7% da amostra, seguida de pessoas de faixa etária de 54 a 58 anos, representando 20,3%, e posteriormente 59 a 60 anos representando cerca de 15,8% da amostra, conforme Gráfico 5.

Gráfico 5. Distribuição da amostra populacional por idade em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

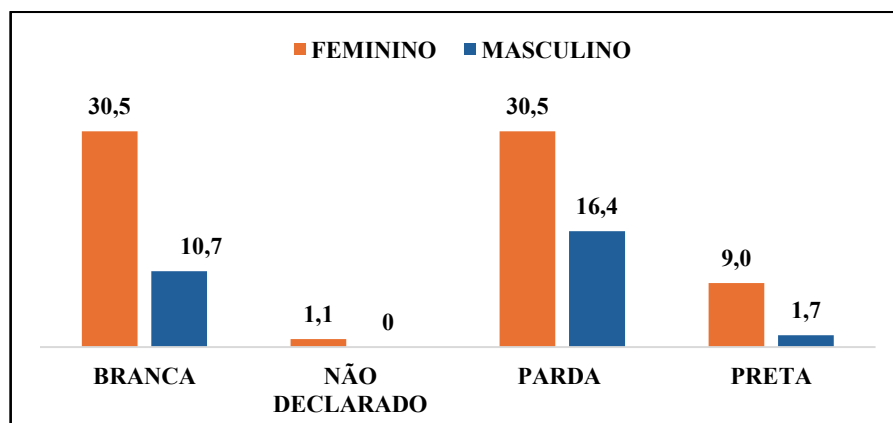
Com isso, evidenciou-se que a maior incidência de pessoas que buscaram por tratamentos fisioterapêuticos no Município de Presidente Kennedy/ES, durante os anos de 2018 a 2023, foram pessoas com idade entre 49 a 53 anos, e de um modo geral, as pessoas com idade entre 34 a 60 anos apresentaram a necessidade de realizem procedimento e atendimento fisioterapêutico, demonstrando que, a população economicamente ativa está sendo submetida a tratamento fisioterapêutico.

Estudo de Silva *et al* (2019), sobre atendimento fisioterapêutico apontaram que em indivíduos com idade entre 50 a 59, apresentaram lesões crônicas decorrentes de atividades laborais ou hábitos adotados ao longo da vida, ao passo que a faixa etária de 50 a 60 anos, apresentou dores no ombro, no quadril, relacionadas às artropatias.

Dantas et al (2014), em estudo que visou realizar um levantamento do perfil clínico dos pacientes com lesões musculoesqueléticas, por meio de um levantamento de dados extraídos dos prontuários clínicos dos pacientes atendidos em um centro público de reabilitação fisioterapêutico na cidade de São Francisco do Conde, na Bahia, apontou que com relação à idade dos pacientes, observou-se que 70,7% das lesões ortopédicas, foram em indivíduos de idade entre 18 a 60 anos.

Ainda houve a predominância da população com etnia Parda, com o total de 83 pacientes, correspondendo a 46,9% da população, seguida das pessoas brancas, com o total de 73, correspondendo a 41,2% da população, e pretas com 19, correspondendo a 10,7% da população e ainda dois dos pacientes atendidos não declararam, conforme Gráfico 6.

Gráfico 6. Distribuição da amostra populacional por sexo e etnia em percentual.

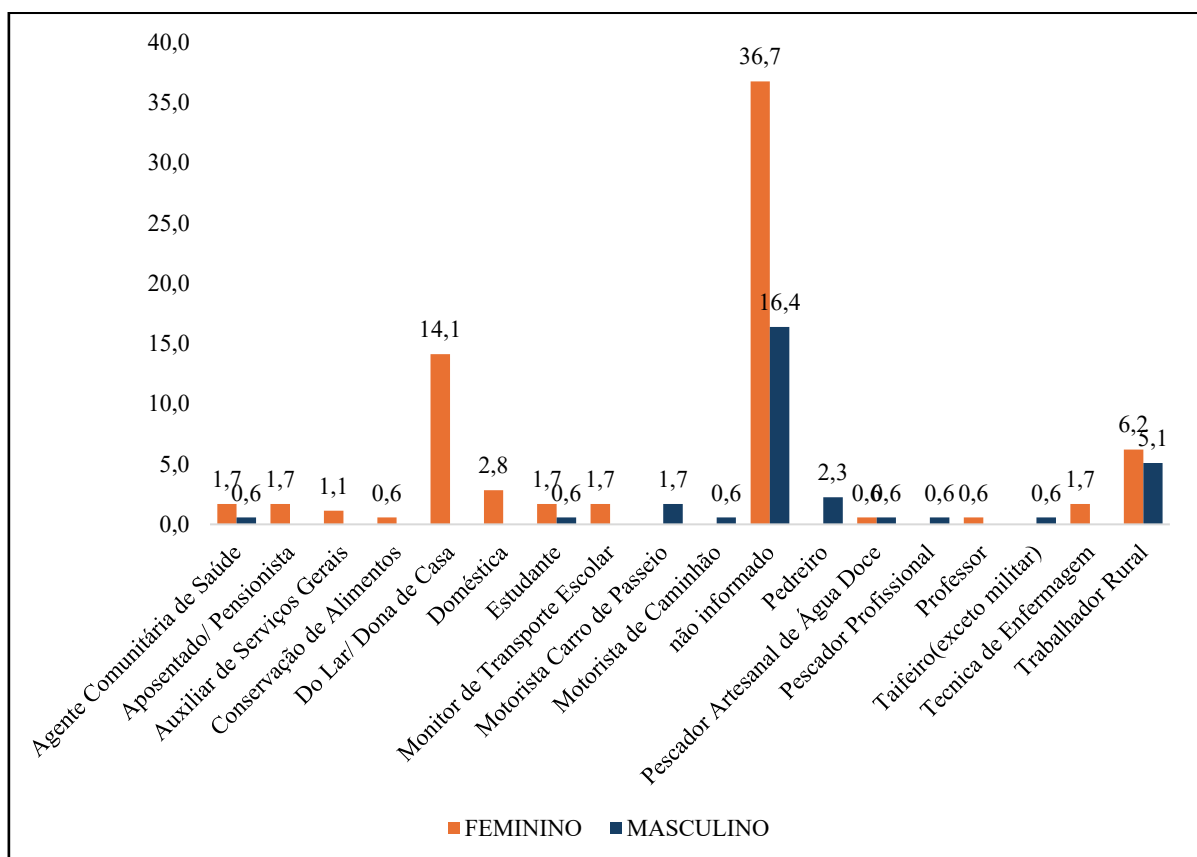


Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Não obstante aos dados apresentados, visando compreender melhor o perfil da amostra populacional, é possível constatar que a distribuição da população por sexo e idade, corrobora aos dados já apresentados, no qual o maior índice de pessoas é do sexo feminino, com idade entre 49 a 53 anos, conforme Gráfico 4.

Com isso, após análise dos dados relativos a características de cada usuário, passa-se demonstrar dados acerca da profissão dos participantes da pesquisa, por gênero e idade, conforme Gráfico 7.

Gráfico 7. Distribuição da amostra populacional por sexo e idade e profissão em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Do que se observa, o maior índice de pessoas que realizaram os tratamentos fisioterapêuticos, não informou as profissões que exercem, correspondendo ao quantitativo de 94 pacientes, sendo 65 do sexo feminino, ou 36,7% e 29 do sexo masculino, ou 16,4%. Ocorre que, em razão da ausência de informações acerca da profissão, para esses pacientes restou uma limitação da

análise acerca da correlação entre as atuações profissionais desses pacientes e as patologias apresentadas, todavia, diante da situação encontrada, cabe discorrer sobre uma inconsistência nos procedimentos administrativos relativos ao preenchimento dos formulários de atendimento, ressaltando que essas informações são registradas pelo corpo administrativo de cada Unidade de Saúde.

Destaca-se que, quanto a ausência de informações, os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde, inicialmente são realizados com o preenchimento das fichas/prontuários no sistema por outros profissionais além do Médico e Fisioterapeuta, cabendo aos médicos inserir no sistema o diagnóstico e o encaminhamento para o atendimento fisioterapêutico, e cabe aos profissionais de Fisioterapeuta avaliar o paciente e traçar o plano de tratamento e suas respectivas condutas. Com isso, as ausências de informações quanto às profissões, as avaliações, o objetivo, o plano de tratamento, as seções e o resultado, para a presente pesquisa, comprometeram a análise acerca da correlação entre os fatores e as patologias dos pacientes.

Analisando o Gráfico 7, pode-se constatar que a maior prevalência de tratamento está nas pessoas que declaram a atuação de Dona de Casa, correspondendo a 25 pessoas, equivalente a 14,1 %, seguida daqueles que declararam ser trabalhadores rurais, sendo 11 pacientes do sexo feminino equivalente a 6,2 % e 9 pacientes do sexo masculino, equivalente a 5,1%.

Frente aos dados apresentados, é possível constatar que o maior índice de atendimentos está entre aqueles que exercem ou dependem da utilização da força física para realizar suas atividades laborais.

Nesse sentido, Dantas *et al.* (2014) ao realizar um levantamento do perfil clínico dos pacientes com lesões musculoesqueléticas, por meio de análise de prontuários clínicos, apontou que cerca de 67,6% dos pacientes eram de indivíduos do sexo feminino, e a maioria dos pacientes que procuraram o serviço de fisioterapia foram domésticas, representando cerca de 22,4% da população, o que revela consonância a presente pesquisa, uma vez que, conforme Gráficos 05 e 07, a maior prevalência de atendimentos foram em mulheres, sendo 5 domésticas e 25 Donas de Casa, o que representa cerca de 16,75% do total da amostra, cabendo destacar que o número pode ser maior, devido ao fato de que em 94 prontuários, não consta as profissões.

Ainda é destacado o entendimento de Minayo (2009) acerca da correlação entre saúde e

profissão, no qual afirma que, não é possível entender o que é saúde e o que é doença para o trabalhador rural, sem considerar o trabalho que é realizado na lavoura, sob o sol, sob a chuva, em meio a várias circunstância e preocupações, e ainda com a utilização de agrotóxicos.

Com isso, o que se pretende é que a fisioterapia contribua com a saúde do trabalhador, e juntamente com outros profissionais, possam minimizar o processo de patologias incidentes nos trabalhadores rurais.

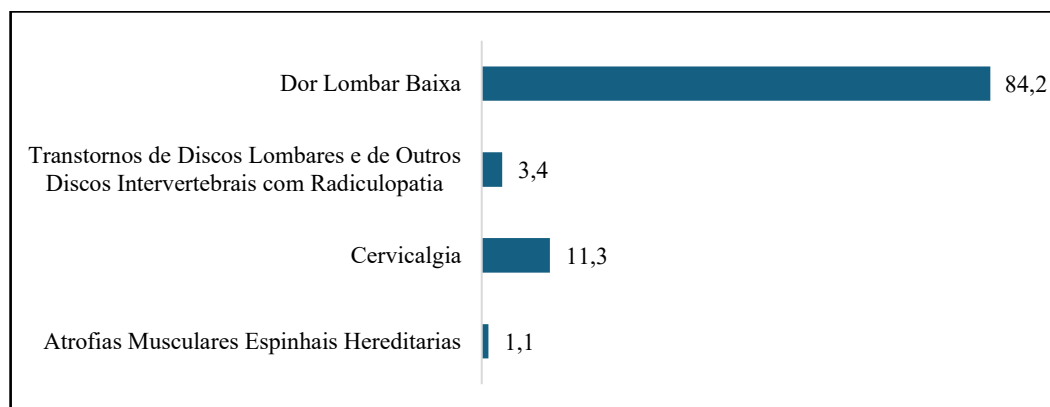
6.2. DA ANÁLISE ACERCA DAS PATOLOGIAS E DOS TRATAMENTOS

Diante dos dados apresentados no item anterior, passa-se a análise das patologias e diagnósticos dos usuários do serviço de fisioterapia do Município de Presidente Kennedy/ES, sua distribuição no território municipal, a correlação das patologias e diagnósticos com a atuação profissional deste, bem como na análise dos tratamentos por diagnóstico, e ao final se tais procedimentos estão previstos pela Política Nacional de Saúde, identificar as estratégias de promoção e prevenção de saúde, aplicadas para esta demanda.

6.2.1. Análise das patologias, e a relação com as profissões e locais onde os pacientes residem

Desta forma, iniciamos nossa análise, passando a discorrer acerca dos diagnósticos dos pacientes atendidos pelo serviço de fisioterapia do Município de Presidente Kennedy/ES, conforme Gráfico 8.

Gráfico 8. Distribuição da amostra populacional por diagnóstico de Patologia em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025

Como se constata, cerca de 84,2% da população atendida, foi diagnosticada com dor lombar,

seguida de 11,3% da população diagnosticada com Cervicalgia, e 3,4% da população diagnosticada com Transtornos de Discos Lombares Baixa e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia e 1,1% da população com Atrofias Musculares espinhais Hereditárias.

O índice apresentado está em consonância ao estudo de Karloh et al. (2015) sobre a prevalência de distúrbios traumato-ortopédicos, em atendimentos no serviço de fisioterapia em uma prefeitura no Sistema Único de Saúde, onde foi possível observar que na amostra de 444 indivíduos que foram atendidos, os principais locais do corpo que necessitaram de tratamento fisioterapêutico foram joelho, ombro, coluna, quadril, mão e cotovelo.

Ainda se destaca, o estudo de Ribeiro e Soares (2014) que também reforçam os dados apresentados, pois indicaram que dentre as 629 famílias investigadas, cerca de 54,4% necessitaram de atendimento decorrente da patologias traumato-ortopédicas.

Com isso, de acordo com a Classificação Internacional de Comprometimentos, Incapacidades e Deficiências da Organização Mundial de Saúde (2008), Dor Lombar Baixa é a sensação desagradável sentida em um ou em ambos os membros inferiores, incluindo os pés, que indica lesão potencial ou real de alguma estrutura do corpo. E a Classificação Internacional de Doenças³ (CID – M54.5), classifica a Dor Lombar Baixa como lombalgia, e considera como uma anormalidade ou perda estrutural da coluna lombar de origem psicológica, fisiológica, anatômica ou deficiência, que impede ou limita o desempenho de atividades físicas.

Cabe ainda destacar que em 2022 houve a atualização da Classificação Internacional de Doenças CID 10 para CID 11, no qual o código da Dor Lombar é o ME84.2 que dentre os termos correspondentes, consta o Dor Lombar Baixa, sendo definida como dor e desconforto, localizada abaixo do rebordo costal e acima das pregas glúteas inferiores, com ou sem dor nas pernas (OMS, 2024).

Lima *et al* (2024) aponta como causa da patologia, a realização de movimentos decorrentes de posturas incorretas dos indivíduos, com isso os músculos na tentativa de manter o corpo em

3 A Classificação Internacional de Doenças é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo um registro estatístico que reúne e organiza doenças e sintomas, com a finalidade de padronizar a nomenclatura e criar códigos para as enfermidades, cuja atualização ocorreu em 2022, alterando de CID 10 para CID 11, <https://www.who.int/news/item/08-02-2024-icd-11-2024-release>.

equilíbrio tendem a compensar com posturas inadequadas, ocasionando tensão excessiva, fadiga muscular e processos inflamatórios.

A Cervicalgia (síndrome dolorosa na região cervical), cujo Classificação Internacional de Doenças é o CID M54.2, caracterizada por dor e limitação na amplitude de movimento da região cervical, que causa desde pequenos desconfortos até dores intensas ou, até mesmo, incapacitantes (Cassidy; Côté, 2008).

No CID 11, a patologia possui o código ME84.0, sendo entendida como condição geralmente caracterizada por dor ou desconforto na região do pescoço e pode ser causada por vários problemas na coluna vertebral (OMS, 2024). Trata-se de um problema de saúde pública no mundo inteiro, e, como tal, tem crescido nos últimos anos, sendo uma das maiores causas de incapacidade musculoesquelética (OMS, 2024). Pode ser uma característica de praticamente todos os distúrbios e doenças que ocorrem acima da escápula (OMS, 2024).

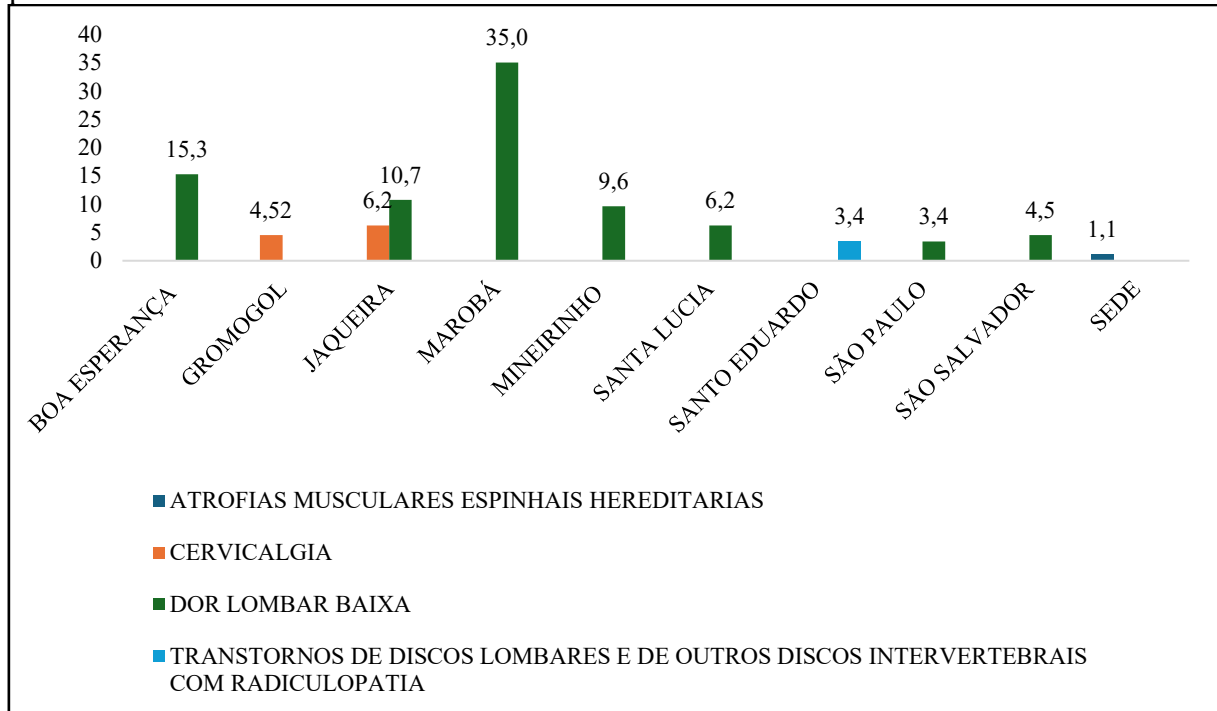
Transtornos de Discos Lombares Baixa e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia, Classificação Internacional de Doenças e o CID M51.1, considerado como dores lombares associadas a uma compressão ou irritação dos nervos espinhais, também chamada de radiculopatia lombar, e o CID 11, apresenta-se seguinte descrição, Transtornos de disco intervertebral lombar e de outras localizações com radiculopatia, cujo código é 8B93.Y.

Atrofias Musculares Espinhais Hereditárias, CID-10 G12.1, considerada como grupo de doenças genéticas que afeta os neurônios motores da medula espinhal, causando atrofia muscular e fraqueza progressiva, e cujo CID 11, código 8B61, sendo considerada uma doença progressiva com perda de células do corno anterior, levando à fraqueza e perda muscular. AME (Atrofia Muscular Espinhal) é um transtorno autossômico recessivo ligado ao cromossomo 5q13 e é causado pela deleção ou mutação do gene SMN 1 (neurônio motor espinal 1) (OMS, 2024).

Lima e Silva (2024) afirmam que Atrofias Musculares Espinhais são desordens genéticas que afetam o neurônio motor espinhal, destacando ainda que existem diferentes formas de atrofias musculares espinhais e que estão associadas a numerosas mutações genéticas e significativa variabilidade fenotípica.

Desta forma, ainda se opta por associar os diagnósticos da Patologia dos pacientes e relacioná-los a localidade onde residem, conforme Gráfico 9.

Gráfico 9. Distribuição da amostra populacional por Patologia e localidade onde residem em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

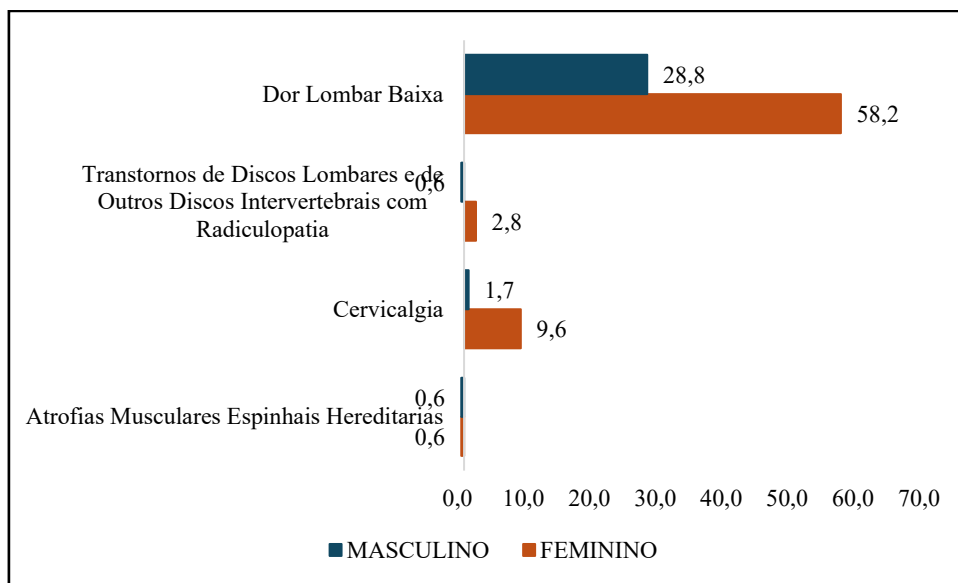
Do que se constata por meio dos dados constantes no Gráfico 9, a incidência de pacientes diagnosticados com a Patologia de Dores Lombares Baixa está concentrada entre as localidades de Boa Esperança com 27 pacientes, representando cerca de 15,3% , na localidade de Jaqueira com 19 pacientes, representando cerca de 10,7%, e na localidade de Marobá com 61 pacientes, representando cerca de 35%, ainda destaca-se a localidade de Mineirinho com 17 pacientes, representando cerca de 9,6 %, Santa Lucia com 11 pacientes, representando cerca de 6,2 %, São Paulo com seis pacientes, representando cerca de 3,5 %, e São Salvador com oito pacientes, representando cerca de 4,5%.

Os pacientes diagnosticados com a Patologia de Cervicalgia foram identificados nas localidades de Gromogol com oito pacientes, representando cerca de 4,5%, e Jaqueira com 11 pacientes, representando cerca de 6,2%. Já os pacientes diagnosticados com Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia ficaram concentrados na localidade de Santo Eduardo com oito pacientes, representando cerca de 3,4%, e por fim, os

dois pacientes diagnosticados com a Patologia de Atrofias Musculares espinhais Hereditárias, concentraram-se na sede do Município, representando cerca de 1,1%.

Nesse viés, ainda se opta por correlacionar os diagnósticos da Patologia dos pacientes com o sexo, visando identificar em qual gênero ocorre a maior incidência das patologias, objeto desta análise, conforme Gráfico 10.

Gráfico 10. Distribuição da amostra populacional por Patologia e idade em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Conforme se constata no Gráfico 10, a maior incidência de patologias está dentre as pessoas do sexo feminino, do qual pode-se destacar que o predomínio do atendimento fisioterapêutico às mulheres está atrelado a diversos fatores, conforme já discorrido.

Ainda no intuito de melhor compreender as características da população de cada localidade, optou-se por tabelar as Patologias por faixa etária, conforme Tabela 02, 03 e 04. A tabela 03 representa o quantitativo de pacientes diagnosticados com a Patologia de Dores Lombares Baixa, distribuídos por localidade e com a indicação da faixa etária correspondente.

Tabela 3. Distribuição de pacientes com Dores Lombares Baixa pela localidade onde residem e idade dos pacientes em percentual.

| IDADE | DOR LOMBAR BAIXA | | | | | | | TOTAL | % |
|--------------|------------------|---------------|-----------|-----------|-------------|--------------|-----------|------------|--------------|
| | MINEIRINHO | BOA ESPERANÇA | MAROBÁ | SÃO PAULO | SANTA LÚCIA | SÃO SALVADOR | AQUEIRA | | |
| 34 | | | 2 | | | | | 2 | 1,3 |
| 35 | | 1 | 2 | | | | | 3 | 2,0 |
| 36 | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | 4 | 2,7 |
| 37 | 1 | 1 | 2 | 1 | | | | 5 | 3,4 |
| 38 | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | 4 | 2,7 |
| 39 | 1 | | 1 | | | | | 2 | 1,3 |
| 40 | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 4 | 2,7 |
| 41 | | | 2 | | | 1 | 1 | 4 | 2,7 |
| 42 | 2 | 1 | 4 | | | | | 7 | 4,7 |
| 43 | | 1 | 1 | | 1 | | | 3 | 2,0 |
| 44 | | 2 | 3 | | | 1 | | 6 | 4,0 |
| 45 | | 2 | 2 | | | | 2 | 6 | 4,0 |
| 46 | | | 2 | | | 1 | | 3 | 2,0 |
| 47 | | | 2 | | | | 1 | 3 | 2,0 |
| 48 | | | 3 | | | | 1 | 4 | 2,7 |
| 49 | 3 | 2 | 1 | | | | 1 | 7 | 4,7 |
| 50 | 2 | | 2 | 1 | 2 | 1 | | 8 | 5,4 |
| 51 | | 2 | 3 | | 1 | | 1 | 7 | 4,7 |
| 52 | | 3 | | | 1 | 2 | | 6 | 4,0 |
| 53 | 3 | 2 | 5 | 1 | 1 | | | 12 | 8,1 |
| 54 | | 2 | 1 | | | | 1 | 4 | 2,7 |
| 55 | 1 | | 4 | | | | 1 | 6 | 4,0 |
| 56 | 1 | | 1 | | | | 2 | 4 | 2,7 |
| 57 | | 2 | 4 | 1 | 1 | | 3 | 11 | 7,4 |
| 58 | | 1 | 5 | | 1 | | 1 | 8 | 5,4 |
| 59 | 1 | | 3 | | 1 | | 1 | 6 | 4,0 |
| 60 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | | 10 | 6,7 |
| TOTAL | 17 | 27 | 61 | 6 | 11 | 8 | 19 | 149 | 100,0 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Do que se extrai dos dados da Tabela 03, para a Patologia de Dor Lombar Baixa, dentre o total de 149 pacientes, identificou-se a incidência da patologia mais acentuada na população com idade entre 50 a 60 anos, com destaque para as pessoas com 53 anos, do qual apresentaram-se com 12 pacientes, sendo ainda 11 pacientes com idade de 57 e 10 pacientes com idade de 60 anos.

Estudos de Ribeiro e Soares (2014) identificaram que a maior necessidade de fisioterapia nos adultos por estarem em idade produtiva, têm mais probabilidade de agravos por causas laborais externas.

Os dados estão em consonância ao estudo de Santos (2014) que por meio de um levantamento do perfil clínico de 679 pacientes com lesões musculoesqueléticas, por meio de dados extraídos dos prontuários clínicos dos pacientes, identificou que cerca de 70,7% dos indivíduos atendidos,

era entre 18 a 60 anos de idade.

Importante destacar acerca da Tabela 03, que, a patologia de Dor Lombar Baixa, foi identificada em pacientes em sete Unidades Básicas de Saúde, distribuídas no Município. Sendo a patologia com maiores índices de atendimento, distribuída entre aos pacientes com idade de 34 a 60 anos.

A tabela 04 representa o quantitativo de pacientes diagnosticados com a Patologia de Cervicalgia, distribuídos por localidade e com a indicação da faixa etária correspondente.

Tabela 04. Distribuição de pacientes com Cervicalgia pela localidade onde residem e idade dos pacientes em percentual.

| CERVICALGIA | | | | |
|--------------|----------|----------|-------|-------|
| IDADE | JAQUEIRA | GROMOGOL | TOTAL | % |
| 43 | 2 | 1 | 3 | 15 |
| 44 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 45 | | | 0 | 0 |
| 46 | 1 | | 1 | 5 |
| 47 | | | 0 | 0 |
| 48 | | | 0 | 0 |
| 49 | | | 0 | 0 |
| 50 | 2 | 1 | 3 | 15 |
| 51 | | | 0 | 0 |
| 52 | | | 0 | 0 |
| 53 | | | 0 | 0 |
| 54 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 55 | | | 0 | 0 |
| 56 | | | 0 | 0 |
| 57 | | | 0 | 0 |
| 58 | | | 0 | 0 |
| 59 | 1 | 1 | 2 | 10 |
| 60 | 4 | 3 | 7 | 35 |
| TOTAL | 12 | 8 | 20 | 100,0 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Do que se extrai da Tabela 04, a incidência de tratamento de pacientes com Cervicalgia foram em duas localidades, Jaqueira e Gromogol, e que tanto na localidade de Jaqueira quanto na localidade de Gromogol, a patologia foi incidente nas mesmas faixas etárias, sendo mais acentuada em termos de quantitativo na localidade de Jaqueira, e com um acréscimo para um paciente com a faixa etária de 46 anos e residente nessa localidade. Sendo ainda possível destacar que a incidência está nas pessoas com idade acima de 43 anos.

Corroborando os dados apresentados, Borges et. al. (2013) em estudo que visou analisar a efetividade do tratamento fisioterapêutico no paciente com dor crônica cervical, identificou que a idade mínima dos pacientes foi de 43 anos e a máxima de 83 anos, com média de idade de

61,3 anos.

Tabela 05. Distribuição de pacientes com as patologias pela localidade onde residem e idade dos pacientes em percentual.

| IDADE | ATROFIAS MUSCULARES ESPINHAIS HEREDITÁRIAS | | TRANSTORNOS DE DISCOS LOMBARES E DE OUTROS DISCOS INTERVERTEBRAIS COM RADICULOPATIA | |
|--------------|--|----|---|---------------|
| | SEDE | % | SANTO EDUARDO | % |
| 35 | | | 1 | 16,7 |
| 37 | | | 1 | 16,7 |
| 39 | | | 1 | 16,7 |
| 43 | | | 1 | 16,7 |
| 48 | 1 | 50 | | |
| 52 | 1 | 50 | | |
| 57 | | | 1 | 16,7 |
| 60 | | | 1 | 16,7 |
| TOTAL | 2 | | 6 | 100,00 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Já na tabela 05, pelo reduzido número de pacientes atendidos, optou-se por fazer de forma conjunta a correlação dos pacientes diagnosticados com a Patologia de Atrofias Musculares espinhais Hereditárias e Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia, distribuídos por localidade e com a indicação da faixa etária correspondente.

Do que se extrai da Tabela 5, os pacientes com Atrofias Musculares espinhais Hereditárias concentrou-se na Sede, com idade entre 48 a 52 anos, ao passo que os pacientes com Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia, concentraram-se na localidade de Santo Eduardo, e a incidência da patologia foi em pacientes com idade acima de 35 anos.

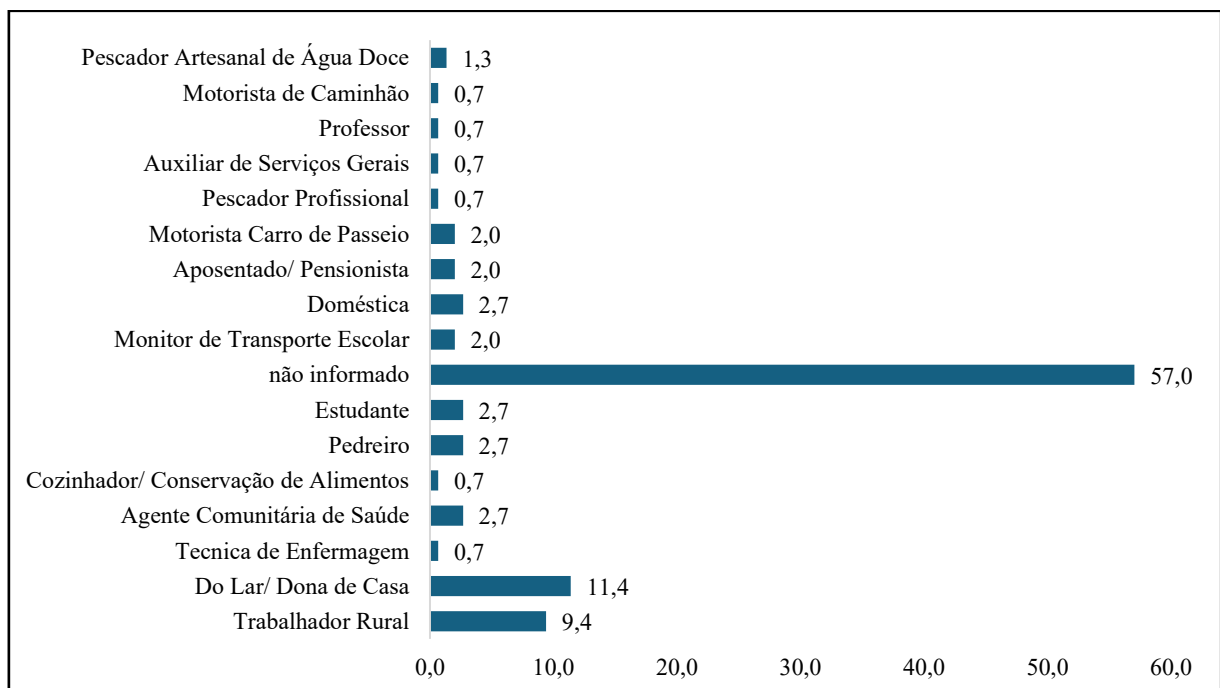
Com isso, após análise das tabelas 03, 04 e 05, a maior distribuição de idades entre os pacientes, foi relativa a patologia de Dores Lombares Baixa, abrangendo os pacientes entre 34 a 60 anos e em grande parte das Unidades de Saúde distribuídas nas localidades do Município, já no que tange a Cervicalgia, esta patologia apresentou-se pacientes de apenas em duas localidades

específicas, e compreendeu pacientes de 43 a 60 anos, Patologia de Atrofias Musculares espinhais Hereditárias apresentou-se apenas em dois pacientes com idade de 48 e 52 anos em pacientes atendidos na Unidade de Saúde da Sede do Município, e por fim, a patologia de Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia apresentou-se em apenas seis pacientes atendidos em uma Unidade de Saúde.

Ainda, a fim de obter mais informações relativas aos diagnósticos dos pacientes, relacionamos os diagnósticos com a atuação de cada um, conforme a profissão declarada no prontuário de atendimento. E para tal procedimento, optou-se por relacionar os diagnósticos de forma individualizada, a fim de uma melhor divisão, e correlação entre os diagnósticos e a atuações profissionais dos pacientes atendidos, conforme Gráficos 11, 12, 13 e 14.

Com isso, na primeira análise, buscou-se identificar a distribuição dos diagnósticos de Dores Lombares Baixa com referência as profissões dos pacientes declaradas nos prontuários de atendimentos, conforme Gráficos 11.

Gráfico 11. Identificação do Diagnóstico dos Pacientes com Dor Lombar e profissão em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Como se pode observar no Gráfico 11, dos 149 pacientes diagnosticados com dores lombares, a maior incidência de pacientes, são aqueles que não declaram a profissão, representando cerca

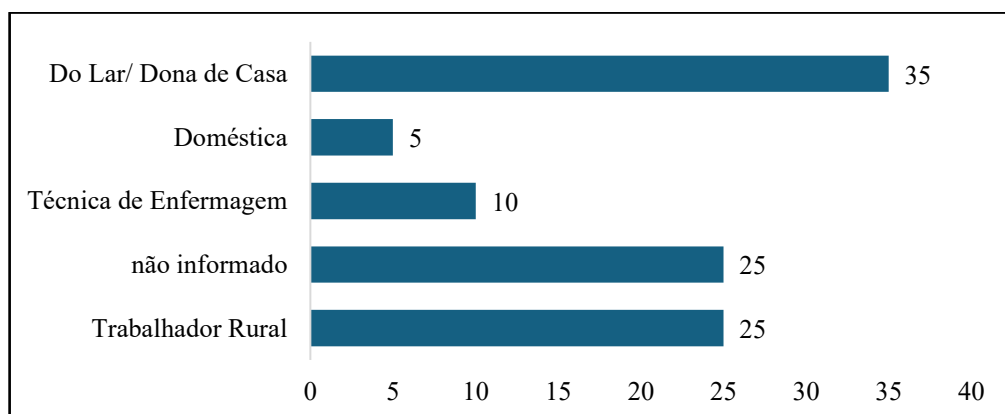
de 57,0 % da amostra, o que limita esta análise acerca dos possíveis fatores que possam desencadear a patologia.

Todavia, ainda é possível constar no Gráfico 11, que as profissões/atuções de donas de casa e de trabalhadores rurais, também possuem grande incidência do diagnóstico, representando cerca de 11,4 % da amostra de pacientes, e para tal, destaca-se que ambas as atuações, requerem certo esforço físico dos pacientes, o que pode contribuir para a incidência das dores. Tais dados confirma o estudo de Lima et al. (2024) sobre a abordagem fisioterapêutica no tratamento de lombalgia, destacou que a paciente em tratamento, uma mulher de 52 anos, sempre trabalhou com serviços gerais, e que desde os 39 anos, sempre sentiu dores lombares.

O mesmo foi identificado por Mendes et al. (2006) em seu estudo constatou a relação do ambiente de trabalho das donas de casa (domésticas) da cidade de Maringá, no Paraná, no que se refere a ergonomia da bancada da pia, da mesa de passar roupa e da altura do tanque, no qual 77,0% apresentavam dores, sendo que a segunda região mais citada foi a coluna cervical (44,0%, no total de 34 mulheres), sendo seguida apenas por dores que acometeram a coluna lombar (54,8%, no total de 42 mulheres).

Passa-se então para a análise das profissões declaradas, e sua relação com o diagnóstico de Cervicalgia, conforme Gráfico 12.

Gráfico 12. Relação do Diagnóstico dos Pacientes com Cervicalgia e profissão em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

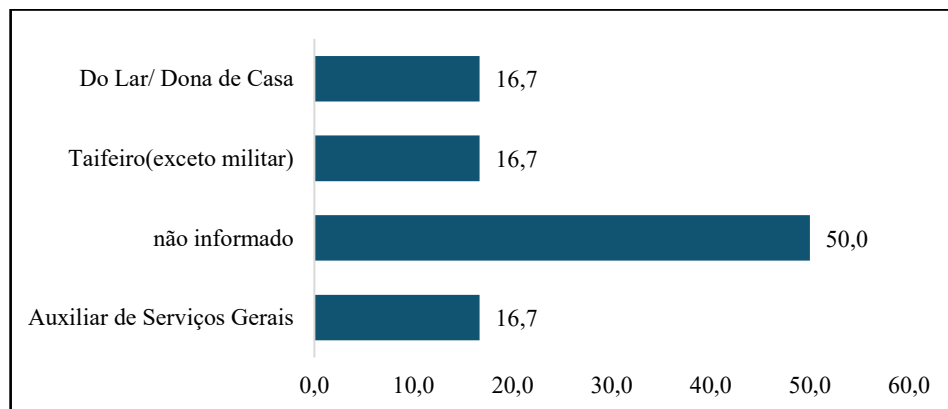
Do que se comprova por meio do Gráfico 12, dos 20 pacientes diagnosticados com Cervicalgia, a maior incidência deste diagnóstico foi em pacientes que exerceram a atuação de Dona de Casa, representando cerca de 35% da amostra de pacientes diagnosticados, seguida da atuação

de Trabalhador Rural com o total de 25% dos pacientes.

Borges et al. (2013) afirma que a cervicalgia crônica é uma síndrome cuja característica são dor e limitação de movimento da região cervical, que pode causar pequenos desconfortos a dores intensas ou, até mesmo, incapacitantes, acomete 30% da população adulta em alguma fase da vida, e a maior incidência é no sexo feminino.

Ainda, relaciona-se o diagnóstico de Transtornos de Discos Lombares e de Outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia com a atuação dos pacientes, conforme Gráfico 13.

Gráfico 13. Relação do Diagnóstico dos Pacientes com Transtornos de Discos Lombares e de Outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia e profissão em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Assim, foi identificado ao analisar o Gráfico 13, que dentre os seis pacientes diagnosticados com a patologia, a maior incidência foi para aqueles que não informaram sua atuação, o que limita esta análise acerca dos possíveis fatores que possam desencadear a patologia, seguida de um paciente que atuava como Dona de Casa, um como Taifeiro e um como Auxiliar de Serviços Gerais.

Destaca-se que não houve a relação do diagnóstico de Atrofias Musculares Espinhais Hereditárias com a atuação dos pacientes, uma vez que nos prontuários analisados, não constaram as profissões dos pacientes, o que limitou esta análise.

Conforme dados nos prontuários dos pacientes com Atrofias Musculares Espinhais Hereditárias, a incidência é em dois pacientes, porém que não informaram sua atuação, pois tais informações não constaram no prontuário dos pacientes. Mas estudos apontam que essa

patologia é doença neurodegenerativa com herança genética autossômica recessiva, e em razão, em muitos casos, os pacientes não realizam qualquer atividade laboral durante sua vida, pois ainda quando crianças a patologia se manifesta.

Nesse sentido, destaca-se o entendimento de Russman (2007) que por meio de estudo afirma que, a AME se desenvolve após os 10 anos de idade, e Wang et al. (2007) relata que o início da fraqueza muscular ocorre por volta dos 30 anos. O prejuízo motor é suave e não ocorrem problemas de deglutição ou respiratórios. Souza e Campos (2023) afirmam que em razão do tipo da patologia, na sua forma mais grave, se manifesta do indivíduo até os seis meses de vida.

6.2.2. Análise das patologias e as avaliações realizadas pela equipe de profissionais de fisioterapia do Município de Presidente Kennedy/ES

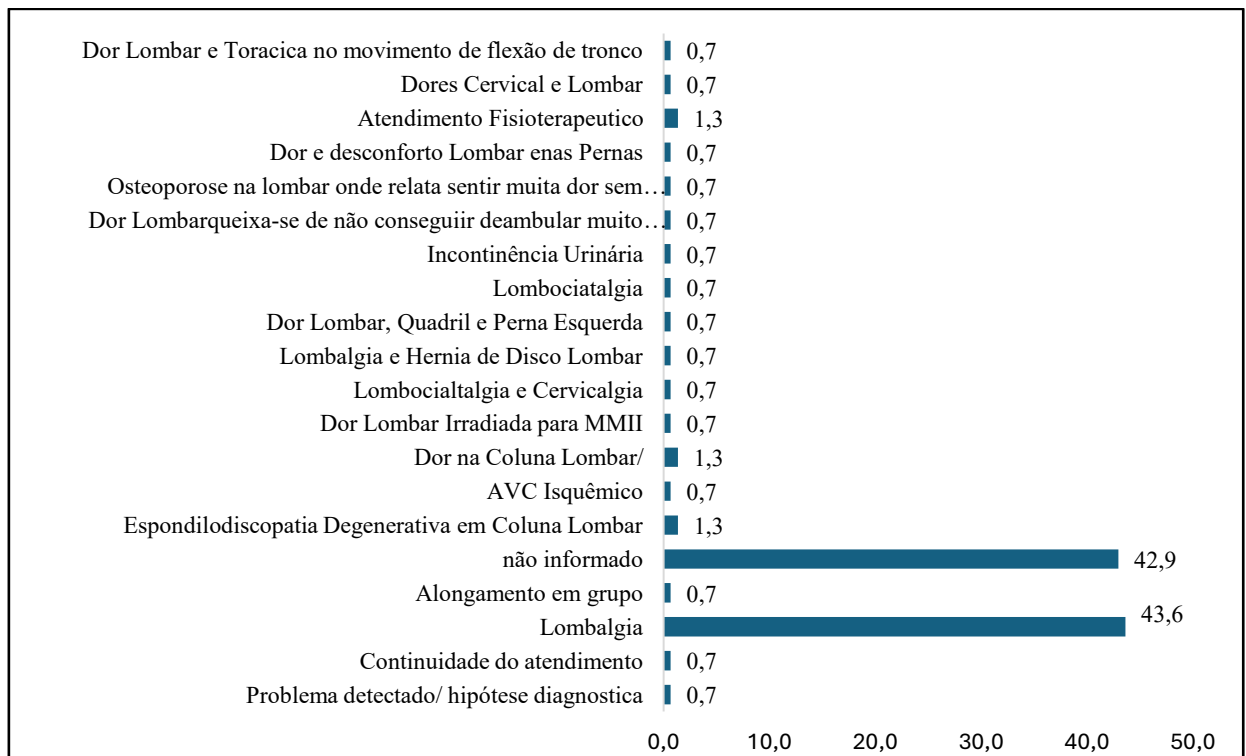
Deste modo, após a discriminação dos diagnósticos das Patologias e relacioná-los com a localidade e atuação profissional, passa-se a considerar as avaliações realizadas pela equipe de profissionais de fisioterapia do Município de Presidente Kennedy/ES, e para tal, serão apresentadas as avaliações por grupo de patologia já identificada, conforme Gráficos 15, 16, 17 e 18.

Bim et al. (2021) destacam que a avaliação realizada no atendimento individual dos pacientes é uma das atividades que compõem o processo de trabalho do fisioterapeuta, que precisa estar apto a realizar triagem clínica de primeiro contato na APS.

Insta destacar que o procedimento de identificação, quanto a idade, sexo, profissão que constam no Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS) foram inseridos pelos profissionais de nível médio que compõe o quadro de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, no momento dos atendimentos iniciais ou cadastro dos pacientes no referido sistema, ao passo que as informações sobre: avaliações, objetivo, plano de tratamento, sessões e resultados são de competência dos profissionais de Fisioterapia de cada Unidade Básica de Saúde, conforme dados e informações obtidas junto aos profissionais, no momento da anamnese.

Com isso, inicia-se a análise pela Patologia de Dor Lombar Baixa, no qual assim restaram as seguintes avaliações para os pacientes, conforme Gráfico 14.

Gráfico 14. Avaliações Fisioterapêuticas dos pacientes que foram diagnosticados com a Patologia de Dor Lombar Baixa em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Conforme Gráfico 14, dos 149 pacientes diagnosticados com a Patologia de Dor Lombar Baixa, identificou-se que nos prontuários de 63 pacientes, cerca de 43% da amostra de pacientes, não restou identificada a avaliação, o que limitou a análise. Silva *et al* (2017) destacam que a fragilidade nos registros e na execução do planejamento sistematizado realizado, principalmente no monitoramento e avaliação das ações, compromete a organização e resolutividade das ações.

Com isso, a maior incidência nas avaliações dos pacientes que foram diagnosticados com Dor Lombar Baixa, foi para a Lombalgia, com 65 pacientes, cerca de 43,6% da amostra de pacientes.

Ainda foram apresentados no Gráfico 14 as seguintes avaliações fisioterapêuticas para os pacientes que apresentaram diagnóstico de Dor Lombar Baixa, dois pacientes com Espondilodiscopatia Degenerativa em Coluna, e um paciente com AVC Isquêmico, um paciente com Dor na Coluna Lombar, um paciente Dor Lombar Irradiada para MMII, um paciente com Lombociatalgia e Cervicalgia, um paciente com Lombalgia e Hernia de Disco Lombar, um paciente com Lombociatalgia, um paciente com incontinência Urinária, um paciente com Dor

Lombar e queixa-se de não conseguir deambular muito bem, um paciente com Osteoporose na lombar onde relata sentir muita dor sem intervalos, um paciente com Dores Cervical e Lombar, um paciente com Dor Lombar, Quadril e Perna Esquerda, um paciente com Dor e desconforto Lombar nas Pernas e um paciente com Dor Lombar e Torácica no movimento de flexão de tronco.

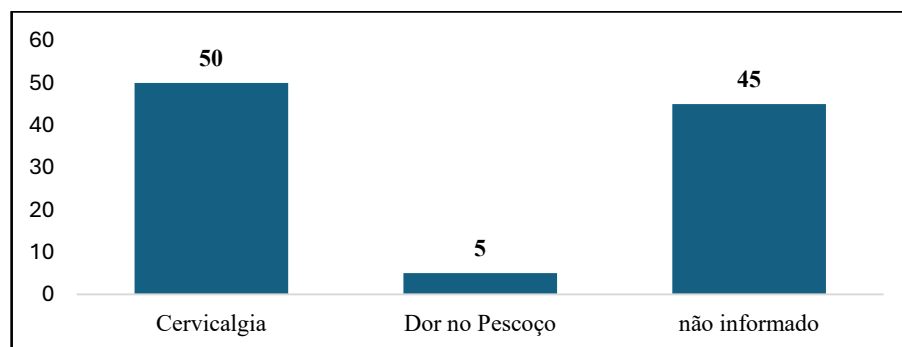
Conforme Lima et al. (2024), a Patologia de Lombalgia é anormalidade ou perda estrutural da coluna lombar de origem psicológica, fisiológica, anatômica ou deficiência, que impede ou limita o desempenho de atividades físicas.

Queiroz, Holanda e Cerdeira (2019) afirmam que a queixa mais comum relatada por parte dos pacientes é a lombalgia seguida por Ciatalgia, que é uma inflamação do nervo ciático devido a compressão das raízes nervosas, ocasionando em dor neuropática.

Bim *et al* (2021, p. 6) afirmam que “os comprometimentos musculoesqueléticos são frequentes na população geral e podem ser considerados como um dos maiores problemas de saúde pública em todo mundo”, destacando ainda que a elevada demanda por avaliações musculoesqueléticas sejam as queixas mais acentuadas na APS.

Já para a Patologia de Cervicalgia, assim restaram as seguintes avaliações para os pacientes, conforme Gráfico 15.

Gráfico 15. Avaliações Fisioterapêuticas dos pacientes que foram diagnosticados com a Patologia de Cervicalgia em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

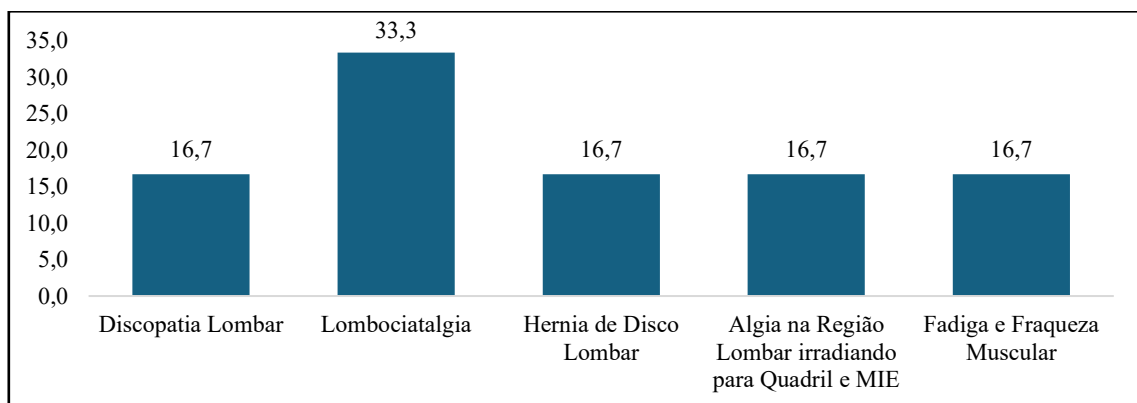
Conforme Gráfico 15, dos 20 pacientes diagnosticados com a Patologia de Cervicalgia, foi

identificado que nos prontuários de nove pacientes, cerca de 45% da amostra, não restou identificada a avaliação, o que limitou a análise. Com isso, a maior incidência nas avaliações dos pacientes nas avaliações apresentou o diagnóstico de Cervicalgia, com 10 pacientes, cerca de 50% dos pacientes, seguida de um paciente com Dor no pescoço, cerca de 5% da amostra.

De acordo com Vos et al. (2017), a Patologia de Cervicalgia é um problema de saúde pública no mundo inteiro, e, como tal, tem crescido nos últimos anos, sendo uma das maiores causas de incapacidade musculoesquelética, ocupa 19º lugar como condição clínica com maior incapacidade entre 369 doenças avaliadas no mundo em adultos e, no Brasil, é a 16ª doença de maior impacto na saúde (Abbafati et al., 2020; Deligne et al., 2021)

Já para a Patologia de Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia, assim restaram as seguintes avaliações para os pacientes, conforme Gráfico 16.

Gráfico 16. Avaliações Fisioterapêuticas dos pacientes que foram diagnosticados com Patologia de Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia em percentual.



Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2024.

Conforme se extrai do Gráfico 16, dos seis pacientes diagnosticados com a Patologia de Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia, foram identificados que apenas dois pacientes foram diagnósticas com Lombociatalgia, representando 33,3 % da amostra, ao passo que os demais pacientes, foi avaliado com um diagnóstico diferente, vejamos:, Discopatia Lombar, Hernia de Disco Lombar, Algia na Região Lombar irradiando para Quadril e MIE e Fadiga e Fraqueza Muscular.

Ainda, no que tange a Patologia de Atrofias Musculares Espinhais Hereditárias, no período e amostra de estudo, foram identificados apenas dois prontuários de pacientes, sendo um avaliado apenas ser portador de AME, e o outro não possui avaliação, o que limitou a análise acerca dos possíveis fatores que possam desencadear a patologia.

Conforme Lima e Silva (2024), a Patologia de Atrofias Musculares Espinhais Hereditárias trata-se de desordens genéticas que afetam o neurônio motor espinhal e que se apresenta diferentes formas, sendo associadas a numerosas mutações genéticas e significativa variabilidade fenotípica. A AME é a “forma mais comum entre esse grupo de doenças neuromusculares hereditárias autossômicas recessivas caracterizadas pela degeneração dos neurônios motores na medula espinhal e tronco encefálico” (Lima; Silva, 2024, p. 6476).

Com isso, estudos indicam que a AME provoca o enfraquecimento ou perda da função muscular, causada pela insuficiência da proteína do neurônio motor de sobrevivência (SMN), acarretando uma mutação homozigota no gene do neurônio motor 1 (SMN1), localizado no cromossomo 5q131, sendo então entendida como a degeneração dos neurônios motores, localizados na medula espinhal e tronco 136 encefálico, procedendo à atrofia e paralisia progressivas, necessitando de suporte ventilatório, nos casos mais graves.

6.2.3. Análise acerca dos objetivos e planos de tratamentos realizados nos pacientes

Conforme já exposto nos itens anteriores, pode-se observar que a prevalência de atendimentos realizados em pacientes do Município de Presidente Kennedy, durante os anos de 2018 a 2023, pelo setor de Fisioterapia das Unidades Básicas de Saúde, voltou-se a quatro Patologias distintas: Dor Lombar Baixa, com 150 pacientes, Cervicalgia com 20 pacientes, Atrofias Musculares Espinhais Hereditárias com dois pacientes e Transtornos de Discos Lombares e de Outros Discos Intervertebrais Com Radiculopatia, com seis pacientes.

Assim, após discorrer sobre as avaliações e agrupá-las de acordo com as Patologias identificadas, fez-se necessário discorrer acerca dos tratamentos realizados nos pacientes atendidos, e para tal, inicialmente, tornou-se relevante apresentar de forma sistêmica, os objetivos transcritos nos formulários, os quais foram agrupados por Patologia, conforme Tabela 06.

Tabela 06. Distribuição dos objetivos transcritos nos formulários por patologias em percentual.

| DOR LOMBAR BAIXA | | |
|--|-------------|-------|
| OBJETIVO | QUANTIDADES | % |
| Analgesia e Fortalecimento muscular | 4 | 2,7 |
| não informado | 122 | 81,9 |
| Analgesia e Melhora da Qualidade de Vida | 1 | 0,7 |
| Alongamento em grupo | 3 | 2,0 |
| Reeducação Postural | 1 | 0,7 |
| Minimizar quadro de Dor | 12 | 8,1 |
| Minimizar Processos Inflamatório | 1 | 0,7 |
| Eliminar quadro Álgico | 2 | 1,3 |
| Continuação tratamento | 1 | 0,7 |
| Melhoria Funcional | 1 | 0,7 |
| Melhora Funcional e Diminuição do Quadro Álgico | 1 | 0,7 |
| Total | 149 | 100,0 |
| CERVICALGIA | | |
| não informado | 20 | 100,0 |
| Total | 20 | |
| ATROFIAS MUSCULARES ESPINHAIS HEREDITARIAS | | |
| não informado | 2 | 100,0 |
| Total | 2 | |
| TRANSTORNOS DE DISCOS LOMBARES E DE OUTROS DISCOS INTERVERTEBRAIS COM RADICULOPATIA | | |
| não informado | 6 | 100,0 |
| Total | 6 | |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Conforme se constata por meio da Tabela 06, em cerca de 150 formulários de pacientes constante no sistema da Secretaria Municipal de Saúde, não foram inseridos os objetivos do tratamento, o que já se destacou que limita a análise, conforme já discorrido em itens anteriores.

Ainda pode-se constatar que dentre os objetivos, a segunda maior indicação dos profissionais no tratamento foi, o de minimizar o quadro de dores dos pacientes, descrito em 12 formulários, seguido da indicação de Analgesia e Fortalecimento muscular, constante em quatro formulários, também foi identificado o objetivo de Alongamento em grupo em três formulários, e o objetivo de Eliminar quadro Álgico, em dois formulários, e os seguintes objetivos Analgesia e Melhora da Qualidade de Vida, Reeducação Postural, Minimizar Processos Inflamatório, Continuação tratamento, Melhoria Funcional e Melhora Funcional e Diminuição do Quadro Álgico, todos constaram em um formulário cada, para os tratados em decorrência do diagnóstico de Dor Lombar Baixa.

Com isso, após discorrer sobre os objetivos, fez-se necessário discorrer acerca dos planos de tratamentos realizados nos pacientes atendidos, transcritos nos formulários, cuja função é evidenciar a descrição sucinta das atividades, pois constitui um instrumento para orientar e balizar os diferentes profissionais na realização de suas funções. Sendo então discriminados os

planos de trabalho por Patologia, conforme Tabela 07, 08, 09 e 10.

Para os pacientes diagnosticados com a patologia de Dor Lombar Baixa, foram tabelados os planos de tratamento, e para aqueles que se assemelhavam pela descrição, optou-se por agrupá-los em uma linha, com a indicação de quantidade de pacientes, conforme Tabela 07.

Tabela 07. Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com a patologia de Dor Lombar Baixa em percentual.

| PLANOS DE TRATAMENTOS REALIZADOS NOS PACIENTES COM DOR LOMBAR BAIXA | Qt. | % |
|---|------------|----------|
| fisio motora, tens e ultrassom na coluna lombar | 1 | 0,7 |
| cinesio ativa, exercícios de Wilians, alongamento isquiotibiais, tens (20 min) ultrassom (30 min) | 1 | 0,7 |
| alongamento em grupo | 3 | 2 |
| tens e cinesioterapia na coluna lombar | 4 | 2,7 |
| tens e cinesioterapia em coluna lombar e infravermelho (na primeira à quarta sessão) | 1 | 0,7 |
| tens e cinesioterapia em coluna lombar e infravermelho (na primeira a terceira sessão) | 1 | 0,7 |
| fisioterapia motora e alongamento em grupo (na terceira sessão) | 1 | 0,7 |
| tens e cinesioterapia em mmii | 1 | 0,7 |
| tens, ultrassom e fisioterapia motora | 1 | 0,7 |
| fisioterapia motora (alongamento e mobilização), tens e ultrassom na coluna lombar | 1 | 0,7 |
| tens e cinesioterapia na colina lombar, infravermelho (na 13° e 14° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho e cinesioterapia em coluna vertebral | 1 | 0,7 |
| tens (30 min), exercícios de fortalecimento lombar | 2 | 1,3 |
| tens (30 min), exercícios de fortalecimento lombar e ultrassom (20 min na 2° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, exercícios de flexão e extensão com bola e bomba de panturrilhas e ultrassom (6° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens (30 min), alongamento lombar | 1 | 0,7 |
| tens, alongamento e fortalecimento da coluna lombar | 3 | 2 |
| tens, liberação miofascial dos paravertebrais, alongamento muscular dos mmi, infravermelho (nas 12°,13°14°sessões | 1 | 0,7 |
| tens (30 min), exercícios de fortalecimento e alongamento. | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho e técnicas de alongamento muscular | 1 | 0,7 |
| tens (30 min), exercícios de alongamento e fortalecimento da coluna lombar | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, alongamento e fortalecimento muscular, exercícios para mobilidade articular, anamnese (1° sessão), liberação miofascial (2° sessão) | 1 | 0,7 |
| exercícios de aperta e solta 10x10, exercícios de força e resistência (aperta contrai e mantém por 10 segundos, após solta) | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, alongamento muscular, avaliação (1 sessão), liberação miofascial (2°, 3° 5°, 6° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, alongamento muscular, anamnese (1° sessão), liberação miofascial (3°, 4° 6° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens e alongamento (2°sessão), tens e exercícios cinesioterápicos (1° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens e alongamento passivo(1°sessão) / ultrassom (20 min), exercícios de fortalecimento lombar (2° a 6°sessão) / tens 30 min, alongamento e fortalecimento da lombar (7° a 17° sessão) | 1 | 0,7 |
| avaliação fisioterapêutica realizada | 1 | 0,7 |
| tens, liberação miofascial, alongamento muscular, | 1 | 0,7 |
| tens, liberação miofascial, alongamento muscular e infravermelho (3° ao 7° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, alongamento muscular e dissociação de cintura pélvica (1° a 3° sessão) / tens, liberação miofascial e alongamento de mmii (4° a 7° sessão), tens e fortalecimento muscular abdominal (8° a 11° sessão) | 1 | 0,7 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2024.

Tabela 07. Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com a patologia de Dor Lombar Baixa em percentual (continuação)

| PLANOS DE TRATAMENTOS REALIZADOS NOS PACIENTES COM DOR LOMBAR BAIXA | Qt. | % |
|---|------------|----------|
| avaliação (1° sessão), tens, infravermelho e alongamento muscular (2° a 11° sessão), sendo que na 6° sessão realizou liberação miofascial. | 1 | 0,7 |
| alongamento mmss e mmii | 1 | 0,7 |
| tens 30 min e fortalecimento de lombar | 1 | 0,7 |
| tens 30 min e exercícios passivos de fortalecimento (1° sessão a 4° sessão), na 5° sessão utilizado recursos para alívio de dor e relaxamento muscular, 6° a 13° sessão tens e infravermelho na lombar, exercícios para ganho adm. e fortalecimento de mmii. | 1 | 0,7 |
| tens em coluna lombar e alongamento muscular (1° a 3 sessão), 4 a 10° acrescentou infravermelho e liberação miofascial, 11° e 12° tens, ultrassom e alongamento muscular | 1 | 0,7 |
| não informado | 70 | 47 |
| infravermelho, cinesio (1° a 4° sessão), tens, infravermelho e cinesio (5° a 7° sessão), infravermelho e cinesio (8° a 10° sessão). | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, alongamento e exercícios (1° sessão), tens, alongamento, ultrassom e exercícios (2° a 5° sessão), tens, infravermelho, alongamento, e fortalecimento mmii (6° a 10° sessão), tens, alongamento e fortalecimento (11° a 14° sessão), tens, alongamento e exercícios (15° a 20°) | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, ultrassom, alongamento e exercícios (1° sessão), tens, infravermelho, alongamento e exercícios (2° a 5° sessão), tens, ultrassom, alongamento e exercícios (6° sessão), tens, alongamento e exercícios (7° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, fortalecimento mmii, alongamento posteriores de coxa | 1 | 0,7 |
| tens, cinesio, ultrassom (1° sessão), tens, infravermelho e ultrassom (2° sessão), tens, infravermelho e cinesio (3° sessão), infravermelho e cinesio (4° e 5° sessão), tens, ultrassom e infravermelho (6° sessão), tens, infravermelho e cinesio (7° a 10° sessão). | 1 | 0,7 |
| tens e cinesio | 1 | 0,7 |
| infravermelho, alongamento, exercícios fortalecimento quadríceps e abdômen (1° sessão), tens, infravermelho e alongamento (2° e 3° sessão), tens, infravermelho e fortalecimento (4° a 11° sessão). | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, alongamento e exercícios (1° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, alongamento, exercícios, fortalecimento | 1 | 0,7 |
| tens, alongamento e exercícios | 2 | 1,3 |
| tens, infravermelho, fortalecimento mmii, alongamento posteriores de coxa (1° sessão), tens infravermelho (2° a 4° sessão), tens, infravermelho e alongamento (5° a 10° sessão), tens, exercícios e alongamento (11° a 15° 17° a 19° sessão), tens, ultrassom, alongamento e exercícios (16° sessão), | 1 | 0,7 |
| ultrassom e tens por 20 min (1° e 2° sessão), ultrassom, tens por 20 min, exercícios cinesioterapêutico ativo assistido (3° e 4° sessão), ultrassom, tens, infravermelho, exercícios cinesioterapêutico ativo assistido (5°, 6° 7° sessão), exercícios cinesioterapêutico ativo assistido e orientações (8° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, alongamento, infravermelho e exercícios (1° e 2° sessão), tens, alongamento e exercícios (3° a 5° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, infravermelho, alongamento e exercícios (1° a 3° sessão), tens, ultrassom, alongamento e exercícios (4° sessão), tens, alongamento, fortalecimento (5° a 9° e 13° sessão), tens, alongamento, cinesioterapia (10° sessão), tens e cinesioterapia (11°, 12°, 14° a 24° sessão), tens e ultrassom (25° sessão) | 1 | 0,7 |
| tens, alongamento e ultrassom (1° e 2° sessão), tens, ultrassom, alongamento e exercícios (3° a 5° sessão) | 1 | 0,7 |
| eletroterapia e cinesioterapia | 1 | 0,7 |
| terapia manual e eletroterapia (1° a 4° sessão), eletroterapia e cinesioterapia (5° a 23° sessão). | 1 | 0,7 |
| atendimento fisioterapêutico (1° a 56° sessão), alongamento, tens 30 min e cinesioterapia (57° sessão), terapia manual (58° a 60°, 63°, 65°, 67° a 69° sessão), eletroterapia e cinesioterapia (61°, 64°, 66° e 70° sessão) | 2 | 1,3 |
| alongamento mmii, dissociação de cinturas, mobilização articular, tens, ultrassom | 1 | 0,7 |
| alongamento, tens, ultrassom | 1 | 0,7 |
| avaliação | 8 | 5,4 |
| avaliação (1° sessão), mobilização coluna lombar, fortalecimento mmii, para vertebrais e core, exercícios controle motor (2° e 3° sessão) | 1 | 0,7 |
| alongamento mmii, miss, dissociação de cinturas, alongamento neural, ultrassom, tens e orientação quanto a realização de atividade física. | 1 | 0,7 |
| alongamento mmii, dissociação de cinturas, manipulação articular, analgesia, ultrassom, tens, orientações em relação a exercícios domiciliares. | 1 | 0,7 |
| alongamento miss e mmii, manipulação articular, dissociação de cinturas, ultrassom e tens. | 1 | 0,7 |
| tens, alongamento e fortalecimento lombar | 1 | 0,7 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2024.

Como pode se ver, a atuação dos profissionais de fisioterapia no contexto da Atenção Básica, ainda se revela desafiadora, em especial conforme já apresentado na presente pesquisa, pela ausência de informações, e nesse contexto, vê-se que para os 150 formulários relativos à Patologia de Dor Lombar Baixa, 70 destes não continham a descrição do plano de tratamento, o que impacta diretamente na execução dos serviços aos pacientes, pois na ausência do profissional ou sua possível substituição, não há registros das ações que já foram executadas para aquele determinado indivíduo. Tais dificuldades também foram identificadas em estudo de Rocha et al. (2020) que revelou ausência de informações mais precisas sobre as atividades desenvolvidas por este profissional nesse nível de atenção gera ainda muitas divergências quanto à execução de suas ações.

Ainda sobre esse aspecto Cruz et al. (2021) afirmam que debater sobre o processo de trabalho do Fisioterapeuta no âmbito da Atenção Básica, se releva necessário, para que permita compreender melhor as ações desenvolvidas pelo profissional no nível primário da assistência à saúde no SUS, além disso, permite uma contribuição em termos de difusão das ações e processo de trabalho do Fisioterapeuta na Atenção Básica.

Quanto aos procedimentos adotados, em sua maioria tratou com cinesioterapia, terapia manual, que buscaram o aumento da flexibilidade muscular, a promoção da mobilidade articular da coluna lombar, e o fortalecimento muscular, e recurso eletrotermofototerapêuticos, resultando na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Lima *et al.* (2024) destacam que treinamento de força provoca alterações no sistema nervoso central, podendo elevar o número de unidades motoras recrutadas, e com isso altera a frequência de disparo dos neurônios motores, melhorando a sincronização das unidades motoras durante um padrão de movimento, permitindo que os músculos alcancem altos níveis de potência e força. O autor ainda destaca que as técnicas de terapia manual têm demonstrado resultado significantes no tratamento da dor lombar, devido suas ações fisiológicas, pois quando utilizadas restauram a função biomecânica dos tecidos e conseqüentemente diminuição de quadro algico, bem como podem-se produzir efeitos neurológicos estimulantes ou inibitórios (Lima *et al.*, 2024)

Ainda se extraiu da tabela de tratamento, que muitos dos pacientes realizaram apenas uma única sessão, fato que é destacado, no entanto, não sendo possível identificar nos prontuários analisados, se a incidência de uma única sessão foi decorrente da alta médica, ou desistência do paciente ao tratamento.

Para os pacientes diagnosticados com a patologia de Cervicalgia, foram tabelados os planos de tratamento, e para aqueles que se assemelhavam pela descrição, optou-se por agrupá-los em uma linha, com a indicação de quantidade de pacientes, conforme Tabela 08.

Tabela 08. Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com Cervicalgia em percentual.

| PLANOS DE TRATAMENTOS REALIZADOS NOS PACIENTES COM CERVICALGIA | Qt. | % |
|---|------------|------------|
| continuação atendimento, realizado sem intercorrências | 1 | 5 |
| tens 30 min, exercícios de alongamento e fortalecimento coluna cervical | 1 | 5 |
| tens região cervical por 20 min, ultrassom 2 min, cinesioterapia em membros superiores e alongamento manual da cervical (1° sessão), continuação do tratamento realizado sem intercorrências (2° ao 45° sessão) | 1 | 5 |
| continuação atendimento | 6 | 30 |
| tens 30 min, exercícios de alongamento e fortalecimento coluna cervical (1° sessão), realizado tratamento prescrito sem intercorrências (2° a 5° sessão) | 1 | 5 |
| tens 20 min na região cervical, ultrassom pulsado 3 min, alongamento manual cervical (1° sessão), continuação atendimento (2° a 16° sessão) | 1 | 5 |
| tens região pescoço 20 min, ultrassom 3 min, alongamento manual cervical (1° sessão), continuação atendimento (2° a 16° sessão) | 1 | 5 |
| continuação de atendimento (1° a 22° sessão). | 1 | 5 |
| tens, exercício de fortalecimento e alongamento (1° sessão), realizado tratamento prescrito sem intercorrências (2° e 3° sessão) | 1 | 5 |
| tens 20 min, ultrassom pulsado 2min na cervical, cinesioterapia, alongamento manual cervical (1° sessão), realizado tratem-no prescrito sem intercorrências (2° a 46° sessão) | 1 | 5 |
| continuidade de atendimento 1° e única sessão | 1 | 5 |
| continuidade de atendimento 1° a 52° sessão | 1 | 5 |
| continuidade de atendimento única sessão | 1 | 5 |
| tens na região cervical 20 min, ultrassom cervical por 3 min, alongamento manual cervical, exercício fortalecimento (1° a 16° sessão) | 1 | 5 |
| continuação atendimento, única sessão | 1 | 5 |
| TOTAL | 20 | 100 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Quanto aos procedimentos adotados, verificou-se semelhança aos tratamentos adotados aos pacientes com Dor Lombar Baixa, que em sua maioria, apontam para a realização de exercícios cinesioterapêuticos e recursos eletrotermofototerapêuticos. Borges *et al.* (2013) afirmam que a fisioterapia atua no tratamento da cervicalgia por intermédio de recursos eletroterapêuticos e programas de exercício, que visam melhorar o condicionamento muscular, a flexibilidade e o

alívio sintomático da dor, proporcionando maior disposição e facilidade para a realização de atividades cotidianas, melhorando a qualidade de vida.

Entretanto, não se pode desconsiderar que, as informações constantes na Tabela 08, indicaram em alguns casos, não a descrição sucinta do tratamento, mas se limitaram a descrição de “continuidade do atendimento”, sem a descrição de quais trabalhos foram realizados naquele paciente, permitindo assim, uma lacuna no banco de dados daquele paciente junto ao sistema e controle da Secretaria Municipal de Saúde.

Para os pacientes diagnosticados com a patologia de Transtornos de Discos Lombares e de Outros Discos Intervertebrais Com Radiculopatia, foram tabelados os planos de tratamento, e conforme se observa, cada paciente obteve um plano de tratamento específico, conforme Tabela 09.

Tabela 09. Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com Transtornos de Discos Lombares e de Outros em percentual

| PLANOS DE TRATAMENTOS REALIZADOS NOS PACIENTES COM TRANSTORNOS DE DISCOS LOMBARES E DE OUTROS DISCOS INTERVERTEBRAIS COM RADICULOPATIA | Qt. | % |
|---|------------|--------------|
| tração cervical e lombar, mobilização neural global, alongamento, dissociação de cinturas, tens e exercícios fortalecimento global (1º, 7º e 8º sessão), alongamento global, tração cervical e lombar, exercícios fortalecimento muscular global, descolamento miofascial do dorso (2º a 6º sessão), exercícios para correção postural e fortalecimento dos paravertebrais, tração cervical e lombar, dissociação de cinturas, bomba de panturrilhas e tens (9º e 10º sessão), exercícios fortalecimento muscular global, ponte, dissociação de cinturas, ponte, dissociação de cinturas e tens (11º sessão). | 1 | 16,7 |
| exercícios correção postural, exercícios fortalecimento global (sentada, dv e dd), ponte, mobilização neural e tens (1º a 6º sessão), exercícios fortalecimento global, exercícios correção postura, dissociação de cinturas, tens (7º a 9º sessão), exercícios fortalecimento tronco e musculatura global, correção postura, mobilização neural, tens e ponte (10º a 12º sessão), | 1 | 16,7 |
| exercícios correção postura, tração cervical e lombar, exercícios fortalecimento muscular global, alongamento, dissociação de cinturas (1º e 2º sessão), alongamento global, mobilização neural, dissociação de cinturas e tens (3º sessão), alongamento, mobilização neural, dissociação de cinturas, bomba de panturrilhas, exercícios resistidos, relaxamento muscular e tens (4º a 6º sessão) | 1 | 16,7 |
| avaliação (1º sessão), exercícios correção postural, exercícios mobilidade, mobilização neural, tração cervical e lombar, exercícios fortalecimento musculatura global e tens (2º a 6º sessão) | 1 | 16,7 |
| avaliação (1º sessão), | 1 | 16,7 |
| avaliação (1º sessão), exercícios fortalecimento muscular global, ponte, exercícios correção postural, fortalecimento paravertebrais (2º e 3º sessão), tens, exercícios fortalecimento global, ponte, adução com bola, (3º a 7º sessão), exercícios fortalecimento muscular global, dissociação de cinturas, ponte, bomba de panturrilhas, agachamento, tens e exercício correção postural (8º a 15º sessão), | 1 | 16,7 |
| TOTAL | 6 | 100,0 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Quanto aos procedimentos adotados, identificou-se que para cada paciente, houve a destinação de um tratamento específico, e assim, ao analisarmos conjuntamente a Tabela 09 com o Gráfico 16, constatou-se que a diferença está no fato de que as avaliações Fisioterapêuticas indicaram diagnóstico diferentes para cada paciente.

Para os pacientes diagnosticados com a patologia de Atrofias Musculares Espinhas Hereditárias, foram tabelados os planos de tratamento, e conforme se observa, cada paciente obteve um plano de tratamento específico, conforme Tabela 10.

Tabela 10. Distribuição do plano de tratamento para os pacientes diagnosticados com Atrofias Musculares Espinhas Hereditárias

| PLANOS DE TRATAMENTOS REALIZADOS NOS PACIENTES COM ATROFIAS MUSCULARES ESPINHAIS HEREDITARIAS | Qt. | |
|---|----------|------------|
| alongamento e fortalecimento global mmss e mmii, tração cervical, dissociação de cintura pélvica e exercícios respiratórios (1° a 3° sessão), atendimento fisioterapêutico (4° a 149° sessão) | 1 | 50 |
| avaliação | 1 | 50 |
| TOTAL | 2 | 100 |

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados extraídos da SEMUS, 2025.

Como pode-se constatar da Tabela 10, a atuação da fisioterapia está na realização de exercícios cinesioterapêutico. Souza e Campos (2023) destacam que nos tratamentos de AME, o suporte clínico se faz indispensável, em paralelo ao tratamento medicamentoso escolhido, destacando com isso, que a suporte multidisciplinar com fisioterapia motora e respiratória.

No tocante a profissão, deve-se destacar que a ausência de informações no prontuário, limitou essa análise para as demais correlações, uma vez que cerca de 94 pacientes, sendo 65 do sexo feminino e 29 do sexo masculino não houve a menção a qual profissões exercem, e em segundo lugar, a maior prevalência de tratamento está nas pessoas que declararam a atuação de Dona de Casa, correspondendo a 25 pessoas, seguida daqueles que declararam ser trabalhadores rurais, sendo 11 pacientes do sexo feminino e nove pacientes do sexo masculino, sendo então, possível constatar que o maior índice de atendimentos está entre aqueles que exercem ou dependem da utilização da força física para realizar suas atividades laborais.

Quanto à distribuição das patologias pelas Unidades Básicas de Saúde, com vista a identificar em qual região está centralizada determinadas patologias, foi possível constatar que a incidência de pacientes diagnosticados com a Patologia de Dores Lombares Baixa está concentrada entre sete das 11 Unidades Básicas de Saúde distribuídas no território municipal. Já os pacientes

diagnosticados com a Patologia de Cervicalgia foram identificados apenas nas localidades de Gromogol e Jaqueira, os pacientes diagnosticados com Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia ficaram concentrados na localidade de Santo Eduardo, e por fim, os pacientes diagnosticados com a Patologia de Atrofias Musculares espinhais Hereditárias, concentraram-se na sede do Município.

Quando realizada a distribuição das patologias por localidade e idade, foi possível constatar que a Patologia de Dor Lombar Baixa, dentre o total de 150 pacientes, identificou-se a incidência da patologia mais acentuada na população com idade entre 50 a 60 anos, com destaque as pessoas com 53 anos, distribuídas nas variadas Unidades Básicas de Saúde, para pacientes com Cervicalgia, foi possível destacar que a incidência está nas pessoas com idade acima de 43 anos. Os Pacientes com Atrofias Musculares espinhais Hereditárias, a incidência está em pessoas com idade entre 48 a 52 anos, ao passo que os pacientes com Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia, a patologia foi em pacientes com idade acima de 35 anos.

Com relação as avaliações realizadas pela equipe de profissionais de fisioterapia do Município de Presidente Kennedy/ES, para os pacientes diagnosticados com a Patologia de Dor Lombar Baixa, identificaram-se que nos prontuários de 63 pacientes, não restou identificada a avaliação, o que limitou a análise. Com isso, a maior incidência nas avaliações dos pacientes que foram diagnosticados com Dor Lombar Baixa, foi para a Lombalgia.

Para a Patologia de Cervicalgia, foram a Cervicalgia, seguida da Dor no pescoço, a Patologia de Transtornos de Discos Lombares e de outros Discos Intervertebrais com Radiculopatia, foram identificadas para cada paciente um diagnóstico diferenciado, a saber: Lombociatalgia, Discopatia Lombar, Lombociatalgia, Hernia de Disco Lombar, Algia na Região Lombar irradiando para Quadril e MIE e Fadiga e Fraqueza Muscular. No tocante ao prontuário não foi corretamente preenchido, o que limita essa análise.

Ainda em relação tratamentos realizados nos pacientes atendidos, em cerca de 150 formulários de pacientes constante no sistema da Secretaria Municipal de Saúde, não foram inseridos os objetivos do tratamento, o que limitou a análise, mas pode-se destacar que, a ausência de informações em documentos públicos, interfere na análise dos dados por parte do próprio profissional, ou daquela que venha a substituí-lo, acarretando em sérios prejuízos ao tratamento,

e para além disso, também prejudica a análise de pessoas externas, como no caso da pesquisa, uma vez que muitos dos dados, caso preenchidos de forma adequada poderiam permitir uma análise mais aprofundada.

As limitações do estudo no que tange o tratamento fisioterapêutico deve ser continuado envolvendo participação ativa da paciente no seu processo de recuperação e na prevenção de futuras crises, o que não se pode constatar, uma vez que havia ausência de informações no prontuário, o que impossibilitou algumas análises para a presente pesquisa sendo um aspecto negativo para evolução do paciente, visto que, caso haja mudança do profissional fisioterapeuta atuante nas respectivas áreas o próximo fisioterapeuta sem essas informações não será capaz de identificar o plano de tratamento e evoluções, para prosseguir com êxito a reabilitação do paciente. Frente ausência dos dados do paciente no sistema SIGSS a pesquisa tem como proposta, para que se realize intensifique capacitação aos profissionais que operam o sistema SIGSS com finalidade de aprimorarem a qualidade dos dados registrados no referido sistema

CONCLUSÃO

A pesquisa analisou 177 prontuários de pacientes entre 30 e 60 anos atendidos pelos profissionais de fisioterapia nos PSF no Município de Presidente Kennedy/ES, sendo a maioria mulheres (71%) e de etnia parda. A faixa etária mais atendida foi entre 49 e 53 anos, evidenciando a demanda por tratamento fisioterapêutico na população economicamente ativa.

A principal patologia registrada nos prontuários foi dor lombar (85%), seguida por cervicalgia (11%), transtornos de discos lombares com radiculopatia (3%) e atrofia muscular espinhais hereditárias (1%), em conformidade com estudos anteriores. Profissões como dona de casa e trabalhador rural foram comuns entre os pacientes com dor lombar e cervicalgia. O tratamento adotado foi semelhante entre os diagnósticos, envolvendo eletroterapia e exercícios voltados à melhora muscular, flexibilidade e alívio da dor, promovendo melhor qualidade de vida.

Como foi visto no presente trabalho, o NASF e a inserção do profissional fisioterapeuta, tornou-se uma estratégia da gestão para potencializar a Rede de Atenção à Saúde e a relação ao processo de trabalho do fisioterapeuta, pois observou-se que a demanda por reabilitação no município estudado é grande, e que por meio da atuação os fisioterapeutas, existem boas práticas em reabilitação, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

Considerando aspectos reativos as Políticas Públicas de Saúde, no presente estudo, foi possível identificar limitações quanto a realização de ações que visam promover a saúde, do qual destacou-se que um dos objetivos do NASF, foi o de inserir o profissional fisioterapeuta para compor a equipe das ESFs, entende-se que atualmente no município existe uma alta demanda de pacientes que necessitam de atendimento em nível de reabilitação, porém faz-se necessário a promoção de saúde, com objetivo de cuidar dos munícipes que se encontram na idade economicamente ativos, a fim de que os mesmos consigam prosseguir em suas atividades laborais e com qualidade de vida.

Portanto, pode-se concluir que a atuação dos profissionais de fisioterapia contribuiu positivamente para reabilitação dos pacientes, por meio das intervenções seguras e eficazes, de forma individualizada com plano de tratamento baseado na avaliação fisioterapêutica e necessidades dos pacientes, com exercícios planejados, oferecendo benefícios como alívio da dor, melhora da mobilidade articular, aumento da flexibilidade e fortalecimento muscular o que contribuiu para melhora da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e a reorientação do modelo assistencial. **Interface** 2005;9(16).
- BAENA, Cristina Pellegrino, SOARES, Maria Cristina Flores. Subsídios reunidos junto a equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 25, n. 2, p. 419-431, abr./jun. 2012.
- BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do programa de saúde da família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n2/0121.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.
- BIM, Cíntia Raquel et al. Physiotherapy practices in primary health care. **Fisioterapia em Movimento**, v. 34, 2021.
- BISPO JUNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Cien Saude Colet** [online]. 2010; 15 (Supl.1):1627-36.
- BISPO JUNIOR, J. P, organizador. Fisioterapia e saúde coletiva: reflexões, fundamentos e desafios. 1ª edição. São Paulo: Hucitec; 2013.
- BORGES, M. C; BORGES, C. S; SILVA, A. G. J; CASTELLANO, L. R. C.; CARSOSO, F. A. G. Avaliação da qualidade de vida e do tratamento fisioterapêutico em pacientes com cervicgia crônica. **Fisioter Mov**. 2013 set/dez; v. 26. n. 4, página 873-81
- BRAGHINI, Cássia Cristina. Atuação do Fisioterapeuta nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de um município do oeste catarinense. 2014. 127 p. Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Santa Catarina, 2014.
- BRASIL. Portaria n. 1065/GM, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na saúde da família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 julho 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília/DF; 1988.
- BRASIL. 2017, In: NÚCLEO de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasil: Estratégia Saúde da Família (ESF).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília; 2012.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília :Ipea, 2014. 208 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p

BRASIL. Relatório Nacional voluntário sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Presidência da República do Brasil. 2017. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 15 de janeiro de 2025.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 de janeiro de 2025.

CASSIDY, J. D., CÔTÉ, P. Is it time for a population health approach to neck pain? J Manipulative Physiol Ther. 2008;31(6):442-6

CASTRO, S. S., Cipriano Junior G, Martinho A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. Fisioter Mov 2006; 19(4):55-62.

CREFITO 5 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da região 5. Cartilha de Políticas Públicas. Gestão 2010-2014 [Internet]. [acesso em 2023 jun. 10]. Disponível em: http://www.crefito5.org.br/wpcontent/uploads/2014/06/cartilha_politicas_publicas.pdf.

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resoluções [Internet]. [acesso em 2016 out 23]. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito.html>.

CRUZ, A.P et al. A fisioterapia nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão de literatura. Revista de Atenção à Saúde, v. 19, n. 69, 2021.

DANTAS, D. R. S.; SILVA, M.; COUTO, G. S.; COSTA, G. S.; MACHADO, F. L. S.; SANTOS JUNIOR, F. F. U.; Nepomuceno, F. W. A. Caracterização clínica dos pacientes com distúrbios musculoesqueléticos atendidos em um serviço público de reabilitação fisioterapêutica no município de São Francisco do Conde – Bahia. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 156-162, mai./ago. 2014

FERNANDES, J. A. E. *et al.* Postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas: uma menor demanda para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 06, p. 2175-2186, 2022.

FIGUEIREDO, D. S. *et al.* Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 13, n. 04, p. 943-51, 2019.

FERRETI, F., NIEROTKA, R. P., BRAGHINI C. C., TEO C.R.P.A., FERRAZ L., FANTICELLI, M. L. Inserção do fisioterapeuta na equipe Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário. **Fisioter Mov.** 2015; 28(3):485-93.

FUNDO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO SUL DO ESPÍRITO SANTO. Presidente Kennedy: uma cidade em constante crescimento. G1, Fundesul Presidente Kennedy, 26 nov. 2018. Disponível em: [https://g1.globo.com/es/espíritosanto/especialpublicitario/fundesul/fundesulpresident e-kennedy/noticia/2018/11/26/presidente-kennedy](https://g1.globo.com/es/espíritosanto/especialpublicitario/fundesul/fundesulpresident-e-kennedy/noticia/2018/11/26/presidente-kennedy). Acesso em: 15 out. 2023.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas técnicas para o trabalho científico**: explicitação das normas da ABNT. 16. ed. Porto Alegre: Dáctilo Plus, 2012.

FRANCO, Maria Laura Puglosi Barbosa. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Campinas: Editora Autores Associados, 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama do Município de Presidente Kennedy-ES**. Disponível em < [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/POP2022_Municipios_20230622.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/POP2022_Municipios_20230622.pdf)> Acesso em 16 de mai. de 2024.

INCAPER – Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural. Programa de Assistência Técnica e Extensão Rural: PROATER 2020-2023. Vitória: CTESA, 2020.

KARLOH, K, SILVESTRE, M. V, SANTOS, G. M. Prevalência de distúrbios traumato-ortopédicos e reumatológicos atendidos na fisioterapia pelo Sistema Único de Saúde em um município do meio oeste de Santa Catarina. **Rev Saúde Públ.** Santa Cat. 2015;8(1):58-68.

LIMA, J. R; COSTA, T. L. S., VALLEJO, N. M. Abordagem fisioterapêutica no tratamento da lombalgia: Um relato de caso. **Revista Nativa Americana de Ciências, Tecnologia & Inovação**, v.6, n.1, 2024 ISSN: 2764-1295

LOPES, I. E. *et al.* Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n.18, p. 773-789, 2018.

LOURES, Lilianny Fontes, SILVA, Maria Cecília de Souza. A interface entre o trabalho do agente comunitário de saúde e do fisioterapeuta na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n.4, p. 2155-2164, 2010.

MAGNUSSON, D. M. *et al.* Population health, prevention, health promotion, and wellness competencies in physical therapist professional education: results of a modified Delphi Study. **Physical Therapy**, [s. l.], v. 100, n. 09, p. 1645-1658, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria Nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. 2008 jan 25; 18 seção 1:47-49.

MINAYO Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 10. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Lançamento da CID-11 2024. 2024. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/08-02-2024-icd-11-2024-release#>>. Acesso em 29 de abril 2025.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 02, p. 255-276, 2017.

PRESIDENTE KENNEDY. Secretaria Municipal de Saúde. Fundo Municipal de Saúde. Exercício 2018/2021. Plano Municipal de Saúde: a saúde que eu quero começar por mim! Presidente Kennedy: SMS, 2017. Disponível em: <https://www.presidentekennedy.es.gov.br/uploads/filemanager/PLANO%20MUNICIP>. Acesso em: 28 out. 2023.

PRESIDENTE KENNEDY. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SIGSS). Presidente Kennedy/SEMUS.2020.

REZENDE M, MOREIRA, M. R., AMANCIO FILHO A, TAVARES M. F. L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Cien Saúde Colet* [online]. 2009; 14 (Supl.1):1403-10.

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). *Com. Ciências Saúde*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 261-266, 2011.

SCHNEIDER, L. R. *et al.* A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018.

SILVA, D., DAROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema único de Saúde: desafios na formação. **Cienc. Saúde Coletiva**. 2007; 12 (6): 1673-81.

SILVA, I. C. B, SILVA, L. A. B, ARAÚJO, R. S, RODRIGUES, J. A, VALENÇA, A. M. G, SAMPAIO, J. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 12, n. 39, p.1-10, 2017.

SOARES, C. S. A.; FONSECA, C, L, R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 1-11, 2020.

SOUZA, R.; CAMPOS, M. Guia do Episódio de Cuidado Tratamento para Atrofia Muscular Espinhal (AME). Albert Einstein. 17 de 03 de 2023.

RUSSMAN, B. S. Spinal muscular atrophy: clinical classifications and disease heterogeneity. **J Child Neurol**. 2007; v 22, n. 946, p. 51.

VERAS, MMS, PINTO VPT, OLIVEIRA, Quinderé PHD. O fisioterapeuta na estratégia saúde da família: primeiros passos na construção de um novo modelo de atenção. *Sanare* 2004;5(1).

VERGARA, S. C. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.12. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

WANG, C. H.; FINKEL, R. S.; BERTINI, E. S.; SCHROTH, M.; SIMONDS, A; WONG, B. Consensus statement for standard of care in spinal muscular atrophy. **J Child Neurol**. 2007, v.

22, n. 1027, p. 49.

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA

18


APÊNDICE**CARTA DE ANUÊNCIA****CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS**

24/01/2024

Senhora Secretária de Saúde

Declaramos que, na qualidade de representantes da Secretaria de Saúde de Presidente Kennedy-ES (SEMUS-PK), concordamos com a condução do projeto de pesquisa "ANÁLISE DA ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES A LÚZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE", sob a responsabilidade da mestrandia Edimária Paz dos Santos, em nossas instalações. Esta concordância está condicionada à aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM do Espírito Santo. O projeto terá início assim que for aprovado e terá término em 30/11/2024. O estudo tem natureza quantitativa, sendo uma pesquisa documental retrospectiva, ciente de que a pesquisadora analisará os dados armazenados no sistema MV da Secretaria de Saúde, serão pesquisados os atendimentos fisioterapêuticos realizados com início janeiro de 2018 à dezembro de 2023, com objetivo de identificar qual patologia mais prevalente neste período, o sexo, idade e área onde ocorreu a patologia. Ressaltamos que a pesquisa será aplicada seguindo as normas estabelecidas nas Resolução nº 466/12 (diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo Seres Humanos) e Resolução nº 510/2016 (dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais).

Atenciosamente



Alessandra das Neves Lima
Secretária de Saúde

ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Pesquisador: EDIMARIA PAZ DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78836324.1.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.798.086

Apresentação do Projeto:

ANÁLISE DA ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A fisioterapia foi criada pelo Decreto Lei no 938 de 13 de outubro de 1969, e em seu terceiro artigo definiu a atividade privativa do Fisioterapeuta executar métodos fisioterápicos com objetivo de restaurar e conservar a capacidade física do paciente, definida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. (COFITTO 2011)

Esse conceito evidencia o perfil epidemiológico da população, e traz a diversidade de atuações por parte desse profissional. Nas legislações a atuação voltada para a reabilitação, o que limitou as possibilidades de atuação em outros níveis de atenção. (BISPO 2013).

Metodologia Proposta:

Para a construção deste projeto, optou-se por realizar uma pesquisa do tipo descritiva, documental, com recorte temporal retrospectivo e com finalidade quantitativa, será realizada a partir da análise de conteúdo dos dados secundários com objetivo de Identificar qual patologia de maior prevalência nas pessoas com idade de 30 a 60 anos, que receberam atendimento fisioterapêutico nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), com início no mês de janeiro do ano

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.798.086

2018 (dois mil e dezoito) há dezembro do ano de 2023 (dois mil e vinte e três), município de Presidente Kennedy-ES.

Detalhamento:

Para a coleta dos dados, será realizada no prédio da SEMUS/PK (Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy), localizada na Rua Sebastião Vieira de Menezes, Centro, Presidente Kennedy-ES, Cep: 29.350.00, nº 123, com horário de funcionamento das 7h às 17h, de segunda a sexta-feira. Utilizarei os dados que estão disponibilizadas pelo Sistema MV (Software de Gestão de Saúde) da SEMUS/PK, logo após aprovação do comitê de Ética. Para acessar os dados no sistema seguirá essa sequência: abrir o sistema com login e senha, ir no menu, relatórios, relatório CID, consultas E-SUS, relatório analítico por unidade de saúde, escolher CBO profissional, adicionar o intervalo de datas (período desejado), clicar em imprimir.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar qual patologia de maior prevalência nas pessoas com idade de 30 a 60 anos, que receberam atendimento fisioterapêutico nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) no período de janeiro de 2018 a dezembro de 2023 no Município de Presidente Kennedy, ES.

Objetivo Secundário:

Apontar qual o sexo e idade em que a patologia é mais evidente.
Identificar em qual área do município a patologia foi mais prevalente, e quais possíveis causas.
Quais ações de prevenção e tratamento são realizadas nas ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos de uma pesquisa quantitativa incluem viés de amostragem, erro de medição, falta de representatividade da população e a interpretação inadequada dos resultados, para minimizar esses riscos serão utilizados instrumentos validados de medição.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.798.086

Benefícios:

Capacidade de fornecer dados numéricos mensuráveis, permitindo análises estatísticas robustas, facilitando a generalização dos resultados para uma população maior, identificação de padrões, comparações entre grupos e análises de tendências ao longo do tempo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Termo de Anuência - adequado. Assinado por Alessandra das Neves Lima, identificada como secretária de saúde municipal.
- Folha de Rosto - adequado.
- TCLE - solicitada dispensa.
- Cronograma - adequado
- Orçamento - adequado (Custeio próprio).

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|-----------------------------|------------|-------|----------|
| Informações | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P | 07/04/2024 | | Aceito |

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.798.086

| | | | | |
|--|-------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Básicas do Projeto | OJETO_2275426.pdf | 10:17:36 | | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.pdf | 07/04/2024 10:15:43 | EDIMARIA PAZ DOS SANTOS | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 07/04/2024 10:15:24 | EDIMARIA PAZ DOS SANTOS | Aceito |
| Outros | carta.pdf | 07/04/2024 10:12:17 | EDIMARIA PAZ DOS SANTOS | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Just.pdf | 07/04/2024 10:10:21 | EDIMARIA PAZ DOS SANTOS | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.docx | 07/04/2024 10:09:37 | EDIMARIA PAZ DOS SANTOS | Aceito |
| Brochura Pesquisa | Projeto.docx | 07/04/2024 10:09:18 | EDIMARIA PAZ DOS SANTOS | Aceito |
| Folha de Rosto | FOLHA.pdf | 07/04/2024 10:08:40 | EDIMARIA PAZ DOS SANTOS | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 30 de Abril de 2024

Assinado por:
rubens José loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br