

O serviço de fisioterapia como agente de educação em saúde

Karla Wanessa Abrantes de Oliveira^{1*}

Aleson Pereira de Sousa^{2**}

Elicarlos Marques Nunes^{3***}

Milena Nunes Alves de Sousa^{4****}

Everson Vagner de Lucena Santos^{5*****}

Resumo

Introdução: O fisioterapeuta passou ao longo dos anos por mudanças na sua formação profissional, uma gradual substituição da ênfase curativa para uma lógica preventiva, orientada pela Educação em Saúde. Sendo uma condição imprescindível à implementação de um novo modelo de atuação, sobretudo no âmbito dos serviços públicos de fisioterapia. **Objetivo:** Analisar a atuação do serviço de Fisioterapia ambulatorial da rede pública como um agente de Educação em Saúde. **Método:** Estudo de campo de caráter quanti-qualitativa desenvolvida em um serviço de Fisioterapia do Sistema Único de Saúde do município de Patos - Paraíba. A população formada por 39 usuários, a amostragem não probabilística constituída por 16 usuários, realizada no período de agosto e outubro de 2012. Na coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista composto por anamnese inicial e questões abordadas no dia da avaliação fisioterapêutica. Após o participante completar dez atendimentos fisioterapêuticos, realizou-se a segunda entrevista. Na análise dos dados, foi empregada a estatística descritiva por meio do programa Assistat® e a análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Os resultados demonstraram que a queixa principal dos pacientes estava voltada a presença de quadro algico, diminuição de amplitude de movimento e sintomas neurológicos. No diagnóstico, identificaram-se inicialmente limitações nas formas de instalação, prevenção e tratamento, porém, destacou-se a presença da fisioterapia em sua atuação preventiva e, após as sessões de fisioterapia foram evidenciados resultados positivos, no conhecimento das formas de instalação, prevenção e tratamento. **Conclusão:** A Educação em Saúde transforma conhecimento em atitudes, gerando mudanças de conduta mais saudáveis.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Serviço Hospitalar de Fisioterapia. Assistência Ambulatorial.

Abstract

Introduction: The physio therapist spent over the years by changes in their professional training, a gradual replacement of curative emphasis to preventive logic, guided by the Health

*¹ Fisioterapeuta pelas Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil.

**² Biomédico. Especialista em Citologia Clínica pelas Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil. Mestrando em Biologia Celular e Molecular pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

***³ Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, Patos, Brasil.

****⁴ Enfermeira. Doutora em Promoção de Saúde. Pós-Doutoranda em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca, Franca (SP), Brasil. Docente do Curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil.

*****⁵ Fisioterapeuta. Mestrando pelo Programa de Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, Santos-SP, Brasil. Docente nas Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil.

Education. Being a prerequisite to the implementation of a new operating model, particularly in relation to public physiotherapy services. **Objective:** To evaluate the performance of outpatient Physiotherapy service the public network as an agent of Health Education. **Method:** quantitative and qualitative character field of study developed in a Physiotherapy service of Unified Health System in the city of Patos, Paraíba. The population consists of 39 members, the non-probability sample consisting of 16 members, held between August and October 2012. The data collection was used an interview guide consists of initial history and issues raised on the physiotherapy assessment. After the participants complete ten physiotherapy sessions, held the second interview. In the data analysis, we used descriptive statistics through Assistat® program and content analysis proposed by Bardin. **Results:** The results showed that the main complaint of patients was focused the presence of pain status, decreased range of motion and neurological symptoms. At diagnosis, were identified initially limitations in the forms of installation, prevention and treatment, however, highlighted the presence of physiotherapy in preventive action and after the physical therapy sessions were highlighted positive results, knowledge of the ways of installation, prevention and treatment. **Conclusion:** Health Education transforms knowledge into attitudes, creating healthier conduct changes.

Keywords: Health Education. Physical Therapy Department Hospital. Ambulatory Care.

Introdução

A Fisioterapia foi regulamentada como profissão de nível superior no dia 13 de outubro de 1969, por meio de Decreto-lei nº 938. Antes desse decreto, um dos primeiros documentos a definir a ocupação do fisioterapeuta e os limites do seu trabalho foi o Parecer nº 388/63 do Conselho Federal de Educação (EFE). Contudo, o Código de Ética possibilitou um grande avanço, ao determinar os limites éticos da atuação profissional, e a criação do sindicato visou garantir a defesa do profissional no mercado de trabalho (PINHEIRO, 2009).

A ciência da Fisioterapia pode ser definida, de acordo com Lopes (2008), como o saber da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. O fisioterapeuta é o profissional da área de saúde que previne ou diminui as incapacidades físicas com avaliação, prevenção e reabilitação dos pacientes, por meio de ações e recursos fisioterapêuticos conservadores.

Desta forma, o conceito de reabilitar inclui diagnóstico, intervenção precoce, uso adequado de recursos tecnológicos, continuidade de atenção e diversidade de modalidades de atendimentos visando à compensação da perda da funcionalidade do indivíduo, à melhoria ou manutenção da qualidade de vida e à inclusão social (COELHO, LOBO, 2004; BRASIL, 1993). O trabalho de reabilitação deve englobar tanto o aspecto técnico quanto o aspecto da

cidadania do indivíduo com deficiência, que tem o direito de fazer escolha e de ser o autor de sua própria história.

No Brasil, de acordo com a Constituição de 1988, a saúde é um direito de todo o cidadão e deve ser garantida pelo Estado, sendo o direito à habilitação e à reabilitação das pessoas portadoras de deficiência garantida por Lei Federal (BRASIL, 1989). Sabe-se que antes da reforma sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, a saúde era estrita a uma parcela da população que contribuía com um seguro social para desfrutar de tal benefício. Após a instituição do SUS, houve uma descentralização da política de saúde e os estados e municípios passaram a administrar serviços comprometidos com os princípios da proposta de reforma sanitária a fim de garantir o direito universal e integral à saúde (FALEIROS et al., 2006).

De acordo com Oliveira e Braga (2010), o profissional fisioterapeuta possui um importante papel a desempenhar no campo da reabilitação física, pois ele intensifica a recuperação física, contribui para melhora da funcionalidade, para a analgesia e em ações preventivas proporcionando uma melhor qualidade de vida por meio da terapia associada à Educação em Saúde.

Por sua vez, a Educação em Saúde tem como objetivo desenvolver ações sistemáticas de caráter sócio educativo, que visam tanto à promoção de cuidados com a saúde do usuário do Sistema Único de Saúde - SUS quanto a um estímulo à multidisciplinaridade e à humanização do atendimento (PAIXÃO; CASTRO, 2006).

Desta forma, a linguagem a ser utilizada deve ser clara, objetiva e deve conter significados comuns ao educador (no caso, o profissional de saúde) e ao educando (qualquer indivíduo, usuário do serviço de saúde em geral) possibilitando a ambos a organização de um pensamento correto e a oportunidade de refletir criticamente sobre o problema apresentado (ROCHA; CESAR, 2008).

Ao colocar-se no campo de atuação dos profissionais de saúde, sobretudo do fisioterapeuta, a Educação em Saúde contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento de levar informações as pessoas que desconhecem certas doenças e seus agravos a saúde (PEREIRA; SANTOS, 2011).

Considerando que o fisioterapeuta possui formação reabilitadora, observou-se uma mudança na formação profissional com a gradual substituição da ênfase curativa para uma lógica promocional/preventiva, orientada pela Educação em Saúde, que se apresenta como condição indispensável à implementação de um novo modelo de atuação (BISPO JÚNIOR,

2010). Desta forma surgiu a seguinte problemática para o desenvolvimento desta pesquisa: Quais os impactos da atuação de um serviço de Fisioterapia ambulatorial da rede pública como um agente de Educação em Saúde?

O objetivo geral deste estudo foi analisar a atuação de um serviço de Fisioterapia ambulatorial da rede pública como um agente de Educação em Saúde, para os objetivos específicos, caracterizar o perfil sócio demográfico dos usuários admitidos no serviço de Fisioterapia ambulatorial, verificar se os estudantes estagiários de Fisioterapia promovem algum conhecimento, por meio da educação e comunicação em saúde e, identificar a relação da Fisioterapia nas práticas de Educação em Saúde.

Material e Métodos

Foi realizado estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa sendo desenvolvido em um serviço de Fisioterapia do Sistema Único de Saúde localizado do município de Patos, Paraíba.

A população foi formada por 39 usuários admitidos em um serviço de Fisioterapia do Sistema Único de Saúde do município de Patos - PB. A amostragem foi do tipo não probabilística intencional, com uma amostra final constituída por 16 usuários admitidos entre o período de agosto a outubro de 2012.

Utilizaram-se como critérios de inclusão do estudo, usuários que estivessem aptos a participar do estudo e que fossem maiores de idade, de ambos os gêneros, admitidos em um serviço de Fisioterapia do Sistema Único de Saúde e que tivesse realizados no mínimo 10 sessões terapêuticas, pois se caracterizavam como continuidade da assistência. Já os critérios de exclusão da amostra estiveram usuários menores de 21 anos, aqueles que estiveram sentindo dor aguda no momento da realização da pesquisa, usuários que não concluíram o atendimento fisioterapêutico ou que realizaram parcialmente, como também aqueles que recusaram a participar do estudo.

Foi utilizado um roteiro estruturado composto por uma anamnese inicial e questões abordadas no dia da avaliação fisioterapêutica, utilizando-se a técnica de entrevista. Após o participante completar dez atendimentos fisioterapêuticos, realizou-se a segunda entrevista.

Os dados anamnésicos objetivaram identificar e caracterizar o indivíduo quanto ao gênero, idade, estado civil, escolaridade e ocupação. Quanto à história clínica, o objetivo foi conhecer a forma com que o paciente expressou e informou sua queixa principal, a história da doença atual, assim como a história de suas patologias pregressas e familiar. Durante a

primeira entrevista, procurou-se verificar o conhecimento apresentado pelos participantes da pesquisa em relação à patologia registrada na guia de solicitação de fisioterapia. O objetivo foi conhecer a informação que os usuários desse serviço tiveram a respeito do diagnóstico clínico, bem como o conhecimento sobre: o trauma, lesão ou patologia apresentada, bem como sobre as formas de instalação, prevenção e tratamento. Após completar dez sessões de fisioterapia, os voluntários foram novamente entrevistados com o mesmo instrumento da primeira entrevista.

As entrevistas foram realizadas pelos acadêmicos do curso de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior, explicaram-se claramente os objetivos da pesquisa disponibilizando-se os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (CLE) para a sua assinatura e autorização para início da pesquisa. Após o consentimento dos participantes foi realizada a primeira entrevista.

Como método para análise dos dados, foi utilizado a estatística descritiva por meio do programa Assistat® e a análise de conteúdo proposta por Bardin (2002, p. 38), ou seja, “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Tais procedimentos são criteriosos, com muitos aspectos observáveis, mas que colaboram bastante no desvendar dos conteúdos de seus documentos.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do participante da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos sob protocolo nº 236/2012. Após a concessão de sua aprovação, todos os participantes envolvidos na pesquisa assinaram ao TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos participantes foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

Resultados e Discussão

Os resultados da pesquisa estão apresentados quantitativamente e qualitativamente, respectivamente a caracterização social e demográfica da amostra em estudo e os discursos antes e após o tratamento fisioterapêutico (no mínimo 10 sessões terapêuticas).

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica dos usuários entrevistados.

VARIÁVEIS		N	%
Gênero	Feminino	11	69
	Masculino	05	31
TOTAL		16	100
Idade	30-40 anos	04	25
	41-50 anos	05	31
	51-60 anos	04	25
	61-70 anos	03	19
TOTAL		32	100
Estado Civil	Solteiro	06	38
	Casado	09	56
	Divorciado	01	06
TOTAL		16	100
Escolaridade	Sem estudos	01	06
	Ensino Fundamental	09	57
	Ensino Médio	05	31
	Ensino Superior	01	06
TOTAL		16	100
Ocupação	Do lar	06	38
	Aposentado	03	19
	Pedreiro	01	06
	Motorista	01	06
	Auxiliar de cozinha	01	06
	Confeiteira	01	06
	Vigia	01	06
	Desempregado	02	13
TOTAL		16	100

Fonte: dados obtidos na pesquisa, 2012.

A partir dos resultados observados na Tabela 1, pôde-se identificar que 69% (n=11) dos entrevistados são do gênero feminino, 31% (n=05) na faixa etária entre 41 e 50 anos, 56% (n=09) estado civil casado, 57% (n=09) com ensino fundamental e 38% (n=06) ocupação do lar.

Estudo semelhante desenvolvido em 2014 no município de Campo Grande, capital do Estado do Mato Grosso do Sul que teve como objetivo analisar a atuação de um serviço de fisioterapia ambulatorial da rede pública, sendo que público alvo do estudo foi a clientela de 45 pacientes, o gênero predominante foi o masculino (n=27) sendo 60%, o gênero feminino (n=18) 40%, sendo a média de idade dos entrevistados de 49,18 ($\pm 16,79$) anos, com idade mínima foi de 18 e máxima de 86 anos. 37,8% dos entrevistados (n=17) apresentaram ter o ensino Fundamental incompleto (SILVA; SANTOS; BONILHA. 2014).

A referida pesquisa foi utilizada como norteadora desta investigação, estado à mesma em consonância com estudo ao que refere à caracterização social e demográfica. Os dados relativos à queixa principal e diagnóstico na percepção dos usuários estão descritos de forma qualitativa no Quadro 1, identificados respectivamente por letra e gênero do indivíduo.

QUADRO 1 – Caracterização da queixa principal e diagnóstico na percepção dos usuários entrevistados.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO
<p>Qual sua queixa principal? O que lhe trouxe ao serviço de fisioterapia?</p>	<p>“Dor no braço” A, M “Não consigo dobrar a perna” C, M “Dor na coluna descendo pra perna” D, F “Falta de força na metade de meu corpo” E, M “Dor quando piso no chão” F, F “Os dedos das minhas mãos estão ficando atrofiados” G, F</p>
<p>Qual seu diagnóstico? Você conhece sua doença/patologia, trauma ou lesão?</p>	<p>“[...] meu problema todo mundo já diz que é bursite e parece que é uma água que se acumula na junta” A, M “[...] eu sei que é a baba do joelho que tá acabando” B, F “[...] o tendões que estão endurecendo e meu medo é secar a perna” C, M “[...] é bico de papagaio nas costas todas e tão decendo pras pernas” D, F “[...] todo mundo pensa que foi AVC, mas foi um tumor na cabeça” E, M</p>

Fonte: dados obtidos na pesquisa, 2012.

De acordo com os dados qualitativos do Quadro 1, a queixa principal dos pacientes ao chegarem no serviço de fisioterapia, estavam voltados principalmente na presença de quadro algico (Entrevistados A, B, D, F), diminuição de amplitude de movimento (Entrevistados C e G) e sintomas neurológicos de parestesia (Entrevistado E).

Quanto ao diagnóstico, observa-se um discurso permeado por linguagem de senso comum (Entrevistados A, B, C e D), bem como certo nível de conhecimento da patologia (Entrevistado E).

Considerando a anamnese um momento oportuno para o desenvolvimento da Educação em Saúde, sobretudo na compreensão da queixa principal e do diagnóstico do paciente, Santos (2005) afirma que a mesma precisa ser entendida como uma proposta de desenvolver no indivíduo uma forma crítica de ações para minimizar ou diminuir os problemas envolvidos e mudar suas perspectivas.

Ao colocar-se no campo de atuação dos profissionais de saúde, sobretudo do fisioterapeuta, a Educação em Saúde contribui para a formação de profissionais comprometidos com as questões sociais, não somente pela mudança de atitudes e comportamentos, mas, principalmente, pelo engajamento de levar informações as pessoas que desconhecem certas doenças e seus agravos à saúde (PEREIRA; SANTOS, 2011).

No estudo, procurou-se analisar se os estudantes de fisioterapia, durante seus atendimentos, promoviam, verbalmente, algum conhecimento relacionado aos mecanismos de instalação, prevenção e tratamento das patologias, lesões ou traumas apresentados pelos

participantes. Salienta-se que os acadêmicos foram estimulados e provocados para a prática de Educação em Saúde a partir do estudo de textos e artigos especializados.

Desta forma, observa-se no Quadro 2, a caracterização das formas de instalação, prevenção e tratamento na percepção dos usuários no momento da avaliação fisioterapêutica.

QUADRO 2 – Caracterização das formas de instalação, prevenção e tratamento na percepção dos usuários no momento da avaliação fisioterapêutica.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO
Você sabe sobre as formas de instalação, prevenção e tratamento?	<p>“[...] eu só sei que a junta se desmancha e foi o doutor que mandou eu fazer fisioterapia [...]” A, M</p> <p>“[...] isso é coisa da idade mesmo, num tem jeito não e o tratamento eu nem sei como é [...]” B, F</p> <p>“[...] minha perna vai é secar se eu num fizer a fisioterapia, lá em casa todo mundo já tá dizendo [...]” C, M</p> <p>“[...] é os ossos das costas tudo se quebrando e vai descendo, tem que tomar os remédios [...]” Entrevistado D, F</p> <p>“[...] eu bebia, fumava e me preocupava muito daí esse tumor que apareceu cresceu e depois da cirurgia me afetou e vou ter que fazer pra sempre fisioterapia [...]” E, M</p> <p>“[...] esse neuroma é como um cisto na planta do pé que inflama ao andar muito, a prevenção é calçados confortáveis e alongamentos [...]” F, F</p> <p>“[...] ela ataca todas as minhas juntas, a prevenção é a fisioterapia e o tratamento os remédios [...]” G, F</p>

Fonte: dados obtidos na pesquisa, 2012.

Identificam-se na análise do discurso, limitações do que seriam as formas de instalação, prevenção e tratamento, porém, destaca-se que os Entrevistados E, F e G evidenciam a afirmação de Deliberato (2002) e Ribeiro (2002), que os profissionais de saúde incluso o fisioterapeuta, tem sólida formação acadêmica, para atuar no desenvolvimento de programas de promoção de saúde, no entanto, suas atividades profissionais são reconhecidas apenas na reabilitação e na recuperação de pessoas fisicamente lesadas sendo, portanto, atuadas em níveis de atenção secundária e terciária à saúde.

Paralelo a isso, também, é preciso oferecer aos profissionais e estudantes espaço adequado para desenvolver as ações de educação, uma formação adequada, possibilitando condições e segurança na prática educativa (CALDEIRA et al., 2007).

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como pratica transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada, como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários (BRASIL, 2007).

Após os atendimentos fisioterapêuticos realizados, os participantes, novamente, informaram a cerca dos conhecimentos que apresentavam sobre as formas de instalação, prevenção e tratamento da sua patologia, associados à sua opinião em relação ao tratamento fisioterapêutico. Desta forma, o Quadro 3, descreve os depoimentos dos mesmos participantes analisados anteriormente, porém, agora, após 10 sessões de fisioterapia ou mais.

QUADRO 3 – Caracterização das formas de instalação, prevenção e tratamento na percepção dos usuários após o tratamento fisioterapêutico.

IDEIA CENTRAL	DISCURSO
Você sabe sobre as formas de instalação, prevenção e tratamento?	<p>“[...] eu dormia em cima do braço que inflamava, agora só ter cuidado pra não fazer arte e qualquer coisa procurar o médico de novo e fisioterapia [...]” A, M</p> <p>“[...] artrose é um desgaste da junta e eu sei que esse meu tratamento não cura tudo, mas previne que esse problema piore” B, F</p> <p>“[...] muito tempo parado foi perdendo o movimento, a prevenção e o tratamento é a fisioterapia [...]” C, M</p> <p>“[...] é o desgaste do disco dos ossos da coluna, é preciso toda uma dieta, atividade física e cuidados pra não voltar às crises [...]” D, F</p> <p>“[...] o tumor surgiu de uma vida meia errada que eu tinha, prevenção e tratamento é só a fisioterapia pra sempre [...]” E, M</p> <p>“[...] de muita pressão surgiu esse neuroma, a prevenção é calçados confortáveis e o tratamento a fisioterapia mesmo [...]” F, F</p> <p>“[...] a psoríase é uma doença que ataca as juntas, a prevenção e o tratamento já a fisioterapia que eu faço [...]” G, F</p>

Fonte: dados obtidos na pesquisa, 2012.

Os resultados positivos, no que tange o conhecimento das formas de instalação, prevenção e tratamento, na percepção dos usuários após o tratamento fisioterapêutico, evidenciam que a Educação em Saúde está ancorada em práticas de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a co-responsabilidade do indivíduo com a sua própria saúde e não apenas sob o risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, ambiental, pessoal e social (MACHADO et al., 2007).

Em dissonância a este estudo, a investigação de Neuwald; Alvarenga (2005) ressaltou que a fisioterapia pratica muito pouco de Educação em Saúde, em trabalhos educativos individuais. Observou-se ainda que nos estudantes e nos profissionais de fisioterapia, muitas vezes, uma falta de iniciativa ou de interesse na aplicação de práticas educadoras, mas principalmente uma ausência de didática, ao transmitir conhecimentos que agem formando e transformando ideias em ações conducentes à saúde. Os autores afirmam ainda que a linguagem parece ter representado a principal barreira na compreensão das informações

transmitidas por ambos os sujeitos (prestador e usuário do serviço), prejudicando, portanto, a comunicação e o desenvolvimento do trabalho educativo entre os mesmos.

Segundo Ceccon (2011), a Educação em Saúde favorece a emancipação do sujeito e promove o autocuidado. Ressalta-se, com isso, a importância de construir uma consciência crítica, que leve os sujeitos a pensar sobre a formação de suas identidades e precisa ser compreendida como uma proposta que desenvolve no indivíduo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade, decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações vigentes.

Por fim, diante dos novos desafios da sociedade brasileira, com profundas mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde, surge a necessidade do redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia, que deveria aproximar-se do campo da promoção da saúde, com Educação em Saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, sem abandonar suas competências concernentes à reabilitação. “Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da *práxis* profissional conduz às mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do profissional fisioterapeuta” (BISPO JÚNIOR, 2010, p. 1630).

Considerações Finais

Considerando o objetivo de analisar a atuação de um serviço de Fisioterapia ambulatorial da rede pública como um agente de Educação em Saúde, esta pesquisa elucidou que os estudantes de Fisioterapia promovem efetivamente o conhecimento por meio da educação e comunicação em saúde e que a relação da Fisioterapia nas práticas de Educação em Saúde é promissora devido à reorientação da prática profissional, antes meramente reabilitadora e hoje focada no cuidado a saúde e bem estar.

A queixa principal dos pacientes estava voltada principalmente na presença de quadro algico, diminuição de amplitude de movimento e sintomas neurológicos. Quanto ao diagnóstico, observou-se um discurso permeado por linguagem de senso comum e alguns casos certo nível de conhecimento da patologia.

Identificaram-se inicialmente limitações do que seriam as formas de instalação, prevenção e tratamento, porém, destacou-se a presença da fisioterapia em sua atuação preventiva e, após as sessões de fisioterapia foram evidenciados resultados positivos, no que tange o conhecimento das formas de instalação, prevenção e tratamento.

Portanto, a Educação em Saúde transforma conhecimento em atitudes, gerando mudanças de conduta em vista de uma saúde melhor.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1627-1636, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da pessoa portadora de deficiência. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Constituição Federal do Brasil de 1988**. Brasília, 1998.

_____. **Fisioterapia no Brasil: perspectivas de evolução como campo profissional e como área de conhecimento**. São Paulo: Manole, 1987.

CALDEIRA, A. P. et al. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p.1965-70, 2007.

CECCON, R. F; et al. Educação em saúde: percepção de profissionais atuantes em uma Coordenadoria Regional de Saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 1, p. 58-62, 2011.

COELHO, A. E. B. D.; LOBO, S. T. Gestão participativa na organização de uma rede de reabilitação em saúde pública. **Rev Virt Gestão Iniciat Soc.**, v. 1, p. 37-45, 2004.

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. São Paulo: Manole, 2002.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

LOPES. A. **Dicionário Ilustrado de Fisioterapia**. 2 . ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

NEUWALD, M. F.; ALVARENGA, L. F. Fisioterapia e educação em saúde: Investigando um serviço ambulatorial do SUS. **Boletim da Saúde**, v. 19, n. 2, p. 73-82, 2005.

OLIVIERA, A. C.; BRAGA, D. L. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. Curso de Fisioterapia da Universidade Paulista, Jundiaí-SP, **Brasil. J Health Sci Inst.**, v. 28, n. 4, p. 356-8, 2010.

PAIXÃO, N. R. A.; CASTRO, A. R. M. Grupo sala de espera: trabalho multiprofissional em unidade básica de saúde. **Boletim saúde**, v. 20, n. 2, p. 71-78, 2006.

PEREIRA, J. J. B.; SANTOS, E. V. L. S. **Fisioterapia e educação em saúde:** informação nasala de espera. **Monografia [Graduação em Fisioterapia]** - Faculdades Integradas de Patos, Patos, 2011.

PINHEIRO, G. B. **Introdução à Fisioterapia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

RIBEIRO, K. S. Q. S. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde: reflexões a partir de uma experiência universitária. **Fisioterapia no Brasil**, v. 3, n. 5, p. 311-318, set./out. 2002.

ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G. **Saúde Pública:** bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

SANTOS, S. O. Princípios e técnicas de comunicação. In: PHILLIPPI J. R. A.; PELICIONI M. C. F (Eds.). **Educação ambiental e sustentável.** Barueri: Manole, 2005.

SILVA, M. A.; SANTOS, M. L. M.; BONILHA, L. A. S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, p. 75-86, 2014.