



BERNARDO DINIZ COUTINHO

**ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL  
FISIOTERAPÊUTICA NO SUS: CONHECER OS  
USUÁRIOS PARA SE REPENSAR O ACESSO**

CAMPINAS

2013





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

BERNARDO DINIZ COUTINHO

**ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL FISIOTERAPÊUTICA NO SUS:  
CONHECER OS USUÁRIOS PARA SE REPENSAR O ACESSO**

**Orientador: Prof. Dr. Sergio Roberto de Lucca**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, área de concentração em Política, Gestão e Planejamento.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA  
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO BERNARDO DINIZ COUTINHO  
E ORIENTADA PELO PROF. DR. SERGIO ROBERTO DE LUCCA

Assinatura do orientador

---

CAMPINAS  
2013

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Juliana Ravaschio Franco de Camargo - CRB 8/6631

C837a Coutinho, Bernardo Diniz, 1985-  
Assistência ambulatorial fisioterapêutica no SUS : conhecer os usuários para se repensar o acesso / Bernardo Diniz Coutinho. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Sérgio Roberto de Lucca.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Perfil de saúde. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Atenção secundária à saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Fisioterapia. I. Lucca, Sérgio Roberto de, 1957-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Outpatient care physiotherapy of SUS : meet users to access rethink

**Palavras-chave em inglês:**

Health profile

Health services accessibility

Secondary care

Unified health system

Physical therapy

**Área de concentração:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Titulação:** Mestre em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Sérgio Roberto de Lucca [Orientador]

Celso Stephan

José Patrício Bispo Junior

**Data de defesa:** 18-12-2013

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

# BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

BERNARDO DINIZ COUTINHO

---

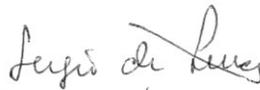
Orientador (a) PROF(A). DR(A). SERGIO ROBERTO DE LUCCA

---

## MEMBROS:

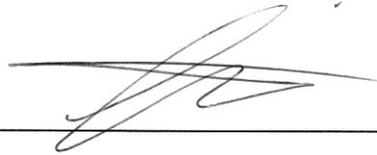
---

1. PROF(A). DR(A). SERGIO ROBERTO DE LUCCA



---

2. PROF(A). DR(A). CELSO STEPHAN



---

3. PROF(A). DR(A). JOSÉ PATRÍCIO BISPO JUNIOR



---

---

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

---

Data: 18 de dezembro de 2013

## **DEDICATÓRIA**

À minha mulher, minha família e aos usuários do SUS.

## AGRADECIMENTOS

Ao professor e orientador Sérgio Roberto de Lucca, pela lapidação do caminho metodológico traçado no trabalho, e pelo contato sempre aberto.

Ao professor Celso Stephan, pela ajuda nas análises realizadas e tempo a mim dedicado.

À minha antiga chefe Ana Claudia Dota Albano Porto, por possibilitar a minha conciliação do trabalho com as atividades desenvolvidas na academia, além do exercício da autonomia profissional no atendimento prestado respeitosamente aos pacientes.

Aos pacientes e colegas de trabalho do SUS, por participarem do estudo, me possibilitando desvendar as subjetividades do campo.

À minha mulher Lucyana Leôncio Carrijo Coutinho, pela paciência e colaboração nos dias, noites e madrugadas que passei distante mesmo estando perto.

E a Deus, por me permitir realizar um sonho e conquistar mais uma meta, me protegendo nas viagens de moto dentre os vários dias de chuva.

## RESUMO

Apesar do sistema público de saúde brasileiro ser estruturado em um modelo hierarquizado com enfoque na atenção primária, a assistência fisioterapêutica no SUS ainda é prestada de uma forma centralizada nos serviços ambulatoriais municipais, não sendo capaz de responder efetivamente as demandas encaminhadas e as necessidades de acesso dos usuários. O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil dos usuários atendidos e os entraves para o acesso na assistência ambulatorial de fisioterapia de um serviço do SUS de Mogi Guaçu e propor a sua reorganização no sistema público de saúde do município. Foi realizado um estudo descritivo de corte transversal, com abordagem quanti-qualitativa, através da análise documental e de entrevistas semi-estruturadas com os usuários e fisioterapeutas do serviço. O serviço possuía um perfil de usuários portadores de morbidades de baixa complexidade (40,4%) e que residiam em regiões mais distantes, estando a região de residência ( $p = 0,028$ ) associada à adesão ao tratamento. O tempo de espera por consulta e a dependência do transporte coletivo foram os principais entraves para o acesso e adesão ao tratamento. Recomenda-se a descentralização da assistência às morbidades de baixa complexidade para a APS adotando um arranjo organizacional de equipes de referência com apoio matricial ambulatorial.

**Palavras-chave:** perfil de saúde, acesso aos serviços de saúde, atenção secundária, sistema único de saúde, fisioterapia.

## ABSTRACT

Despite the Brazilian public health system is structured in a hierarchical model with a focus on primary care, physical therapy through the NHS is still provided in a centralized manner in outpatient services, not being able to respond effectively to the demands routed and access needs users. The aim of this study was to know the profile of users served and barriers to access care in outpatient physiotherapy service NHS. We conducted a cross-sectional descriptive study, with quantitative and qualitative approach, through documentary analysis and semi-structured interviews with service users and physiotherapists. The service had a profile of users with low complexity morbidities (40,4%) and those living in more remote regions of the service, with the region of residence ( $p = 0,028$ ) associated with treatment adherence. The waiting time for consultation and the dependence of transportation were the main barriers to access and adherence to treatment. It is recommended the decentralization of assistance to low-morbidities complexity for PHC adopting an arrangement organizational reference teams with matrix support outpatient.

**Key-words:** health profile, health services accessibility, secondary care, unified health system, physical therapy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1 A universalização do acesso à saúde .....	<b>15</b>
1.2 Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde .....	<b>17</b>
1.3 Prestação da atenção à saúde no Brasil.....	<b>19</b>
1.4 A Fisioterapia no Sistema de Saúde Brasileiro.....	<b>24</b>
1.5 A assistência ambulatorial fisioterapêutica no Sistema Único de Saúde.....	<b>26</b>
1.6 A prestação da assistência fisioterapêutica no SUS de Mogi Guaçu-SP.....	<b>30</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>33</b>
2.1 Objetivo geral .....	<b>33</b>
2.2 Objetivo específico .....	<b>33</b>
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
3.1 Desenho do estudo .....	<b>34</b>
3.2 Local de estudo e sua contextualização .....	<b>34</b>
3.3 População de estudo.....	<b>36</b>
3.4 Coleta de dados e variáveis de estudo .....	<b>37</b>
3.4.1 Coleta dos dados para o estudo quantitativo.....	<b>37</b>
3.4.2 Variáveis do estudo quantitativo .....	<b>38</b>
3.4.3 Coleta dos dados para o estudo qualitativo.....	<b>40</b>
3.4.4 Variáveis do estudo qualitativo .....	<b>41</b>
3.5 Análise do material coletado.....	<b>42</b>
3.5.1 Análise dos dados quantitativos.....	<b>42</b>
3.5.2 Análise dos dados qualitativos .....	<b>43</b>
3.6 Aspectos éticos .....	<b>45</b>
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>46</b>

4.1 Demanda por agendamento de consulta e fluxo de avaliações.....	46
4.2 Perfil sociodemográfico dos usuários .....	46
4.3 Situação de saúde dos usuários.....	49
4.4 Perfil das morbidades atendidas .....	51
4.5 Características do agendamento e da adesão ao tratamento ambulatorial.....	53
4.6 Análise multivariada dos fatores relacionados à adesão ao tratamento.....	56
4.7 Fatores relacionados às entraves para o acesso e a adesão ao tratamento .....	57
4.7.1 Principais entraves para o acesso ao serviço .....	58
4.7.2 Principais entraves para a adesão ao tratamento ambulatorial .....	60
4.7.3 Proposições para se facilitar o acesso à atenção fisioterapêutica no município.....	63
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>8 ANEXO.....</b>	<b>86</b>
8.1 Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	86
<b>9 APÊNDICES .....</b>	<b>88</b>
9.1 Apêndice 1 - Registro diário do fluxo de procura por atendimento .....	88
9.2 Apêndice 2 - Roteiros de entrevista .....	89
9.3 Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa das Unidades de Saúde Municipais de Mogi Guaçu-SP .....	<b>36</b>
Figura 2 – Mapa dos utilizadores do serviço ambulatorial de fisioterapia do HMTR segundo adscrição na unidade de saúde e distribuição populacional do município .....	<b>48</b>
Figura 3 – Distribuição dos locais mais acometidos pela queixa de dor .....	<b>51</b>
Figura 4 – Distribuição das lesões mais comuns .....	<b>51</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos usuários atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal, segundo as características sociodemográficas .....	47
Tabela 2 – População adscrita e distribuição dos usuários atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal segundo adscrição nas unidades de saúde .....	49
Tabela 3 – Distribuição dos usuários atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal segundo a situação de saúde .....	50
Tabela 4 – Distribuição das subcategorias da CID-10 associadas ao nível de complexidade das morbidades mais atendidas pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal .....	52
Tabela 5 – Características do agendamento dos usuários atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal .....	53
Tabela 6 – Características da adesão ao tratamento prestado pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal .....	54
Tabela 7 – Distribuição das características dos indivíduos atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal, segundo o nível de complexidade da morbidade .....	55
Tabela 8 – Distribuição das características dos indivíduos inseridos para o tratamento ambulatorial de fisioterapia prestado pelo pesquisador no hospital municipal, segundo a adesão ao tratamento .....	56
Tabela 9 – Modelo de regressão logística simples e ajustada para a não adesão ao tratamento ambulatorial de fisioterapia prestado pelo pesquisador .....	57

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CID-10 - Classificação Internacional da Doença, décima revisão

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HMTR - Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

## **1 INTRODUÇÃO**

Sou um servidor público da saúde, fisioterapeuta por formação, que presta serviço para o Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos de Mogi Guaçu-SP desde 2010, atuando na assistência ambulatorial fisioterapêutica aos usuários do Sistema Único de Saúde deste Município. Procuo apresentar neste trabalho, o fruto de dois anos de estudo e pesquisa, no intuito de responder às indagações que surgiram com a vivência empírica da assistência profissional neste campo, e de produzir uma evidência científica que possa contribuir para o planejamento e gestão dos serviços públicos de saúde.

### **1.1 A universalização do acesso à saúde**

Após a discussão da necessidade de implementação de políticas públicas mais efetivas e democráticas em saúde, com o início da reforma sanitária na década de 70 e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde 8.080 em 1990, a saúde passou a ser um direito constitucional do cidadão e um dever do Estado (1). Desde então, a assistência universal à saúde através de instituições públicas, privadas e filantrópicas passou a ser orientada por um Sistema Único de Saúde, tendo como princípios as diretrizes da universalidade, integralidade e equidade (2). Os serviços de saúde passaram a ser geridos e prestados de uma forma descentralizada, onde cada município é o gestor único do sistema local, assegurando atenção hospitalar e especializada a população através da política de compra de serviços público-privada mediante convênios (3).

Paim et al. (4) relatam que além da gestão e prestação descentralizada de serviços de saúde, o SUS também tem por objetivo a promoção de uma atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por intermédio de subsetores interconectados, como o público e o privado. A organização de uma rede hierarquizada de serviços é um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde, observando sua conformação, organização, seus fluxos, programas e as possibilidades de reorganização, para garantir um acesso integral, equitativo e universal (5).

Um dos sentidos da integralidade é não criar barreiras de acesso às diferentes necessidades de saúde da população, a partir da organização dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica, com a existência de uma rede assistencial bem articulada entre os três níveis de atenção à saúde. Para garantir a integralidade no SUS, é necessária uma reflexão, a partir da realidade percebida, sobre os aspectos da organização da rede de serviços e da gestão e planejamento destes, entendendo que características como acesso e qualidade dos serviços podem limitar a efetividade e resolutividade do cuidado prestado à população (6).

Para Silva e Silveira (2), o princípio da equidade busca assegurar a prestação de serviços e o desenvolvimento de ações de saúde, possibilitando a igualdade do acesso para indivíduos socialmente distintos. Campos (7) relata que qualquer política de saúde que utilize somente critérios de renda para definir a prioridade no acesso possuirá pequena sustentação argumentativa, sendo assim necessário que os sistemas públicos de saúde operem com outras categorias classificatórias de prioridade para a atenção, como os conceitos de risco ou vulnerabilidade social e econômica, além dos riscos subjetivos

(relacionados à qualidade de vida) e biológicos (p. e.: pessoas com câncer ou infectadas pelo vírus da AIDS).

Segundo Travassos et al. (8), apesar da universalidade no acesso aos serviços de saúde ser garantida constitucionalmente, o acesso a estes serviços no país é fortemente influenciado pelas condições sociais das pessoas e pelo local onde residem, sendo que as desigualdades sociais no acesso expressam as particularidades do sistema de saúde de cada local.

As desigualdades de acesso são um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidas, por isso, as políticas de saúde adotadas devem ser capazes de eliminar as barreiras entre os serviços e a comunidade, de enfrentar a mercantilização do setor saúde e a desproporção entre a oferta e a demanda existente, e de construir uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada que garanta o acesso universal, equitativo e integral (9).

## **1.2 Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde**

O acesso aos serviços de saúde refere-se à possibilidade da utilização apropriada destes serviços no momento em que é necessário, representando o centro do funcionamento dos sistemas de saúde (8,10). Compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, abrangendo conceitos relacionados ao financiamento do sistema de saúde (11). A relação oferta e demanda é o pilar de sustentação da dimensão econômica dos serviços de saúde, e é entendida como a relação

existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma determinada população (5).

Para Starfield (12), a acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção a saúde, pois possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Para oferecê-la, o local de atendimento deve ser facilmente acessível e disponível, pois caso contrário, poderá haver o atraso na prestação da mesma, chegando ao ponto de afetar desfavoravelmente o diagnóstico e o controle do problema. A acessibilidade e o acesso podem ser medidos tanto a partir do ponto de vista da população, como dos profissionais que prestam o serviço na unidade de atenção à saúde.

A disponibilidade é uma das dimensões do acesso que representa a existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento necessário, englobando de forma ampliada a relação geográfica entre as instituições físicas de saúde e o indivíduo que delas necessitam, como a distância e as opções de transporte (11). O acesso e a acessibilidade implicam que sejam retiradas todas as formas de barreiras que possam impedir o sujeito de obter um direito ou um serviço que lhe é garantido formalmente, seja esta barreira física, econômica, social, geográfica, organizativa ou viária (13).

Segundo Travassos et al. (8), apesar do local de residência afetar o acesso, este melhora com o grau de desenvolvimento da região, com a elevação da escolaridade e da renda das pessoas. Estes autores também afirmam que há uma tendência de redução da magnitude da permanência de desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no país como um todo, que atualmente é melhor nas regiões mais desenvolvidas como a sul e sudeste.

### 1.3 Prestação da atenção à saúde no Brasil

As formas de organização das práticas dos serviços de saúde, conduzindo à adoção de uma dada combinação de tecnologias materiais<sup>i</sup> e não materiais<sup>ii</sup> ou de meios de trabalho em função dos problemas de saúde de uma população são conhecidas como modelos assistências. No Brasil, o modelo biomédico hegemônico (centrado na doença e baseado em serviços especializados com concentração de recursos e tecnologias no hospital) e o modelo sanitaria (centrado no conjunto de problemas de saúde da população) convivem de forma contraditória e complementar, não sendo capazes de garantir a continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de saúde (14).

Melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo do sistema de saúde, sendo o seu alcance um processo complexo que envolve a prestação de serviços individuais, coletivos, e ações intersetoriais através dos sistemas de serviços de saúde. Para o bom desempenho do sistema, é necessário que se oriente o financiamento e os recursos materiais e humanos das instituições prestadoras do serviço segundo as necessidades e condições de saúde da região. No caso brasileiro, embora o SUS tenha seus princípios definidos por lei, ele ainda é palco de disputa entre modelos assistenciais diversos (15).

Merhy e Franco (16) relatam que a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras, inscritas nos equipamentos e instrumentos materiais, onde se produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, em que o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, tornando a produção do cuidado dependente destas tecnologias. Segundo Mendes (17), este modelo esteve voltado

---

<sup>i</sup> Aparelhos e instrumentos.

<sup>ii</sup> O trabalho do profissional de saúde.

para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, ofertando a atenção através de sistemas fragmentados, onde o conjunto de serviços foi organizado de uma maneira isolada, não havendo uma gestão baseada em uma população adscrita de responsabilização.

Nas últimas décadas do século XX, os gestores dos sistemas de serviços de saúde depararam-se com o desafio de reformar a organização e o funcionamento dos respectivos sistemas, tendo em vista a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, a contenção dos custos da assistência médica e o alcance de alternativas que possibilitassem maior equidade e serviços de melhor qualidade, objetivando a melhora da saúde da população através da articulação de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na dimensão individual e coletiva (15).

A transição epidemiológica pela qual o Brasil vem passando caracteriza-se pela redução das doenças infecciosas e pela elevação das doenças crônico-degenerativas, que vem sendo impulsionada por fatores como a mudança demográfica, onde houve a redução da mortalidade e o crescimento da população idosa, e pela transição nutricional, com o aumento progressivo do sobrepeso e da obesidade (18). A carga de doenças relacionadas aos agravos não-transmissíveis tem se elevado rapidamente na população com 60 anos ou mais, implicando em tratamentos de duração mais longa e em intervenções de alto custo, e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública (19).

Como estratégia para mudança do modelo hegemônico da atenção a saúde no Brasil, a Estratégia Saúde da Família surge em 1994 como o modelo assistencial de saúde prioritário para a consolidação dos princípios do SUS, buscando superar a incapacidade do modelo hegemônico tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico de responder

efetivamente às demandas individuais e coletivas, além das iniquidades de acesso a saúde. A ESF é um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focada na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade na qual está inserida (20).

Com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no ano de 2008, para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços juntamente com o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Estes núcleos reúnem profissionais de diversas áreas da saúde, que tem como responsabilidades comuns a serem desenvolvidas em conjunto com a equipe de saúde da família, ações de atividade física e práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, saúde da mulher e de assistência farmacêutica (21).

Neste contexto, é aprovada em 2011 a Política Nacional de Atenção Básica (21), que articula a APS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção de saúde, buscando o fortalecimento do papel da atenção básica na ordenação do fluxo de usuários pelos diferentes serviços e níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde, bem como a expansão da garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade e mais próxima do local de residência das pessoas. Seu intuito é contribuir para que a APS consiga responder à maioria das necessidades de saúde da população, de uma forma ágil e de qualidade, e de um modo acolhedor e humanizado.

A disseminação da ESF e os investimentos na rede básica de saúde trouxeram novas questões para reflexão, como a dificuldade de se articular os diferentes serviços do sistema de saúde e a garantia de um fluxo de pessoas de acordo com suas necessidades. Ao mesmo tempo que se atribui um papel crítico a atenção básica (porta de entrada no sistema que deve ser responsável pela resolução de 80% dos problemas de saúde) ela é desvalorizada, pois segundo a noção formal e verticalizada de pirâmide situar a atenção básica na base e os serviços terciários e de alta densidade tecnológica no topo, estes acabam sendo mais valorizados por serem considerados mais complexos e resolutivos, tendo grande importância os conhecimentos técnicos necessários para o enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde, uma vez que são reconhecidos como verdadeiramente científicos (22).

Entre a assistência hospitalar e a atenção básica situa-se a média complexidade ambulatorial, cuja prática clínica requer a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Estes serviços têm sido considerados um nó crítico para gestores e usuários, devido a dificuldade de se promover um fluxo de usuários na rede por falta de integração entre as unidades produtivas nos diversos níveis de atenção, e da gestão do cuidado ser centralizada na questão da oferta e demanda (16).

Segundo Silva e Benito (23), apesar da garantia do acesso aos diversos níveis de atenção à saúde com ênfase na média e alta complexidade ser um desafio para a gestão municipal, os gestores parecem não se preocupar em aproximar a qualidade e a resolutividade dos serviços com as necessidades reais dos usuários, refletindo um

entendimento limitado e fragmentado que não leva em consideração o acesso de qualidade as reais necessidades da população.

Para a organização regionalizada das ações de média complexidade, é necessário que se conheça os dados epidemiológicos e sociodemográficos do município, além de se adotar alguns critérios como a economia de métodos e técnicas requeridas para a realização destas ações, a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutiva terapêutica, e a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o seu desenvolvimento (24).

Apesar da proposta de reordenamento do modelo a partir de uma perspectiva da atenção básica, as organizações hospitalares continuam a deter um papel importante na oferta de serviços de saúde no Brasil. A população ainda recorre a hospitais como serviço de uso regular quando necessita de atendimento médico, sendo fundamental o papel do hospital em emergências e contextos onde há demanda por maior concentração de recursos tecnológicos. Em função disso, é significativo o impacto das organizações hospitalares sobre os gastos em saúde (25).

Quando a coerência entre a situação de saúde e o sistema de saúde se rompe, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde, sendo esta crise decorrente da incoerência entre a situação de saúde característica da transição demográfica e epidemiológica, e o modo como se estruturaram os serviços para responderem as necessidades da população. A situação de saúde de predomínio das condições crônicas não pode ser respondida com eficiência, efetividade e qualidade por sistemas de saúde organizados de forma fragmentada e voltados prioritariamente para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas (17).

A desarticulação entre a oferta dos serviços e as demandas trazidas pela população, bem como entre os níveis da atenção, figura como aspecto crítico a ser enfrentado, pois repercutem em iniquidades no acesso e em ineficiência do sistema de saúde. É necessário que se conheça melhor a oferta e a demanda dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas para a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Investigar a relação da média complexidade com a atenção básica à saúde, em especial no que se refere à caracterização da demanda por especialidades, constitui premissa importante para a organização dos sistemas de saúde pautados pela equidade, hierarquização e regionalização (26).

#### **1.4 A Fisioterapia no Sistema de Saúde Brasileiro**

No Brasil, a utilização de recursos físicos na assistência a saúde iniciou-se por volta de 1879, com objetivo principal voltado a assistência curativa e reabilitadora. Na década de 50, devido ao contexto nacional de saúde e ao período de industrialização do século XX, a assistência fisioterapêutica desenvolveu-se no intuito de reabilitar e reintegrar ao sistema produtivo a população acometida pelos acidentes de trabalho, bem como a reabilitação de indivíduos portadores de sequelas motoras consequentes ao surto de poliomielite. Até a década de 60, os fisioterapeutas foram caracterizados como auxiliares médicos, membros da equipe de reabilitação que desempenhavam sob a orientação e responsabilidade do médico, tarefas de caráter terapêutico a fim de curar e recuperar a saúde de indivíduos doentes (27).

Nos anos 90 iniciou-se a expansão do número de cursos de fisioterapia no Brasil, se mantendo o modelo de formação curativo-reabilitador privatista que formava profissionais

a partir da concepção liberal, sendo estimulado o aprimoramento tecnicista sob o discurso da crescente concorrência do mercado de trabalho, em que o domínio do conhecimento biológico e das técnicas de reabilitação era requisito suficiente e necessário para o estabelecimento no mercado (28).

Bispo Junior (28) relata que a atuação direcionada apenas para o controle de danos impõem restrições à prática profissional, limitando-o a intervir apenas quando a doença já estiver instalada, seja buscando a cura de determinadas doenças que restrinjam a locomoção humana, seja reabilitando sequelas de patologias diversas ou desenvolvendo a capacidade residual funcional de indivíduos que tiveram lesões irreparáveis de determinadas funções. Nesse contexto, destacam-se como campos de atuação o hospital, a clínica de reabilitação e os ambulatorios de especialidades, condicionando e restringindo as possibilidades de intervenção apenas nos níveis secundário e terciário da atenção.

Na atenção primária a saúde, o fisioterapeuta poderia atuar de forma integrada com a ESF e com os NASF, desenvolvendo ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de forma multiprofissional, mas devido a indefinição em relação a sua atuação junto a equipe, conseqüente a fatores como a desarmonia entre a formação acadêmica e sua práxis, além do baixo nível de reflexão acerca dos conceitos básicos em saúde pública e da preservação do paradigma reabilitador, o fisioterapeuta encontra dificuldades no acolhimento e na organização de ações através de grupos operativos, que acabam sendo trocados por atendimentos individuais que repercutem na dependência do paciente por este cuidado e na necessidade de tecnologia para a execução do trabalho (29, 30).

Para Bispo Júnior (28), devido o fisioterapeuta ter atuado por longo tempo priorizando o nível terciário, em um perfil destinado à cura e reabilitação de determinadas

lesões e sequelas de traumas no sistema musculoesquelético, os profissionais fisioterapeutas acabaram demorando para discutir e apresentar proposições que pudessem contribuir na promoção da saúde e prevenção de doenças, como também na intervenção em âmbito coletivo nos níveis primário e secundário, onde grande carga dos agravos e sequelas das doenças poderiam ter sido muitas vezes evitadas. Relata também, que para se aproximar a assistência fisioterapêutica às demandas da população, as ações do SUS não podem ocorrer fundamentadas nas práticas profissionais de atuação exclusivamente reabilitadora.

### **1.5 A assistência ambulatorial fisioterapêutica no Sistema Único de Saúde**

De acordo com estudos de base populacional realizados em municípios da região sul do Brasil (31, 32), a utilização dos serviços de fisioterapia varia na população de acordo com as características socioeconômicas e demográfica das pessoas. Mulheres, idosos e pessoas de maior nível socioeconômico são os que mais utilizam este serviço, sendo a prevalência de utilização em algum momento da vida de aproximadamente 31,7%, e aumentando de acordo com a idade. Com relação ao tipo de prestador e a natureza do serviço utilizado, a maior parte da população recebe assistência através do SUS, seguidos pelos planos de saúde ou convênios, e em menor proporção através do pagamento direto em serviços particulares.

A assistência especializada em fisioterapia no formato ambulatorial encontra-se no nível secundário de atenção, onde é prestado o atendimento à população que necessite de uma reabilitação física através de intervenções com recursos tecnológicos de maior densidade (24).

Segundo Castro et al. (33), após analisar os dados da base do DATASUS sobre os atendimentos fisioterapêuticos ambulatoriais prestados pelo SUS no período de 1995 a 2008, a oferta pelos estabelecimentos privados com fins lucrativos foi responsável por quase a metade (44,5%) dos atendimentos pagos pelo SUS, seguidos pelos municipais (26,6%), filantrópicos (19,7%) e federais (0,9%). Neste período, a quantidade de atendimentos oferecidos pelos estabelecimentos municipais cresceu 278,7%, crescendo também os atendimentos prestados pelos estabelecimentos filantrópicos e de universidades privadas em convênio com o SUS, enquanto os das universidades públicas reduziram. O atendimento fisioterápico nas alterações motoras foi o procedimento mais realizado, totalizando 61,8%.

A oferta da assistência fisioterapêutica ambulatorial pelo SUS ainda é pequena e desigual entre as regiões do país. Apesar da ampliação do acesso ter sido maior nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, a população residente nas regiões Sudeste e Sul são as que possuem um maior acesso a estes serviços. Os estabelecimentos municipais são os principais prestadores da assistência fisioterapêutica na região Sudeste, já nas outras regiões são os estabelecimentos com fins lucrativos e filantrópicos (33).

A intervenção fisioterapêutica normalmente não envolve custos extras aos já estabelecidos para a manutenção do serviço, uma vez que a práxis deste profissional requer a utilização do seu corpo e de seus conhecimentos como ferramentas fundamentais de trabalho, que pode envolver desde a aplicação de técnicas de baixa complexidade (cinesioterapia, hidroterapia, crioterapia, termoterapia superficial) como utilizar técnicas de alta complexidade tecnológica (terapia manual, acupuntura, osteopatia, quiropraxia, reeducação postural global, facilitação neuromuscular proprioceptiva) associadas ou não a

recursos de maior densidade tecnológica (ultrassom, laser terapêutico, estimulação elétrica, diatermia por micro-ondas e ondas-curtas) que já existam no serviço.

Como relatado por Castro et al. (33), é necessário que as intervenções de recuperação sejam realizadas imediatamente a seguir ao evento de adoecimento, evitando-se assim, a cronificação dos casos agudos ou os outros transtornos secundários a doença, como a limitação funcional e a incapacidade na realização de atividades e tarefas do contexto social (34). O tempo de espera é o motivo principal que reduz a satisfação dos utilizadores dos serviços públicos municipais e estaduais de fisioterapia quando comparados aos das clínicas privadas (35, 36). A dificuldade no acesso a estes serviços prolonga o tempo de espera por tratamento, aumenta a demanda reprimida para assistência e, conseqüentemente, limita o cuidado longitudinal e integral que pretende-se prestar a população (6).

O princípio da universalidade no acesso orienta que todos os brasileiros devam ter igualdade de oportunidade na utilização de serviços a partir das suas necessidades, mas será que os usuários da assistência ambulatorial fisioterapêutica, levando-se em consideração as divergências das necessidades e do grau de complexidade da sua situação de saúde, realmente necessitariam receber este atendimento somente na atenção secundária? Este seria o nível da atenção mais adequado para se prestar a assistência?

Uma vez que a maioria dos serviços ambulatoriais de fisioterapia encontra-se desarticulado com a APS, por terem sido organizados sob forte influência do paradigma reabilitador e previamente as políticas públicas e programas sociais de saúde voltados para o modelo de Atenção Primária, como a Política Nacional de Atenção Básica, a ESF e os NASF, a assistência integral e o acompanhamento longitudinal aos pacientes que fizeram

uso destes serviços ficará comprometida ao final do tratamento ambulatorial, por não possuírem um profissional de referência para o acompanhamento longitudinal da sua saúde funcional<sup>iii</sup>.

O fisioterapeuta desenvolve ações que vão da prevenção de incapacidades ao processo de reabilitação, e deve estar preparado para problematizar as situações de saúde tanto no âmbito local como nacional, desenvolvendo o compromisso com a defesa, implantação, estruturação e organização do Sistema Público de Saúde (37), além de demonstrar as novas gerações de fisioterapeutas a serem formadas, que a sua ação e intervenção profissional é capaz de influenciar positiva e significativamente sobre a qualidade, os custos e os resultados sociais em saúde (38).

Bispo Junior (39) relata que devido às mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e nos sistemas de saúde, se faz necessário o redimensionamento do objeto de intervenção da fisioterapia, devendo-se aproximá-la do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, mas sem abandonar suas capacidades referentes a reabilitação. A reorganização do modelo de atenção fisioterapêutica visa a melhoria da qualidade de vida da população, garantindo serviços e ações resolutivas de acordo com as especificidades apresentadas, através da integração dos serviços por meio de redes assistenciais capazes de responder eficientemente às necessidades de saúde de uma determinada população (6).

É importante conhecer o acesso e o perfil da demanda atendida nos serviços de fisioterapia, para melhor mensurar os indicadores relativos ao seu funcionamento e às suas necessidades, pois o conhecimento e o dimensionamento das características da oferta da

---

<sup>iii</sup> Estado de funcionalidade e bem estar no desempenho das atividades e na participação social.

atenção fisioterapêutica no país serão decisivos para a fundamentação de estratégias mais específicas e integradas às políticas públicas de saúde (33). Estudos que aprofundem na temática do acesso e nas informações relativas à utilização e perfil da demanda atendida nos serviços de fisioterapia no Brasil ainda são escassos na literatura.

### **1.6 A prestação da assistência fisioterapêutica no SUS de Mogi Guaçu-SP**

No município do Mogi Guaçu-SP, o acesso da população aos serviços públicos de fisioterapia ocorre somente no nível secundário e terciário da atenção, através da assistência prestada pelo ambulatório de fisioterapia do Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos (HMTR) e pelas associações de caráter civil como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Associação dos Deficientes Físicos e Visuais de Mogi Guaçu, e da Associação de Apoio às Pessoas com Lesão Medular.

Apesar da existência destas associações que possuem em comum perfis pré-determinados de clientela, como indivíduos idosos, lesados medulares ou com algum grau de necessidades especiais, a oferta da assistência fisioterapêutica de uma forma abrangente às necessidades de saúde da população está centralizada no ambulatório de fisioterapia do HMTR, que é um hospital geral de média complexidade e de natureza autárquica (40), sendo este o serviço de referência municipal em convênio com o SUS para o acesso da população a este tipo de assistência.

As atividades desenvolvidas pelos 7 fisioterapeutas que atuam neste serviço de saúde incluem: consulta e assistência fisioterapêutica nas alterações motoras, oncológicas, nos transtornos pneumo-funcionais, nos distúrbios neuro-cinético-funcionais, nas desordens

do desenvolvimento neuro motor, no pré e pós-operatório de disfunções músculo esquelética, na realização de encaminhamento para o programa de prótese e órtese, além de orientações para exercícios domiciliares e encaminhamento para os serviços de hidroginástica e ginástica da atenção primária do município.

Uma vez que este ambulatório localiza-se na região sul da cidade, distante aproximadamente 2 Km do centro comercial, é necessário que a população das outras regiões se desloque até o serviço para que receba o atendimento, e no caso das pessoas adscritas nas unidades de saúde da zona rural, o município disponibiliza um transporte diário para os serviços de saúde da zona urbana, a fim de facilitar o deslocamento geográfico.

Este modelo de atenção fisioterapêutica centralizado no nível secundário e no ambulatório de fisioterapia do HMTR vem vivenciando problemas que foram constantemente discutidos no conselho municipal de saúde, como o de demanda reprimida por atendimento, os longos períodos de espera por consulta, a dificuldade na adesão do usuário ao tratamento ambulatorial, a ausência de vagas no transporte sanitário ofertado para os pacientes que possuam algum tipo de restrição para deambulação, como os cadeirantes ou os que utilizam muletas e andadores como dispositivos auxiliares da marcha, além da ausência de vale transporte fornecidos pelo município para os pacientes que estão em tratamento e não possuam condução própria.

Acredita-se que além da oferta de vagas para atendimento e do número de profissionais ser insuficiente para atender a demanda, há um predomínio de morbidades crônicas que não requeiram recursos de maior densidade tecnológica sendo atendidas neste

ambulatório, sendo elas as responsáveis pela sobrecarga das vagas de agendamento para avaliação e pelo conseqüente aumento no período de espera por consulta, e que a distância geográfica e a dificuldade com a mobilidade urbana sejam os principais entraves para o acesso da população do município que necessite da assistência fisioterapêutica prestada em convênio com o Sistema Único de Saúde.

Devido ao desconhecimento do perfil sociodemográfico e nosológico dos indivíduos atendidos no serviço, bem como dos principais entraves para o acesso à assistência ambulatorial de fisioterapia no município, a realização deste estudo se fez necessária, uma vez que como afirmado por Baquero e Lopez (41), as informações sobre o perfil epidemiológico dos serviços de fisioterapia e a identificação das necessidades e realidades de saúde da população que os utilizam são medidas necessárias para se orientar os aspectos administrativos e clínicos da rede, como também para se tomar decisões em matéria de políticas públicas de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer o perfil dos usuários atendidos e os entraves para o acesso na assistência ambulatorial de fisioterapia de um serviço do SUS de Mogi Guaçu e propor a sua reorganização no sistema público de saúde do município.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Conhecer o perfil sociodemográfico e nosológico dos usuários de um serviço ambulatorial de fisioterapia;

Mapear o local de residência da amostra atendida em um serviço ambulatorial de fisioterapia correlacionando-a com a população adscrita nas unidades de saúde da Atenção Básica;

Identificar o serviço de origem da demanda encaminhada e o fluxo de atendimento no setor;

Identificar os principais entraves para o acesso ao atendimento e os aspectos que possam melhorar a acessibilidade ao serviço e facilitar sua utilização.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo com desenho transversal, de caráter descritivo.

A realização de estudos do tipo descritivo transversal em saúde, através de amostras representativas de uma determinada população, sobre diversos aspectos relacionados ao estado de saúde, demanda e utilização destes serviços, podem fornecer informações mais detalhadas sobre a morbidade e utilização por parte dos grupos da população, auxiliando no processo de definição de políticas mais abrangentes para o setor, visando aumentar a disponibilidade de recursos (42).

A abordagem qualitativa tem como objetivo compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados. Ela está preocupada com a compreensão interpretativa da ação social, onde se acredita que exista uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes (43).

#### **3.2 Local de estudo e sua contextualização**

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos, no município de Mogi Guaçu - SP. Segundo dados do censo demográfico de 2010, este município possuía uma população de 137.245 habitantes, onde cerca de

11,8% possuíam 60 anos de idade ou mais, e 25,7% da população pertenciam ao grupo etário dos indivíduos com faixa etária de 40 a 59 anos (44).

No ano de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal foi de 0,774 (45), valor abaixo do apresentado para o estado (0,783). Quanto ao perfil das causas de internação que ocorreram no município no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2013, segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS (46), percebe-se que gravidez, parto e puerpério configuraram o principal motivo (14,7%), seguido pelas doenças do aparelho circulatório (12,1%), digestivo (9,5%), e pelas lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (9,0%).

O município está integrado ao XIV Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo (47), e a rede de serviços do SUS de Mogi Guaçu é coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo composta pelos três níveis de atenção. O nível primário consta com 11 equipes de Saúde da Família e 16 unidades de saúde (48, 49), e oferta tanto o modelo de atenção Estratégia Saúde da Família, com cobertura de aproximadamente 57,1% da população, como o tradicional de Unidades Básicas de Saúde, estando duas destas unidades situadas na zona rural (figura 1). Na Atenção Primária não se encontram atividades de prevenção, promoção e assistência em saúde sendo desenvolvidas interdisciplinarmente com fisioterapeutas, ficando a população sem o acesso via SUS à fisioterapia neste nível da atenção.

O cidadão que buscar a assistência fisioterapêutica pelo SUS necessitará apresentar na recepção do serviço ambulatorial de fisioterapia do HMTR o encaminhamento do especialista da rede pública do município ou de outros prestadores e serviços, mediante a prévia autorização pela SMS, para que seja agendada segundo a disponibilidade de vaga,



Foram excluídos do estudo quantitativo os usuários atendidos por outro profissional e cujos dados nos prontuários encontravam-se incompletos. Também foram excluídos do estudo quantitativo os usuários cujo motivo do encaminhamento não fosse para assistência fisioterapêutica de clínica geral.

A escolha dos usuários e dos fisioterapeutas se deu por estes serem os sujeitos que se encontram diretamente inseridos no campo da assistência ambulatorial, seja através da sua prestação, seja na sua utilização, onde ambas as posições assumidas neste contexto poderiam trazer pontos de vistas diferentes sobre um mesmo objeto, possibilitando assim, abranger uma parte expressiva do campo da assistência no serviço escolhido.

### **3.4 Coleta de dados e variáveis de estudo**

A pesquisa de campo se deu através de duas ações específicas para coleta de dados: análise documental e entrevista semi-estruturada, que foram realizadas em três momentos distintos. O pesquisador se responsabilizou pela preservação do sigilo da identidade na divulgação das informações fornecidas pelos sujeitos pesquisados.

#### **3.4.1 Coleta de dados para o estudo quantitativo**

Esta coleta foi realizada em dois momentos distintos. No primeiro momento, foi entregue um registro diário de fluxo (Apêndice 1) para as duas recepcionistas que atendiam no serviço, por serem os profissionais de primeiro contato com os usuários do serviço, lhes sendo orientado para que registrassem o número de indivíduos que compareciam à recepção na intenção de agendar uma consulta, e o serviço de origem do encaminhamento. A coleta

foi realizada nos dias úteis e no horário de funcionamento do serviço, do dia 1º de outubro a 27 de dezembro de 2012.

No segundo momento, foi realizada pelo pesquisador uma análise documental no banco de dados do serviço, sendo registrado o quantitativo mensal de agendamentos e avaliações realizadas nos meses de outubro a dezembro de 2012, e os dados dos prontuários dos pacientes atendidos pelo pesquisador no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2013, sendo selecionadas as consultas referentes à avaliação e ao respectivo atendimento prestado que precedeu a alta do tratamento ambulatorial, onde foram coletados dados secundários referentes ao diagnóstico clínico, data do encaminhamento médico, data da avaliação fisioterapêutica, data da alta do tratamento, dentre outros.

#### 3.4.2 Variáveis do estudo quantitativo

As variáveis utilizadas para a identificação do perfil dos usuários, do perfil epidemiológico e do perfil de atendimento do serviço foram:

- Variáveis sociodemográficas: sexo; idade; grupo etário (jovem: < 20 anos, adulto, idoso: > 60 anos); nível de instrução (sem instrução, 1º grau completo, 2º grau completo, 3º grau completo e não informado); região de residência.
- Variáveis epidemiológicas: portador de HAS ou DM; tipo de lesão; subcategoria da CID-10; sistema anatômico acometido; segmento corporal acometido; tratamento médico realizado; nível de complexidade da morbidade (baixa, média e alta).

- Variáveis relacionadas ao serviço: dias de espera entre o encaminhamento e o agendamento; inserção para tratamento; adesão ao tratamento; dias em tratamento; sessões realizadas; motivo da alta.

A variável dependente deste estudo foi a "adesão ao tratamento", e as variáveis independentes foram o sexo, a idade, o grupo etário, o nível de instrução, a região de residência e o nível de complexidade da morbidade. Considerou-se que aderiu ao tratamento aquele usuário que compareceu para ser reavaliado na última sessão de tratamento prevista.

A categoria nível de complexidade da morbidade foi criada para classificação e ordenação dos diagnósticos clínicos encaminhados, do tipo de tratamento médico realizado e da situação de saúde do usuário, em subcategorias hierarquizadas, através da adaptação dos Parâmetros de Assistência Fisioterapêutica Ambulatorial (50) e da adoção de alguns critérios como:

- Baixa complexidade: paciente que necessite de cuidados mínimos, autossuficiente nas necessidades humanas básicas, portador de morbidades decorrentes de alterações biomecânicas por uso excessivo ou por processos inflamatórios e doenças degenerativas ou crônicas, que não demandem de tecnologias de alta densidade para tratamento.
- Média complexidade: paciente que necessite de cuidados intermediários, autossuficiente ou com parcial dependência nas necessidades humanas básicas, portador de fraturas tratadas conservadoramente, lesões do sistema nervoso central e/ou periférico, distúrbio neuro-cinético-funcional pós

tratamento conservador, pós intervenção cirúrgica tardia e/ou que necessite de tecnologias de alta complexidade e densidade para tratamento.

- Alta complexidade: paciente que necessite de cuidados intermediários, autossuficiente ou com parcial/total dependência nas necessidades humanas básicas, orientado, e com histórico de intervenção cirúrgica recente.

### 3.4.3 Coleta de dados para o estudo qualitativo

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com os usuários que estavam em atendimento no serviço e com os fisioterapeutas do setor, no período de 24 de janeiro a 01 de março de 2013, no horário de trabalho habitual da unidade, pelo próprio pesquisador. Os usuários entrevistados foram abordados na recepção de espera do serviço, antes ou ao final de cada sessão de tratamento, e os fisioterapeutas foram abordados durante o seu intervalo de descanso e entrevistados no horário livre de cada profissional. As entrevistas foram realizadas em um dos consultórios do serviço, em diferentes dias e horários, até a saturação dos dados. Nenhum usuário ou fisioterapeuta se recusou a participar das entrevistas.

A entrevista destina-se a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, fornecendo dados primários que se refiram diretamente ao indivíduo ou que tratem da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivência. A entrevista classificada como semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas para que se possa discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Obedece a um roteiro utilizado pelo pesquisador, facilitando a abordagem e assegurando que seus pressupostos sejam cobertos na conversa (51).

Utilizou-se como instrumento dois roteiros de entrevista (Apêndice 2) elaborados pelo pesquisador e seu orientador, um para os usuários e outro para os fisioterapeutas, adotando-se os mesmo eixos temáticos cuja finalidade era conhecer quais eram os maiores entraves para o acesso no serviço bem como as possíveis sugestões e opiniões sobre a reorganização da assistência fisioterapêutica no município, de acordo com a vivência e percepção singular de cada entrevistado. As entrevistas foram gravadas sob prévia autorização do entrevistado, para que suas narrativas pudessem ser posteriormente resgatadas e transcritas, possibilitando a análise do material.

A participação na entrevista foi voluntária e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), de acordo com a resolução 196/96, que assegura a livre participação do pesquisado sem que haja qualquer tipo de dano ou prejuízo. Todos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e a garantia do anonimato, sendo respeitado o direito da não participação no estudo.

#### 3.4.4 Variáveis do estudo qualitativo

Para identificação dos fatores relacionados com as dificuldades de acesso e adesão ao tratamento ambulatorial, bem como as proposições para se facilitar o acesso à assistência fisioterapêutica no município, foram abordadas as seguintes questões:

- **Objetivas:** idade; bairro de residência; frequência de utilização do serviço nos últimos 2 anos; etapas realizadas para se conseguir o agendamento; tempo de espera do dia de encaminhamento a data da consulta; tempo que atua como fisioterapeuta no serviço.

- Abertas: maior dificuldade para se conseguir atendimento; maior dificuldade para se manter no tratamento ambulatorial; sugestões para resolver o problema levantado; opinião sobre a hipótese deste serviço ser oferecido em uma unidade de saúde próximo a sua residência.

### **3.5 Análise do material coletado**

Inicialmente, todos os dados brutos coletados nos estudos quantitativo e qualitativo foram categorizados e organizados em um banco de dados próprio para cada modelo de estudo.

#### **3.5.1 Análise dos dados quantitativos**

As variáveis dos 689 usuários que procuraram o serviço e dos 544 prontuários dos usuários atendidos pelo pesquisador foram analisadas descritivamente e apresentadas através da distribuição de frequência absoluta e relativa. O cálculo da média e do desvio padrão foram realizados e atribuídos para as variáveis quantitativas discretas.

Para mapear o local de residência da amostra atendida no serviço e correlacioná-la à população adscrita em cada unidade de saúde da zona urbana, realizou-se a análise espacial do município, através do delineamento do polígono de Mogi Guaçu com o agrupamento dos setores censitários urbanos. Em seguida, foram acrescentados os pontos que representavam as suas unidades de saúde através das coordenadas latitude e longitude, sendo associada a estes pontos a quantidade de utilizadores do ambulatório de fisioterapia adscritos em cada uma destas unidades. Estas quantidades geraram os tamanhos das representações das unidades de saúde no mapa.

Para representar a distribuição populacional da área urbana, foram gerados através de sorteio, pontos aleatórios dentro de cada setor censitário, em quantidade proporcional a população do setor. Foram gerados 1% de pontos para cada setor, que estavam relacionados à população do mesmo. Em seguida, foi feito um mapa de Kernel para representar a distribuição populacional da cidade.

Para estudar a associação das variáveis independentes com a variável resposta "adesão ao tratamento" realizou-se a análise univariada por meio do teste qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), adotando-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

A análise multivariada através do modelo de regressão logística simples e ajustada foi realizada apenas para as variáveis que estavam associadas com a variável resposta, sendo adotado o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Os softwares Microsoft Office Excel (2007), Epi Info™ (3.5.3, 2011), ArcView (versão 10) e R (versão 2.14.1) (52) foram utilizados para a análise dos dados quantitativos.

### 3.5.2 Análise dos dados qualitativos

A análise dos dados coletados nas 18 entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa foi realizada após a transcrição integral das gravações em áudio, realizada pelo próprio pesquisador. Como modalidade de Análise de Conteúdo, elegeu-se a Análise Temática proposta por Bardin (53), por se considerar que esta técnica é apropriada para o nível de análise que se pretende realizar em relação ao problema em questão. O processo de Análise Temática do conteúdo compreendeu as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise, dividiu-se as entrevistas realizadas com os 12 usuários (U) e com os 6 fisioterapeutas (F) em dois quadros categoriais, onde foi realizada a leitura flutuante do conjunto para constituição do *corpus* segundo as normas da exaustividade (contemplação de todos aspectos levantados), representatividade (presença das características essenciais do universo de estudo), homogeneidade (presença dos critérios de escolha) e pertinência (possibilidade de dar resposta ao objetivo do trabalho).

A exploração do material foi realizada recortando-se os textos em sequências que foram organizadas em torno de um tema dominante, para que se pudesse extrair as características e expressões associadas às entraves e soluções para o acesso ao serviço. As sequências foram reduzidas em palavras significativas que foram agrupadas e classificadas em categorias empíricas que especificassem os temas.

Estas palavras (unidade de registro) foram submetidas a operações estatísticas através da medida frequencial simples, onde a regularidade quantitativa de aparição da unidade é que foi considerada como significativa. A partir daí, foi realizada a análise e discussão dos segmentos encontrados nas matrizes temáticas a partir do referencial teórico presente no estudo. Com os resultados obtidos e analisados comparativamente as informações encontradas, buscou-se associações que pudessem reforçar as hipóteses do trabalho.

O software Microsoft Office Word e Excel (2007) foram utilizados para análise dos dados qualitativos.

Uma vez que como relatado por Bardin (53), parece ser difícil a obtenção de uma inferência válida sobre um problema em questão sem se recorrer a dados complementares obtidos por outras técnicas de investigação, realizou-se a triangulação dos resultados

quantitativos e qualitativos para que se pudesse integrar as análises dos achados obtidos nos dois modelos de investigação, na intenção de se compreender as possíveis relações envolvidas e recolher subsídios para futuras mudanças (51).

A triangulação de métodos quantitativo e qualitativo faz dialogar de forma complementar questões objetivas e subjetivas, uma vez que os dados coletados com os dois modelos são inseparáveis e interdependentes, esta abordagem teórica contribui para o aprofundamento das reflexões em torno do objeto, no intuito de explicá-lo em sua magnitude e compreendê-lo em sua intensidade (43).

### **3.6 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEP/FCM/UNICAMP) em 22 de janeiro de 2013, sob o parecer nº 185.104/13 (Anexo 1).

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Demanda por agendamento de consulta e fluxo de avaliações**

No período entre 01 de outubro e 27 de dezembro de 2012, 689 indivíduos encaminhados à fisioterapia procuraram a recepção deste serviço para agendamento de consulta. Destes, 62,6% foram encaminhados pelo próprio Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos e 37,4% vieram encaminhados de outros serviços.

Dos 689 indivíduos que procuraram o serviço, 59,2% (n 408) conseguiram agendar uma consulta para os meses de outubro a dezembro, sendo o restante dos indivíduos (40,8%) agendados para as vagas dos meses subsequentes.

Em média, 136,0 ( $\pm 25,0$ ) indivíduos foram agendados por mês, e do total dos 408 que foram agendados ao decorrer dos três meses, 75,7% compareceram para serem avaliados na data agendada para consulta. A média mensal de indivíduos agendados e que não compareceram para avaliação foi de 33,3 ( $\pm 3,1$ ) pessoas, correspondendo a 24,5% do total de indivíduos agendados no mês.

### **4.2 Perfil sociodemográfico dos usuários**

No período de janeiro de 2011 a janeiro de 2013, foram atendidos 544 indivíduos pelo pesquisador, possuindo esta amostra um média de idade de 49,4 ( $\pm 18,4$ ) anos, onde a menor idade encontrada foi de 6 anos e a maior de 91 anos. Na distribuição por faixa etária, observou-se um predomínio de pessoas adultas (60,8%) com faixa etária de 40 a 59 anos

(36,8%), e um menor número de indivíduos jovens (5,7%) com faixa etária de 0 a 9 anos (1,1%) (tabela 1).

Da amostra estudada, 53,2% dos indivíduos pertenciam ao sexo masculino e 46,9% ao sexo feminino. Em relação ao nível de instrução, a maioria dos indivíduos possuíam até o primeiro grau completo (58,5%), e apenas 4,8% não possuíam estudo formal (tabela 1).

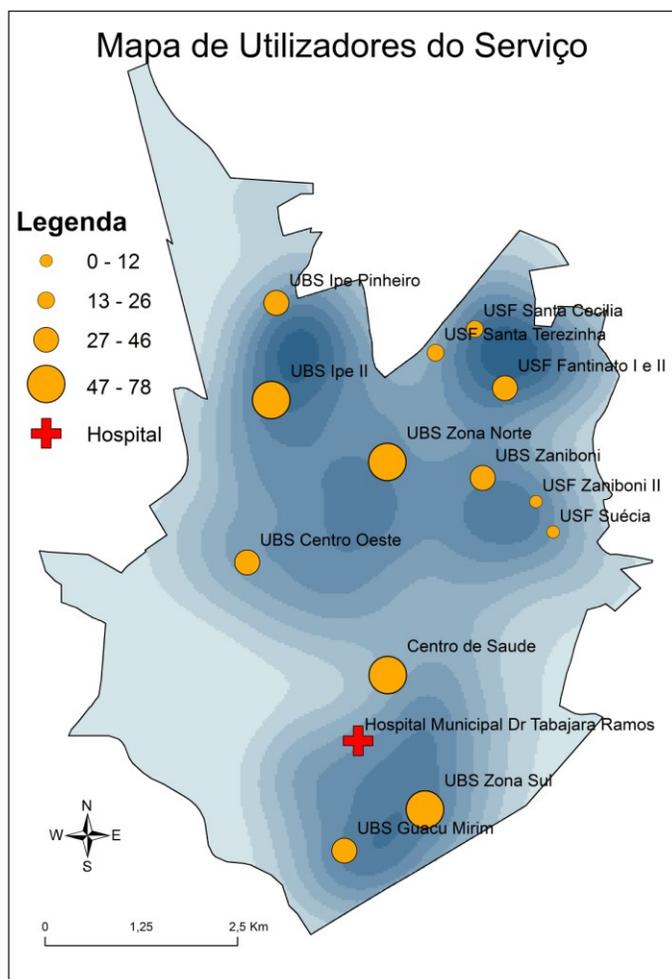
Quanto ao local de residência, a maioria dos usuários residiam na zona urbana do município, mais especificamente na região norte (46,7%), enquanto apenas 4,6% residiam na zona rural e 1,8% em outros municípios (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos usuários atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal, segundo as características sociodemográficas. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 544).

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
Sexo	
Feminino	255 (46,9%)
Masculino	289 (53,1%)
Faixa etária	
0 a 9 anos	6 (1,1%)
10 a 19 anos	25 (4,6%)
20 a 39 anos	131 (24,1%)
40 a 59 anos	200 (36,8%)
60 a 79 anos	161 (29,6%)
80 a 99 anos	21 (3,9%)
Idade média (dp), anos	49,4 (±18,4)
Nível de instrução	
Sem instrução	26 (4,8%)
1º grau	318 (58,5%)
2º grau	130 (23,9%)
3º grau	21 (3,9%)
Não informado	49 (9,0%)
Região de residência	
Centro	31 (5,7%)
Zona Norte	254 (46,7%)
Zona Sul	147 (27,0%)
Zona Leste	40 (7,4%)
Zona Oeste	37 (6,8%)
Zona Rural	25 (4,6%)
Outro Município	10 (1,8%)

Na zona norte se encontrava distribuídas a maioria das 16 unidades de saúde municipais, sendo ela também a região de maior concentração populacional segundo a análise espacial (figura 2).

Figura 2 – Mapa dos utilizadores do serviço ambulatorial de fisioterapia do HMTR segundo adscrição na unidade de saúde e distribuição populacional do município. Mogi Guaçu, 2013.



Com relação à distribuição das unidades de saúde responsáveis pela adscrição da maioria dos usuários do serviço de fisioterapia do HMTR, duas estavam localizadas na zona norte, uma na zona sul e uma na região central do município. Observou-se que mesmo a unidade do Centro de Saúde estar localizada em uma área de menor concentração

populacional, ela foi uma das unidades responsáveis pela adscrição do maior número de usuários do serviço (figura 2) (tabela 2).

A UBS Ipê II (10,8%), a UBS Zona Norte (10,3%) e a UBS Ipê Pinheiro (8,5%) foram as unidades de saúde responsáveis pela adscrição da maioria dos usuários que residiam na zona norte do município (tabela 2).

Tabela 2 – População adscrita e distribuição dos usuários atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal segundo adscrição na unidade de saúde. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 544).

<b>Variáveis</b>	<b>População adscrita (132.167 pessoas)</b>	<b>n (%)</b>
Unidades de saúde		
Centro de Saúde	19.815	78 (14,3%)
UBS Zona Sul	11.801	60 (11,0%)
UBS Ipê II	11.538	59 (10,8%)
UBS Zona Norte	14.836	56 (10,3%)
UBS Ipê Pinheiro	11.582	46 (8,5%)
UBS Guaçu Mirim	9.225	45 (8,3%)
UBS Zaniboni	9.896	38 (7,0%)
UBS Centro Oeste	12.420	37 (6,8%)
USF Santa Cecília	5.164	26 (4,8%)
USF Fantinato I	4.834	20 (3,7%)
USF Santa Terezinha	3.742	16 (2,9%)
USF Fantinato II	5.364	16 (2,9%)
USF Suécia	3.129	12 (2,2%)
USF Zaniboni II	3.326	10 (1,8%)
UBS Martinho Prado	2.510	8 (1,5%)
USF Chácara Alvorada	2.985	7 (1,3%)
Outro município	-	10 (1,8%)

Fonte: Dados do SIAB de abril de 2013 fornecidos pela SMS e dados da pesquisa.

### **4.3 Situação de saúde dos usuários**

Com relação à caracterização da situação de saúde dos usuários, quase um terço (29,4%) relataram serem portadores de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, e a maioria (67,6%) tiveram a sua lesão tratada de uma forma conservadora pelo médico (tabela 3).

O sistema osteoarticular (67,6%) foi o sistema mais acometido pelas lesões, sendo os membros inferiores (41,7%) e os membros superiores (39,7%) os segmentos corporais mais acometidos. A maioria dos usuários eram portadores de morbididades classificadas como de baixo nível de complexidade (40,4%), tendo esta uma predominância estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ) sobre as morbididades de alta (31,3%) e média (28,3%) complexidade (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos usuários atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal segundo a situação de saúde. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 544).

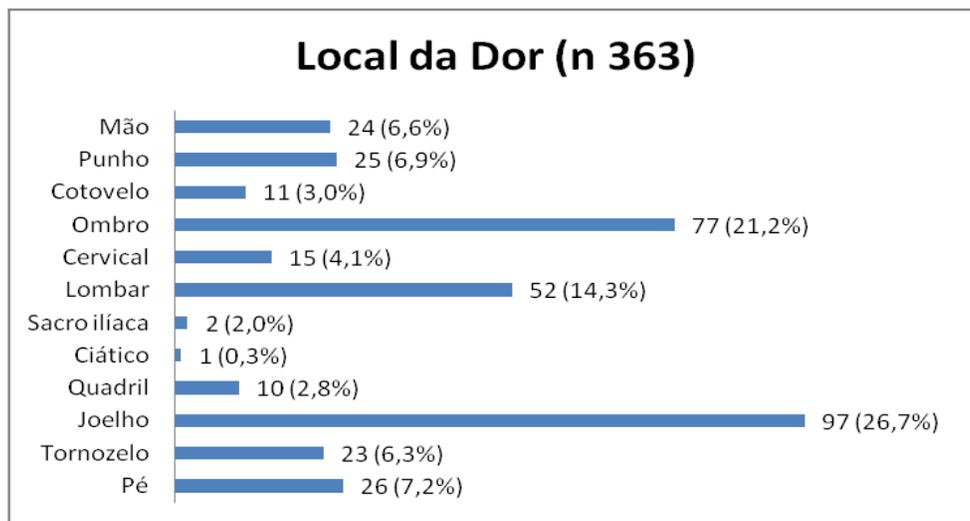
<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
Portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes	160 (29,4%)
Tratamento médico realizado	
Conservador	368 (67,6%)
Cirúrgico	176 (32,4%)
Sistema anatômico acometido	
Tegumentar	5 (0,9%)
Osteoarticular	368 (67,6%)
Tendinomuscular	124 (22,8%)
Circulatório e/ou Nervoso	47 (8,6%)
Segmento corporal acometido	
Cabeça	20 (3,7%)
Coluna cervical	18 (3,3%)
Cintura escapular e Membros superiores	225 (41,4%)
Coluna lombar	51 (9,4%)
Cintura pélvica e Membros inferiores	230 (42,3%)
Nível de complexidade da morbidade	
Baixa *	220 (40,4%)
Média	154 (28,3%)
Alta	170 (31,3%)

Nota: \*  $p = 0,001$  (Teste Qui-quadrado de Pearson).

As queixas mais frequentes relatadas na consulta foram referentes a dor (66,7%, n 363) e ao déficit no desempenho muscular e/ou na mobilidade (28,5%, n 155), e apenas 1,8% (n 10) da amostra estudada não referiu nenhuma queixa principal no momento da

avaliação. Dentre os 363 indivíduos que queixaram de dor, os joelhos (26,7%), os ombros (21,2%) e a lombar foram os locais mais acometidos pela queixa (figura 3).

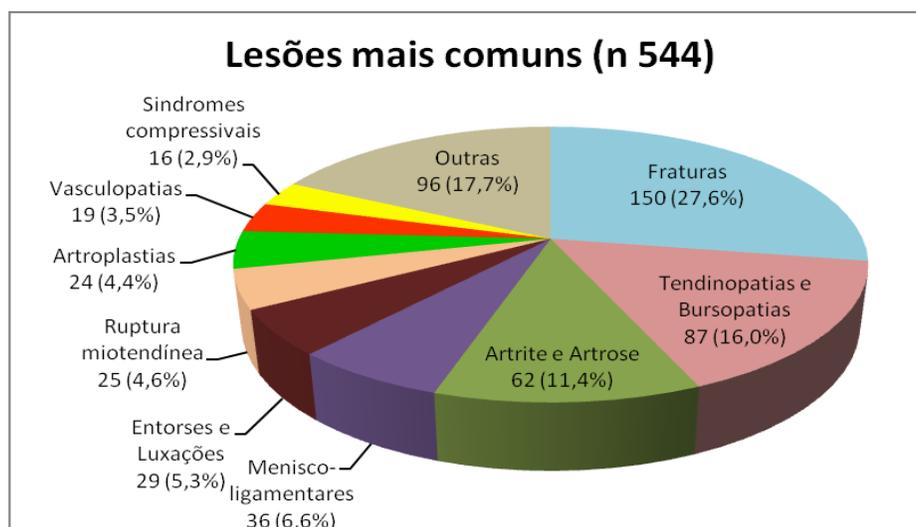
Figura 3 – Distribuição dos locais mais acometido pela queixa de dor. Ambulatório de fisioterapia HMTR, jan 2011 a jan 2013.



#### 4.4 Perfil das morbidades atendidas

As lesões mais comuns no serviço foram às fraturas (27,6%), seguidas pelas tendinopatias e bursopatias (16,0%), e pelas artrites e atroses (11,4%) (figura 4).

Figura 4 – Distribuição das lesões mais comuns. Ambulatório de fisioterapia HMTR, jan 2011 a jan 2013.



Ao se distribuir as lesões de uma maneira mais específica, classificando-as segundo as subcategorias da CID-10 associada ao nível de complexidade da morbidade, as subcategorias mais frequentes dentre as de baixa complexidade foram as outras espondilopatias especificadas (12,3%), os outros transtornos especificados da sinóvia e do tendão (11,8%), e a gonoartrose (12,3%) (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das subcategorias da CID-10 associadas ao nível de complexidade das morbidades mais atendidas pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 544).

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Baixa complexidade (40,4%, n 220)</b>	
M488 Outras espondilopatias especificadas	27 (12,3%)
M678 Outros transtornos especificados da sinóvia e do tendão	26 (11,8%)
M179 Gonoartrose	23 (10,5%)
M518 Outros transtornos especificados de discos intervertebrais	14 (6,4%)
M751 Síndrome do manguito rotador	13 (5,9%)
M658 Outras sinovites e tenossinovites	11 (5,0%)
M544 Lumbago com ciática	9 (4,1%)
M755 Bursite do ombro	9 (4,1%)
Outras	88 (40,0%)
<b>Média complexidade (28,3%, n 154)</b>	
S525 Fratura da extremidade distal do rádio	21 (13,6%)
I64 Acidente vascular cerebral	18 (11,7%)
S823 Fratura da extremidade distal da tíbia	10 (6,5%)
S934 Entorse e distensão do tornozelo	10 (6,5%)
S422 Fratura da extremidade superior do úmero	9 (5,8%)
S626 Fratura de outros dedos	8 (5,2%)
S830 Luxação da patela	6 (3,9%)
S920 Fratura do calcâneo	6 (3,9%)
Outras	66 (42,9%)
<b>Alta complexidade (31,3%, n 170)</b>	
M232 Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga	24 (14,1%)
Z966 Presença de implantes articulares ortopédicos	24 (14,1%)
G560 Síndrome do túnel do carpo	11 (6,5%)
S525 Fratura da extremidade distal do rádio	10 (5,9%)
S823 Fratura da extremidade distal da tíbia	7 (4,1%)
Z967 Presença de outros implantes de osso e tendão	7 (4,1%)
S562 Traumatismo de outro músculo flexor e tendão ao nível do antebraço	6 (3,5%)
S723 Fratura da diáfise do fêmur	6 (3,5%)
Outras	75 (44,1%)

As fraturas da extremidade distal do rádio (13,6%) e o acidente vascular cerebral (11,7%) foram as subcategorias mais frequentes dentre as de média complexidade, e os transtornos do menisco devido à ruptura ou lesão antiga (14,1%) e a presença de implantes articulares ortopédicos (14,1%) as mais frequentes dentre as de alta complexidade (tabela 4).

#### 4.5 Características do agendamento e da adesão ao tratamento ambulatorial

Apesar da maioria dos indivíduos agendados para consulta terem esperado de 2 a 4 semanas (26,7%) para serem atendidos, o tempo médio de espera por atendimento foi de 41,7 ( $\pm 37,3$ ) dias, sendo que 96,0% do total dos indivíduos que foram avaliados pelo pesquisador tiveram a necessidade de serem inseridos para tratamento (tabela 5).

Tabela 5 – Características do agendamento dos usuários atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 544).

Variáveis	n (%)
Período de espera por consulta	
< 1 semanas	50 (9,2%)
1 a 2 semanas	69 (12,7%)
2 a 4 semanas	145 (26,7%)
4 a 8 semanas	127 (23,3%)
8 a 16 semanas	122 (22,4%)
16 a 24 semanas	22 (4,0%)
> 24 semanas	8 (1,5%)
Não informado	1 (0,2%)
Tempo médio de espera por consulta (dp), dias	41,7 ( $\pm 37,3$ )
Indivíduos inseridos para tratamento após avaliação	522 (96,0%)

Dos 522 indivíduos que foram inseridos para tratamento, quase um quarto não o concluiu. A maioria dos indivíduos inseridos receberam alta por apresentarem uma melhora do seu quadro inicial (69,9%), 8,2% receberam alta por solicitarem, e 14,8% por abandonarem o tratamento ambulatorial. Grande parte dos usuários permaneceram de 4 a 8

semanas em tratamento (69,0%), realizando uma média 9,5 ( $\pm 4,9$ ) sessões de tratamento em um período médio de 36,0 ( $\pm 21,5$ ) dias (tabela 6).

Tabela 6 – Características da adesão ao tratamento prestado pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 522).

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
Indivíduos inseridos para tratamento	
Concluiu o tratamento	396 (75,9%)
Não concluiu o tratamento	126 (24,1%)
Motivo da alta	
Alta a pedido	43 (8,2%)
Alta por abandono	77 (14,8%)
Dispensado por motivo de saúde	6 (1,2%)
Melhorou com tratamento	365 (69,9%)
Não melhorou com tratamento	31 (5,9%)
Período em tratamento	
< 1 sem	9 (1,7%)
1 a 2 sem	22 (4,2%)
2 a 4 sem	92 (17,6%)
4 a 8 sem	360 (69,0%)
8 a 16 sem	32 (6,1%)
16 a 24 sem	5 (1,0%)
> 24 sem	2 (0,4%)
Tempo médio em tratamento (dp), dias	36,0 ( $\pm 21,5$ )
Média de sessões realizadas (dp)	9,5 ( $\pm 4,9$ )

Quando comparados com as morbidades de média e alta complexidade, os indivíduos portadores das morbidades classificadas como de baixa complexidade foram os que permaneceram por mais dias esperando por consulta (68,2 dp40,9) e por um menor tempo em dias de tratamento fisioterapêutico (30,6 dp11,7). Este foi o grupo que apresentou a maior média de idade (55,0 dp15,7), sendo composto em sua maioria por indivíduos do sexo feminino (50,2%), contendo também a maior concentração de indivíduos idosos (53,8%) e de portadores de doenças crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus (48,1%) (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das características dos indivíduos atendidos pelo pesquisador no ambulatório de fisioterapia do hospital municipal, segundo o nível de complexidade da morbidade. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 544).

Características	Nível de complexidade da morbidade			Total
	Baixa n (%)	Média n (%)	Alta n (%)	
N	220 (40,4%)	154 (28,3%)	170 (31,3%)	544
Sexo				
Feminino	128 (50,2%)	62 (24,3%)	65 (25,5%)	255
Masculino	92 (31,8%)	92 (31,8%)	105 (36,3%)	289
Grupo etário				
Jovem	7 (22,6%)	13 (41,9%)	11 (35,5%)	31
Adulto	115 (34,7%)	94 (28,4%)	122 (36,9%)	331
Idoso	98 (53,8%)	47 (25,8%)	37 (20,3%)	182
Idade média (dp), anos	55 (±15,7)	46,1 (±20,2)	44,9 (±18,0)	49,4 (±18,4)
Portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes	77 (48,1%)	44 (27,5%)	39 (24,4%)	160
Tempo médio de espera por consulta (dp), dias	68,2 (±40,9)	25,0 (±21,3)	22,5 (±18,8)	41,7 (±37,3)
Tempo médio em tratamento (dp), dias	30,6 (±11,7)	36,2 (±33,4)	38,1 (±19,1)	34,5 (±22,2)

Analisando a distribuição de frequência relativa dos usuários que aderiram ao tratamento, observou-se que o sexo não implicou na conclusão ou não do tratamento, mas que ser jovem (33,3%), residir em regiões mais distantes como na zona leste (27,5%), zona norte (26,3%) ou em outro município (66,7%), e possuir morbidades de médio nível de complexidade (26,1%) implicou nas maiores porcentagens de indivíduos que não concluíram o tratamento quando comparado às outras características da categoria que se encontravam (tabela 8).

Ao correlacionar as variáveis independentes gênero, grupo etário, nível de instrução, região de residência e nível de complexidade da morbidade com a variável resposta adesão ao tratamento ambulatorial de fisioterapia, apenas o grupo etário (p 0,013) e a região de residência (p 0,029) apresentaram associação estatisticamente significativa com a variável dependente (tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição das características dos indivíduos inseridos para o tratamento ambulatorial de fisioterapia prestado pelo pesquisador no hospital municipal, segundo a adesão ao tratamento. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 522).

Variáveis	Adesão ao tratamento		Total	Valor de P
	Concluiu n (%)	Não concluiu n (%)		
N	396 (75,9%)	126 (24,1%)	522	
Sexo				0,972
Feminino	183 (75,9%)	58 (24,1%)	241	
Masculino	213 (75,8%)	68 (24,2%)	281	
Grupo etário *				0,013
Jovem	20 (66,7%)	10 (33,3%)	30	
Adulto	230 (72,6%)	87 (27,4%)	317	
Idoso	146 (83,4%)	29 (16,6%)	175	
Nível de instrução				0,616
Sem instrução	21 (87,5%)	3 (12,5%)	24	
1º grau	229 (76,1%)	72 (23,9%)	301	
2º grau	96 (75,0%)	32 (25,0%)	128	
3º grau	16 (76,2%)	5 (23,8%)	21	
Não informado	34 (70,8%)	14 (29,2%)	48	
Região de residência *				0,028
Centro	26 (83,9%)	5 (16,1%)	31	
Zona Norte	179 (73,7%)	64 (26,3%)	243	
Zona Sul	107 (77,5%)	31 (22,5%)	138	
Zona Leste	29 (72,5%)	11 (27,5%)	40	
Zona Oeste	31 (83,8%)	6 (16,2%)	37	
Zona Rural	21 (87,5%)	3 (12,5%)	24	
Outro Município	3 (33,3%)	6 (66,7%)	9	
Nível de complexidade da morbidade				0,759
Baixa	164 (77,4%)	48 (22,6%)	212	
Média	105 (73,9%)	37 (26,1%)	142	
Alta	127 (75,6%)	41 (24,4%)	168	

Nota: \* p < 0,05 (Teste Qui-quadrado de Pearson).

#### 4.6 Análise multivariada dos fatores relacionados à adesão ao tratamento

Para determinar o efeito dependente da associação entre as covariáveis que apresentaram um nível de significância de  $p < 0,05$  e a não adesão ao tratamento ambulatorial de fisioterapia, foram incluídas no modelo de regressão logística simples e ajustada as covariáveis idade em anos e as regiões de residência.

Foi observado que quanto maior a idade em anos maior a adesão do usuário ao tratamento (OR 1,015; p 0,006), e que quanto maior a distância da região de residência para o local de oferta do serviço menor a adesão ao tratamento, sendo que os residentes em outro município foram os únicos que apresentaram uma associação quanto a não adesão ao tratamento (OR 0,145; p 0,008) (tabela 9).

Tabela 9 – Modelo de regressão logística simples e ajustada para a não adesão ao tratamento ambulatorial de fisioterapia prestado pelo pesquisador. Mogi Guaçu, jan 2011 a jan 2013 (n 522).

Variáveis	Simples		Ajustada	
	OR	p	OR	p
Idade (anos) *	1,015	0,006	1,016	0,021
Região de residência				
Centro	1,507	0,438	1,426	0,508
Zona Norte	0,810	0,401	0,858	0,550
Zona Sul	1,00	-	1,00	-
Zona Leste	0,764	0,509	0,850	0,697
Zona Oeste	1,497	0,410	1,426	0,474
Zona Rural	2,028	0,276	2,367	0,191
Outro Município *	0,145	0,008	1,150	0,014

Nota: \* p < 0,05; OR Odds Ratio; Adotou-se a Zona Sul como valor de referência

#### 4.7 Fatores relacionados às entraves para o acesso e a adesão ao tratamento

Foram realizadas no total 18 entrevistas, 12 com usuários e 6 com os profissionais do setor. O grupo dos usuários (U) foi composto por 7 mulheres e 5 homens, com variação de idade de 18 a 69 anos, e média de idade de 52,5 ( $\pm$  17,1) anos. Semelhante aos dados encontrados no estudo quantitativo, este grupo foi composto em sua maioria por indivíduos que possuíam até o 1º Grau de instrução (83,3%, n 10) e que residiam na zona norte do município (75,0%, n 9).

O tempo de espera relatado do dia do encaminhamento especializado ao dia da consulta variou de 1 semana a 5 meses, sendo que a média dos dias de espera (52,6 dp43,4)

foi maior do que a encontrada no estudo quantitativo. Com relação a frequência de utilização, 9 usuários relataram ser a primeira vez que utilizavam o serviço nos últimos dois anos, 2 relataram ser a segunda vez, e apenas 1 relatou estar utilizando pela terceira vez.

Se levarmos em consideração a média de idade mais elevada, o nível de instrução e o local de residência, podemos dizer que este grupo foi composto por indivíduos com características sociodemográficas semelhantes aos classificados no grupo dos portadores de morbidades de baixo nível de complexidade, portanto, suas narrativas poderiam possibilitar o entendimento dos entraves para o acesso deste grupo específico de indivíduos, na assistência ambulatorial de fisioterapia do SUS do município.

O grupo dos profissionais fisioterapeutas (F) foi composto por mulheres com variação de idade de 27 a 42 anos, e média de idade de 36,2 ( $\pm$  6,1) anos. O tempo de atuação profissional no Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos variou de 3 meses a 18 anos, tendo em média 9 anos ( $\pm$  97,2 meses) de experiência no atendimento à população que utilizava o SUS do município.

#### 4.7.1 Principais entraves para o acesso ao serviço

Quando questionados sobre qual a maior dificuldade para se iniciar o tratamento no serviço ambulatorial de fisioterapia, a temática que mais surgiu entre os entrevistados foi com relação a demora para se conseguir o atendimento, principalmente quanto ao tempo de espera, que na visão dos profissionais acontece devido as vagas ofertadas serem menor do que a demanda, conseqüente ao número insuficiente de fisioterapeutas em relação a população usuária do município. Esse tempo de espera acaba se dando em dois momentos para os usuários que tiveram a APS como porta de entrada no sistema, sendo o primeiro

relativo a espera por consulta com o especialista da rede, e o segundo do encaminhamento médico a consulta com o fisioterapeuta.

[...] foi esperar de novo né. Foi quase uns dois meses (U8).

[...] o excesso de pessoas procurando o serviço, e a pouca quantidade de profissionais pra atender a demanda deste pacientes..., eles aguardam para conseguir uma vaga para este tratamento... (F5).

[...] do número de profissionais em relação ao número de habitantes..., é um serviço que funciona, mas ele ainda não é o ideal na questão de estar suprindo esta demanda... (F6).

O número insuficiente de vagas para consulta pôde ser confirmado no estudo quantitativo, onde apenas 59,2% da demanda que procurou por atendimento conseguiu agendamento dentro de um mês corrido após o primeiro contato, cujo agendamento do excedente ao longo dos meses resultou em um tempo médio de espera de aproximadamente 42 dias, podendo ainda ser maior que 68 dias caso o usuário apresentasse um perfil de morbidade de baixo nível de complexidade.

Os motivos da dificuldade no acesso não se limitam somente ao tempo de espera devido o número reduzido de vagas, mas também as vagas ociosas geradas pelos 24,5% dos pacientes agendados que faltaram às consultas agendadas. Uma das causas para o não comparecimento na data agendada é o esquecimento da mesma, pois quando o indivíduo se dá conta que perdeu a consulta, busca o setor no intuito de remarcar uma nova consulta, ocupando assim uma vaga que poderia estar sendo preenchida por um novo paciente.

[...] no meu caso demorou dois meses por causa que eu perdi a consulta né, tava marcada prá um mês, só que daí eu confundi a data..., daí eu perdi né, e tive que esperar (U6).

[...] eu cometi uma gafe né, eu cabei perdendo o papel..., cabei esquecendo... Quando eu achei o papel, já tinha passado a data... Aí eu tornei voltar aqui pra remarcar... (U9).

Apesar do estudo quantitativo apresentar uma alta prevalência (98,2%) de indivíduos que possuem algum tipo de queixa física, seja de dor ou de outras como déficit no movimento, percebeu-se que a ausência do acesso a assistência fisioterapêutica no momento em que é necessária faz com que o indivíduo acabe se coformando com o desconforto causado por sua morbidade, mesmo que o tempo de espera reflita na evolução da sua situação de saúde, como podemos perceber nas falas abaixo:

[...] eu só acho um pouquinho demorado, mas a gente vai ter dor né..., faz quatro anos que eu tenho dores... (U10).

[...] do início do problema até começar fazer a fisioterapia, até que praticamente, foi eliminado o problema (U5).

#### 4.7.2 Principais entraves para a adesão ao tratamento ambulatorial

Uma vez que o instrumento quantitativo identificou uma associação entre a idade e a região de residência dos usuários com a adesão ao tratamento ambulatorial de fisioterapia, cujo qual 24,1% dos indivíduos inseridos não o concluiu, buscou-se com essa categoria compreender os fatores que possam estar relacionados com as dificuldades para a adesão no mesmo.

O acesso à assistência ambulatorial fisioterapêutica não está relacionado somente com a efetivação da primeira consulta, mas também com a adesão ao tratamento, uma vez que ele costuma durar em média 36 dias, durante os quais são realizadas uma média 10

sessões, podendo variar de acordo com o nível de complexidade da morbidade, faz-se necessário um deslocamento contínuo até o local de prestação do serviço.

Devido a assistência fisioterapêutica prestada pelo SUS do município ser centralizada no ambulatório de fisioterapia do HMTR, e este estar situado na região sul da zona urbana, os usuários que residiam distante do local de atendimento e que não possuíam um meio próprio de transporte eram obrigados a depender do transporte coletivo para conseguirem se deslocar até o serviço e receberem o atendimento.

[...] eu acho que as outras pessoas teriam dificuldade de transporte viu. Pra min não porque a gente tem carro, mas eu falo pra quem não tem condições, eles teriam uma dificuldade enorme de transporte coletivo... Eu venho de carro, ...mas se não fosse, nós íamos ter essa situação do transporte (U7).

A dependência do transporte coletivo para se vencer a barreira da distância geográfica é uma das dificuldades relacionadas com a continuidade do acesso ao serviço. Como se percebe na fala abaixo, o deslocamento acaba sendo agravado pelo desconforto causado pela dor e pela dependência de um acompanhante para se ter acesso ao transporte público, caso o usuário apresente algum déficit na mobilidade.

[...] a gente vir aqui né, pegar circular, ... E a gente tem dor, tem muita dor na perna (U8).

A dificuldade é pegar o ônibus... Pra ele subir no ônibus também, eu tenho que ajudar ele, é difícil..., os pés dele é duro, então ele não pode pisar forte (U2).

As dificuldades relacionadas ao acesso geográfico devem ser levadas em consideração na hora de se organizar a oferta dos serviços de fisioterapia pelo território do município, uma vez que 42,3% dos usuários da amostra estudada apresentaram a cintura

pélvica e os membros inferiores acometidos por algum tipo de lesão, e 43,0% dos que queixaram de dor relacionaram-na com os membros inferiores, estes fatores podem ser limitantes para a livre locomoção urbana do indivíduo.

Outras dificuldades relacionadas a continuidade do acesso de quem depende do transporte coletivo podem ser atribuídas com o tempo gasto no deslocamento, com a disponibilidade dos horários de ônibus na região de residência, e até mesmo com as condições climáticas como a chuva, que torna a frequência e a adesão ao tratamento comprometidas pela sazonalidade, como se segue nas falas abaixo:

[...] eu saio de casa... pego 06:30 o ônibus, chego aqui ..., umas 07:30..., depende dos motoristas, porque eles falam que estão no horário deles mas se você for ver certinho não tá... Então as vezes a gente fica até com medo, nossa, vou chegar atrasada, vou ter que pegar mais cedo ainda? (U12).

[...] eu tenho que pegar o ônibus até mais cedo, então eu chego uma hora adiantado né, porque se eu pegar outro aí não dá tempo né! (U4).

[...] se for um dia de chuva ou coisa assim, então a gente tem que faltar né, porque não tem condição da gente ir até o ponto de ônibus [U1].

A dificuldade no financiamento do transporte e a ausência de uma assistência mais abrangente do município para o deslocamento dos usuários são entraves que podem ser atribuídas a não adesão ao tratamento ambulatorial. Com a indisponibilidade de vagas no transporte sanitário ofertado pelo município para os usuários que possuem algum tipo de limitação que incapacite a deambulação, como também os períodos que não são fornecidos o auxílio financeiro para custeio do transporte coletivo, o paciente acaba abandonando o tratamento por não ter como arcar com as despesas do transporte. Ou seja, apesar da

assistência ser prestada gratuitamente, o usuário acaba sendo onerado indiretamente ao aderir ao tratamento.

[...] eles tem essa dificuldade de não terminar o tratamento, de não manter essa constância durante as sessões determinadas, ou é por falta de interesse, ou é porque... acha que melhorou e abandona o tratamento..., dificuldades financeiras as vezes de locomoção até o serviço né..., a obrigatoriedade de voltar ao trabalho (F4).

[...] embora a gente tenha o transporte..., a gente também tem que priorizar este transporte..., e a gente... fala assim, a prefeitura dá o passe, mas a gente sabe que não é bem assim [...] Tem períodos que não tem esse passe, então as vezes a pessoa abandona o tratamento porque não tem jeito de vir mesmo na fisioterapia (F6).

[...] uns não tem transporte né, outros assim, não precisam do dispositivo auxiliar da marcha mas quer vim de van, daí eu já falo que não pode..., dou o passe e tudo, mas as vezes não tem passe também né [...] Teve um caso que desistiu por causa do..., de não ter como vir mesmo, não conseguiu o passe aí ela não veio (F2).

[...] muitos pacientes acabam desistindo, eu já tive paciente que já desistiu do atendimento porque teve que ficar muito tempo esperando a perua para ir embora (F5).

[...] pra poder vir né, de onde eu moro pra chegar até aqui fica difícil..., a renda é mínima né nossa, e principalmente quando você está afastado né, eu recebo salário mínimo, eu pago aluguel, eu tenho uma filha, então fica difícil..., têm que pagar o ônibus [...] Dá R\$ 6,00 né, ida e volta (U12).

#### 4.7.3 Proposições para se facilitar o acesso à atenção fisioterapêutica no município

Quando questionados a respeito de uma sugestão para se resolver os problemas levantados sobre o acesso, ou de como melhorar o acesso e a resolutividade do serviço de fisioterapia no município, observamos o predomínio de temáticas distintas entre os dois

grupos, sendo levantados por parte dos pacientes soluções referentes a mobilidade urbana, e por parte dos fisioterapeutas soluções referentes a reorganização dos serviços de saúde e do modelo de atenção fisioterapêutica prestada no município.

As proposições mais apontadas pelos pacientes foram relacionadas ao fornecimento de um transporte sanitário que não fosse restrito aos usuários impossibilitados de deambular livremente, mas de uma forma abrangente a todos os usuários do serviço, pois motivaria o sujeito e facilitaria a sua adesão ao tratamento devido a amenização das dificuldades relacionadas com o financiamento da condução e com a dificuldade no acesso ao transporte coletivo.

[...] tem que ter um transporte né, pra gente poder fazer certinho a fisioterapia..., porque a gente faz a fisioterapia assim, pensando, eu vou melhorar, ... porque eu quero voltar a trabalhar, [...] melhorava muito, melhorava muito mesmo. Poque ajuda a gente também psicologicamente e no tratamento né (U12).

[...] uma van ir buscar..., porque tem muita gente que não tem condição de pagar (U11).

[...] nas condições de uma pessoa que nem ele que ta assim..., tinha que ter uma condução própria né, daqui até pegar em casa..., porque aí... fica mais fácil prum paciente assim que tá, no caso dele, machucado..., pegar o ônibus é difícil (U2).

Já os profissionais do setor acreditam que a descentralização da assistência fisioterapêutica para a Atenção Primária seria uma ação possível de expandir a oferta e reduzir a demanda na Atenção Secundária, além de ser benéfica para a acessibilidade dos usuários. Na visão deles, este novo modelo de atenção deveria possuir perfis diferenciados de profissionais e atendimento, abordando morbidades crônicas e que requeiram

tecnologias de baixo nível de densidade na APS, para aliviar a Atenção Secundária e facilitar o acesso dos pacientes com perfis de alta e média complexidade.

[...] esses casos mais crônicos, que já fizeram várias fisioterapias individuais, teria que ter ... nas UBS mesmo, algum trabalho para eles, ... ter fisioterapeuta, assim, não precisava ser em cada uma, mas pegar por região, que pudesse estar auxiliando estes pacientes (F2).

[...] contratar mais profissionais... nas unidades de saúde do município, unidade básica... Para diminuir a demanda aqui no setor ambulatorial. Muitos atendimentos, muitas patologias, daria para ser tratada ou orientada no próprio posto de saúde (F3).

A descentralização, eu acho que ia melhorar bastante o acesso aqui (F4).

[...] implantação de fisioterapeutas nas unidades básicas de saúde para reduzir a demanda nos serviços de... atenção secundária e terciária..., montar estratégias para que o município tenha outros pontos de atendimento de fisioterapia. Porque aí vai diminuir o custo de transporte para esse paciente, vai reduzir... o tempo de permanência dele aqui, porque se o transporte é longe muitas vezes ele tem que ficar aguardando o transporte aqui, que gera mais reclamação... (F5).

[...] eu acho que se a gente trabalhar com a descentralização a gente consegue ... filtrar aquilo que é realmente necessário neste serviço, e fazer a demanda para os postos..., deixar as UBS para parte que daria apoio de grupos, de exercício, que não precise de grandes ... investimentos, ...só precisaria de profissionais... capacitados pra fazer este trabalho. [...] E aí... tiraria... este paciente repetitivo que vem por motivo crônico, que nem sempre a eletroterapia, que é o que nós temos aqui, vai fazer bem, e ele vai passar ir pra uma atividade física, algo que ele vai ter acompanhamento, e assim sobram as vagas pra quem realmente... tá precisando né, na urgência (F6).

A descentralização da atenção fisioatêutica para a APS parece ser uma proposta bem vista pelos pacientes, devido a possibilidade de amenização de entraves como a distância geográfica, a dependência do transporte, o tempo gasto no deslocamento e da dificuldade na mobilidade urbana dos usuários que possuam os membros inferiores acometidos por alguma lesão. Quando questionados sobre o que achavam da possibilidade de ter a assistência fisioatêutica ofertada em uma unidade de saúde próximo de sua residência, os usuários responderam da seguinte maneira:

Lá seria mais perto, lá daria até para ir a pé (U3).

[...] era bem melhor, isso era bão. Porque eu tenho o postinho na rua de casa... (U4).

[...] seria melhor né, porque o postinho é mais perto (U8).

Seria mais, vamos dizer assim, mais rápido, eu ia ter mais tempo para ta indo num lugar, porque ia estar mais perto de casa (U11).

[...] lógico que seria melhor porque, as vezes a gente vêm com muitas dores né, pega ônibus tudo. É difícil pra vim quando a gente tá com muita dor (U10).

Através das narrativas dos usuários e fisioatêutas, notou-se que apesar das proposições de cada grupo serem diferentes, elas não se anulam, pois há um potencial construtivo e complementar que poderia melhorar o acesso e a acessibilidade da população aos serviços de fisioatêpia prestados pelo Sistema Único de Saúde na esfera municipal.

## 5 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que os homens utilizaram mais o serviço ambulatorial de fisioterapia do que as mulheres, como também encontrado por Moretto et al. (31), apesar de ser descrito na literatura que a taxa de utilização dos serviços de saúde no Brasil é maior para as mulheres do que para os homens (54, 55), e da utilização dos serviços de fisioterapia ser mais reportada pelo sexo feminino (32, 35). A explicação para esta diferença pode ser que, como relatado por Gómez (56), os serviços de saúde preventivos são mais utilizados pelas mulheres e os serviços terciários pelos homens.

A amostra dos usuários caracterizou-se pelo predomínio de indivíduos adultos com idade média de 49,4 anos, resultado semelhante ao encontrado por Machado e Nogueira (36). Como observado neste trabalho, o predomínio na utilização por usuários com baixo nível de escolaridade também foi encontrado nos estudos realizados nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil (35, 57), divergindo dos dados encontrados para a região Sul do país, onde foi observado um predomínio de usuários com maior escolaridade e com um maior nível de renda (31, 58).

Quase um terço da amostra relatou ser portadora de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, sendo estas também as DCNT mais frequentes reportadas em outros estudos (57, 59). Parra e colaboradores (60) relatam que as pessoas idosas têm o seu estado de saúde comumente afetado pelas doenças crônicas típicas do envelhecimento, e que a prática regular e bem planejada de atividade física ou exercício físico é a chave para se promover a saúde e reduzir os gastos em saúde com esta população, uma vez que ela está

associada a um menor risco de se desenvolver algumas doenças cardiovasculares e o diabetes tipo II.

Quanto ao local de residência, 95,4% dos usuários do serviço residiam na zona urbana, fato este já observado por Pinheiro et al. (55), que relatou que mulheres e homens residentes nas áreas urbanas procuram com maior frequência os serviços de saúde do que os residentes nas áreas rurais.

O mapeamento do local de residência dos usuários do serviço ambulatorial de fisioterapia revelou que apesar da densidade demográfica e da distribuição geográfica das unidades de saúde ser heterogênea pelo município, a zona norte foi a área de origem da maioria dos usuários e a que apresentou os maiores aglomerados populacionais, indicando a necessidade de novos serviços que forneçam a assistência fisioterapêutica na região. Para Unglert et al. (61), a abordagem espacial da saúde é útil para o planejamento em termos de localização e dimensionamento de novos recursos, possibilitando que grupos de pessoas pertencentes a mais de dois bairros possam ser agrupadas em uma mesma área de atenção, considerando as variáveis geográficas, demográficas e sociais.

Houve diferença da frequência de acometimento para o nível de complexidade das morbidades entre os sexos, sendo as mulheres mais acometidas pelas de baixa complexidade, cuja maioria era decorrente de distúrbios crônicos, e os homens pelas de média e alta complexidade, que envolviam lesões decorrentes de causas externas. Esta diferença no acometimento entre os sexos pode ser explicada pelo fato dos homens serem mais acometidos por problemas agudos e agravos causados por causas externas, como violência, lesões no trânsito ou na prática de esportes, sendo estes os problemas predominantes que os fazem procurar os serviços de saúde (31, 55).

Já para a população feminina que utiliza os serviços de fisioterapia, Bim e colaboradores (62) relatam que a maior prevalência de acometimento desta população por morbidades de baixa complexidade, como os problemas relacionados à coluna, pode ser consequente ao desempenho de ocupações e funções que utilizam o corpo humano como instrumento de trabalho e que geram sobrecargas e disfunções, como os serviços domésticos.

As morbidades de baixo nível de complexidade foram responsáveis pela maior demanda de atendimento no serviço ambulatorial de fisioterapia, caracterizando-se por doenças osteo-músculo-articulares de perfil crônico, como as espondilopatias e as gonoartroses. Segundo Malta et al. (18), as doenças crônicas custam caro para o SUS, e se não prevenidas e gerenciadas adequadamente demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, devido à permanente incorporação tecnológica.

Em um estudo realizado por Viola e colaboradores (63), o custo médio encontrado para o tratamento cirúrgico de doenças crônicas da coluna vertebral foi de R\$ 44.810,38 por paciente tratado, enquanto que os pacientes tratados de modo conservador com sessões de fisioterapia e acupuntura apresentaram um custo líquido menor do que o cirúrgico, além de representarem uma redução de 36,5% no volume de cirurgias. Os autores também relatam que o manejo dos pacientes pelo tratamento fisioterapêutico deve ocorrer por meio de protocolos baseados em classificações de complexidade, e que centros com maior organização dos serviços tem condições de promover tratamentos mais baratos e com melhores resultados.

No nosso estudo, a adesão ao tratamento esteve relacionada com a região de residência do indivíduo, cuja adesão foi inversamente proporcional à distância geográfica

do serviço, uma vez que para superar esta distância se fazia necessário o uso do transporte público coletivo. Como relatado por Araújo et al. (64), a capacidade de um indivíduo se deslocar depende das rotas e horários do sistema de transporte, como também de algumas características como a renda para utilização do transporte desejado, e caso ocorra alguma falha ou limitação em algum desses componentes, o trânsito se torna inviável, comprometendo a mobilidade urbana e a capacidade de transitar das pessoas.

As dificuldades com transporte, a distância geográfica e o tempo de espera por consulta apontaram ser os principais entraves para o acesso e adesão do usuário ao tratamento ambulatorial de fisioterapia prestado pelo SUS do município. Os dados encontrados no estudo conduzido em um centro de reabilitação pública por Subtil et al. (65) corroboram esta questão, relatando que o processo de não aderir ao tratamento fisioterapêutico está associado a algumas causas principais, dentre elas, as condições socioeconômicas desfavoráveis que dificultam o acesso ao local de tratamento e a demora até o início do tratamento.

Como relatado em outros estudos (59, 66), a dor foi a queixa mais frequente no serviço, principalmente para a região dos joelhos e coluna, o que limitava a locomoção e dificultava o acesso ao transporte coletivo. Segundo Taddeo et al. (67), a maior dificuldade para o acesso de pessoas com doenças crônicas aos serviços de saúde está relacionada com a distância entre o domicílio e a unidade de saúde, pois como dependem do transporte público para locomoção, a má organização da malha viária resulta na realização de longas caminhadas até o local, o que os leva a fadiga e à falta de estímulo para sequenciarem no tratamento, restringindo a possibilidade de adesão no mesmo.

Observa-se através de estudos sobre a satisfação dos usuários do serviço ambulatorial de fisioterapia (35, 36, 58) que a maior satisfação na dimensão do acesso está relacionada com a possibilidade de escolha do local de tratamento segundo a proximidade com a sua residência. É válido lembrar, que a atenção secundária deveria ser responsável pelo tratamento de morbidades que necessitem de tecnologias de maior densidade, o que não é o caso do perfil predominante das doenças e lesões crônicas atendidas nas clínicas de fisioterapia.

Segundo Taddeo et al. (67), aderir ao tratamento é imprescindível para o controle da condição crônica e o sucesso da terapia, pois esta exige um tratamento permanente, fazendo-se necessário o empoderamento do indivíduo, com a adoção de hábitos e atitudes que promovam a consciência para o autocuidado. Em seu estudo, os usuários sugeriram a construção de espaços de bem-estar com profissionais qualificados que orientem práticas de exercícios físicos, além de atividades que promovam o relaxamento e a integração entre as pessoas da comunidade.

A reorganização da atenção fisioterapêutica no sistema público de saúde do município, com a descentralização da assistência às condições crônicas e de baixa complexidade para a atenção primária, poderia ampliar o acesso reduzindo o tempo de espera por consulta e a demanda reprimida no nível ambulatorial, uma vez que com o remanejamento destas condições para as unidades básicas de saúde e das estratégias de saúde da família, poderiam ser fornecidos tratamentos em grupos para perfis de morbidades e segmentos específicos, como grupos de coluna para usuários com lombalgia crônica ou grupos de joelho para os portadores de gonartrose.

Estes usuários que receberiam atendimento em um serviço detentor de menor complexidade tecnológica do que o ambulatório de fisioterapia não seriam prejudicados quanto à resolutividade de seu tratamento, uma vez que como relatado por Korelo et al. (68), a realização de um programa de cinesioterapia e educação postural, incluindo além da prática de exercícios em grupo a realização de minipalestras para orientação de cuidados posturais e prática de exercícios domiciliares, é eficaz na redução do quadro álgico e na melhora da capacidade funcional dos pacientes com diagnóstico de artrose na coluna. Barduzzi et al. (69) também relatam que a execução de um programa terapêutico com exercícios em grupo, tanto no solo como na piscina, são capazes de melhorar a capacidade funcional de idosos portadores de gonartrose.

Para que a descentralização da assistência fisioterapêutica seja viável para o município, sendo capaz de ofertar programas que integrem a atenção primária a saúde a outros níveis de complexidade, podendo reduzir os custos do sistema de atenção a saúde como também a utilização dos serviços especializados, sugere-se a adoção do arranjo organizacional de equipes de referência com apoio especializado matricial, uma vez que segundo Campos e Domitti (70), este arranjo é relevante para se racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, possibilitando que um único especialista integre organicamente seu trabalho com o de várias equipes de referência, ampliando com isso, a capacidade da equipe em resolver problemas de saúde e indicar com mais sensibilidade e precisão os casos que necessitariam de apoio especializado.

Como definido por Campos (71), o apoio matricial em saúde objetiva assegurar tanto retaguarda especializada a equipes de profissionais encarregados da atenção comunitária e familiar, quanto suporte técnico pedagógico as equipes multiprofissionais de

referência. Assim, o ambulatório de fisioterapia ofereceria o atendimento clínico sob o formato matricial a várias equipes que dele necessitassem, e depois, devolveria o paciente à equipe de referência a qual ele estivesse adscrito, para continuidade das atividades incluídas no seu projeto terapêutico, como ginástica, caminhadas terapêuticas e outros trabalhos desenvolvidos em grupo.

Com a assistência organizada neste modelo, o usuário de uma unidade da atenção básica que fosse portador de HAS e gonartrose por exemplo, e que não conseguisse acompanhar as atividades desenvolvidas no programa Hiperdia devido a um quadro de dor intensa no joelho desencadeada por uma instabilidade articular, como as caminhadas realizadas pela comunidade, poderia ser remanejado para atendimento em grupo com o fisioterapeuta que integrasse a equipe multiprofissional do NASF, co-responsável pelo seu projeto terapêutico, onde seriam desenvolvidas atividades coletivas de fortalecimento muscular e treinamento sensório-motor, capazes de promover a estabilização articular do joelho, a redução da dor e a recuperação da função, possibilitando o retorno mais breve às atividades do Hiperdia e as outras realizadas na comunidade.

Caso sua disfunção não melhorasse e houvesse uma agudização do seu quadro de perfil crônico, como a presença de sinais e sintomas como dor, edema, calor, rubor e perda do movimento funcional, seu projeto terapêutico seria discutido pela equipe responsável e o mesmo poderia ser encaminhado para tratamento individual especializado junto ao ambulatório de fisioterapia, onde seriam utilizados equipamentos de maior densidade tecnológica como o laser terapêutico e a eletroterapia. Após o período de tratamento necessário para resolução do quadro, este usuário voltaria para acompanhamento profissional junto a sua unidade de origem para retornar às atividades feitas em grupo.

Neste exemplo, o sujeito portador de gonartrose que recebesse este cuidado integral e longitudinal pelo NASF, possivelmente conseguiria retardar a necessidade de intervenção cirúrgica comumente realizada na evolução desta efermidade osteo-degenerativa, como a artroplastia total de joelho, que além de ser agressiva e impactar na vida do sujeito e de sua família, agrega um alto custo ao sistema público de saúde, por demandar gastos com a realização de exames de imagem, a ocupação de leito hospitalar, o uso de material cirúrgico, o gasto com pessoal e com as medicações como antibióticos e analgésicos, além dos retornos médicos e sessões individuais de fisioterapia ambulatorial.

## 6 CONCLUSÃO

A oferta de vagas insuficiente à demanda pela assistência ambulatorial fisioterapêutica em convênio com o Sistema Único de Saúde repercutiu diretamente no acesso a esta atenção, porém, só a ampliação da oferta não é suficiente para se garantir um acesso de qualidade ao serviço ambulatorial de fisioterapia.

Fatores relacionados com a distância geográfica da região de residência como a dependência do transporte coletivo estão associados à dificuldade em se manter um acesso contínuo a assistência prestada, sendo necessária além da ampliação da oferta, a sua descentralização para as unidades de saúde mais próximas das demandas reais, para que seja promovido o direito constitucional do acesso universal.

A hegemonia do modelo centrado no hospital na organização do serviço público municipal de fisioterapia não atende de maneira satisfatória às necessidades da maioria dos usuários, uma vez que há predominância do perfil epidemiológico de doenças crônico-degenerativas osteomusculares e de baixa complexidade, que superlotam os ambulatórios e consomem os recursos materiais e humanos destinados às morbidades de maior complexidade e que requeiram tratamento com recursos de maior densidade tecnológica.

Assim sendo, recomenda-se a reestruturação da organização do serviço e do modelo de atenção fisioterapêutica prestada pelo SUS de Mogi Guaçu, com a descentralização da assistência às morbidades de baixa complexidade para uma unidade de saúde da Atenção Primária da zona norte do município, próxima ao local de residência, adotando-se um arranjo organizacional baseado em equipes de referência multiprofissional com apoio

matricial ambulatorial, através dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, para se ampliar o acesso e facilitar a utilização por parte da população que necessite da assistência pública fisioterapêutica.

## 7 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília (DF).
2. Silva ID, Silveira MFA. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. *Ciênc Saúde Colet*. 2011 15(Supl. 1): 1535-46.
3. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2007 12(sup): 1865-74.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; publicado on line em 9 de maio. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
5. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(1): 161-70.
6. Souza ARB, Ribeiro KSQS. A rede assistencial de fisioterapia no município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011; 15(3): 357-68.
7. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc*. 2006 Mai; 15(2): 23-33.

8. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Colet.* 2006; 11(4): 975-86.
9. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(11): 1865-75.
10. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2): 190-8.
11. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública.* 2012; 31(3): 260-8.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
13. Santos LA, Andrade LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17(11): 2876-8.
14. Paim JS. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
15. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet.* 2004; 9(3): 711-24.
16. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves - apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde debate.* 2003; 27(65): 316-23.

17. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(5): 2297-305.
18. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude.* 2006; 15(3): 47-65.
19. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2004; 9(4); 897-908.
20. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (org). *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec, 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF).
22. Silva Junior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA (org.). *Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
23. Silva BS, Benito GAV. A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(8): 2189-200.
24. Brasil. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, CONASEMS, 2009.

25. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc Saúde Colet.* 2004; 9(3): 795-806.
26. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMFM, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(1): 1009-19.
27. Rebelatto JR. O objeto de trabalho em fisioterapia e perspectivas de atuação e de ensino nesse campo profissional [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 1986.
28. Bispo Júnior JP. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos.* 2009 Jul; 16(3): 655-68.
29. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de saúde da família. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(37): 551-64.
30. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino AAR, Ribeiro EEN. Experiência da fisioterapia no núcleo de apoio à saúde da família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov.* 2010; 23(2): 323-30.
31. Moretto LC, Longo GZ, Boing AF, Arruda MP. Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta e urbana de Lages, Santa Catarina. *Rev Bras Fisioter.* 2009; 13(2): 130-5.

32. Siqueira FV, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4): 663-8.
33. Castro AP, Neves VR, Aciole GG. Diferenças regionais e custos dos procedimentos de fisioterapia no Sistema Único de Saúde do Brasil, 1995 a 2008. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(5): 469-76.
34. Giallonardo L. Introdução ao processo de reabilitação: The guide to physical therapist practice. In: Prentice WE, Voight ML. *Técnicas em reabilitação musculoesquelética*. Porto alegre: Artmed, 2003.
35. Gonçalves JR, Veras FEL, Matos AC de M, Lima ISA. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. *Fisioter Mov*. 2011 Jan-Mar; 24(1): 47-56.
36. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Rev Bras Fisioter*. 2008 Set-Out; 12(5): 401-8.
37. Marães VRFS, Martins EF, Junior GC, Acevedo AC, Pinho DLM. Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília. *Fisio Mov*. 2010 Abr-Jun; 23(2): 311-21.
38. Velandia IC. Fisioterapia: el reto de desarrollar la mejor evidencia científica de su praxis. *Revista Ciencias de la Salude*. 2010; 8(3): 5-6.
39. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc Saúde Colet*. 2010 15(supl. 1): 1627-36.
40. CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 27 de abril de 2012]. Disponível em:

[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=3530702096498](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3530702096498)

41. Baquero G, Lopez O. El papel de la epidemiologia em la identificación de necesidades relacionadas com la fisioterapia em Colombia. *Salud Pública Méx.* 2004; 46(1): 5-6.
42. Campos CEC. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento: *Cad Saúde Publ.* 1993; 9(2): 190-200. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
43. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
44. IBGE. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. [acesso em 27 de abril de 2012]. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=35](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=35)
45. PNUD. Ranking do IDH dos municípios do Brasil 2010. [acesso em 10 de outubro de 2013]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>
46. DATASUS. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS – por local de residência. [acesso em 13 de maio de 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsp.def>
47. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde. Departamentos Regionais de Saúde. [acesso em 27 de abril de 2012]. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xiv-sao-joao-da-boa-vista>

48. DATASUS. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil. [acesso em 27 de abril de 2012]. Disponível em:  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabSP.def>
49. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde. Consulta de Unidade de Saúde. [acesso em 27 de abril de 2012]. Disponível em:  
[http://sistema.saude.sp.gov.br/consulta\\_cnes/](http://sistema.saude.sp.gov.br/consulta_cnes/)
50. COFFITO. Resolução N.387, de 08 de junho de 2011. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta e dá outras providências. D.O.U. Brasília (DF); n. 115, de 16/06/2011, Seção I, p. 164.
51. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.
52. R Development Core Team (2011). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
53. Bardin L. Análise de Conteúdo – edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.
54. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(5/6): 365-73.

55. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2002; 7 (4): 687-707.
56. Gómez EG. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica.* 2002; 11(5/6): 327-34.
57. Rossi ALS, Pereira VS, Driusso P, Rebellato JR, Ricci NA. Profile of the elderly in physical therapy and its relation to functional disability. *Braz J Phys Ther.* 2013 Jan-Feb; 17 (1): 77-85.
58. Fréz AR, Nobre MIRS. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. *Fisio Mov.* 2011 Jul-Set; 24(3): 419-28.
59. Batista AGL, Vasconcelos LAP. Principais queixas dolorosas em pacientes que procuram clínica de fisioterapia. *Rev Dor. São Paulo.* 2011 Abr-Jun; 12(2): 125-30.
60. Parra NSL, Valencia KC, Villamil AC. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Rev Cubana Salud Pública.* 2012; 38(4): 562-80.
61. Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Públ.* 1987; 21(5): 439-46.
62. Bim CR, Pelloso SM, Previdelli ITS. Inquérito domiciliar sobre o uso da fisioterapia por mulheres em Guarapuava-Paraná-Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(9): 3837-44.
63. Viola DCM, Lenza M, Almeida SLF, Santos OFP, Cendoroglo Neto M, Lottenberg CL et al. Redução do custo em cirurgia de coluna em um centro especializado de tratamento. *Einstein.* 2013; 11(1): 102-7.

64. Araújo, MRM; Oliveira, JM; Jesus, MS; Sá, NR; Santos, PAC; Lima, TC.  
Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. *Psicol Soc.* 2011; 23(3): 574-82.
65. Subtil MML, Goes DC, Gomes TC, Souza ML. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. *Fisioter Mov.* 2011; 24(4): 745-53.
66. Boissonault WG. Prevalence of comorbid conditions, surgeries, and medication use in physical therapy outpatient population: a multicentered study. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1999; 29 (9): 506-25.
67. Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM.  
Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17 (11): 2923-30.
68. Korelo RIG, Ragasson CAP, Lerner CE, Morais JC, Cossa JBN, Krauczuk C. Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. *Fisioter Mov.* 2013; 26(2): 389-94.
69. Barduzzi GO, Rocha Junior PR, Souza Neto JC, Aveiro MC. Capacidade funcional de idosos com osteoartrite submetidos a fisioterapia aquática e terrestre. *Fisioter Mov.* 2013; 26(2): 349-60.
70. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(2): 399-407.
71. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 1999; 4(2): 393-403.

## 8 ANEXO

### 8.1 Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS - UNICAMP  
(CAMPUS CAMPINAS)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Dimensionamento e adequação do serviço de fisioterapia do SUS no município de Mogi Guaçu

**Pesquisador:** Bernardo Diniz Coutinho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 08333512.5.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP (Campus Campinas)

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 185.104

**Data da Relatoria:** 22/01/2013

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal descritivo com o objetivo de conhecer a qualidade do serviço de fisioterapia do SUS num hospital municipal do município de Mogi Guaçu e a percepção dos seus usuários acerca do serviço. O projeto prevê a análise documental através do prontuário de 600 pacientes atendidos entre janeiro de 2011 e janeiro de 2013. Num segundo momento, o projeto prevê 20 entrevistas semi-estruturadas tanto com os profissionais do serviço quanto com os pacientes, a ser realizada durante o mês de janeiro/2013. Todo o projeto se desenvolverá no Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos.

##### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o acesso dos usuários do serviço ambulatorial de fisioterapia do SUS no município e propor a sua reorganização e descentralização na rede municipal.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador alega que o projeto não apresenta riscos ou benefícios aos voluntários, uma vez que trata-se apenas de entrevistas e revisão de prontuários.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto é válido e está de acordo com as normas da Resolução 196/96. A justificativa e os objetivos do projeto são claros, sendo destacado ainda que o projeto não apresenta riscos diretos para os voluntários.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é adequado para a pesquisa proposta. O projeto tem a aprovação do chefe de Departamento de Saúde Coletiva (FCM/UNICAMP) e do diretor e do chefe do serviço de fisioterapia do hospital onde o projeto está sendo proposto.

**Recomendações:**

Lembramos que o TCLE deve ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador (resolução 196/96 CNS/MS, artigo IV.2 *cd*).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

No parecer anterior, foi informado que a proposta é adequada para desenvolvimento de pesquisa com seres humanos. No entanto, é necessário readequação do TCLE para contemplação das alterações sugeridas. Como consequência, será necessária também a readequação do cronograma da pesquisa, uma vez que o projeto apresentado está com cronograma para coleta de dados em Janeiro/2013.

Comentário: cronograma e TCLE adequados. Pendências atendidas.

Aprovado após resposta a pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAMPINAS, 14 de Janeiro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Carlos Eduardo Steiner**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

## 9 APÊNDICES

### 9.1 Apêndice 1 - Registro diário do fluxo de procura por atendimento

Mês	OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO		
Dia	N	HMTR	OUTRO	N	HMTR	OUTRO	N	HMTR	OUTRO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
<b>Total</b>									

## 9.2 Apêndice 2 - Roteiro de entrevista

### **USUÁRIOS**

Código:

Idade:

Escolaridade:

Nome: \_\_\_\_\_.

Endereço: \_\_\_\_\_.

a) Número de vezes que utilizou o serviço nos últimos dois anos: \_\_\_\_\_.

b) Tempo aproximado de espera entre a data do encaminhamento médico até a data do atendimento fisioterapêutico: \_\_\_\_\_.

1. Em sua opinião, qual a maior dificuldade para se iniciar o tratamento no serviço de fisioterapia?
2. Qual a maior dificuldade para se manter no tratamento fisioterapêutico?
3. Qual a sua sugestão para resolver este(s) problema(s)?
4. Se tivesse o atendimento fisioterapêutico em uma unidade de saúde próximo a sua casa, o que você acharia disso?

### **FISIOTERAPEUTAS**

Código:

Idade:

Nome: \_\_\_\_\_.

a) Tempo que trabalha como fisioterapeuta neste serviço: \_\_\_\_\_.

1. Como você entende o papel do serviço de fisioterapia no SUS?
2. Quais os principais entraves para se conseguir atendimento na fisioterapia?
3. Quais os principais entraves para a manutenção do tratamento dos pacientes?
4. Como melhorar o acesso e a resolutividade do serviço de fisioterapia no município?

### 9.3 Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa faz parte do trabalho de campo de Mestrado profissionalizante intitulada **Dimensionamento e adequação do serviço de fisioterapia do SUS no município de Mogi Guaçu**.

A pesquisa tem como objetivo avaliar o acesso da população ao serviço público ambulatorial de fisioterapia no município, para que seja proposta a sua reorganização em relação a esta demanda.

Para a coleta de dados estão previstas a utilização de dados dos prontuários dos usuários do serviço e a realização de entrevistas com os sujeitos da pesquisa – usuários, fisioterapeutas e recepcionistas do serviço público ambulatorial de fisioterapia do Hospital Municipal Dr. Tabajara Ramos de Mogi Guaçu/SP.

A participação do voluntário refere-se à entrevista, que será realizada utilizando-se um gravador de áudio, após sua autorização prévia, com o objetivo de poder analisar o conteúdo das respostas e garantir que os dados fornecidos possam ser recuperados e analisados posteriormente.

O pesquisador preservará a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa na transcrição das gravações das entrevistas, na descrição das observações e na incorporação das informações na redação da Dissertação. A participação na pesquisa não acarretará ressarcimento financeiro ou de outra espécie, e não oferece nenhum tipo de prejuízo ou risco previsível para os sujeitos da pesquisa, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo. O pesquisador se compromete também a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa a todos os participantes.

**Pesquisador: Bernardo Diniz Coutinho**

**Fisioterapeuta e aluno do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP.**

**Telefone para contato: (19) 8802-0352 / Email: bdinizcoutinho@yahoo.com.br**

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Caixa Postal 6111. CEP 13083-887. Campinas/SP. Telefone: (19) 3521-8936 / 3521-7187. Email: cep@fcm.unicamp.br

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências éticas da pesquisa, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta. E, por estarem de acordo, assinam o presente termo. Mogi Guaçu/SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador