



Estácio

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Mestrado em Saúde da Família

MESTRANDO: MARCELO BONFIM NEVES DE SÁ

**ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA**

Rio de Janeiro

ABRIL 2019

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
Mestrado em Saúde da Família

MESTRANDO: MARCELO BONFIM NEVES DE SÁ

**ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título Mestre do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* - Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Tereza Fonseca da Costa

RIO DE JANEIRO

ABRIL 2019

S111a Sá, Marcelo Bonfim Neves de
Acompanhamento do desenvolvimento infantil na atenção
primária e possibilidades de atuação do fisioterapeuta. /
Marcelo Bonfim Neves de Sá. – Rio de Janeiro, 2019.
f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) –
Universidade Estácio de Sá, 2019.

1. Atenção primária em saúde. 2. Saúde da criança.
3. Desenvolvimento infantil. 4. Fisioterapeutas. I. Título.

CDD 362.14



Estácio

Universidade Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

**ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E
POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA**

elaborada por

MARCELO BONFIM NEVES DE SÁ

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Tereza Fonseca da Costa - Presidente
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Kátia Maria Braga Edmundo
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Alvaro Camilo Dias Faria
Universidade Castelo Branco

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e a oportunidade de realizar este sonho. A Ele seja toda honra e glória eternamente.

À minha amada esposa Liliane Martins, por todo apoio nos momentos difíceis dessa caminhada e paciência que teve para comigo durante estes dois anos. Obrigado por permanecer sempre ao meu lado. Sem você não teria chegado até aqui. Obrigado por tudo. Amo você!

Aos meus pais, José Roberto e Eli, minha eterna gratidão pela consistente educação e formação concedida até a minha juventude. Sinto-me orgulhoso e privilegiado por ter pais tão especiais. Ao meu irmão Diogo Bonfim pelo incentivo e apoio. Obrigado por todo carinho ofertado a mim. Amo vocês!

Agradeço também aos meus sogros Cenir Ramos e Maria Clotildes, e à minha cunhada Lílian, pelo companheirismo e amizade. Obrigado pela força!

Minha gratidão aos meus pacientes e seus familiares, pela compreensão por todas as vezes que precisei me ausentar das terapias para estar nas aulas.

À minha orientadora e Profa Maria Tereza Fonseca da Costa, agradeço por todos os ensinamentos compartilhados. Obrigado pela paciência, apoio e dedicação.

Aos professores do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá por contribuir para meu crescimento profissional.

Aos professores da graduação que fizeram parte da minha formação e sempre me incentivaram a realizar o mestrado.

Aos meus amigos de turma, muito obrigado pela amizade e companheirismo e por deixarem as aulas mais divertidas.

Aos participantes da pesquisa, agradeço a confiança depositada a mim. Obrigado por dividir suas vivências, opiniões e a colaboração prestada sempre que solicitada.

Aos meus amigos do trabalho que nunca estiveram ausentes, agradeço a amizade e o carinho que sempre me disponibilizaram.

Por fim, meu agradecimento e consideração a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para que este sonho se tornasse uma realidade. A todos, os meus sinceros agradecimentos.

“As experiências dos três primeiros anos de vida estão quase inteiramente perdidas para nós, e quando tentamos entrar num mundo de uma criança pequena, chegamos como estrangeiros que se esqueceram da paisagem e não mais falam a língua nativa.”

Selma Fraiberg, *The Magic Years*, 1959

RESUMO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, no Brasil, na atenção básica à saúde, faz parte da atenção integral à saúde da criança (0 a 6 anos). O período da vida compreendido do nascimento até os seis anos de idade, chamado de primeira infância, constitui um período delicado para o desenvolvimento de diversas habilidades. A observação do desenvolvimento na infância constitui uma intervenção preventiva, compreendendo atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas, atividades estas que se apresentam como inerentes à atenção primária em saúde. **Objetivo geral:** Identificar consensos sobre competências, atribuições e práticas da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do desenvolvimento infantil na atenção primária. Os objetivos específicos foram: identificar competências e práticas do fisioterapeuta na atenção primária do município do Rio de Janeiro.; levantar a opinião de fisioterapeutas do Rio de Janeiro sobre as possibilidades e limites de seu trabalho no acompanhamento do desenvolvimento infantil e discutir as potencialidades da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do desenvolvimento infantil na atenção primária. **Método:** Estudo descritivo, com delineamento misto pois refere-se ao uso combinado de elementos das pesquisas qualitativa e quantitativa, que foi realizada através do método Delphi, com dez fisioterapeutas que atuam em serviços de atenção primária à saúde e em núcleos de apoio à saúde da família, assim como também profissionais que estão ligados ao ensino da Fisioterapia na graduação. **Resultados e Discussão:** Foi utilizado o cálculo do ranking médio, em escala tipo Likert, para analisar as respostas da primeira rodada de perguntas e a observação da frequência por tipo de resposta, na análise da segunda rodada. As respostas dos participantes que se apresentaram como mais próximas a um consenso de especialistas podem ser divididas em dois grupos principais, aquele que resume os aspectos ligados às fragilidades estruturais para o acompanhamento do desenvolvimento infantil e outro grupo de respostas, no qual as potencialidades para a atuação do fisioterapeuta junto à equipe de saúde da família são destacadas. Foi realizada análise de conteúdo de todos os comentários dos participantes, organizados em quatro categorias de análise. **Considerações Finais:** Observou-se aproximação de um consenso sobre a necessidade de investimentos materiais, na formação e no aperfeiçoamento profissionais, para que sejam melhor consideradas as questões teórico práticas da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do desenvolvimento infantil junto às equipes de saúde da família. O acompanhamento regular do desenvolvimento na primeira infância, com avaliações do fisioterapeuta na equipe de saúde, pode contribuir para a identificação precoce de transtornos do desenvolvimento.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Desenvolvimento Infantil; Fisioterapeutas.

ABSTRACT

The monitoring of growth and development in Brazil in basic health care is part of comprehensive health care for children (0 to 6 years). The period of life from birth to six years of age, called early childhood, is a delicate period for the development of various abilities. The observation of development in childhood is a preventive intervention, comprising activities related to the promotion of normal development and to the detection of problems, which are inherent to primary health care. **Objectives:** Identify consensus on competencies, attributions and practices performance of the physiotherapist in the follow-up of child development in primary care. The specific objectives were: to identify competences and practices of the physiotherapist in the primary care of the city of Rio de Janeiro; to raise the opinion of physiotherapists in Rio de Janeiro about the possibilities and limits of their work in the follow-up of child development and to discuss the potentialities of the physiotherapist's role in the follow-up of child development in primary care. **Method:** A descriptive study, with a mixed design since it refers to the combined use of qualitative and quantitative research elements, which was performed through the Delphi method, with ten physiotherapists working in primary health care services and in health support centers of the family health, as well as professionals who are linked to the teaching of physical therapy at graduation. **Results and Discussion:** It was used the calculation of the average ranking, in Likert type scale, to analyze the answers of the first round of questions and the observation of the frequency by type of answer, in the analysis of the second round. The responses of the participants who presented themselves as closer to a consensus of specialists may be divided into two main groups, one that summarizes the structural fragilities aspects for monitoring child development and another group of responses, in which the potential for the physiotherapist's work with the family health team are highlighted. A content analysis of all participants' comments was performed, organized into four categories of analysis. **Final considerations:** a consensus was reached on the need for material investments in professional training and improvement in order to better consider the theoretical and practical issues of the physiotherapist's role in the follow-up of the child development with the family health teams. Regular follow-up of early childhood development, with evaluations of the physiotherapist in the health team, may contribute to the early identification of developmental disorders.

Key words: Primary Health Care; Child Health; Child Development; Physical Therapists

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 16 |
| 2. OBJETIVOS..... | 21 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 21 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 21 |
| 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 22 |
| 3.1 Desenvolvimento Infantil..... | 22 |
| 3.2 Saúde da Criança e APS..... | 23 |
| 3.2.1 Linha de Cuidado Saúde da Criança na APS | 25 |
| 3.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família..... | 28 |
| 4. METODOLOGIA | 34 |
| 4.1 Abordagem Metodológica..... | 34 |
| 4.2 Coleta de Dados e Participantes | 34 |
| 4.2.1 O Método Delphi | 36 |
| 4.2.2 Estratégias de Análise..... | 40 |
| 5. ASPECTOS ÉTICOS | 42 |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 43 |
| 6.1 Resultados da 1a Rodada | 44 |
| 6.2 Resultados da 2a Rodada | 49 |
| 6.3 Comentários dos Participantes | 54 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS | 68 |
| APÊNDICE A..... | 75 |
| APÊNDICE B..... | 80 |
| APÊNDICE C..... | 84 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1- Sequência de Execução de uma Pesquisa Delphi Eletrônica | 39 |
|---|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Vantagens e desvantagens do Método Delphi | 38 |
| Quadro 2 – Perfil dos participantes..... | 43 |
| Quadro 3 – RM das Questões Gerais | 44 |
| Quadro 4 – RM da Questão Conhecimento sobre DI | 46 |
| Quadro 5 – RM Aspectos Favoráveis ao DI na APS | 47 |
| Quadro 6 – RM Aspectos Desfavoráveis ao DI na APS | 48 |
| Quadro 7 – RM Potencialidades do DI na APS | 49 |
| Quadro 8 – Questões Gerais da 2a Rodada | 51 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 – Como os cursos de fisioterapia podem aumentar o contato dos estudantes com a APS ou ABS | 52 |
| Gráfico 2 – Possibilidades e estratégias indicadas para aperfeiçoamento profissional em DI na APS | 56 |
| Gráfico 3 – Recursos e/ou estrutura para uma boa avaliação e acompanhamento do DI | 54 |

LISTA DE ABREVIATURAS

- AB – Atenção Básica
- ABENFISIO – Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia
- ABS – Atenção Básica à Saúde
- AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AP – Atenção Primária
- APS – Atenção Primária à Saúde
- COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- CORDE – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
- CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- DI – Desenvolvimento Infantil
- DINSAMI – Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
- DNCr – Departamento Nacional da Criança
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- eESF – Equipe da Estratégia Saúde da Família
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- MS – Ministério da Saúde
- NAISF – Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família
- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAISC – Programa de Assistência Integral a à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento

PL – Projeto de Lei

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade

RM – Ranking Médio

RN – Recém-nato

SF – Saúde da Família

SISREG – Sistema de Regulação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

Desenvolvimento infantil é um processo que se inicia na vida intra-uterina e envolve o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento, visando tornar a criança competente para responder às necessidades dela e do meio onde vive (ZEPPONE et al, 2012).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, no Brasil, como uma conduta da Atenção Básica (AB), faz parte da atenção integral à saúde da criança (0 a 6 anos), compreendendo a puericultura, a qual envolve a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe, família ou ao cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento, não deixando também de registrar todos os procedimentos no cartão da criança (LOPES et al, 2013).

SHONKOFF e PHILLIPS (2000) sintetizaram e avaliaram criticamente os resultados de várias décadas de pesquisa, os quais têm indicado que nos primeiros anos de vida assentam-se as bases para um desenvolvimento sadio em suas várias dimensões (cognitiva, emocional, social e moral).

O período da vida compreendido do nascimento até os seis anos de idade, chamado de primeira infância, constitui um período delicado para o desenvolvimento de diversas habilidades. Nesta fase da vida, há alta plasticidade cerebral, o que significa uma maior capacidade de transformação do cérebro devido aos estímulos e experiências vivenciados. As habilidades desenvolvidas neste início serão fundamentais para o desenvolvimento de habilidades mais complexas em fases posteriores da vida. Perder as possibilidades da primeira infância significa conter o potencial individual, uma vez que nem sempre é possível recuperá-lo plenamente com investimentos posteriores (FMCSV, 2016).

A observação do desenvolvimento na infância constitui uma intervenção preventiva, compreendendo atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas, atividades estas que se apresentam como inerentes à Atenção Primária à Saúde (APS) (ZEPPONE et al, 2012).

Diversas causas podem ser responsáveis pelos problemas de desenvolvimento nas crianças. Na maioria das vezes, não se pode determinar uma única causa, existindo uma associação de diversas etiologias possivelmente associadas com o problema. Essas causas podem ser de ordem biológica, social ou familiar/ambiental, agravadas frente às fragilidades de políticas públicas, tendo em vista que a detecção desses problemas poderá ser tardia, além das possibilidades de incremento das morbidades (SACCANI et al, 2007).

Os transtornos no desenvolvimento na criança podem se manifestar de diversas maneiras, como alterações no desenvolvimento motor, na linguagem, na interação pessoal-social, no cognitivo, dentre outros aspectos. Existem ainda aquelas crianças que não apresentam alterações clínicas de atraso no desenvolvimento, porém devido não terem recebido estímulos apropriados, apesar de estarem bem clinicamente, podem não alcançar todo o seu potencial. Sendo assim, é muito importante não só identificar os transtornos, mas também promover o desenvolvimento da criança (FIGUEIRAS et al, 2005).

FREITAS e SHELTON (2005) afirmam que o acompanhamento e a avaliação contínua do crescimento e do desenvolvimento passaram a ser compreendidos como um direito da criança e um dever do Estado e foram definidos como uma das cinco ações básicas do programa de Assistência à Saúde da Criança. No mesmo estudo, quando comparado com os Estados Unidos, o Brasil apresenta semelhança quanto às dificuldades para acompanhar o desenvolvimento das crianças e identificar os eventuais problemas.

Neste sentido, o acompanhamento regular na primeira infância e avaliações do fisioterapeuta, dentro da equipe de saúde, possibilitariam identificar precocemente atrasos ou desvios, voltando-se para o apoio à família, particularmente na criança pré-termo, e para a estimulação sensório-motora, com o registro de dados sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças acompanhadas na caderneta infantil (DAVID et al, 2013).

OLIVEIRA et al (2012) salientam a importância de orientar profissionais que venham a trabalhar com essa faixa etária, e destacam o papel do fisioterapeuta neste processo. O fisioterapeuta é um profissional que trabalha com a motricidade humana, ele não trabalha apenas com a doença instalada na criança. Dessa maneira, pode e deve atuar no sentido de prevenir doenças, promover saúde e estimular o

desenvolvimento infantil, inclusive no próprio ambiente em que a criança está inserida, de modo a possibilitar condições devidas para o seu desenvolvimento integral.

Percebe-se que o profissional fisioterapeuta vem adquirindo crescente participação nos serviços referentes à AP. O termo prevenir habilita o fisioterapeuta a atuar neste nível de atenção, onde a promoção de saúde e prevenção das doenças têm maior foco. É sua função garantir educação, prevenção e assistência coletiva na AB em saúde, bem como integrar equipes multiprofissionais destinadas a planejar, programar, controlar e executar projetos e programas (DAVID et al, 2013).

FREITAS (2006) afirma ainda que a inclusão do fisioterapeuta na AB deve ocorrer no conceito de uma fisioterapia do cuidado, pautada com as diversas características sociais que se encontram ao redor das questões relacionadas à saúde. Sendo assim, o usuário não será observado através da sequela presente no seu corpo como um objeto a ser tratado, mas como um sujeito que possui o direito sobre o seu próprio corpo, repleto de dúvidas, desejos e esperanças, que pode tornar-se cúmplice de ações mais assertivas para a produção da saúde.

Existe uma correlação entre as diretrizes do SUS e o papel do fisioterapeuta, uma vez que Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, caracterizam como uma das atribuições a atuação com caráter de prevenção: *“Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo; os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática”* (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Tem sido grande o esforço para se estabelecer a atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária (AP), pelo fato de haver menor experiência acumulada nesse nível de atenção, em comparação com serviços de outros níveis de atenção. Isso talvez ainda ocorra por insuficiência da inclusão de conteúdos e competências de AP nas grades curriculares e disciplinas da formação, nos cursos de graduação e também em diferentes propostas de ações nas políticas públicas, caracterizando a atuação do fisioterapeuta com caráter predominantemente curativo e reabilitador (DAVID et al, 2013).

Atualmente, entre os principais desafios da AB, se encontram a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações. Desta forma, constituiu-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da AB, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes. Formado por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atua em apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de AB, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Dentre as possibilidades de profissionais na composição do NASF está inserido o fisioterapeuta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O aparecimento do fisioterapeuta na Unidade de Saúde da Família (USF) torna-se relevante na medida em que colabora para a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, obedecendo assim os princípios do atual modelo de saúde. O profissional fisioterapeuta vem adquirindo crescente participação na AP à saúde, entretanto, sua inclusão nesses serviços ainda é um processo em construção (BORGES et al, 2010); sendo assim os consensos conceituais e práticos (atribuições, práticas e abordagens), estão ainda não plenamente sistematizados ou consolidados.

Considerando este espaço por construir, justifica-se o presente estudo, de modo que possa contribuir para geração de recomendações que fortaleçam o campo de atuação do fisioterapeuta na AP, especificamente em relação às demandas de acompanhamento do desenvolvimento infantil. A maior motivação para a realização desta pesquisa relacionou-se ao fato deste autor atuar há alguns anos como fisioterapeuta em neuro pediatria, e verificar a necessidade de algumas famílias quanto à falta de atendimento desde a primeira infância.

Levanta-se o pressuposto de que a abordagem fisioterapêutica no acompanhamento do desenvolvimento infantil na AP seria importante, pois além de atuar quando a sequela está instalada, o fisioterapeuta pode atuar também prevenindo morbidades, promovendo saúde e na estimulação do desenvolvimento infantil.

A pergunta que se caracterizou como norteadora para a presente pesquisa relacionou-se ao conhecimento de quais seriam as competências, atribuições e práticas da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do desenvolvimento infantil na APS.

Este estudo teve como objetivo principal identificar consensos sobre competências, atribuições e práticas da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do desenvolvimento infantil na Atenção Primária.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar consensos sobre competências, atribuições e práticas da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do desenvolvimento infantil na Atenção Primária.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar competências e práticas do fisioterapeuta na Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

- Levantar a opinião de fisioterapeutas do Rio de Janeiro sobre as possibilidades e limites de seu trabalho no acompanhamento do desenvolvimento infantil.

- Discutir as potencialidades da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do desenvolvimento infantil na Atenção Primária.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Desenvolvimento Infantil

O investimento nos três primeiros anos de vida, também chamado de Primeira Infância e incluindo a gestação, vem adquirindo enorme importância em quase todos os países e em seus programas de governo. Defende-se que favorecer o desenvolvimento saudável promoverá a organização de alicerces que favorecerão o indivíduo, no futuro, a lidar com as complexas situações que a vida venha a lhe apresentar. Nos programas voltados para essa fase sempre é enfatizado que a atenção à criança deve ser integral e integrada. Todavia, verificamos com frequência que as ações são fragmentadas e dependentes dos setores que as desenvolvem, seja na saúde, na educação, dentre outras (CYPEL, 2011).

Muitas crianças não têm oportunidade de se desenvolver plenamente por diversos fatores, como pobreza, condições precárias de saúde, nutrição e a própria falta de estímulos. Segundo algumas concepções sobre o tema, esses fatores podem trazer consequências graves sobre o aprendizado, a produtividade e o potencial dos indivíduos, além de repercutir no futuro destas crianças, tanto no âmbito da organização familiar e até mesmo na questão econômica da sociedade onde a pessoa estará inserida (CYPEL, 2011).

O desenvolvimento integral da infância tem sido referido como fundamental ao desenvolvimento humano e à construção do chamado capital social, elementos principais que facilitarão romper o ciclo de pobreza, dentre outros aspectos relacionados ao ser humano. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que 10% da população de qualquer país é constituída por pessoas com algum tipo de deficiência. Devido à complexidade da definição de desenvolvimento normal, sendo este conceito de normalidade até questionado por alguns, não existem dados estatísticos confiáveis que possam retratar a realidade de crianças com alterações anormais em seu desenvolvimento. Portanto, fez-se necessário estar atento aos fatores que possam intervir no desenvolvimento da criança. O acompanhamento pela família e, especificamente, pelos profissionais de saúde que podem ajudar na identificação das alterações, encaminhando-as o mais rápido

possível para uma intervenção adequada (FIGUEIRAS et al, 2005), são indispensáveis, pois a falta de referência para os serviços especializados, em alguns casos, poderá restringir potencialidades da criança, impactando assim o seu desenvolvimento integral (ZEPPONE, 2012).

3.2 Saúde da Criança e APS

A Declaração dos Direitos da Criança foi um marco histórico e uma grande conquista, na qual crianças e adolescentes se destacam como prioridade nas políticas públicas, como por exemplo o reconhecimento destes como sujeitos de direitos, como podemos ler na Constituição Brasileira de 1988, artigo 227: *“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, [...], além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de *“melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde”* no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). No ano seguinte viu-se a necessidade de desmembrá-lo em dois programas, o programa da mulher e o programa da criança, passando este último a se chamar Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; CASSIANO et al, 2014; ARAÚJO et al, 2014).

O PAISC teve como objetivo inicial criar condições para um atendimento integrado à saúde da criança de zero a cinco anos, com a prioridade para os grupos de risco através de aumento de cobertura da assistência e melhoria da qualidade do atendimento, diminuindo assim a morbimortalidade infantil. Entre suas principais ações, encontram-se aquelas relativas ao acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A saúde da criança foi potencializada em meados de 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que logo depois foi ressignificado para Estratégia Saúde da Família (ESF), focado na promoção da saúde e na participação comunitária, onde o

vínculo entre equipe interdisciplinar e população assume um papel importante no processo de trabalho (ARAÚJO et al, 2014).

O PSF foi desenvolvido para atender as especificidades de cada território, seja no âmbito cultural, nos problemas e demandas de cada localidade, com o objetivo sempre de prestar cuidado integral ao indivíduo e sua família, estabelecendo vínculos entre a população e os profissionais de saúde (BORGES et al, 2010; ARAÚJO et al, 2014).

Devido à diversidade brasileira e suas características territoriais regionais, no Brasil, principalmente nas regiões norte e nordeste, foi adotada em 1996, proposta pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), com o objetivo de aumentar a qualidade da assistência à saúde da criança menor de 5 anos, nos serviços de AB. Todas as condutas preconizadas pela AIDPI incorporaram as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes relativos ao crescimento e desenvolvimento, sendo colocado em prática principalmente pelas Equipes de SF (ARAÚJO et al, 2014).

Recentemente, a mais nova política voltada para a saúde da criança é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que foi instituída em agosto de 2015 por meio da Portaria nº 1.130 com o objetivo de promover e proteger a criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando a redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador a vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Durante muitos anos, a criança era vista como um pequeno adulto e a atenção prestada era precária. No século XVIII, por exemplo, não existia uma política médica voltada para o cuidado com a criança, nem mesmo havia um vínculo forte entre mães e filhos, tendo como exemplo o fato de filhos dos nobres serem amamentados pelas amas de leite. Posteriormente no século XIX, após as reformas sanitárias, a criança ganha uma certa atenção quanto a alguns cuidados, dentre eles o crescimento e desenvolvimento (ARAÚJO et al, 2014). Neste período, de forma universal, há um fortalecimento com a saúde da criança com a chegada de novas técnicas de atendimento, e até mesmo a invenção da incubadora (OLIVEIRA, 2004).

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência no Brasil foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). Logo em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr) com foco em programa alimentar, programa educativo, programa de formação de pessoal e programa de imunização. Até 1969, O DNCr coordenou a assistência materno-infantil no Brasil onde desenvolveu ações encaminhadas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de padronizar o atendimento à mãe e o bebê e atacar a mortalidade infantil (ARAÚJO et al, 2014; CASSIANO et al, 2014).

Em 25 de julho de 1953 desmembrou-se o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação. Na década de 70, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com um dos objetivos de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) tornando-se responsável central pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Em 2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), buscando concentrar esforços no sentido de diminuir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, dentre outros objetivos, sem alcançar os resultados esperados. Sendo assim, em 2011 houve o lançamento pelo Ministério da Saúde do Programa Rede Cegonha visando a implementação de uma rede de cuidados, através de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, assegurando assim nascimento seguro e um crescimento e desenvolvimento saudáveis (CASSIANO et al, 2014).

3.2.1 Linha de Cuidado Saúde da Criança na APS

A criança é um sujeito de direito e o SUS respalda-se no mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), para promover o direito à vida e à saúde deste grupo, através da atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de violências, atenção integral às vítimas e o trabalho em rede (OTENIO et al, 2008).

Para executar o artigo constitucional sobre a proteção e a defesa da saúde da população brasileira, o SUS dispõe de um conjunto de ações e serviços que visa garantir o acesso de todos à atenção integral de modo equitativo, consolidando uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada. Percebemos assim que com o passar dos anos houve uma diminuição da mortalidade infantil, através do progresso de políticas públicas direcionadas às crianças, entretanto os indicadores ainda são altos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As linhas de cuidado têm como um dos objetivos a garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), buscando-se referência e contra referência eficientes, em todos os níveis de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A seguir, estão referidos as chamadas Linhas de Cuidado, seus Eixos Principais e Estratégias de Ação, no âmbito do MS, destacando-se o incentivo e a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Linhas de Cuidado:

- 1) *Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada;*
- 2) *Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido (As seguintes ações de saúde devem ser ofertadas pelos sistemas de saúde: • pré-natal [de acordo com protocolo do Ministério da Saúde]; • parto institucional [e parto domiciliar seguro em alguns municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste]; • atenção ao puerpério; • urgências e emergências maternas, com acesso a leitos de Unidades de Tratamento Intensivo; • atenção imediata ao recém-nascido na sala de parto, garantia de alojamento conjunto e acesso à Unidade de Cuidados Intermediários e a Unidades de Tratamento Intensivo, quando necessário, e acompanhamento após a alta);*
- 3) *Triagem neonatal: teste do pezinho (Programa de Saúde Integral da Primeira Infância);*
- 4) *Incentivo ao aleitamento materno (No pré-natal na Unidade Básica de Saúde, na sala de parto e maternidade, após alta hospitalar [pelo menos seis meses], proteção legal ao aleitamento materno e mobilização social, bancos de leite humano);*

- 5) *Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Cartão da Criança);*
- 6) *Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil;*
- 7) *Combate à desnutrição e anemias carenciais;*
- 8) *Imunização;*
- 9) *Atenção às doenças prevalentes (Diarreias, doenças respiratórias, sífilis e rubéola congênita, tétano neonatal, HIV e alergias);*
- 10) *Atenção à saúde bucal;*
- 11) *Atenção à saúde mental;*
- 12) *Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil;*
- 13) *Atenção à criança portadora de deficiência;*

Eixos principais:

- ✓ *Nascimento Saudável (Anticoncepção e concepção; Prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/AIDS; Saúde dos adolescentes; Atenção ao pré-natal, parto e puerpério; Urgência, emergência materna e neonatal).*
- ✓ *Menor de 1 ano (Cuidados com o recém-nascido: “Primeira Semana Saúde Integral”; Acompanhamento do RN de risco; Triagem neonatal; Aleitamento materno; Saúde coletiva em instituições de educação infantil; Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, Anemias carenciais, doenças respiratórias);*
- ✓ *1 a 6 anos – 7 a 10 anos (Saúde coletiva em instituições de educação; Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, anemias carenciais, doenças respiratórias).*

Principais Estratégias de Ação:

- 1) *Vigilância à saúde pela equipe de AB (Vulneráveis: gestante, puérpera, recém-nascidos, a criança menor 5 anos, a criança portadora de deficiência e aquelas egressas de internações);*
- 2) *Vigilância da mortalidade materna e infantil;*
- 3) *Educação continuada das equipes de atenção à criança;*

4) Organização de linhas de cuidado.

3.3 Núcleos de Apoio à Saúde da Família

A ESF ampliou a cobertura assistencial possibilitando identificar novas necessidades de saúde, gerando outras buscas assistenciais, acarretando uma demanda para técnicos de distintas áreas, necessitando assim de inserção de diferentes profissionais, além dos que já fazem parte da equipe mínima da ESF (FORMIGA E RIBEIRO, 2012).

O Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de aumentar a cobertura e o escopo das ações da AB no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, o NASF se constitui de equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades (dentre eles, o fisioterapeuta), que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de SF e das equipes de AB para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na AB, que ampliem o seu escopo de ofertas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF, sendo compreendida em três sentidos:

1) *a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal;*

2) *as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura;*

3) *organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme necessidades de sua população* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A presença do fisioterapeuta nos NASF significa a principal proximidade da fisioterapia e a AB, no que se refere a uma política de saúde. A atuação do fisioterapeuta na AB ainda não é tão descrita na literatura, mas é possível verificar que poderá resultar desdobramentos positivos, a partir desta relação do fisioterapeuta com a AB (FORMIGA E RIBEIRO, 2012).

A inclusão do fisioterapeuta no NASF traz consigo um fator de potencial restrição, uma vez que a portaria do NASF deixa a critério do gestor a inclusão ou não desse profissional (PEREIRA, 2014).

De acordo com a Portaria 154, existem duas modalidades de NASF:

- ✓ O NASF 1, composto por no mínimo 5 profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional de educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra, e terapeuta ocupacional. Cada um desses NASF deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 equipes de SF, exceto na Região Norte, onde o número mínimo são cinco.
- ✓ O NASF 2 é composto por no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, se veiculando no mínimo a três equipes de SF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).
- ✓ A portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, definiu os novos parâmetros para a vinculação dos NASFs e criou a modalidade NASF 3, que deverá ser associada a no mínimo uma e a no máximo duas eESF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) agrupando ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe expandida (OHARA e SAITO, 2014).

Consta que as práticas fisioterapêuticas podem ser desenvolvidas em todos os âmbitos de atenção à saúde, entretanto a função mais retratada é a tradicional reabilitadora, tornando o fisioterapeuta pouco colocado para exercer funções mais

abrangentes na AB. Entretanto, quando inserido, poderia atuar em cuidados em saúde numa comunidade, reduzindo danos e agravos através de uma prática integral, rompendo o estigma de ser uma profissão apenas reabilitadora (BARBOSA et al, 2010).

Em todo esse processo com relação ao SUS, AB, PSF e NASF fica clara a necessidade da participação do profissional fisioterapeuta para que se possa efetivar um sistema de saúde universal, equitativo, objetivando a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a educação da população (LUTING e MALEZAN, 2015).

Com relação ao papel do NASF na atenção integral à saúde da criança, estão incluídas ações de promoção da saúde integral da criança, promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno, atenção à saúde do recém-nascido, prevenção da violência e promoção da cultura de paz e investigação de óbitos infantis. Cabe à equipe do NASF, principalmente no que diz respeito à saúde da criança e do adolescente, apoiar as equipes de SF em diversas circunstâncias; por exemplo: apoiar as equipes de SF na vigilância do desenvolvimento infantil, identificar os atrasos de desenvolvimento com orientação para a estimulação às mães, pais, responsáveis ou cuidadores e também no encaminhamento, quando for o caso, para os serviços especializados; apoiar na abordagem dos problemas e cuidados com as crianças com patologias graves e doenças crônicas, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

DAVID e *col* (2013) concluíram que a proposta de atuação do fisioterapeuta na AP de saúde sistematiza a participação deste profissional na equipe multiprofissional, de forma transdisciplinar e horizontal, além de caracterizar sua função, que não se restringe apenas à reabilitação, mas também à promoção da saúde, conforme rege o SUS. Por se tratar de uma proposta organizada de inserção deste profissional no nível primário de atenção, pode não só beneficiar o sistema, reduzindo a sobrecarga nos níveis secundário e terciário de assistência, como também viabilizar o acesso da criança e do adolescente à fisioterapia.

NOGUEIRA e FLAUSINO (2013) concluíram que o fisioterapeuta vem suprir uma lacuna nas ações de saúde na UBS, por meio de apoio às práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF. A inserção do profissional de fisioterapia na AB pode então contribuir para otimização dos serviços prestados, uma vez que previne o aumento do volume de complexidade da atenção em saúde, reduzindo gastos públicos, além de colaborar com a mudança do modelo assistencial

simplificado, evitando o incremento de patologias e suprimindo demandas do serviço de fisioterapia pela população assistida.

Já OLIVEIRA e col (2012), através de uma pesquisa sobre abordagem de um programa de fisioterapia motora para bebês, destacaram que os participantes e aos avaliadores adquiriram conhecimentos sobre as interações que podem ser realizadas no contexto familiar. Com este estudo objetivou-se avaliar as alterações existentes no desenvolvimento motor de bebês a partir de orientações aos pais e/ou cuidadores em um programa interventivo de fisioterapia no contexto familiar. Os resultados sugeriram que, quando estimulados de maneira correta em ambiente familiar, os bebês desenvolvem com melhor qualidade seu aprendizado motor. Esse aprendizado inclui, além de exercícios, os brinquedos e jogos oferecidos em seu contexto, estimulando as motricidades fina e ampla, o equilíbrio, a marcha, a memória, etc.

REZENDE et al (2009) relatam sobre a proposta do Ministério da Saúde para a inserção do fisioterapeuta na ESF. Defende-se que ela se dê através dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), criados pela Portaria nº 1.065/GM, de 04 de julho de 2005. A forma como os núcleos foram estruturados tem levantado polêmica entre os profissionais que atuam na saúde, com algumas questões sendo consideradas pontos críticos, como a implantação de um núcleo para cada nove a onze equipes (população maior ou igual a 40 mil habitantes). No caso particular do tema central do artigo, a crítica volta-se para a visão restrita quanto à função do fisioterapeuta. A inserção deste profissional através dos núcleos, da forma como proposta, limitada à reabilitação, restringe a contribuição que o fisioterapeuta pode oferecer ao cuidado no nível da AB, na ESF.

O que estes autores propõem é pensar novas formas de integrar o fisioterapeuta às equipes, com suas atribuições indo além da atividade de reabilitação, fazendo com que ele se envolva e se comprometa com ações de promoção e proteção da saúde, de prevenção de doenças e de assistência. Mais do que inserir o fisioterapeuta na SF, aproximando-o da AB, sua integração às equipes compreende a ideia de criar pontos de interseção, tanto nas ações realizadas como entre os profissionais, facilitando e incentivando a adoção de medidas que conformem um olhar e uma prática integral da saúde (REZENDE et al ,2009).

A integração proposta depende de diversos fatores, fundamentados no reconhecimento do valor agregado com esta participação. Dentre eles, inclui-se a reflexão sobre o “o que fazer” da profissão na SF, o que torna relevante e necessário rever a formação dos fisioterapeutas.

Contudo, apesar das dificuldades encontradas até o momento, alguns municípios já incluíram o fisioterapeuta nas suas equipes de SF. Tais vivências precisam ser observadas e analisadas. Estudos e investigações sobre esse fenômeno, buscando identificar as peculiaridades e especificidades de cada situação enfocada, precisam ser disseminados, gerando, inclusive, informações e dados que subsidiem a tomada de decisões que fortaleçam e criem inovações no processo de planejamento, gestão e educação na saúde (REZENDE et al, 2009).

Matriciamento é uma metodologia de trabalho diretamente relacionada às atividades dos profissionais do NASF. O conceito de apoio matricial e mais ainda sua prática constituem aspectos relativamente novos no âmbito do SUS, o matriciamento surgiu como forma de fortalecer o trabalho no que tange os cuidados primários em saúde em toda sua multiplicidade, produzindo saúde de forma distribuída entre duas ou mais equipes (MEDEIROS, 2015).

A expressão “apoio”, que é fundamental na proposta do NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”. O apoio matricial será formado por um conjunto de profissionais que não precisam ter relação direta e costumeira com o usuário, porém trabalham prestando apoio às equipes de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O objetivo é ampliar a lógica tradicional e burocrática dos sistemas de saúde de referências e contra referências, assim como encaminhamentos, protocolos e regulação, atenuando-a através de práticas horizontalizadas e democráticas com compartilhamento de saberes e ações integradas de trabalhadores e usuários do SUS. Pressupõe dois tipos de equipes, a de referência e a de apoio matricial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Todavia, as atribuições de todos os profissionais, que atuam no NASF, percorrem por ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à reabilitação, até tratamentos específicos, de acordo com a Portaria n. 154. Os

atendimentos relacionados ao território responsável, juntamente com a equipe da ESF, são de atendimento compartilhado, de maneira interdisciplinar, com estudo e discussão de casos. Contudo o atendimento individual acontece apenas em casos específicos de grande urgência. Sendo uma proposta revolucionária de diversas intervenções, requer um novo olhar do fisioterapeuta no campo ético-político e no que concerne ao seu processo de trabalho (SOUZA et al, 2013).

A grande ideia do matriciamento é a aposta de interação entre os diversos profissionais, que trabalham em parceria com profissionais da ESF. Participando desta interação e inserido no NASF, está o fisioterapeuta atuando de diversas ações, em consultas e visitas compartilhadas, em grupos de orientação, colaborando com a equipe de SF, através das reuniões rotineiras que ocorrem entre as equipes para planejamento, definição de objetivos, critérios de prioridade, resolução de conflitos, dentre outras atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A participação do fisioterapeuta na AB ainda está em processo de implementação. Como já referido, sendo ainda forte a expectativa do perfil de um profissional apenas reabilitador, como se este profissional não pudesse atuar na prevenção e na promoção da saúde. Para combater este estigma é essencial construir novas mentalidades e *modus operandi*, pois não há uma construção coletiva (fisioterapeuta e equipe) do sentido de uma atuação preventiva e promotora de saúde. Infelizmente até a própria equipe de SF parece desconhecer as diversas ações, nas quais o fisioterapeuta poderia atuar. Necessitando assim de educação permanente, que seja reflexiva sobre as competências e práticas de atuação deste profissional (LUTING e MALEZAN, 2015).

4. METODOLOGIA

4.1 Abordagem Metodológica

Pesquisa descritiva, com delineamento misto pois refere-se ao uso combinado de elementos das pesquisas quantitativa e qualitativa, que foi realizada com fisioterapeutas que atuam em serviços de atenção primária à saúde, núcleos de apoio ou referências especializadas, relacionadas ao tema, assim como também profissionais que estão ligados ao ensino da Fisioterapia.

A pesquisa foi estruturada a partir do interesse em combinar opiniões de um grupo de fisioterapeutas, visando atender os objetivos do estudo.

4.2 Coleta de Dados e Participantes

Como metodologia de coleta de dados foi utilizado o Método Delphi, que é uma estratégia de coleta de informações com especialistas.

Embora tenha ocorrido um planejamento para realização de três rodadas para coleta de informações, neste estudo, somente foi possível realizar duas rodadas de respostas a questionários semiestruturados, para coleta de dados, tendo em vista dificuldades de adesão aos convites efetuados. O período de realização da coleta de dados coincidiu com período de paralisações na APS da rede municipal do Rio de Janeiro, campo este que poderia contribuir com um maior número de participantes.

Houve a participação de nove (9) fisioterapeutas na primeira rodada e dez (10) na segunda, porque no período desta última surgiu contato de um convidado que não havia respondido à primeira convocação. Os participantes foram profissionais fisioterapeutas que atuam tanto na atenção primária e/ou na docência no que tange à área de Saúde Coletiva. A seleção de participantes foi realizada por conveniência, isto é, a partir da facilidade de contato com profissionais identificados como referências em NASF da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e de docentes da área, foram reconhecidos novos contatos, que foram convidados a participar do estudo,

num total de quinze (15) convidados inicialmente. As perdas foram consideradas após falta de resposta do convidado, a três reforços de convite, por correio eletrônico ou mensagem telefônica.

Foi estabelecida a manutenção do anonimato de cada participante e, após a concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), após a explicação dos objetivos do estudo, os mesmos responderam o primeiro questionário, enviado por correio eletrônico, em ferramenta através de adaptação do questionário a formulário Google, de acesso livre. O questionário da primeira rodada tem suas perguntas apresentadas no APÊNDICE A e o TCLE do estudo está apresentado no APÊNDICE C.

O questionário da primeira rodada, com perguntas objetivas e fechadas, outras abertas e também solicitação de comentários, incluiu conteúdo visando conhecer a opinião dos fisioterapeutas sobre o ensino na graduação e a prática do fisioterapeuta na atenção primária, em relação ao desenvolvimento infantil. Como já referido, a primeira rodada do questionário foi enviada para quinze (15) fisioterapeutas, sendo respondida por nove (9).

Na mesma mensagem para o convite e encaminhamento do TCLE, os participantes também receberam um material de apoio sobre o assunto central tratado na pesquisa – acompanhamento do Desenvolvimento Infantil (DI) na APS, composto de publicações básicas, incluindo duas produções da OPAS e do Ministério da Saúde. Este encaminhamento foi decidido no planejamento do estudo porque havia o objetivo de que ficasse claro não existir um interesse oculto de testar conhecimento dos participantes sobre DI. Os participantes foram convidados, sendo considerados especialistas por serem fisioterapeutas e possuírem alguma relação com APS e/ou Saúde Coletiva, não por suas competências em DI. As publicações enviadas em anexo à mensagem eletrônica foram:

Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI. OPAS. 2005 (FIGUEIRAS et al, 2005)

Funções executivas e desenvolvimento infantil: habilidades necessárias para a autonomia: estudo III. 1. ed. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2016.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Foram enviadas na primeira rodada, dezoito (18) questões apresentadas como afirmações fechadas e duas (2) questões abertas. Para todas questões fechadas foi utilizada escala tipo *Likert*, na qual quanto menor o número, significava discordância da afirmação e quanto maior o número, concordância com a afirmação. Todas as afirmações fechadas tinham complemento que possibilitava a inclusão de comentários adicionais e voluntários por parte dos participantes.

Na segunda rodada, foi enviado um segundo questionário que constou de onze (11) perguntas, onde foram apresentadas as questões mais relevantes, considerando a combinação de opiniões dos participantes da primeira rodada. O segundo instrumento de coleta de dados está apresentado no APÊNDICE B.

4.2.1 O Método Delphi

O método Delphi refere-se a uma técnica de pesquisa que busca deduzir, refinar e gerar uma opinião final a partir de um grupo de especialistas (ROQUE, 1998).

“ ...de um modo geral, é determinado como uma atividade interativa desenhada para combinar opiniões de um grupo de especialistas para obtenção de concordância. Consiste em um processo de comunicação grupal de maneira a permitir que indivíduos, como um todo, possam lidar e explorar um problema complexo” (OLIVEIRA, 2008).

A técnica Delphi passou a ser disseminada no início dos anos 60, com base em trabalhos desenvolvidos por Olaf Helmer e Norman Dalkner, pesquisadores da Rand Corporation. O objetivo inicial foi o de ser uma técnica para refinar o uso da

opinião de especialistas quanto a previsões tecnológicas e, ao longo do tempo, a técnica passou a ser utilizada para previsão de tendências sobre diferentes assuntos (GIOVINAZZO, 2001). De seu uso decorre seu nome que remete ao antigo oráculo grego Delphi que oferecia visões do futuro para aqueles que procuravam seus conselhos (ROQUE, 1998).

Desde o seu desenvolvimento, o método Delphi passou por diversas ampliações, sendo utilizado por estudos de diversas áreas. O seu uso tornou-se benéfico e confiável para estudos que objetivam obter consenso de um grupo de especialistas sobre um problema complexo ou para planejamento e previsões para o futuro de uma área. No Delphi clássico, recomenda-se a utilização de quatro rodadas entre os especialistas; a primeira deve ser composta de um formulário com perguntas abertas. Já no Delphi modificado, a primeira rodada pode ser constituída por meio de grupos focais ou entrevistas face a face, por um formulário estruturado com perguntas quantitativas baseadas na literatura ou em alguma pesquisa preliminar. As rodadas seguintes seguem o modelo do Delphi clássico. O anonimato, a interação de diferentes pessoas, a possibilidade de repensar a sua opinião, a partir da retroalimentação oferecida pela coordenação do processo, são usados modo controlado, para a resolução problemas ou definição de consensos (MASSAROLI et al, 2017).

Esta técnica tem sido largamente utilizada por uma diversidade de campos como na economia, administração, ciências sociais, educação e outros. Também tem sido aplicada para pesquisa e educação para: resolução de problemas, planejamento e avaliação (SILVA e TANAKA, 1999). Na área da saúde tem sido muito utilizado pela enfermagem, destacando um estudo com o objetivo de identificar e analisar as competências gerais e específicas requeridas pelas enfermeiras para atuação na saúde pública (WITT, 2005).

Com relação à APS, o trabalho é complexo e exige dos profissionais envolvidos a mobilização e articulação de um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes, condutas, e consensos de diferentes naturezas, que conformem práticas e sistemas de saúde compromissados com os princípios da APS. Sendo assim, a utilização da técnica Delphi em estudos sobre APS, tanto na perspectiva da atenção quanto da gestão, podem ser potentes aliados para consolidação das práticas profissionais nesses campos (COUTINHO et al, 2013).

São apontadas vantagens e desvantagens do método por OLIVEIRA, JSP et al (2008), resumidas no Quadro 1.

Quadro 1 - Vantagens e desvantagens do método Delphi.

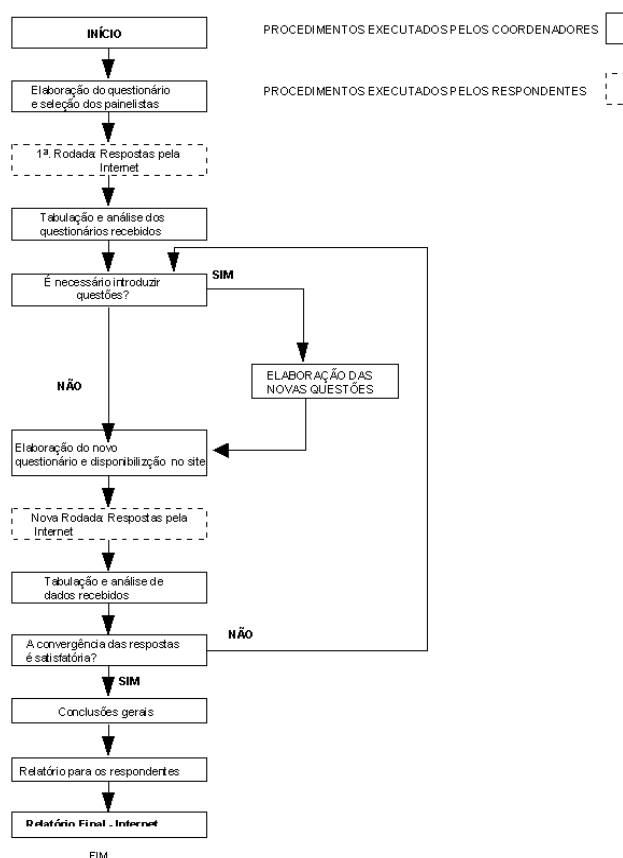
| Aspectos do Método Delphi | VANTAGENS | DESVANTAGENS |
|----------------------------------|---|--|
| ANONIMATO | <i>Igualdade de expressão de idéias. O anonimato faz com que a interatividade aconteça com maior espontaneidade.</i> | |
| FEEDBACK | <i>Redução de ruídos. Evita desvios no objetivo do estudo. Fixação do grupo nas metas propostas. Possibilidade de revisão de opiniões pelos participantes.</i> | <i>Pode determinar o sucesso ou o insucesso do método. Risco de excluir pontos de discordância na análise.</i> |
| FLEXIBILIDADE | <i>No decorrer das discussões os participantes recebem opiniões, comentários e argumentações dos outros especialistas, podendo assim rever suas posições diante do assunto pesquisado. As barreiras à comunicação são superadas.</i> | <i>Dependendo de como são apresentados os resultados e feedbacks, é possível de se criar consensos forçados, ou artificiais, em que os respondentes podem aceitar de forma passiva a opinião de outros especialistas e passar a defendê-las.</i> |
| USO DE ESPECIALISTAS | <i>São formados conceitos, julgamentos, apreciações e opiniões confiáveis a respeito do assunto.</i> | <i>Possibilidade de obter o consenso de forma demasiado rápida.</i> |
| CONSENSO | <i>Sinergia de opiniões entre especialistas. Identificação do motivo de divergência de opiniões</i> | <i>Risco de se formar um consenso artificial.</i> |
| INTERATIVIDADE | <i>A interatividade foge de uma conjuntura hierárquica, pois formata as respostas e em seguida faz com que elas sejam compartilhadas. Adequação das respostas, pois tende a excluir excentricidades que estejam fora do contexto solicitado. Aprendizado com reciprocidade entre os respondentes.</i> | <i>Rodadas interativas e realizadas em rede são apontadas como desvantagens por críticos ao método. Apesar de tornar o processo mais rápido e menos oneroso, o sincronismo possibilitado pela Internet, contraria o benefício de obter respostas melhor refletidas e elaboradas.</i> |

Fonte: Adaptado de OLIVEIRA, JSP et al 2008.

Considerando a evolução do método Delphi, verifica-se que também se favoreceu da plataforma web, pois a coleta de dados online permite que os coordenadores do estudo tenham um acesso mais rápido a esses dados e conseqüentemente, a análise e o *feedback* para os participantes será mais ágil. Ao diminuir o espaço de tempo entre as diferentes rodadas do painel, evita-se a desmotivação e a dispersão dos participantes do painel (OLIVEIRA, JSP et al 2008).

GIOVINAZZO, em 2001, apresentou um diagrama da seqüência de execução de uma Pesquisa Delphi Eletrônica, como transcrito na Figura 1.

Figura 1 - Sequência de Execução de uma Pesquisa Delphi Eletrônica.



Fonte: GIOVINAZZO, 2001.

O Delphi realizado pela internet, mantém os mesmos princípios de uma pesquisa com Delphi tradicional, ou seja, é mantido o anonimato dos respondentes, a

representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação das rodadas subseqüente, sendo que os resultados da primeira rodada são divulgados na internet, para que possam ser considerados pelo grupo no preenchimento da segunda rodada. (GIOVINAZZO, 2001).

MARQUES e FREITAS (2018) definiram o método Delphi, como aquele que

“busca facilitar e melhorar a tomada de decisões feitas por um grupo de especialistas, sem interação cara-a-cara”.

4.2.2 Estratégias de Análise

Após a primeira rodada de questionários os resultados foram analisados pelo pesquisador, sendo realizada uma abordagem quantitativa para estabelecer o *Ranking* Médio (RM) de cada questão apresentada no instrumento de coleta de dados.

Em cada questão, foi realizada análise dos valores de uma escala do tipo Likert, com cálculo do *Ranking* Médio (RM), como proposto por Oliveira, LH (2005), a partir do qual determina-se para cada resposta um valor de 1 a 5 e, então, é calculada a média ponderada para cada item, baseando-se na frequência das respostas.

Obtemos o RM através de:

Média Ponderada (MP) = $\sum (f_i \cdot V_i)$, *Ranking* Médio (RM) = MP / (NS),

f_i = frequência observada de cada resposta para cada item

V_i = valor de cada resposta,

NS = n^o de sujeitos.

$$(RM) = \sum(f_i \cdot V_i) / (NS)$$

Foi realizada a verificação quanto à concordância ou discordância das questões apresentadas, através da obtenção do RM da pontuação atribuída às respostas, relacionada à frequência das respostas dos respondentes que fizeram tal atribuição, onde os valores 1 – 2 são considerados como discordantes, 4 – 5 como

concordantes, considerando uma escala de 5 pontos. O valor 3 – 3,9 seria considerado “indiferente” ou “sem opinião”, sendo o “ponto neutro”, equivalente à indeterminação se as opiniões tenderam mais para a concordância ou para a discordância.

Na segunda rodada, realizada de maneira sequencial, foram agrupadas as respostas pelos registros de cada opção selecionada pelo participante, de modo que pudesse ser consolidado um quadro com as frequências absolutas de cada item, analisando-se assim, a concordância ou não com a opinião apresentada e também a frequência por opção escolhida.

Posteriormente às análises quantitativas dos resultados, todos os comentários dos participantes, de todas as questões onde estes foram escritos de forma voluntária pelo respondente, foram transcritos e apreciados em leitura e releitura, visando conhecer o conteúdo e definir categorias analíticas. Essa abordagem de categorização fundamentou-se na Análise de Conteúdo, que se resume como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, a qual utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 1977), no presente estudo apresentadas nos registros de comentários não obrigatórios dos participantes, assim como das respostas a questões abertas.

5. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estácio de Sá como instituição proponente, não sendo envolvida outra instituição como co-participante, com parecer de aprovação nº 2.987.607, de 29 de outubro de 2018.

O estudo foi aplicado obedecendo os critérios éticos definidos pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo respeitada a participação voluntária e o anonimato da população participante do estudo, onde todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta no APÊNDICE C, sendo assegurada a confidencialidade e a privacidade aos participantes.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dez (10) participantes, cinco (5) eram homens e cinco (5) mulheres. O ano de graduação variou de 1991 a 2016, cinco participantes tinham especialização na área da saúde coletiva, quatro não possuíam de acordo com o que relataram e um participante não informou por não ter participado da primeira rodada. Sendo assim, nove (9) integrantes participaram da primeira rodada, e dez (10) da segunda.

Sete atuam ou já atuaram na APS e três eram docentes efetivos dos cursos de fisioterapia em diferentes instituições ministrando disciplinas envolvendo a Atenção Primária à Saúde/Saúde Coletiva.

O perfil dos participantes encontra-se resumido no Quadro 2.

Quadro 2 – Perfil dos Participantes.

| Participante | Características Pessoais e de Formação | | | | | | | | |
|--------------|--|----------|-----------|---------------|----------|-------------|----------------|-----------|-----------|
| | Sexo | Ano Conc | Pós SF/SC | Outras Pós LS | Mestrado | Trabalho AP | Docência SC/SF | 1ª rodada | 2ª rodada |
| P1 | M | 2003 | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Sim |
| P2 | M | 2000 | Não | Sim | Não | Não | Sim | Sim | Sim |
| P3 | M | 1991 | Não | Sim | Sim | Não | Sim | Sim | Sim |
| P4 | F | 2010 | Sim | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Sim |
| P5 | F | 1998 | Sim | Sim | Sim | Não | Sim | Sim | Sim |
| P6 | M | 2016 | Sim | Não | Não | Sim | Não | Sim | Sim |
| P7 | F | 2009 | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Sim |
| P8 | F | 2008 | Sim | Sim | Não | Sim | Não | Sim | Sim |
| P9 | F | 2010 | Sim | Não | Sim | Sim | Não | Sim | Sim |
| P10 | M | - | - | - | - | Sim | Não | Não | Sim |

Fonte: Dados da pesquisa.

Foi utilizado o cálculo do ranking médio para analisar as respostas da 1ª rodada de perguntas e a observação da frequência por tipo de resposta, na análise da 2ª rodada.

6.1 Resultados da 1a rodada

Na apresentação dos resultados, serão inicialmente referidos aqueles das questões objetivas, cuja abordagem de análise foi quantitativa, divididos em resultados da 1a rodada e resultados da 2a rodada. O instrumento da 1a rodada tinha vinte (vinte) questões, como pode ser observado no APÊNDICE A, sendo que as questões números 3 e 6, somente terão suas respostas apresentados na posterior abordagem qualitativa da análise, porque ambas foram questões abertas.

Aspectos Gerais (1a rodada)

A qualidade da formação acadêmica e a abordagem teórico-prática sobre atenção primária não foram bem avaliadas pelos participantes, como pode ser visto no RM da questão 1, no Quadro 3, com o RM das questões gerais da primeira rodada. Observa-se que os participantes consideraram limitada a inclusão de temas relacionados à APS ou ABS na graduação de Fisioterapia, na maior parte dos cursos.

Quadro 3 – RM das Questões Gerais (1a rodada).

| Num Id | Questões Gerais | RM |
|--------|---|-----|
| 20 | A participação do fisioterapeuta na saúde coletiva ainda está em fase de crescimento, o que falta para uma presença mais efetiva deste profissional é apenas a oferta de vagas de trabalho. | 3,7 |
| 2 | As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda percebem o fisioterapeuta como um profissional somente reabilitador. | 3,5 |
| 1 | Na sua formação acadêmica da Graduação você teve uma boa abordagem teórico prática sobre a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária (AP) na Saúde. | 2,3 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Houve um posicionamento neutro, RM menor do que 4, nas questões 20 – participação do fisioterapeuta na saúde coletiva e oferta de vagas, caracterizando uma situação sem proximidade de consenso ou uma questão que pode não ter sido adequada para a compreensão dos participantes.

O fisioterapeuta, assim como a maior parte dos profissionais de saúde, ainda tem a sua formação voltada para a doença, já que é conhecido como “*o profissional da reabilitação*”, ou seja, aquele que atua quando a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida (BISPO JUNIOR, 2009). Entre os participantes, na questão sobre se a ESF ainda percebe o fisioterapeuta como um profissional somente reabilitador (Quadro 3), o posicionamento observado a partir do RM das respostas, também foi estabelecido em posição neutra, isto é, sem consenso. Deve-se destacar que, intencionalmente, os especialistas deste estudo foram escolhidos por atuarem em APS ou terem alguma relação com disciplinas da graduação na área de saúde coletiva, o que facilitaria uma tendência de já perceberem um avanço da atuação do fisioterapeuta para além do perfil do reabilitador exclusivo, tendo em vista suas próprias práticas. No entanto, no sentido contrário, surge a surpresa de que, mesmo com este perfil de participante, não houve uma discordância consensual de que o fisioterapeuta seja ainda mais visto somente como um reabilitador, indicando que esta situação ainda esteja presente.

Conhecimento sobre DI (1a rodada)

Nas respostas à pergunta número 4 (quatro), apresentada no Quadro 4, que referia um aspecto sobre conhecimento a respeito do tema DI, o valor do RM foi de 4,8, indicando proximidade ao consenso sobre o fato de que os problemas de desenvolvimento na infância afetam mais de uma função e a criança apresenta alterações funcionais mistas. Esta foi a única questão que se relacionava indiretamente com conhecimento sobre DI, embora a vivência em práticas que envolvam crianças possa favorecer esta opinião. De qualquer modo, as referências das publicações encaminhadas aos participantes também podem ter favorecido este consenso.

Quadro 4 – RM da Questão Conhecimento sobre DI (1a rodada).

| Num Id | Questões Conhecimento sobre DI | RM |
|--------|---|-----|
| 4 | Na maioria das vezes há comprometimentos que afetam mais de uma função e a criança apresenta alterações funcionais mistas no seu desenvolvimento. | 4,8 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Situação Atual do DI na APS (1a rodada)

No Quadro 5 estão apresentados os resultados de RM das questões sobre DI e APS, considerando o acompanhamento do DI neste nível de atenção, ou seja, as respostas que foram mais favoráveis à situação atual, à avaliação e ao acompanhamento do DI na APS, na opinião dos participantes. O RM das respostas a estas perguntas, com valores que se apresentam intermediários ou neutros, não traduzem indicação de consenso entre os participantes.

Essas perguntas sobre aspectos favoráveis à situação atual de acompanhamento do DI na APS, foram apresentadas no sentido de verificar se as questões relacionadas ao acompanhamento do DI estariam sendo realizadas de modo adequado na APS, na percepção dos participantes. Embora os valores de RM estejam acima de 3,0, nenhum deles foi igual ou superior a 4,0, que caracterizaria consenso entre os participantes.

Têm sido observadas fragilidades sobre acompanhamento na AB do Crescimento e Desenvolvimento da Criança, no país, indicando insuficiência de realização. Um dos desafios não ultrapassados em Saúde da Criança é o da qualificação do acompanhamento do DI na AB. Dessa forma, surpreende que não se apresente uma discordância mais consensual neste aspecto.

Nas respostas dos participantes do presente estudo, houve uma tendência a algo maior de concordar com uma situação contrária ao que tem sido relatado na literatura, e pode sugerir que havia desconhecimento ou insegurança para responder, tendo em vista que também não se apresentou consenso sobre isto.

Quadro 5 – RM Aspectos Favoráveis ao DI na APS (1a rodada).

| Num Id | Questões sobre DI e APS | RM |
|---------------|--|-----------|
| 9 | No acompanhamento de crianças na AP, os marcos do desenvolvimento e sinais de atraso, são avaliados na rotina dos Fisioterapeutas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de modo universal, isto é, para todas as crianças que chegam para atendimento na equipe NASF. | 3,8 |
| 18 | Nas suas rotinas de trabalho, os fisioterapeutas que atuam nos NASF ou em outros serviços de porta de entrada do sistema de saúde procuram atuar junto às famílias de crianças saudáveis ou com suspeita de atraso no desenvolvimento, visando a promoção da saúde e prevenção de incapacidades. | 3,8 |
| 7 | Na organização dos serviços no nível da AP, mesmo as crianças consideradas saudáveis e que apresentam crescimento adequado, são avaliadas e acompanhadas no que se refere ao Desenvolvimento Infantil, porque uma situação de atraso nos marcos de desenvolvimento poderá estar presente, sem que exista alguma patologia associada. | 3,7 |
| 12 | Os Fisioterapeutas das equipes dos NASF não podem acompanhar adequadamente as crianças das equipes da ESF, visando a avaliação e estimulação do Desenvolvimento Infantil, tendo em vista que a demanda de atendimento de patologias em pessoas de todas as faixas etárias é muito grande. | 3,4 |
| 8 | No acompanhamento de crianças na AP, os sinais de atraso de desenvolvimento na linguagem, na interação pessoal social, no cognitivo etc são avaliados na rotina das equipes da ESF, de modo universal, isto é, para todas as crianças cadastradas. | 3,3 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Respostas que foram desfavoráveis à situação atual, isto é, à realização de avaliação e acompanhamento do DI na APS, considerando a opinião dos participantes, apresentaram-se com valores de RM inferiores a 3,0, o que sugere existir mais proximidade ao consenso sobre condições inadequadas de serviços ou práticas ligados ao DI na APS, assim como sobre fragilidades na formação e educação continuada de profissionais da Fisioterapia, considerando-se o tema específico. Estes resultados estão consolidados no Quadro 6.

Quadro 6 – RM Aspectos Desfavoráveis ao DI na APS (1a rodada).

| Num Id | Questões Desenvolvimento Infantil | RM |
|---------------|--|-----------|
| 5 | Atualmente, na organização dos serviços de saúde, principalmente na AB, são fornecidos os recursos adequados e a estrutura necessária para uma boa avaliação e acompanhamento do Desenvolvimento Infantil. | 2,8 |
| 16 | As universidades e entidades de representação profissional têm valorizado a formação e aperfeiçoamento dos fisioterapeutas, visando a atuação destes nas equipes dos NASF, no que se refere ao acompanhamento do Desenvolvimento Infantil. | 2,8 |
| 10 | O Fisioterapeuta das equipes dos NASF costuma examinar com frequência, crianças encaminhadas pela equipe da ESF, para avaliação do Desenvolvimento Infantil. | 2,6 |
| 13 | O assunto Desenvolvimento Infantil tem sido bem abordado nos encontros do fisioterapeuta das equipes dos NASF com as equipes da ESF, visando a avaliação e estimulação das crianças dos territórios. | 2,4 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Potencialidades do DI na AP (1a rodada)

A maior parte das respostas sobre potencialidades para práticas ligadas à avaliação e ao acompanhamento do DI na APS, considerando a opinião dos participantes, apresentou-se com valores de RM acima de 4,0, o que sugere existir maior consenso sobre as condições e as possibilidades de serviços ou práticas realizarem procedimentos desta natureza na APS. Na pergunta 14, o valor de RM 3,7 é neutro e não pode ser relacionado à proximidade de consenso. Ao ser feita nova leitura da pergunta, identifica-se que a mesma trata de aspectos tais como encontros da equipe NASF com as equipes da ESF, além de citar matriciamento, temática esta que pode estar ligada ainda a maiores dificuldades nas práticas da APS, em nosso meio.

Quadro 7 – RM Potencialidades do DI na APS (1a rodada).

| Num Id | Questões Potencialidades do DI na APS | RM |
|---------------|---|-----------|
| 15 | Os fisioterapeutas das equipes dos NASF necessitam de espaços de Educação Permanente específicos na AP, para que possam atuar de modo adequado na otimização da avaliação e acompanhamento do Desenvolvimento Infantil das crianças cadastradas na ESF. | 4,8 |
| 19 | Nas suas rotinas de trabalho, os fisioterapeutas que atuam nos NASF poderiam ampliar a discussão e divulgação sobre conceitos e aspectos operacionais da avaliação e acompanhamento do Desenvolvimento Infantil para as equipes da ESF. | 4,8 |
| 17 | Os fisioterapeutas que atuam nos NASF poderiam estar contribuindo muito para evitar os atrasos de encaminhamento e os encaminhamentos desnecessários de crianças com suspeita de atraso desenvolvimento. | 4,4 |
| 11 | Os fisioterapeutas das equipes dos NASF poderiam acompanhar melhor as crianças das equipes da ESF, na avaliação e estimulação do Desenvolvimento Infantil. | 4,2 |
| 14 | O assunto Desenvolvimento Infantil deve ser priorizado nos encontros do fisioterapeuta das equipes dos NASF com as equipes da ESF e de matriciamento, tendo em vista o grande potencial de resultados em saúde e a relação com a ampliação do capital humano das populações, inclusive as mais vulneráveis. | 3,7 |

Fonte: Dados da pesquisa.

6.2 Resultados da 2a rodada

A seleção e a elaboração de perguntas levaram em consideração a importância do conteúdo no fortalecimento do tema DI tanto na formação profissional do fisioterapeuta quanto para a organização dos serviços de APS, visando as possibilidades de participação deste profissional. Foram priorizadas também as questões cujo RM apresentou-se relacionado à neutralidade de opiniões, exceto pelo fato de que os assuntos das questões número 2 e número 6 não foram diretamente contemplados na 2a rodada, embora estejam relacionados indiretamente às demais questões: a percepção do fisioterapeuta na ESF como reabilitador e a grande

demanda para o fisioterapeuta nos NASF, limitando as possibilidades de avaliação e estimulação do DI em crianças.

No Quadro 8 estão apresentadas as frequências absolutas de respostas para as questões que apresentavam opções de respostas em 2 (duas) categorias SIM e NÃO, isto é, se o participante concordava ou não com aspectos apresentados como que considerados pelos participantes na 1ª rodada. Como pode ser verificado, a maior parte das respostas foi de concordância, com todos os dez (10) participantes da 2ª rodada concordando, exceto em duas (2), as de números 7 e 8.

Na questão número 8, a tendência para um certo equilíbrio de opiniões sobre se somente as crianças identificadas como com alguma situação de risco teriam avaliação do DI, sugere que talvez essa seja uma rotina irregularmente implantada em diferentes cenários. Sabe-se que não é porque a criança não apresenta nenhuma patologia ou situação de risco que ela não precisa de uma avaliação do DI e de um fisioterapeuta, pois crianças saudáveis podem apresentar, por exemplo, problemas posturais; logo, para qualquer programa preventivo ter sucesso é necessário realizar um trabalho educacional que enfatize a postura corporal destas crianças (BRACCIALLI & VILARTA, 2000), realizado também através de uma avaliação fisioterapêutica. Sendo assim, dentre as possibilidades de atuação do fisioterapeuta na orientação postural, no âmbito da AB, destaca-se a atuação também em grupos de escolares, afinal o desenvolvimento de costumes saudáveis inicia na infância, instituindo uma cultura de valorização e cuidado da postura corporal (BISPO JUNIOR, 2013).

As respostas analisadas a partir das informações do Quadro 8, levam ao resumo de aspectos da opinião dos especialistas, tais como:

- ✓ Ainda se apresenta limitada a inclusão de temas da APS na graduação de Fisioterapia;
- ✓ Os fisioterapeutas necessitam de Educação Continuada ou Permanente sobre DI;
- ✓ Existe inadequação estrutural nos serviços da APS para avaliação e acompanhamento do DI;

- ✓ Mesmo que o fisioterapeuta não esteja participando, a avaliação e acompanhamento do DI está sendo realizado na APS;
- ✓ A estimulação precoce do DI na APS precisa ser ampliada;
- ✓ O fisioterapeuta do NASF pode ampliar suas ações e as das equipes da ESF, voltados para a avaliação e acompanhamento do DI na APS.

Quadro 8 – Questões Gerais da 2ª Rodada.

| QUESTÕES 2ª RODADA | Concordância | |
|---|--------------|-----|
| | SIM | NÃO |
| 1. Participantes da 1ª fase da pesquisa consideraram que ainda se apresenta limitada a inclusão de temas relacionados à Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em Saúde (ABS), na Graduação de Fisioterapia, na maior parte dos cursos. Você concorda com esta conclusão? | 10 | 0 |
| 3. Participantes da 1ª fase da pesquisa apresentaram opiniões que levam a consideração de que os Fisioterapeutas necessitam de mais oportunidades de Educação Continuada ou Educação Permanente, com apoio de instituições de ensino e entidades de classe, voltadas para o aperfeiçoamento de suas competências e habilidades sobre a avaliação, acompanhamento e estimulação do Desenvolvimento Infantil. Você concorda com esta conclusão? | 10 | 0 |
| 5. Participantes da 1ª fase da pesquisa consideraram que os recursos fornecidos na APS ou ABS, assim como a estrutura dos serviços, estão inadequados para a avaliação e o acompanhamento do DI. Você concorda com esta conclusão? | 10 | 0 |
| 7. Nas respostas dos participantes da 1ª fase da pesquisa, identificou-se uma percepção de que a avaliação e o acompanhamento do DI estejam sendo feitos, atualmente, para todas as crianças, na 1ª infância, na APS ou ABS, mesmo sem a participação de Fisioterapeutas. Você concorda com esta conclusão? | 8 | 2 |
| 8. Na sua opinião, somente as crianças que são identificadas na APS ou ABS com alguma patologia ou situação de risco, acabam sendo avaliadas e acompanhadas com abordagem voltada ao DI? | 6 | 4 |

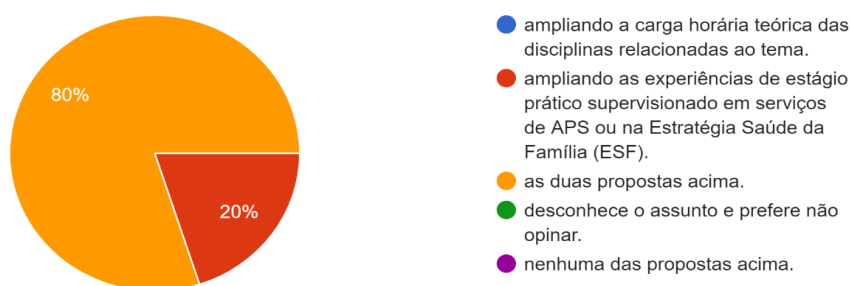
| | | |
|--|----|---|
| 9. Você concorda que a estimulação precoce, em crianças com condições de risco ou problemas detectados quanto ao DI precisa ser ampliada na APS ou ABS, no SUS? | 10 | 0 |
| 10. Em relação à questão anterior, você concorda que o Fisioterapeuta, em sua atuação em NASF e junto às Equipes de Saúde da Família, pode ampliar e qualificar as ações voltadas para o DI na APS ou ABS? | 10 | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Nas questões números 2, 4, 6 e 11, foram apresentadas opções complementares fechadas para que o participante selecionasse, segundo sua opinião.

Quando perguntado (questão 2) de que modo os cursos de Fisioterapia podem aumentar o contato dos estudantes com a APS ou ABS, os respondentes mais optaram pela necessidade de ampliar a carga horária teórica das disciplinas relacionadas ao tema e também as experiências de estágio prático supervisionado em serviços de APS ou na ESF, conforme pode ser visto no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Como os cursos de Fisioterapia podem aumentar o contato dos estudantes com a APS ou ABS

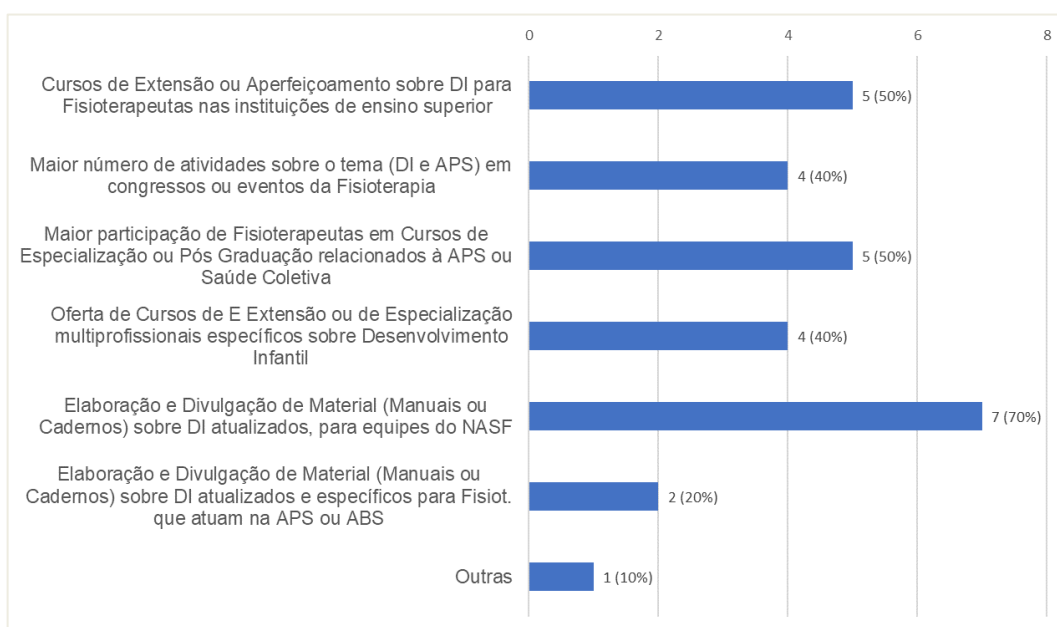


Fonte: Dados da pesquisa.

Na questão número 4, foram apresentadas estratégias que podemos considerar como indicadas para atender à demanda específica de aperfeiçoamento do fisioterapeuta em DI. Sobre as possibilidades e estratégias que podemos considerar como indicadas para colaborar no acompanhamento do DI mais efetivo na APS, tendo em vista aperfeiçoamento profissional, a maioria dos participantes

concordou com a elaboração e divulgação de material (Manuais ou Cadernos) sobre DI atualizados para equipes do NASF e maior participação de fisioterapeutas em Cursos de Especialização ou Pós-Graduação relacionados à APS ou Saúde Coletiva (Gráfico 2).

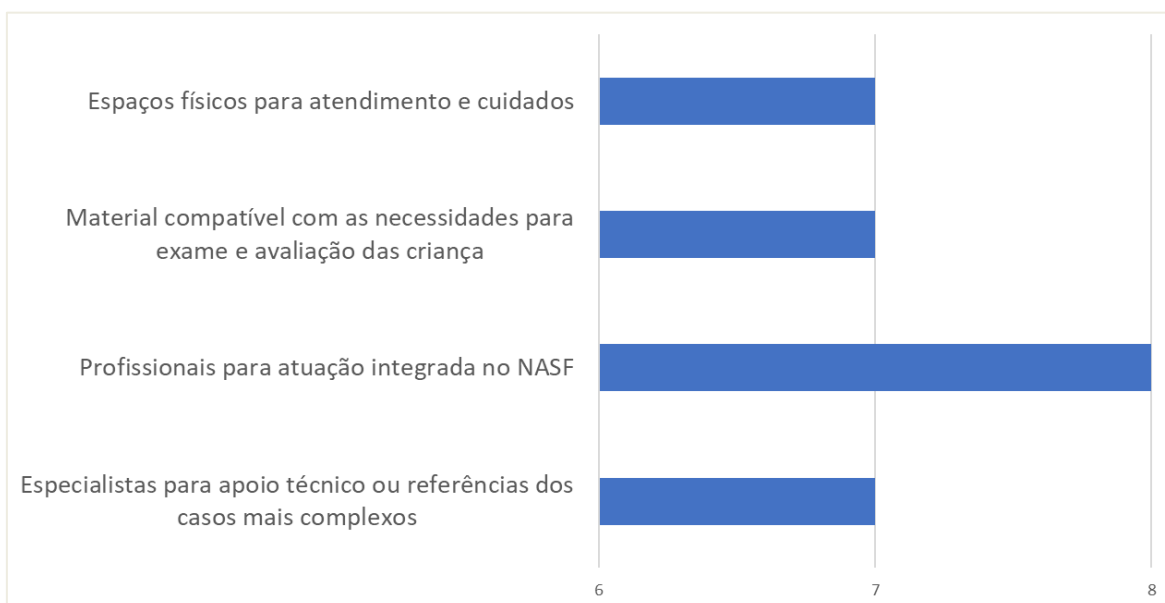
Gráfico 2 – Possibilidades e estratégias indicadas para aperfeiçoamento profissional em DI na APS.



Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos recursos adequados e a estrutura necessária fornecidos pela AB para uma boa avaliação e acompanhamento do DI, os participantes do estudo percebem como inadequados e selecionaram na frequência apresentada no Gráfico 3, as opções que entenderam como importantes para que esses recursos se ampliem.

Gráfico 3 – Recursos e/ou estrutura para uma boa avaliação e acompanhamento do DI.



Fonte: Dados da pesquisa.

6.3 Comentários dos Participantes

Todos os comentários dos participantes, das questões onde estes foram escritos de forma voluntária, foram transcritos e observados em leitura e releitura, visando definir categorias analíticas, fundamentadas na metodologia de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977).

Na descrição dos resultados e análise com abordagem qualitativa, serão apresentados comentários dos participantes que, após transcrição e leitura feitas pelo pesquisador, foram organizados nas seguintes categorias de análise:

- ✓ **Como o fisioterapeuta é visto na APS**
- ✓ **Conceitos e formação sobre desenvolvimento infantil**
- ✓ **O acompanhamento do DI na APS**
- ✓ **O fisioterapeuta e o DI na APS**

Como o fisioterapeuta é visto na APS

Como pressuposto ao iniciar-se esta pesquisa, com base em referências e a partir de vivências profissionais do pesquisador, havia a opinião de que a atribuição do fisioterapeuta ainda estaria muito associada com a reabilitação física, o que acabou surgindo de em parte dos comentários dos participantes.

“A ESF ainda tem muita dificuldade de desvincular o papel do fisioterapeuta como mero reabilitador. A relação ESF e NASF ainda se encontra em processo embrionário.”

“A inserção oficial do fisioterapeuta na Atenção Básica do Brasil se dá por meio das equipes de NASF-AB. Infelizmente, diversos fatores contribuem para o desconhecimento por parte das equipes de Estratégia Saúde da Família, do papel e forma de atuação das equipes de NASF-AB. Portanto, estas ainda confundem, na maioria dos locais, o tipo de atuação do profissional Fisioterapeuta na AB.”

“São poucos os profissionais da UBS que percebem o fisioterapeuta como parte do sistema de AB. A grande maioria dos casos encaminhados são pacientes que necessitam de reabilitação física.”

Os registros desses comentários ratificam a análise feita no RM com posição neutra, para este mesmo tipo de situação questionada, isto é, a percepção sobre como o papel do fisioterapeuta é visto na APS ainda está em processo de melhor configuração, do mesmo modo que sua atuação no NASF, mas os participantes manifestaram opinião de que, na medida em que o profissional avança a sua atuação neste nível, passa a ser melhor reconhecido pela equipe da ESF, assim como as possibilidades ampliadas de sua atuação.

“Conforme se atua nas USF com as eESF, os profissionais acabam percebendo a gama de possibilidades que o fisioterapeuta tem na APS, além de sua atuação na reabilitação.”

“Porém com o tempo de atuação e a inserção nas reuniões de equipe para discussão dos casos, esse olhar deles com relação à atuação no fisioterapeuta na ESF, vem sendo ampliado e o profissional mais acolhido e inserido no contexto da APS”.

“Algumas equipes que possuem o suporte do NASF já percebem outras potencialidades do trabalho do fisioterapeuta na AB, porém, ainda há um caráter de transferência de cuidado de maneira semelhante aos ambulatórios”.

Conceitos e formação sobre desenvolvimento infantil

Provocados com a apresentação do conceito “Desenvolvimento é a capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas” (MARCONDES et al, 1991), alguns comentários refletiram opinião sobre a complexidade do tema.

Deve-se lembrar que também foram enviados, junto ao convite para a 1ª rodada de participação, três arquivos que continham referências de documentos sobre DI, o que pode ter influenciado as respostas e comentários. Entretanto, entre os propósitos desta pesquisa não estava o de ter um julgamento de valor sobre conhecimento dos fisioterapeutas em relação a DI. Ao contrário, ao apresentar referências, estava implícita uma provocação para que o participante conhecesse melhor o conteúdo e pudesse contribuir na consolidação de opinião sobre potencialidades da inserção do profissional desta área na AB.

Foram incluídos muitos comentários que demonstram ser abrangente a compreensão sobre DI pelos participantes, principalmente se relacionada esta às necessidades integrais dos indivíduos, assim como também à complexidade específica que seria trabalhar este acompanhamento nas rotinas da AB, tais como os exemplos a seguir.

“Desenvolvimento infantil para o fisioterapeuta é muito mais complexo e abrangente do que apenas ser aumentar a capacidade de realizar funções. Não ficamos apenas restritos à melhora da capacidade motora.”

“Concordo com a fala do autor e acrescento que trabalhar o desenvolvimento infantil dentro da ESF não é uma tarefa muito fácil.....”

“É um dos conceitos que poderá apoiar, certamente, levando em consideração a relação deste com a idade do indivíduo, bem como aquisições funcionais diversas. Portanto tais "capacidades" aumentam não só em complexidade, mas também em número.”

Pode-se ainda complementar com destaque ao comentário de que é difícil avaliar o que seria um desenvolvimento normal, indicando que este profissional que atua na AB deverá contextualizar cada situação avaliada, dentro de várias dimensões humanas e psicossociais.

“Tendo o fisioterapeuta uma visão aplicada às funcionalidades e autonomia do movimento, concordo que o desenvolvimento motor do indivíduo esteja relacionado às possibilidades de êxito em movimentos cada vez mais complexos, porém, devendo também considerar a capacidade de adaptação deste às suas limitações físicas e cognitivas.”

“Concordo que conceituar desenvolvimento infantil é complexo e isso dificulta muitas vezes a avaliação do que seria um desenvolvimento “normal”.

“É habilidade de ir aprendendo e executando tarefas novas com complexidades mais elaboradas dentro de suas capacidades físicas e mentais.”

Alguns participantes apresentaram comentários que levam a consideração de que os fisioterapeutas necessitam de mais oportunidades de educação continuada ou educação permanente. Haveria uma limitada educação permanente sobre DI, supondo-se que tal fato interfira no acompanhamento do DI na AB e o assunto não estaria sendo abordado nos encontros tanto das equipes do NASF como da ESF. Referências a este tipo de acompanhamento ou avaliação no Programa Saúde na Escola (PSE), podem representar um indicador de compreensão restrita sobre o tema.

“Falta educação permanente para que os profissionais sejam estimulados a buscar mais conhecimento na área, bem como, terem auxílio na sua prática.”

“As ações são realizadas, contudo sem a capacitação necessária dos profissionais, e em geral atreladas ao PSE, que acho fundamental.”

Sabe-se que a formação profissional continuada e a prática vivenciada contribuem para uma melhora da qualidade da assistência fisioterapêutica prestada à população, em especial para as crianças. A configuração de uma reduzida e concentrada disponibilidade de serviços, associada a uma fraca articulação entre a atenção primária e os serviços de referência em reabilitação, tem produzido problemas com relação à demanda reprimida e filas de espera, que se tratando de

reabilitação, representa danos irreversíveis no que diz respeito à recuperação da função perdida (CREFITO, 2018).

O acompanhamento do DI na APS

Nas questões objetivas relacionadas à situação atual do acompanhamento do DI na APS, o RM das respostas, como já foi apresentado, mostrou-se com valores intermediários ou neutros, isto é, não traduziram indicação de proximidade a consenso entre os participantes. Alguns dos comentários sobre esta situação atual demonstram, em geral, um quadro bastante desfavorável. Essas questões foram apresentadas no sentido de verificar se as questões relacionadas ao acompanhamento do DI estariam sendo realizadas de modo adequado na APS, sendo que alguns relatos representam exemplos de grande fragilidade.

“Faltam recursos, espaço físico, maior tempo e flexibilização de agenda e etc. Porém o trabalho é realizado. Seja com orientações ou com encaminhamentos para locais específicos através do SISREG”.

“Raro observar as equipes encaminharem estes casos para o NASF”.

“Estamos muito longe para se obter uma verdadeira avaliação do desenvolvimento infantil na atenção básica. Padecemos de infraestrutura, materiais, insumos e principalmente de protocolo a ser seguido.”

“Ainda há dificuldades em adequar os protocolos a realidade das Unidades.”

“Na AB a forma que temos de avaliar nossos pacientes é feita através de nossos conhecimentos, não usamos de nenhum tipo de material para acompanhamento e nem avaliação.”

“Não. Não temos estrutura, material, suporte ou espaço físico para tal atendimento dentro das Clínicas da Família, não sendo também esse o papel do NASF”.

Houve apresentação de relato a partir do qual pode ser percebido que há completa ausência na AB de intervenção para além da detecção de transtornos do DI.

“Na atenção básica do RJ isso não existe. Apenas detectamos a gravidade e o nível de comprometimento neuro psicomotor e encaminhamos para unidade especializada nesse tipo de atendimento. O acompanhamento, fora desse contexto, é simplório.”

“Na região em que trabalho, desconheço esse tipo de promoção em saúde para desenvolvimento infantil.”

Entretanto, ratificando a posição de neutralidade ao se consolidarem em RM as opiniões sobre a situação atual de acompanhamento do DI na APS, alguns comentários estão relacionados a uma avaliação mais favorável. A Caderneta de Saúde da Criança como ferramenta para este acompanhamento foi citada por um participante apenas, de modo explícito.

“As crianças são acompanhadas por médicos e enfermeiros, nem sempre por toda equipe multiprofissional”.

“Sim. Até completarem 2 anos de idade, as crianças são submetidas às consultas de puericultura mensal ou bimensal...”.

“As equipes de Saúde da Família que não dispõem de equipes de NASF-AB ainda assim, contam com o instrumento de acompanhamento do DNPM contido nas Cadernetas de Saúde da Criança de cada usuário, que pode ser utilizado para triar e orientar a conduta profissional na AB, tendo certa sensibilidade e especificidade na avaliação.”

Não é possível concluir se de fato há uma diversidade de experiências, em diferentes unidades, ou se o posicionamento mais positivo está relacionado a desconhecimento, como é o caso onde a expressão matriciamento foi utilizada inadequadamente, como sendo sinônimo de referência.

“Sim, todas as crianças são acompanhadas nas consultas com médicos e enfermeiras, e caso observem alguma alteração, as mesmas são matriciadas para serviço adequado”.

O fisioterapeuta e o DI na APS

Nos comentários que relataram modos de inserção do fisioterapeuta, mais especificamente, na APS e as suas possibilidades quanto à avaliação, acompanhamento e estimulação precoce do DI, algumas retratam quadros apresentados como de ocorrência atual, pelo tipo de afirmação, como pode ser observado, sendo mostrados tanto como favoráveis quanto como desfavoráveis.

“O fisioterapeuta busca acompanhar o desenvolvimento infantil para que este esteja mais de acordo com as funções de marcha, interação com o meio e independência nas atividades diárias.”

“E quando os profissionais da ESF identificam algum possível atraso nos marcos de desenvolvimento, solicitam os profissionais do NASF para uma interconsulta para que seja feita essa avaliação de maneira mais específica”.

“Sim. Realizamos trabalho de promoção através dos grupos terapêuticos, palestras nas escolas, ações no território, orientações aos familiares e cuidadores, dentre outras atividades.”

“[...] a manutenção do cuidado ao desenvolvimento das crianças por parte da Fisioterapia, principalmente àquelas que não apresentem uma patologia associada, é nulo”.

Alguns relatos se apresentam como indicações sobre limites para esta atuação do fisioterapeuta, na situação atual, seja porque ainda não esteja plenamente reconhecida esta possibilidade, seja porque existem dificuldades no processo de trabalho. De acordo com o estudo e exemplificado com os comentários abaixo, o fisioterapeuta examina com baixa frequência crianças encaminhadas pela equipe da ESF para avaliação do DI. Suas competências ainda estão muito associadas à atuação como reabilitador para grande demanda da população em geral e, de acordo com participante da pesquisa, dificilmente estas crianças chegam para uma avaliação

inicial do DI com o fisioterapeuta, tal responsabilidade em sua maioria ficando a cargo de outros profissionais:

“Os casos de atraso de desenvolvimento, patológico ou não, chegam com certa frequência, mas sempre como primeira opção ao pediatra do NASF”.

“As atividades de promoção são importantes para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, porém, pela quantidade de pessoas sob responsabilidade de um fisioterapeuta, nem todas conseguem ser acompanhadas e avaliadas corretamente”.

Houve uma referência específica sobre desdobramentos a partir da epidemia de Zika vírus, a qual mostra que eventos epidemiológicos podem reorientar, a partir de necessidades específicas, a tomada de decisão sobre investimentos públicos, assim como o processo de trabalho da APS.

“Após a epidemia de Zika que assolou o país, tornando-se oficialmente situação de emergência em Saúde Pública nacional, o Ministério da Saúde tomou medidas para aparelhar os dispositivos já existentes, principalmente na atenção básica, na tentativa de melhorar o acesso da população a cuidados especializados em estimulação precoce. Desse modo, em 2017, as equipes de NASF-AB que dispunham de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional receberam recurso para a obtenção de equipamentos e aparelhos necessários para a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e estimulação precoce. No entanto, tecnologias leves ainda precisam ser implementadas por estas equipes, como pactuação de apoio com as equipes de ESF, definição de fluxos e aprimoramento do processo de trabalho das equipes com vistas a melhorar o acesso da população a este serviço e qualificar o cuidado.”

Em relação a potencialidades, houve afirmações de participantes sobre o fato de perceberem que podem realizar muito além da reabilitação física, como pode ser observado nestes relatos, a seguir.

“ampliar e qualificar as ações voltadas para o DI na APS”.

“podem acompanhar melhor as crianças das equipes da ESF, na avaliação e estimulação do desenvolvimento infantil”.

“podem contribuir muito mais para evitar os atrasos de encaminhamento e os encaminhamentos desnecessários de crianças com suspeitas de atraso no desenvolvimento, se tivesse acesso rápido a estas crianças”.

“são capazes de ampliar a discussão e divulgação sobre conceitos e aspectos operacionais da avaliação e acompanhamento do desenvolvimento infantil para as equipes da ESF”.

Têm sido apresentadas algumas possibilidades de atuação do fisioterapeuta na atenção básica e em ambiente comunitário, de acordo com BISPO JUNIOR (2013), tais como:

- *Vigilância dos distúrbios cinésio funcionais;*
- *Orientações posturais: no que tange à atenção básica, o fisioterapeuta deve atuar preferencialmente com grupos populacionais, orientando sobre as posturas;*
- *Desenvolvimento da participação comunitária: o fisioterapeuta deve atuar no âmbito comunitário, incentivando e estimulando a atuação da comunidade nas questões relacionadas à saúde;*
- *Desenvolvimento de ambientes saudáveis e incentivos a estilo de vida saudáveis.*

DAVID e colaboradores (2013) relataram também algumas possibilidades de atuação do fisioterapeuta na AB e em ambiente comunitário, sendo estes referentes à saúde e cuidado da criança, tais como: orientação, assistência e acompanhamento. As orientações referidas pelos autores foram aquelas como programas de orientação por meio de palestras, treinamento aos familiares, folhetos explicativos e outros veículos de comunicação, sobre diferentes assuntos que envolvem os cuidados com a criança. No que tange à assistência, esta abrangeria o tratamento realizado diretamente pelo fisioterapeuta ao paciente pediátrico, realizado nas UBS ou na residência. Já no acompanhamento, o fisioterapeuta estabelece formas de continuar

supervisionando a saúde da criança, queira através da programação de retornos semanais às UBS ou através das visitas domiciliares.

A inquietação com um número alto de pessoas com deficiência tem gerado muitos debates nas últimas décadas. Por exemplo, em 1982, durante o IX Congresso Internacional da *World Confederation for Physical Therapy* (W.C.P.T.), realizado em Estocolmo, foi criado um grupo especial com a finalidade de mostrar meios de contribuição do fisioterapeuta na melhoria dos cuidados primários de saúde nos países em desenvolvimento, direcionados às pessoas com incapacidades funcionais resultantes de lesões e doenças. Apesar desse congresso ser relativamente antigo, a dificuldade de acesso à reabilitação ainda é a realidade de diversos países, incluindo o Brasil (RIBEIRO et al, 2007). A solução encontrada foi os fisioterapeutas capacitarem pessoas da comunidade, outros profissionais de saúde e a família, para realizarem atividades sucintas de reabilitação. Este tipo de referência pode ser considerada na solução de questões como a atuação voltada ao DI e a necessidade de ampliação das possibilidades de estimulação precoce, principalmente aos grupos de risco, com participação maior das famílias e comunidade.

Em 1994 a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) lançou o livro “Guia de deficiências e reabilitação simplificada”, que é uma versão em português do livro *Disabled Village Children*, um manual com objetivo de capacitar pessoas, fundamentado na proposta de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC). A RBC tem aspectos importantes, como a possibilidade de integração do saber e a iniciativa das pessoas da comunidade no processo de reabilitação, faz com que elas possam adequar o tratamento à sua realidade. Portanto o envolvimento da comunidade neste trabalho transforma os moradores sujeitos do processo de reabilitação e poderá contribuir com a promoção da inclusão das pessoas com deficiência (LACERDA e RIBEIRO, 2011).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A representação do fisioterapeuta como um profissional apenas reabilitador ainda persiste em nosso meio. Entretanto, vivemos uma transição epidemiológica, onde a redução da carga de transtornos crônicos se faz necessária. Como profissionais da saúde devemos considerar as novas necessidades e realidade da população, incluindo as crianças, considerando sua qualidade de vida e seus direitos fundamentais, tais como educação e saúde. O DI está diretamente relacionado ao potencial humano nos resultados destes dois campos, a saúde e a educação. Sendo assim, a fisioterapia precisa formar profissionais que sejam qualificados para trabalhar com a prevenção de doenças e a promoção da saúde, além daquela atuação mais tradicional de reabilitador (MACIEL et al, 2005). Fisioterapeutas com perfil, competências e habilidades necessárias para atuarem na APS, com diferentes grupos etários.

As competências e habilidades dos fisioterapeutas no campo da APS são inúmeras, porém ainda estão restritas na prática, como foi possível observar nos resultados desse estudo, voltadas muito para a avaliação ou detecção de transtornos e somente quando a equipe da ESF encaminha pacientes. Todavia a presença mais efetiva do fisioterapeuta na AB possibilitaria um acesso mais rápido das crianças à estimulação precoce já no território, com a realização de orientação e apoio adequado às famílias, dentre tantas outras possibilidades de atuação do fisioterapeuta, acarretando assim uma diminuição de danos e de sobrecarga nos outros níveis de atenção à saúde.

Sabemos que cuidar integralmente da criança exige condutas que objetivam a reabilitação, promoção da saúde e em alguns casos recuperação. Em uma definição mais ampla, o cuidado caracteriza-se pelo compartilhamento, pelas trocas e pela reciprocidade de saberes, atitudes e práticas com maior possibilidade de resolver as situações e/ou necessidades trazidas pelas demandas da saúde da criança (SOUSA et al, 2011). Entretanto, ainda se faz necessária uma maior abrangência nas

ações de educação em saúde no que diz respeito ao DI, para que profissionais e familiares, possam atuar de modo colaborativo, visando a saúde da criança.

Um exemplo de elaboração e divulgação de material foi o do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) em parceria com duas instituições, confeccionaram a Cartilha “Diagnóstico: Microcefalia. E agora?” (COFFITO, 2016), com o objetivo de tratar as consequências dessa patologia para os pais e as crianças. Em maio de 2016, através da portaria Nº 075/2016, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO 1) criou um grupo de trabalho na Síndrome Congênita por Zika Vírus. Nomeou seus integrantes composto profissionais com conhecimento e experiência na saúde pública e, em especial, em saúde da criança, para implementar ações que colaborem com a melhoria da qualidade da assistência concedida na rede estadual de saúde de Pernambuco em parceria com seus municípios, criando posteriormente o Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança no Âmbito da Fisioterapia (CREFITO, 2018), colaborando assim de forma positiva com os demais fisioterapeutas de outras regiões do Brasil.

A experiência de serviços de atenção primária que evidenciam a participação de fisioterapeutas tem mostrado que ainda há uma carência de profissionais frente à quantidade de atividades a serem desenvolvidas, existindo a necessidade da participação de outros profissionais (ex. agentes comunitários de saúde) para colaborar nas atividades, tornando claro que o número de fisioterapeutas ainda é escasso para um envolvimento desses profissionais nas diversas atividades que sua presença é necessária, além da pouca disponibilidade de recursos para manter esses profissionais na atenção básica (LACERDA e RIBEIRO, 2011), sendo exemplificado pela situação atual da atenção primária no município do Rio de Janeiro.

Infelizmente, a oferta de vagas para o fisioterapeuta neste nível de atenção ainda é muito baixa, levando em consideração que a grande parcela da população necessita dos serviços prestados pelo SUS. Um modelo de fisioterapia coletiva pode não acabar com as ações de cura e reabilitação, mas sim complementa e amplia as possibilidades de atuação do fisioterapeuta, no presente quadro sanitário e de necessidades da população.(BISPO JUNIOR, 2013).

Há muito discutida, está em andamento na Câmara dos Deputados o projeto de lei (PL 4523/2016) sobre a inclusão do fisioterapeuta na equipe mínima do programa de Estratégia Saúde da Família. Para que se torne concreto, o projeto necessita ser aprovado por outras comissões da Câmara Federal e prosseguir no Senado Federal.

Minha vivência nestes últimos dois anos, no Mestrado Profissional de Saúde da Família, me ampliou visão e o conhecimento sobre o campo de atuação do fisioterapeuta na APS, compreendendo assim as dificuldades destes profissionais em atuarem de forma plena e precisa. Devido os obstáculos que encontram em suas rotinas, sejam no que diz respeito à falta de recursos, tempo escasso, alta demanda, conhecimentos específicos, dificultando assim que o fisioterapeuta demonstre todo seu potencial no exercício de sua profissão. A presença deste profissional neste nível da atenção pode contribuir com o cuidado integral e com um serviço mais resolutivo, nos territórios de saúde.

Os limites das inferências a partir dos resultados deste estudo, tendo em vista que houve dificuldades tanto em conseguir maior número de participantes, quanto no tempo necessário para mais rodadas de discussão, como previsto no uso da metodologia Delphi, podem ser relativizados, na medida em que seja reconhecida uma grande complexidade no contexto atual da APS no Brasil.

Desse modo, além de concluir que ainda carecemos de mais investigações referentes ao tema específico – o DI e o fisioterapeuta na APS, para que haja uma maior exatidão quanto a questões teórico práticas da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do DI junto às equipes da ESF e no NASF, foi possível a aproximação de um consenso sobre a necessidade de investimentos materiais, na formação e no aperfeiçoamento profissionais. Para este fim, presume-se que seja necessário articular diferentes instituições de formação e as representações dos profissionais de Fisioterapia, buscando um plano de ações conjuntas, especificamente voltado à qualificação da atuação em Saúde da Criança na APS, que envolva diretamente o fisioterapeuta, no desafio da detecção de transtornos, acompanhamento e estimulação precoce do DI.

Como desdobramento imediato deste estudo, está prevista a elaboração de um produto técnico específico, que se fundamente na revisão bibliográfica já realizada

e possa ser apresentado aos fisioterapeutas que atuam na APS, com orientações técnicas e práticas sobre a importância do acompanhamento do DI nos cuidados primários em saúde, assim como sobre as potencialidades que tem a atuação dos NASF neste tipo de atenção e matriciamento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P., SILVA, R. M. M., COLLET, N., NEVES, E. T., TOSO, B. R. G. O., VIERA, C. S. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas.** Rev. Bras Enferm., v. 67, n. 6, p. 1000-7, nov./dez. 2014.

BARBOSA E. G., FERREIRA, D. L. S., FURBINO, S. A. R., RIBEIRO, E. E. N. **Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG.** Rev. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BISPO JUNIOR, José Patrício. **Fisioterapia & Saúde Coletiva: reflexões, fundamentos e desafios.** Ed Hucitec. São Paulo, 2013.

BISPO JUNIOR, José Patrício. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 655-668, jul./set. 2009.

BORGES, A. M. P., SALICIO, V. A. M. M., GONÇALVES, M. A. N. B., LOVATO, M. A **Contribuição do Fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura.** Revista UNICiências, Cuiabá, v.14, n.1, p. 69-82, 2010.

BRACCIALLI, L. M. P. e VILARTA, R. **Aspectos a serem considerados na elaboração de programas de prevenção e orientação de problemas posturais.** Rev. paul. Educ. Fís., São Paulo, v. 14, n. 2, p. 159-171, jul./dez. 2000.

CASSIANO, A. C. M., CARLUCI, E. M. S., GOMES, C. F., BENNEMANN, R. M. **Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.** Revista do Serviço Público Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

COFFITO. **Cartilha - Diagnóstico: Microcefalia. E agora?** Material desenvolvido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. (COFFITO, com apoio das associações ABRAFIN e ABRADIMENE, e colaboração dos profissionais entrevistados). 2016. Disponível em:<https://coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/comunicacao/materialDownload/CartilhaMicrocefalia_Final.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2019.

COUTINHO, S. S., FREITAS, M. A., PEREIRA, M. J. B., VEIGA, T. B., FERREIRA, M., MISHIMA, S. M. **O uso da técnica Delphi na pesquisa em Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** Revista Baiana de Saúde Pública v.37, n.3, p.582-596. jul./set. 2013.

CREFITO. **Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança no Âmbito da Fisioterapia.** CREFITO 1ª Região. Ed. Rede Unida. Porto Alegre, 2018.

CYPEL, Saul (org.). **Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos.** Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. São Paulo, 2011.

DAVID, M. L. O., RIBEIRO, M. A. G. O., ZANOLLI, M. L., MENDES, R. T., ASSUMPÇÃO, M. S., SCHIVINSKI, C. I. S. **Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 120-129, jan./mar. 2013.

FIGUEIRAS, A. C., SOUZA, I. C. N., RIOS, V. G., BENGUIGUI, Y. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington, D.C.: OPAS, 2005.

FMCSV. Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. **Funções executivas e desenvolvimento infantil: habilidades necessárias para a autonomia: estudo III.** 1. ed. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2016.

FORMIGA, N. F. B., RIBEIRO, K. S. Q. S. **Inserção do fisioterapeuta na AB: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, São Caetano do Sul, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012.

FREITAS, L. B. L. e SHELTON, T. L. **Atenção à primeira infância nos EUA e no Brasil.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. V. 21, n.2, p. 197-205, 2005.

FREITAS, M. S. **A Atenção Básica como Campo de Atuação da Fisioterapia no Brasil: as Diretrizes Curriculares resignificando a prática profissional.** 2006. 138f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

GIOVINAZZO, Renata A. **Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet – Vantagens e Ressalvas.** Rev Administração online Vol 2 N. 2, 2001.

LACERDA, D. A. L, e RIBEIRO, K. S. Q. S. **Fisioterapia na Comunidade**. Editora Universitária da UFPB. 2ª ed. João Pessoa, 2011.

LOPES, M. R. L., PAIVA, P. A., SOUZA, G. C. L. L., NUNES, G. L. S., LUCIO, C. M., RODRIGUES, C. A. Q. **Acompanhamento de consulta de crescimento e desenvolvimento infantil (CD) com abordagem multiprofissional – relato de experiência**. Revista da ABENO. V. 13, n. 2, p. 42-49, 2013.

LUTING, F. T., MALEZAN, W. R. **A comunicação da fisioterapia no NASF. Um desafio para a realidade**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 19, N. 202, mar. 2015.

MACIEL, R. V., SILVA, P. T. G., SAMPAIO, R. F., DRUMMOND, A. F. **Teoria, prática e realidade social: uma perspectiva integrada para o ensino de Fisioterapia**. Rev. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.18, n.1, p. 11-17, jan./mar. 2005.

MAIA, F. E. S., MOURA, E. L. R., MADEIROS, E. C., CARVALHO, R. R. P., SILVA, S. A. L., SANTOS, G. R. **A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de Saúde**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 110-115, set. 2015.

MARQUES, J. B. V. e FREITAS, D. **Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação**. Rev. Proposições. V. 29, n. 2, p. 389-415, 2018. V. 29, N. 2 (87) | maio/ago. 2018.

MASSAROLI, A. MARTINI, J. G. LINO, M. M. SPENASSATO, D. MASSAROLI, R. **Método Delphi como referencial metodológico para a pesquisa em enfermagem**. Texto Contexto Enferm; 26(4):e1110017, 2017.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim. **Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25 n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional**. Diário Oficial da União de 10/12/2001, Seção 1, p. 22. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva: Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 31 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Série I. História da Saúde. Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** - Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília, 2014.

NOGUEIRA, M.S. e FLAUSINO, T.C. **Inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica: Revisão de Literatura**. Goiânia, 2013. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/saude%20e%20biologicas/inser%c3%87%c3%83o%20do%20fisioterapeuta%20na%20aten%c3%87%c3%83o%20b%c3%81sica%20revis%c3%83o%20de%20literatura.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2019.

OHARA, E. C. C. e SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade.** Ed. Martinari, 3ª ed. São Paulo: 2014.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. **O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX.** Texto Contexto Enferm. V. 1, n. 3, p. 459-466, 2004.

OLIVEIRA, J. S. P. COSTA, M. M., WILLE, M. F. C. **Cartilha: Introdução ao Método Delphi.** Curitiba: Mundo Material, 2008.

OLIVEIRA, L. H.. Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert. Notas de Aula. Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração. Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional. PPGA CNEC/FACECA: Varginha, 2005.

OLIVEIRA, S. M. S., ALMEIDA, C. S., VALENTINI, N. C. **Programa de fisioterapia aplicado no desenvolvimento motor de bebês saudáveis em ambiente familiar.** Rev. Educ. Fís/UEM, v. 23, n. 1, p. 25-35, 2012.

OTENIO, C. C. M., OTENIO, M. H., MARIANO, E. R. **Políticas Públicas para Criança no Brasil: O Contexto Histórico-social e da Saúde.** Estação Científica Online. Juiz de Fora, n. 06, Ago./Set. 2008.

PEREIRA, Andreia Ferrari. **Inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica de Saúde: estudo bibliográfico.** Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, 2014.

PORTES, L. H. CALDAS, M. A. J., PAULA, L. T., FREITAS, M. S. **Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira.** Rev. APS, v. 14, n. 1, p. 111-119, jan./mar. 2011.

Programa Saúde da Família: **Informes Técnicos Institucionais, Departamento de Atenção Básica.** Secretaria de Políticas de Saúde: Rev. Saúde Pública v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

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.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1403-1410, 2009.

RIBEIRO, K. S. Q. S., ARAUJO NETO, M. J., ARANGIO, M. G., NASCIMENTO, P. B. S., MARTINS, T. N. T. **A participação de agentes comunitários de saúde na**

atuação da fisioterapia na atenção básica. Revista APS, v.10, n.2, p. 156-168, jul./dez. 2007.

ROQUE, Ruth Ferreira. **Estudo Comparativo de Metodologias de Desenvolvimento de Sistemas de Informação utilizando a técnica Delphi.** 1998. 202f. Tese (Mestrado em Engenharia de Produção). Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

SACCANI, R., BRIZOLA, E., GIORDANI, A. P., BACH, S., RESENDE, T. L., ALMEIDA, C. S. **Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre.** Rev. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 130-137, jul./set. 2007.

SHONKOFF, J. P. e PHILLIPS, D. A. **From Neuronsto Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.** The National Academies Press, Washington, DC, 2000.

SILVA, D. J., Da ROS, M. A. **Inserção de profissionais de Fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007.

SILVA. R. F., TANAKA. O. Y. **Técnica Delphi: identificando as competências Ferais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde.** Rev. Esc. Enf. USP. v.33, n.3. p. 207- 16, 1999.

SOUSA, F. G. M., ERDMANN, A. L., MOCHEL, E. G. **Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na AB de saúde.** Rev. Texto e Contexto Enfermagem, v. 20, p. 263-271, Florianópolis, 2011.

SOUZA, M. C., BOMFIM, A. S., SOUZA, J. N., FRANCO, T. B. **Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios.** O Mundo da Saúde. V. 37, n. 2, p. 176-184. São Paulo, 2013.

WITT, Regina Rigatto. **Competências da enfermeira na Atenção Básica: Contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.** 2005. 336f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2005.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. **Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil.** Rev. Paul. Pediatr., São Paulo, v. 30, n. 4, p. 594-599, dez. 2012.

APÊNDICE A

Prezado (a),

Gostaria de convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa de caráter científico no campo da Saúde Coletiva. Sou Mestrando do Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá e responsável principal por este estudo, com orientação da Profa Dra Maria Tereza Fonseca da Costa.

O objetivo principal desta pesquisa é alcançar um consenso sobre competências, atribuições e práticas possíveis na atuação do fisioterapeuta, visando especificamente a avaliação e o acompanhamento do Desenvolvimento Infantil, no âmbito da Atenção Primária e Saúde.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estácio de Sá, com parecer número 2.970.215, de 18 de outubro de 2018. Entende-se que os participantes adequados para esta pesquisa são fisioterapeutas com experiência profissional e/ou de ensino da Fisioterapia, além de profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde.

Considerando-se a metodologia de pesquisa, relacionada ao estabelecimento de consenso com especialistas, estão previstas três rodadas de perguntas, em questionários enviados para o seu e-mail, sendo esta já considerada a primeira etapa. As demais serão enviadas posteriormente, a partir de que nos cheguem os primeiros questionários respondidos.

No anexo desta mensagem, encaminhamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que o orientará sobre a pesquisa. Caso concorde com esta participação, poderá responder em seguida no acesso disponibilizado, registrando sua concordância e seguindo para responder ao questionário propriamente dito. Estão garantidas todas as formas de não identificação de seu nome ou seus dados, nas diferentes etapas dessa apuração de dados e divulgação dos resultados de pesquisa.

Estão encaminhadas também, nos anexos desta mensagem, algumas referências estruturantes que dizem respeito ao tema em pesquisa, caso você queira conhecer.

O tempo médio estimado para responder o presente questionário é de aproximadamente 20 minutos. Para o sucesso desta pesquisa é fundamental realizar os comentários sobre cada questão, para que as opiniões sejam mais abrangentes possíveis e se completem as respostas.

Estou à sua disposição para esclarecer qualquer ponto que se faça necessário, através de meu e-mail ou por telefone.

Conto com sua colaboração e agradeço, desde já, pelo seu tempo para concluir este questionário inicial (link abaixo).

Atenciosamente,

Marcelo Bonfim
Discente do Curso de Mestrado em Saúde da Família
Universidade Estácio de Sá

QUESTIONÁRIO – RODADA 1

DADOS DO RESPONDENTE:

E-mail: _____ Ano de Graduação: _____

Instituição que se formou? _____

Cursos de Pós Graduação ou extra curriculares:

I – QUESTÃO SOBRE FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA E ATENÇÃO PRIMÁRIA

“O termo prevenir habilita o fisioterapeuta a atuar na atenção básica, onde a prevenção de doenças é o maior enfoque. É sua função proporcionar educação, prevenção e assistência coletiva na atenção básica em saúde, bem como integrar equipes multiprofissionais destinadas a planejar, programar, controlar e executar projetos e programas (David et al, 2013)”.

1. Na sua formação acadêmica da Graduação você teve uma boa abordagem teórico prática sobre a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária (AP) na Saúde.

II – QUESTÕES REFERENTES AO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

2. A atuação do fisioterapeuta na AB é um processo em construção, onde ainda estima-se tirar o rótulo do profissional como simples reabilitador, o que até então excluía o serviço de fisioterapia da rede básica, resultando numa dificuldade de acesso da população ao serviço, bem como a inserção do profissional na UBS (NOGUEIRA & FLAUSINO, 2013). As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda percebem o fisioterapeuta como um profissional somente reabilitador.

3. Conceituar o que vem a ser desenvolvimento infantil não é tarefa fácil. Dependendo do profissional que se pergunte, ele poderá apresentar uma definição diferente, seja este pediatra, neuropediatra, psicólogo, psicanalista (FIGUEIRAS et al, 2005) e até mesmo fisioterapeuta. O conceito de Desenvolvimento Infantil que mais poderá apoiar o Fisioterapeuta na sua atuação é “Desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas” (MARCONDES et al, 1991). Comente.

4. Os problemas no desenvolvimento na criança podem se apresentar de diversas maneiras, como alterações no desenvolvimento motor, na linguagem, na interação pessoal-social, no cognitivo, etc (FIGUEIRAS et al, 2005). Na maioria das vezes há comprometimentos que afetam mais de uma função e a criança apresenta alterações funcionais mistas no seu desenvolvimento.

5. Apesar de existir um consenso entre os profissionais sobre a importância no acompanhamento do desenvolvimento da criança, a maneira como fazê-lo ainda é controversa. Várias são as propostas e modelos para este acompanhamento, passando pelos screenings de desenvolvimento, utilização de testes ou escalas, exames e outros procedimentos (FIGUEIRAS et al, 2005). Atualmente, na organização dos serviços de saúde, principalmente na AB, são fornecidos os recursos adequados e a estrutura necessária para uma boa avaliação e acompanhamento do Desenvolvimento Infantil.

6. A vigilância do Desenvolvimento Infantil deve ser realizada na AB ou AP, através das atividades de promoção do desenvolvimento normal e da detecção precoce de problemas ou alterações. Diante disso, torna-se importante afirmar que os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos básicos sobre o Desenvolvimento Infantil, para que possam fazer o seu acompanhamento de forma sistemática para todas as crianças sob sua responsabilidade, a fim de decidir se há um problema para ser investigado e qual tratamento adequado (SANTOS et al, 2010). Atualmente, na organização dos serviços de saúde, principalmente na AB, são realizadas atividades de promoção de saúde para as famílias e crianças, voltadas para o acompanhamento e estimulação do Desenvolvimento Infantil. Comente.

7. Existem crianças que não apresentam manifestações clínicas de atraso no desenvolvimento, pelo fato de não receberem estímulos adequados, mas apesar de estarem bem nutridos e saudáveis, poderão não alcançar seu potencial pleno. Daí ser muito importante não só diagnosticar os desvios, mas também promover o bom desenvolvimento da criança (FIGUEIRAS et al, 2005)”. Na organização dos serviços no nível da AP, mesmo as crianças consideradas saudáveis e que apresentam crescimento adequado, são avaliadas e acompanhadas no que se refere ao

Desenvolvimento Infantil, porque uma situação de atraso nos marcos de desenvolvimento poderá estar presente, sem que exista alguma patologia associada.

8. No acompanhamento de crianças na AP, os sinais de atraso de desenvolvimento na linguagem, na interação pessoal-social, no cognitivo e etc, são avaliados na rotina das equipes da ESF, de modo universal, isto é, para todas as crianças cadastradas.

9. No acompanhamento de crianças na AP, os marcos do Desenvolvimento e sinais de atraso são avaliados na rotina dos Fisioterapeutas que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), de modo universal, isto é, para todas as crianças que chegam para atendimento na equipe NASF.

10. O Fisioterapeuta das equipes dos NASF costuma examinar com frequência, crianças encaminhadas pela equipe da ESF, para avaliação do Desenvolvimento Infantil.

11. Os fisioterapeutas das equipes dos NASF poderiam acompanhar melhor as crianças das equipes da ESF, na avaliação e estimulação do Desenvolvimento Infantil.

12. Os Fisioterapeuta das equipes dos NASF não podem acompanhar adequadamente as crianças das equipes da ESF, visando a avaliação e estimulação do Desenvolvimento Infantil, tendo em vista que a demanda de atendimento de patologias em pessoas de todas as faixas etárias é muito grande.

13. O assunto Desenvolvimento Infantil tem sido bem abordado nos encontros do fisioterapeuta das equipes dos NASF com as equipes da ESF, visando a avaliação e estimulação das crianças dos territórios.

14. O assunto Desenvolvimento Infantil deve ser priorizado nos encontros do fisioterapeuta das equipes dos NASF com as equipes da ESF e de matriciamento, tendo em vista o grande potencial de resultados em saúde e a relação com a ampliação do capital humano das populações, inclusive as mais vulneráveis.

15. Os fisioterapeutas das equipes dos NASF necessitam de espaços de Educação Permanente específicos na AP, para que possam atuar de modo adequado na otimização da avaliação e acompanhamento do Desenvolvimento Infantil das crianças cadastradas na ESF.

16. As universidades e entidades de representação profissional têm valorizado a formação e aperfeiçoamento dos fisioterapeutas, visando a atuação destes nas equipes dos NASF, no que se refere ao acompanhamento do Desenvolvimento Infantil.

17. O encaminhamento desnecessário aos serviços especializados determina preocupação entre familiares de crianças com suspeita de atraso. Por outro lado, a falta de encaminhamento pode privar o indivíduo de reabilitação e tratamento (ZEPPONE et al, 2012). Os fisioterapeutas que atuam nos NASF poderiam estar contribuindo muito para evitar os atrasos de encaminhamento e os encaminhamentos desnecessários de crianças com suspeita de atraso desenvolvimento.

18. Programas interventivos de fisioterapia para bebês dentro do contexto familiar são de grande valia para seu desenvolvimento motor e global. A Fisioterapia busca novos caminhos, não mais visualizando somente a doença, mas sim trabalhando na promoção da saúde e prevenção de doenças. A ESF torna-se peça-chave, visto que proporciona a interação entre o profissional e a família, beneficiando programas destinados a grupos populacionais. Assim, o fisioterapeuta pode atuar no contexto familiar de bebês em formação motora e promover um ambiente saudável para toda a família (OLIVEIRA, et al, 2012). Nas suas rotinas de trabalho, os fisioterapeutas que atuam nos NASF ou em outros serviços de porta de entrada do sistema de saúde procuram atuar junto às famílias de crianças saudias ou com suspeita de atraso no desenvolvimento, visando a promoção da saúde e prevenção de incapacidades.

19. O matriciamento, como elemento organização do trabalho em saúde na AP, aponta para um segundo tempo lógico do cuidado integral, ao constituir-se como prática de cooperação entre equipes de ESF e suas referências de apoio setoriais e intersetoriais – e como modo de potencializar o trabalho com os cuidados primários em saúde em toda sua complexidade (MEDEIROS, 2015). Nas suas rotinas de trabalho, os fisioterapeutas que atuam nos NASF poderiam ampliar a discussão e divulgação sobre conceitos e aspectos operacionais da avaliação e acompanhamento do Desenvolvimento Infantil para as equipes da ESF.

20. A inserção do profissional de fisioterapia na atenção básica pode então, contribuir para otimização dos serviços prestados, uma vez que previne o aumento do volume de complexidade da atenção em saúde, reduzindo gastos públicos, além de colaborar com a mudança do modelo assistencial simplificado, evitando o incremento de patologias e suprimindo demandas do serviço de fisioterapia pela população assistida (NOGUEIRA & FLAUSINO, 2013). A participação do fisioterapeuta na saúde coletiva ainda está em fase de crescimento, o que falta para uma presença mais efetiva deste profissional é apenas a oferta de vagas de trabalho.

APÊNDICE B

Caro(a) participante,

Como já lhe foi apresentado, estou desenvolvendo a pesquisa “Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária e Possibilidades de Atuação do Fisioterapeuta”, no Mestrado de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro. Enviei anteriormente o convite para participação da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a aprovação do CEP (Parecer 2.987.607, de 29 de outubro de 2018), com um questionário para ser respondido.

A metodologia desta pesquisa estabelece uma segunda rodada de opiniões, sendo apresentados aos participantes, os resultados principais da primeira rodada. Desta forma, agradecendo a sua grande colaboração, encaminho este material com um número menor de perguntas, a partir dos resultados já obtidos. Poderão participar tanto aqueles convidados que já colaboraram na primeira rodada, quanto aqueles convidados que não puderam participar e hoje têm maior disponibilidade.

Entendemos que esta conclusão é muito importante para apoiar o fortalecimento da inserção do Fisioterapeuta na Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. Estou à sua disposição para esclarecer qualquer ponto que se faça necessário, através de meu e-mail ou por telefone.

Conto mais uma vez com sua colaboração e agradeço, desde já, pelo seu tempo para concluir este questionário final.

Atenciosamente,

Marcelo Bonfim
Discente do Curso de Mestrado em Saúde da Família
Universidade Estácio de Sá

QUESTIONÁRIO DELPHI – RODADA 2

Instruções:

Abaixo existem afirmações relacionadas às respostas do questionário anterior e ao seu conhecimento ou à sua rotina de trabalho. Leia cada afirmativa listada e responda de acordo com sua opinião sobre cada uma apresentada.

Para o sucesso desta pesquisa é fundamental realizar os comentários sobre cada questão, para que as opiniões sejam mais abrangentes possíveis, porém os comentários não são de preenchimento obrigatório.

1. Participantes da 1a fase da pesquisa consideraram que ainda se apresenta limitada a inclusão de temas relacionados à Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em Saúde (ABS), na Graduação de Fisioterapia, na maior parte dos cursos.

Você concorda com esta conclusão? () SIM () NÃO () DESCONHECE

2. Se assumirmos que esta conclusão é coerente, na sua opinião, os Cursos de Fisioterapia deveriam aumentar o contato dos estudantes com a AOS ou ABS, de que modo? Marcar uma das opções abaixo (somente uma).

() ampliando a carga horária teórica das disciplinas relacionadas ao tema.

() ampliando as experiências de estágio prático supervisionado em serviços de APS ou na Estratégia Saúde da Família (ESF).

() as duas propostas acima.

() desconhece o assunto e prefere não opinar.

() nenhuma das propostas acima.

3. Participantes da 1a fase da pesquisa apresentaram opiniões que levam a consideração de que os Fisioterapeutas necessitam de mais oportunidades de Educação Continuada ou Educação Permanente, com apoio de instituições de ensino e entidades de classe, voltadas para o aperfeiçoamento de suas competências e habilidades sobre a avaliação, acompanhamento e estimulação do Desenvolvimento Infantil.

Você concorda com esta conclusão? () SIM () NÃO () DESCONHECE

4. Entre as opções descritas a seguir, selecionamos algumas possibilidades e estratégias que podemos considerar como indicadas para atender à demanda específica de aperfeiçoamento em Desenvolvimento Infantil. Marque somente 3 (três) que, na sua opinião, seriam mais importantes e prioritárias, considerando a situação atual das práticas profissionais, realidade dos serviços e inserção de Fisioterapeutas em ações voltadas para o Desenvolvimento Infantil (DI) na APS ou ABS.

() Cursos de Extensão ou Aperfeiçoamento sobre DI para Fisioterapeutas nas instituições de ensino superior.

() Maior número de atividades sobre o tema (DI e APS) em congressos ou eventos da Fisioterapia.

() Maior participação de Fisioterapeutas em Cursos de Especialização ou Pós Graduação relacionados à APS ou Saúde Coletiva.

() Oferta de Cursos de E Extensão ou de Especialização multiprofissionais específicos sobre Desenvolvimento Infantil.

() Elaboração e Divulgação de Material (Manuais ou Cadernos) sobre DI atualizados, para equipes do NASF.

() Elaboração e Divulgação de Material (Manuais ou Cadernos) sobre DI atualizados e específicos para Fisioterapeutas que atuam na APS ou ABS.

() Outras.

Sugerir: _____

5. Participantes da 1ª fase da pesquisa consideraram que os recursos fornecidos na APS ou ABS, assim como a estrutura dos serviços, estão inadequados para a avaliação e o acompanhamento do DI.

Você concorda com esta conclusão? () SIM () NÃO () DESCONHECE

6. Se assumirmos que a conclusão acima estaria correta, em relação à maior parte dos serviços de APS ou NASF, em nosso meio, marque e descreva exemplos, do que, na sua opinião poderia ser melhorado. Pode marcar mais de uma opção.

() espaços físicos para atendimento e cuidados.

Especificar exemplos (não obrigatório): _____

() material compatível com as necessidades para exame e avaliação das crianças.

Especificar exemplos (não obrigatório): _____

() profissionais para atuação integrada no NASF.

Especificar exemplos (não obrigatório): _____

() especialistas para apoio técnico ou referências dos casos mais complexos.

Especificar exemplos (não obrigatório): _____

7. Nas respostas dos participantes da 1ª fase da pesquisa, identificou-se uma percepção de que a avaliação e o acompanhamento do DI estejam sendo feitos, atualmente, para todas as crianças, na 1ª infância, na APS ou ABS, mesmo sem a participação de Fisioterapeutas.

Você concorda com esta conclusão? () SIM () NÃO () DESCONHECE

8. Na sua opinião, somente as crianças que são identificadas na APS ou ABS com alguma patologia ou situação de risco, acabam sendo avaliadas e acompanhadas com abordagem voltada ao DI?

() SIM () NÃO () DESCONHECE

9. Você concorda que a estimulação precoce, em crianças com condições de risco ou problemas detectados quanto ao DI precisa ser ampliada na APS ou ABS, no SUS?

() SIM () NÃO () DESCONHECE

10. Em relação à questão anterior, você concorda que o Fisioterapeuta, em sua atuação em NASF e junto às Equipes de Saúde da Família, pode ampliar e qualificar as ações voltadas para o DI na APS ou ABS?

() SIM () NÃO () DESCONHECE

11. Você considera que atividades coletivas ou de grupos, possibilitando a interação de famílias e profissionais, podem contribuir para ampliar e qualificar a observação, avaliação, detecção de problemas e estimulação do DI em crianças sob cuidados na APS ou ABS? MARQUE SOMENTE UMA OPÇÃO.

() SIM e são atividades já desenvolvidas neste nível de atenção.

() SIM, mas são atividades raramente desenvolvidas com esta finalidade, na APS ou ABS.

() NÃO, porque a abordagem para este tipo de avaliação e acompanhamento só pode ser feita em condições de atendimento individual.

() Desconhece e prefere não opinar.

COMENTÁRIOS FINAIS: aqui você poderá escrever e acrescentar aquilo que pensar ser importante e não foi contemplado nas questões anteriores ou que queira complementar:

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO OBRIGATÓRIO PARA PESQUISAS CIENTÍFICAS COM SERES HUMANOS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome:
 Sexo: Masculino () Feminino () Data de Nascimento:/...../.....
 Endereço:
 Bairro: Cidade:
 Telefone: (.....)..... Email:

Título do Protocolo de Pesquisa:

**Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária e
Possibilidades de Atuação do Fisioterapeuta
Subárea de Investigação: Saúde Coletiva**

Pesquisador responsável: MARCELO BONFIM NEVES DE SÁ
 Universidade Estácio de Sá
 Av Presidente Vargas, 642 – Centro, Rio de Janeiro – RJ, 20071-906
 Telefone: (21) 98377-2733
 E-mail: bonfimfisio@hotmail.com

Avaliação do risco da pesquisa:

(X) Risco Mínimo () Risco Médio () Risco Baixo () Risco Maior

Objetivos e justificativa:

A abordagem fisioterapêutica no acompanhamento do desenvolvimento infantil na AP é de suma importância, pois além de atuar quando a sequela está instalada, o fisioterapeuta pode atuar também prevenindo doenças, promovendo saúde e na estimulação do desenvolvimento infantil. Este estudo tem por objetivo descrever a importância do acompanhamento fisioterapêutico no desenvolvimento infantil na Atenção Primária.

A pergunta que se caracteriza como norteadora para a presente pesquisa, relaciona-se ao conhecimento de quais seriam as competências, atribuições e práticas da atuação do fisioterapeuta no acompanhamento do desenvolvimento infantil na Atenção Primária em Saúde.

Procedimentos: Riscos e inconveniências:

A possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; estresse; cansaço ao responder às perguntas; sendo-lhes também garantido o sigilo das informações fornecidas e assistência psicológica, se necessária, caso o respondente se sinta demasiadamente mexido com as questões respondidas.

Potenciais benefícios:

Os benefícios esperados com o desenvolvimento do presente estudo visam contribuir na construção do conhecimento científico na área da Atenção Primária com enfoque na saúde auditiva da população coberta. O conhecimento gerado pode trazer uma maior organização à Atenção Primária melhorando as suas condições de trabalho.

Informações adicionais:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente do Estudo Universidade Estácio de Sá, em horário comercial, pelo e-mail cep.unesa@estacio.br ou pelo telefone (21) 2206-9726. O CEP-UNESA atende em seus horários de plantão às terças e

quintas, das 9h às 17h, na Av. Presidente Vargas, 642, 22º andar.

Para esta pesquisa, não haverá nenhum custo do participante em qualquer fase do estudo. Do mesmo modo, não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Você terá total e plena liberdade para se recusar a participar bem como retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,
..... (primeiro nome e sobrenome) concordo em participar do estudo **Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil na Atenção Primária e Possibilidades de Atuação do Fisioterapeuta**

Eu fui completamente orientado pelo pesquisador **Marcelo Bonfim Neves de Sá**, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ele me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Concordo voluntariamente com a minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Da mesma forma, estou ciente dos procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Este termo será assinado em 02 (duas) vias de igual teor, uma para o participante da pesquisa e outra para o responsável pela pesquisa.

Rio de Janeiro, ____/____/_____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do responsável da pesquisa