UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Utilização de serviços de fisioterapia em município com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família

MONICA HOLANDA DE OLIVEIRA

SANTOS
2013

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Utilização de serviços de fisioterapia em município com alta cobertura da Estratégia Saúde da Família

MONICA HOLANDA DE OLIVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Profª. Drª. Aylene Bousquat.

SANTOS
2013

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA EM MUNICÍPIO COM ALTA COBERTURA DA ESF

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Aylene Bousquat.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª Drª Aylene Bousquat - orientadora

_____

Profº Dr. Sérgio Baxter Andreoli – Universidade Católica de Santos

_____

Profº Drº – Guilherme Arantes Mello - UNIFESP

Data de aprovação:____/____/____

SANTOS
2013

À memória do meu querido tio Almir Pessoa de Aguiar.

Exímio professor universitário.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a DEUS, nosso pai.

À minha querida mãe, que sempre acreditou em meu potencial.

À minha orientadora Profª Dra. Aylene Bousquat, por todos os ensinamentos.

À minha querida amiga Fabiana C. Reis Filgueiras por todo o apoio e incentivo.

A todos os amigos e colegas do GEPS (Grupo de Estudos e Pesquisa em Políticas de Saúde), Murilo, Graciele, Bruna, a Prof.ª Marlene e o Prof.º Paulo.

À minha querida turma de mestrado, onde fiz grandes amizades, Eliana, Priscila, Wellington, Cristine, Mônica e Tiago.

A todos os professores pelas aulas brilhantes.

Á Profª. Dra. Amélia Cohn, orientadora do Estágio de Docência da CAPES, pelo carinho e atenção.

À Profª. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto, pelo seminário inesquecível, que realizei em sua matéria com texto de sua autoria. Obrigada por suas palavras, guardo com muito carinho esta recordação.

A todos os amigos e familiares que me apoiaram e compreenderam minhas ausências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela Bolsa de Estudos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq), pelo apoio financeiro para a realização dessa pesquisa.

Senhor!

Fazei de mim instrumento de Tua paz!

Trecho da Oração a São Francisco

RESUMO

OLIVEIRA, Monica Holanda. Utilização de serviços de fisioterapia em município com alta cobertura da ESF. Santos, 2013, Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – UNISANTOS.

Trata-se de uma análise do perfil de utilização de serviços de saúde, tema importante na literatura, nas áreas de políticas, planejamento e gestão. Através desse tipo de estudo podemos obter informações indiretas sobre o acesso dos serviços de saúde, apontando elementos para a manutenção ou correção das políticas de saúde. Teve como objetivo caracterizar a utilização de serviços de fisioterapia por adultos e idosos no município de Praia Grande, SP. Foi realizado estudo de corte transversal, com base populacional, através de inquérito domiciliar. A técnica de amostragem foi a de conglomerados, sendo adotados como unidades primárias e secundárias de amostragem, respectivamente, o setor censitário e o domicílio. O sorteio dos 40 setores foi feito através do software SPSS, sendo que a probabilidade do sorteio é proporcional ao número de moradores do mesmo, um domicílio foi sorteado e a partir dele foi feito a distribuição e arrolamento dos demais domicílios. Todos os moradores dos domicílios sorteados foram convidados a responder o inquérito. Os questionários foram aplicados através de netbooks em sistema operacional elaborado especificamente para este fim. O sistema foi composto por 10 módulos desenvolvidos para a captura e persistência de dados. Foram visitados 659 domicílios nos quais 1011 moradores responderam ao questionário. A prevalência do uso de fisioterapia nos últimos 12 meses foi de 3%. 66,7% têm faixa salarial de 1 a 3 salários mínimos, 86,7% possuem casa própria. 37% foram atendidos pelo setor público e 63% pelo sistema privado de saúde. Verificou-se que o acesso ao serviço de fisioterapia ainda é restrito principalmente à parcela mais pobre da população. O sexo feminino recorre mais aos serviços de fisioterapia e neste município teve maior utilização do uso de fisioterapia pelo sistema privado de saúde.

Palavras-chave: fisioterapia, utilização dos serviços de fisioterapia, acesso à fisioterapia.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Monica Holanda. Use of physiotherapy services in a municipality with high coverage of the Family Health Strategy. Santos, 2012, Dissertation in Public Health – UNISANTOS.

This is an analysis of the pattern of utilization of health services, important theme in the literature in the areas of policy, planning and management. Through this type of study we obtain indirect information about the access of health services, highlighting elements for the maintenance or repair of health policies. Aimed to characterize the use of physical therapy services for adults and seniors in the city of Praia Grande, SP. We conducted cross-sectional study, based population through household survey. The sampling technique was to conglomerates, which were adopted as primary and secondary units of sampling, respectively, the census sector and the household. The draw for the 40 sectors was done by SPSS software, with the probability of the draw is proportional to the number of residents of the same, a household was selected and it was made from the distribution of enrollment and other households. All residents of selected households were asked to answer the survey. Questionnaires were administered through netbooks operating system designed specifically for this purpose. The system was composed of 10 modules designed to capture and data persistence. 659 households were visited in which 1011 residents responded to the questionnaire. The prevalence of physical therapy in the past 12 months was 3%. 66,7% have a salary range 1-3 minimum wages, 86.7% own their own homes. 37% were seen by the public sector and 63% by private health system. It was found that access to physiotherapy service is still restricted mainly to the poorest segment of the population. The female uses more to physiotherapy services and this county had greater use of the use of physical therapy by the private health system.

Keywords: physiotherapy, use of physiotherapy services, physiotherapy access.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. População residente em área urbana, segundo idade/sexo 2010 35
Tabela 02. Renda familiar declarada 40
Tabela 03. Condições de moradia 41
Tabela 04. Condições socioeconômicas 41
Tabela 05. Cobertura de PSF e faixa socioeconômica 42
Tabela 06. Distribuição dos moradores por sexo 43
Tabela 07. Faixa etária dos entrevistados 43
Tabela 08. Distribuição dos entrevistados por sexo e faixa etária 44
Tabela 09. Cobertura de plano de saúde 44
Tabela 10. Utilização dos serviços de fisioterapia 45
Tabela 11. Utilização do serviço de fisioterapia e sexo 45
Tabela 12. Faixa etária dos usuários dos serviços de fisioterapia 46
Tabela 13. Utilização dos serviços de fisioterapia e classe socioeconômica 46
Tabela 14. Utilização do serviço de fisioterapia e faixa de renda 47
Tabela 15. Utilização dos serviços de fisioterapia e condições de moradia 48
Tabela 16. Motivo que levou o usuário ao serviço de fisioterapia 51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Cobertura do Programa Saúde da Família 42
Gráfico 02. Utilização dos serviços de fisioterapia pelo sistema público ou privado 49
Gráfico 03. A fisioterapia integra o NASF? 50
Gráfico 04. Recorreu ao serviço de fisioterapia em outro município? 51
Gráfico 05. Agendamento de fisioterapia 52
Gráfico 06. Avaliação do atendimento 53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
ISA – SP	Inquérito de Saúde de São Paulo
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
APS	Atenção Primária à Saúde
CONNAS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
GM	Gabinete do Ministro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
PR	Paraná
a.C.	Antes de Cristo
d. C.	Depois de Cristo
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
CNE	Conselho Nacional de Educação
CES	Câmara do Ensino Superior
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde

MG	Minas Gerais
CE	Ceará
Cnpq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Km²	Quilômetro quadrado
Hab/ km²	Habitantes por quilômetro quadrado
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
CEMAS	Centro de Especialidades Médicas e Assistência Social
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
Fem.	Sexo feminino
Masc.	Sexo masculino
Mín.	Mínimo
EACS	Estratégia Agentes Comunitários de Saúde
USAFA	Unidade de Saúde da Família
Pubmed	Publicações Médicas
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
PI	Piauí

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 14
1. FISIOTERAPIA ATENÇÃO PRIMÁRIA E PERFIL DE USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 17
2. FISIOTERAPIA, HISTÓRICO E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS 23
3. ATENÇÃO PRIMÁRIA E FISIOTERAPIA 28
4. OBJETIVOS 33
4.1 Objetivo Geral: 33
4.2 Objetivos Específicos 33
5. METODOLOGIA 34
5.1 Caracterização do Estudo 34
5.2 Local do Estudo 34
5.3 Plano Amostral 34
5.4 Instrumento 36
5.5 Treinamento dos Entrevistadores e Pré-Teste 36
6. Modo De Aplicação Dos Questionários 37
7. Plano de análise 37
7.1 Análise do perfil socioeconômico 37
9. Aspectos éticos 38
10. RESULTADOS 38
10.1 Características dos domicílios visitados 39
10.2 Características dos moradores entrevistados 42
10.3 Dados sobre a Estratégia da Saúde da Família e os serviços de fisioterapia no município .. **Erro! Indicador não definido.**
10.4 Utilização dos serviços de fisioterapia. 45
11. DISCUSSÃO 54
12. CONCLUSÃO 57
BIBLIOGRAFIA 58
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MENOR DE 18 ANOS) 67
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIOR DE 18 ANOS) 69
ANEXO C: Questionário 71

INTRODUÇÃO

Trata-se de uma análise do perfil de utilização de serviços de saúde, tema importante na literatura nas áreas de políticas, planejamento e gestão. Através deste tipo de estudo, podemos obter informações indiretas sobre o acesso aos serviços de saúde, aportando elementos para a manutenção ou correção das políticas de saúde em curso nos diversos sistemas de saúde.

Um sistema de saúde pode ser definido como o conjunto de relações políticas econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de determinada população. È composto por organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade. Os sistemas como conhecemos hoje, estruturas públicas e privadas de atenção à saúde, são recentes na história e se consolidaram como tal, em meados do século XX (LOBATO e GIOVANELLA, 2012).

A necessidade de atendimento depende da demanda aos serviços de saúde, que são resultado de fatores sociais, individuais e culturais. Dessa forma, torna-se importante o conhecimento do padrão de consumo de serviços de saúde (SAWER et al, 2002). A utilização de serviços de saúde é avaliada de acordo com sua organização, disponibilidade, mecanismos de financiamento, que agem induzindo a oferta dos mesmos (EISEMBERG, 1985; HULKA E WHEAT, 1985).

O uso dos serviços de saúde é estudado através de distintos modelos teóricos; entre eles, um dos mais utilizados é o Modelo Comportamental de Andersen. Segundo Andersen (1995), o uso de serviços de saúde seria função dos fatores de predisposição, de capacitação e da necessidade em saúde. Sendo assim, os fatores de predisposição seriam relativos às características individuais, variáveis sociodemográficas e familiares como idade, sexo, nível de escolaridade e raça. Os fatores de capacitação estariam relacionados à possibilidade de acesso aos serviços, incluindo a capacidade econômica individual e familiar e, por outro lado, a oferta de serviços na região onde mora. Entre eles podemos citar: renda, suporte familiar, plano de saúde, quantidade de serviços disponíveis. Os fatores de necessidade referem-se à noção subjetiva de como está a saúde do indivíduo e também, quanto ao próprio estado de saúde do usuário.

A análise da utilização de serviços é uma medida indireta do acesso. Este indica facilidade ou dificuldade do indivíduo para ser atendido (DONABEDIAN, 2003). O perfil de

acesso correlaciona-se com as características do sistema de saúde, que restringe ou não à abrangência dos serviços à população. Mas a utilização também está relacionada a fatores individuais, perfil de necessidades e preferências individuais e valores destes usuários. (TRAVASSOS et al., 2006)

O acesso e utilização dos serviços de saúde indicam como está a organização dos serviços de saúde daquela população. Portanto, as diferenças de acesso e dos padrões de utilização dos serviços devem ser levadas em conta, na análise do funcionamento dos sistemas de saúde e também nos estudos epidemiológicos, porque podem influenciar os diferenciais na morbidade e no perfil da mortalidade da população estudada. (TRAVASSOS, 2004)

As desigualdades no uso dos serviços não mostram tão somente as diferenças individuais no risco de adoecer ou morrer, mas também o comportamento individual diante da doença e a disponibilização dos serviços de saúde de cada sociedade. (TRAVASSOS, 2002; WENNEBERG, 1985; DOYAL, 2000) Podemos citar, vários exemplos de aumento da cobertura do SUS, nas cirurgias realizadas em ambulatórios, aumento do número de exames complementares e consultas odontológicas. (PORTO, et. al.,2011).

Segundo Travassos e Martins (2004), a avaliação do tipo de acesso precisa ser feita de forma separada, levando-se em consideração os tipos de cuidados e nível de atenção, porque tais diferenças mostram situações e fatores distintos que influenciam o acesso.

No Brasil, têm sido realizadas várias pesquisas envolvendo a temática do acesso e utilização de serviços de saúde. Destacam-se os inquéritos de abrangência nacional como o Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar, última edição em 2008 (IBGE) e a Pesquisa Mundial de Saúde, realizada em 2003 nos moldes propostos pela Organização Mundial de Saúde, sob a coordenação da FIOCRUZ. No Estado de São Paulo, alguns inquéritos que contemplam questões referentes à utilização de serviços de saúde foram realizados em municípios pertencentes a regiões metropolitanas, como o Inquérito Multicêntrico de Saúde, ISA- SP 2002, que envolveu áreas da Região Metropolitana de São Paulo (CÉSAR et. al., 2002), o ISA- Capital 2008, no Município de São Paulo (Prefeitura Municipal de São Paulo, 2008) e a Pesquisa de Condições de Vida da Fundação SEADE, realizada mais recentemente em 2006, abrangendo as três áreas metropolitanas do Estado de São Paulo (Fundação SEADE, 2008).

Entretanto, na maior parte destes estudos, o foco de avaliação foi o acesso a serviços e consultas com médicos ou dentistas. Embora este recorte seja evidentemente central, novas avaliações que incluam os serviços oferecidos por outros profissionais podem fornecer elementos importantes para análise das políticas de saúde em curso. Entre as distintas

profissões, destaca-se, no presente texto, a fisioterapia, exatamente pela sua crescente importância frente ao novo cenário epidemiológico da população brasileira, como será detalhado nos próximos parágrafos.

No Brasil, assim como nos outros países latino americanos, a transição epidemiológica ocorreu de forma bastante complexa, não como uma mudança de um perfil para outro, mas como uma sobreposição de fatores. Conforme afirma Omram 2001, o desenvolvimento desse novo perfil ocorre em conjunto com outras condições, assim como a transição demográfica, nutricional e o crescente envelhecimento da população. Segundo Brito (2007), em 1960, o percentual de pessoas com mais de 65 anos era de 2,7%, em 2000 passou para 5,4% e no ano de 2050, deverá alcançar 19% da população brasileira, superando o número de jovens no país.

Com o envelhecimento, as doenças não transmissíveis passam a ser as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todo o mundo, gerando um alto custo de tratamento para os indivíduos, para as famílias e para o Estado (OPAS /OMS, 2012). Uma população em processo de envelhecimento, representa aumento das condições crônicas de saúde, porque estas alterações afetam mais este segmento da população. A PNAD 2008, mostrou que, com o aumento da idade, há maior incidência de doenças crônicas : 79,1% dos brasileiros de 65 anos ou mais, disseram ser portadores de alguma doença crônica, e 31,3% da população geral relataram ter doença crônica e 5,9% da população total apresentam três ou mais doenças crônicas (PNAD, 2008). Diante desse cenário, surge a necessidade de incluir o fisioterapeuta na atenção primária, justamente para garantir que a população possa ter acesso a este tipo de serviço, aproximando o profissional da comunidade e da sua realidade. Dessa forma, a atuação deste profissional teve que se alterar, foi necessário agregar novos valores e conceitos à fisioterapia. Houve mudanças na forma de atendimento, diferenciando- se das ações que tradicionalmente fizeram parte da sua trajetória consolidada nos níveis secundários e terciário de atenção à saúde. Entre as principais diferenças, destacam-se: a mudança do cenário do atendimento, no qual, em vez de um centro de reabilitação, um consultório ou um leito hospitalar; as intervenções passariam a ser nas próprias unidades básicas de saúde, em domicílios, em escolas, praças, igrejas, locais estes desprovidos de aparelhos de fisioterapia (LOURIDO E ROCHA, 2008).

1. FISIOTERAPIA ATENÇÃO PRIMÁRIA E PERFIL DE USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Os perfis de acesso e utilização dos serviços de saúde apresentam características próprias quando se analisa sistemas de saúde estruturados a partir da atenção primária à saúde. Podemos citar como exemplo, os países com sistemas de saúde universalizantes e includentes, como na Inglaterra, no Canadá e na Nova Zelândia, onde o tema APS está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Assim, mesmo considerando que tais sistemas têm diferentes arranjos operativos, podem-se identificar princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade. Esses princípios vêm sendo reforçados pelo acúmulo de publicações, em especial nos países desenvolvidos, que demonstram impacto positivo da APS na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde. (BRASIL, 2007).

Devemos lembrar que no Brasil os serviços de saúde são ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sistema de saúde universal, e pelo sistema privado de atenção. Do ponto de vista da atenção individual, muitas vezes o mesmo usuário faz uso dos dois sistemas de saúde, o que é caracterizado por alguns autores como mix público privado. Atualmente, 26% da população brasileira fazem uso dos serviços de saúde através de planos de saúde ou seguros privados e na região sudeste este índice é de 34,3% (PNAD/2008). E, para regular os planos de saúde no país, existe a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), que é vinculada ao Ministério da Saúde. A sua atuação prevista em lei, é a regulação, normatização, controle e fiscalização do setor de planos de saúde. Tem por objetivo manter o equilíbrio entre os interesses dos consumidores, dos prestadores de serviço de saúde em nome do interesse público. Sendo assim, o interesse público que mencionamos é o bom funcionamento do setor de saúde suplementar, entendido como o conjunto de serviços de saúde particulares organizados, contratados e gerenciados por operadoras de planos de saúde, pelo qual os associados ou beneficiários pagam mensalmente e de forma antecipada. (ANS, 2012)

Lembrando que a expansão da assistência privada ocorreu no final da década de 80 e na primeira metade da década de 90, na época da transição epidemiológica e demográfica e

com o desfinanciamento da saúde pública, agravou problemas assistenciais, mas também passou a ser um segmento atraente aos grupos econômicos. (BAHIA, 2005)

Segundo Mendes (2001), o sistema de saúde brasileiro é dividido em três formas de financiamento: o desembolso direto, a atenção suplementar e o SUS. Este fator leva a um efeito chamado de ***Hood Robin***, que é o fato de a população menos favorecida financeiramente só utilizar o SUS, e os usuários de planos de saúde além de utilizarem seus planos de saúde privados, fazerem uso do SUS. Normalmente isso ocorre em procedimentos e exames mais sofisticados e medicação de alto custo, fornecidos pelo SUS. No estudo de Connil e colaboradores (2008), demonstrou que é comum o uso combinado de serviços públicos e de planos de saúde privados por pacientes oncológicos e com alterações cardiovasculares em Florianópolis. Assim, ocorrem vários arranjos na utilização dos serviços de saúde, quando os pacientes tentam superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção por meio de suas próprias escolhas e estratégias, usam os serviços sem o encaminhamento de profissionais da rede.

Em estudo realizado por Porto et al. (2011) no qual foi analisados dados do PNAD/IBGE de 1998, 2003 e 2008 mostrou que o SUS continua financiando a maioria dos atendimentos e das internações realizadas no país. A participação do SUS no financiamento da utilização dos serviços de saúde ocorre em todas as regiões do país, mas teve aumento nas regiões norte e nordeste, devido às condições precárias tanto sanitárias como socioeconômicas destas regiões. O SUS é o principal financiador da Atenção Primária e da Alta Complexidade no país. Mas ainda há grande iniquidade quanto ao uso de serviços de saúde entre a população que possui planos e seguros de saúde privados e a população atendida pelo SUS. Também ocorreu o aumento da utilização do SUS pela população que possui planos e seguros privados de saúde.

No Brasil, a organização da Atenção Primária tem como foco principal o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, que é importante para a ampliação e a promoção da integralidade. A Estratégia Saúde da Família tem como base um modelo de atenção voltado à proteção e à promoção da saúde, além do atendimento domiciliar, tendo uma área de adstrição da clientela, equipe multiprofissional, enfoque na promoção e prevenção, considerando-se as prioridades epidemiológicas da área adstrita, além da participação e controle social (TRAD e BASTOS, 1998). Atualmente, segundo a PNAD/IBGE de 2008, 50% dos domicílios brasileiros estão cadastrados no Programa Saúde da Família, sendo que a maior taxa de cobertura ocorre na região nordeste com quase 70% e a menor taxa está na região sudeste com 39% de domicílios cadastrados.

Contudo, considerando o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, a melhoria da qualidade e a resolubilidade da Atenção Básica, foi criado em 24 de janeiro de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 154, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua eficácia e eficiência.

O NASF divide-se em nove áreas estratégicas que são: atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/ adolescente e do jovem; saúde da mulher do homem e do idoso e assistência farmacêutica. O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais da ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob a responsabilidade das equipes, agindo diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que o NASF está cadastrado.

É determinado que o NASF seja classificado em três modalidades distintas (NASF 01 ou NASF 02 e NASF 3). Assim poderão compor o NASF : médico acupunturista, assistente social, professor de Educação Física da saúde, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, médico gineco obstetra, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico veterinário, sanitarista e educador social (BRASIL, 2013).

O NASF 1 apoia de 5 a 9 equipes de Saúde da Família. A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe de acumular no mínimo, 200 horas. Esta modalidade é permitida apenas para os municípios com menos de 100 mil habitantes ou que tenham densidade populacional abaixo de dez habitantes por quilômetro quadrado. O NASF 2 apoia de 3 a 4 equipes de Saúde da Família. A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular no mínimo 120 horas semanais (BRASIL, 2008).

O NASF 3 apoia 1 2 equipes de Saúde da Família. O objetivo desse NASF é promover a atenção integral dando prioridade aos usuários de crack, álcool e outras drogas. A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo de 80 horas semanais (BRASIL, 2010).

Em consonância com a portaria, estabeleceu-se que o NASF não é porta de entrada do serviço na rede, ficando como uma equipe integrada ao Programa Saúde da Família (PSF), no qual serve de referência para os médicos, enfermeiros e odontólogos da unidade. Os demais profissionais da rede ficaram impossibilitados de encaminhar pacientes diretamente para as

categorias profissionais do NASF sem que esse passe por uma consulta na ESF referente à sua área de abrangência.

Como integrante do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o fisioterapeuta terá como uma de suas funções o atendimento domiciliar. Neste tipo de atendimento, o fisioterapeuta propicia condições para que os indivíduos com restrições físicas de variados graus, inclusive com dependência funcional, tenham uma vida com o maior nível de autonomia possível. E tem a possibilidade de orientar familiares e cuidadores acerca de como podem contribuir para otimização das capacidades físicas e sociais do indivíduo com dependência funcional, até mesmo, sugerindo adaptações no domicílio para favorecer a independência do paciente. Desse modo, os conhecimentos e práticas da fisioterapia facilitam a recuperação das pessoas em situação de dependência, reconhecendo suas necessidades e intervindo na rede de apoio às pessoas inseridas nesse contexto. (BARROS, 2008)

Outra forma de intervenção da fisioterapia são os atendimentos em grupo que podem ser de vários tipos, como por exemplo, grupos de pacientes hipertensos, onde o fisioterapeuta atua adaptando os exercícios, orientando e incentivando a prática regular de atividade física, prevenindo, assim, complicações graves e frequentes como o Acidente Vascular Encefálico. (REGO et al, 2007). Além disso, o fisioterapeuta pode intervir na atenção à saúde do diabético, através da prevenção de deformidades e lesões, prevenindo às alterações sensitivas e vasculares que podem evoluir para a amputação de membros inferiores. O incentivo da prática regular de exercícios neste grupo, leva à manutenção dos níveis glicêmicos e consequentemente diminui as várias complicações decorrentes da Diabetes.

Na saúde do idoso, promove melhor qualidade de vida e previne futuras alterações musculoesqueléticas e do aparelho locomotor, decorrentes da senilidade, inclusive diminuindo o índice de quedas e fraturas, que são comuns nessa faixa etária. A prática de atividade física moderada de forma regular é importante para retardar o declínio funcional do idoso e, além do mais, previne o aparecimento das doenças crônicas e melhora a qualidade de vida em pacientes portadores de doenças crônicas. (OMS/OPAS, 2011) A atividade física faz com que o idoso consiga se manter independente por mais tempo, reduz o número de quedas, diminuindo assim os custos de internações, tratamentos de reabilitação, consultas médicas e utilização de medicamentos. Além de maior risco de dependência posterior a queda e de morte. (WHO, 1998) Outra medida que também pode ser tomada pelo fisioterapeuta, são palestras ou campanhas educativas sobre os riscos de quedas. Orientando-se quanto à iluminação do ambiente, obstáculos que ficam na passagem, pisos escorregadios, tapetes, o uso de corrimão, adaptação dos banheiros, etc. A maioria das quedas ocorre nos domicílios, e

são possivelmente evitadas, mas na maioria das vezes, são vistas como “acidentes”, este fator é resultado de uma negligência histórica da saúde pública (WHO, 2001).

Na saúde da mulher, atua com gestantes no preparo para o parto, através de orientações e exercícios específicos que fortalecem o assoalho pélvico, e atua na prevenção e tratamento da incontinência urinária também através de exercícios e orientações. Na saúde da criança, a partir do nascimento, orientando as mães e fazendo acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e das intercorrências na fase escolar. Na saúde do adulto, orientando e tratando as diversas doenças que acometem a cinética corporal, bem como a saúde do trabalhador, prevenindo e tratando as lesões apresentadas. (TESSEROLLI, 2003; SOUZA, 2007)

Portanto, considerando os exemplos citados acima sobre a atuação do fisioterapeuta, podemos concluir a importância deste profissional estar inserido na atenção primária à saúde, já que tem condições de intervir de forma bastante abrangente juntamente com a equipe multiprofissional.

São poucos os estudos com essa abordagem no Brasil, no intervalo utilizado na revisão bibliográfica que foi de 2002 até 2012, o primeiro estudo de base populacional sobre utilização de serviços de fisioterapia no Brasil, foi feito por Siqueira et. al. (2003), em Pelotas (RS). Este estudo teve como objetivo analisar a prevalência da utilização da fisioterapia e explorar as variáveis associadas a esta utilização. Conclui-se que a prevalência do uso de fisioterapia é de 30,2% ao longo da vida, e de 4,9% nos últimos 12 meses. A maioria procurou os serviços de fisioterapia devido a problemas ortopédicos, e quanto ao atendimento, 44% classificaram como ótimo, 48% bom, 4% moderado, 3% regular e 1% ruim. Mulheres, idosos e pessoas de nível socioeconômico mais alto, apresentavam maior uso de fisioterapia. 66% utilizaram o SUS, 25% planos de saúde e 9% tiveram consultas particulares. O motivo da procura referido foi: 34,8% devido a problemas de coluna, 16,9% traumas, 6,9% problemas no ombro, 7,5% tendinites, 8,4% problemas no joelho, 5,9% reumatismo, 5,5% pós operatório e 5,1% outros motivos.

O estudo de López-Líria et al. (2012), realizou estudo em Almería, Espanha. Teve como objetivo descrever a prevalência de doenças em 1753 pacientes da reabilitação domiciliar ou na clínica de fisioterapia. Os resultados obtidos foram o seguinte : 29% procurou atendimento devido ao efeito da imobilização, 16,5% fraturas de quadril, 13,7% acidente, 11,9% pós operatório de colocação de prótese de joelho, 4,7% pós operatório de prótese de quadril, 2,6% doença pulmonar obstrutiva crônica e 2,4% Mal de Alzheimer. E os

pacientes que necessitaram de maior número de sessões de fisioterapia foram os que sofreram acidente.

Moreto et al.(2009), realizou estudo transversal com base populacional, para descrever a prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana, com idade entre 20 e 59 anos, com o objetivo de descrever a prevalência da utilização de serviços de fisioterapia na população adulta urbana de Lages (SC), segundo variáveis demográficas e socioeconômicas. Neste estudo, como no estudo realizado em Pelotas, houve maior prevalência de uso de serviço de fisioterapia entre a população mais idosa e de nível socioeconômico mais elevado.

Bim et. al.. em 2006, realizou inquérito domiciliar sobre o uso de Fisioterapia por mulheres em Guarapuava (PR). Tratou-se de um estudo transversal com base populacional que incluiu 885 mulheres com idade a partir de 18 anos, residentes na zona urbana, o objetivo foi verificar a prevalência do uso de fisioterapia por mulheres e analisar as variáveis associadas à sua utilização. A prevalência do uso de fisioterapia entre as mulheres foi de 27,3%. A maioria 48% utilizou o SUS, 45% plano de saúde e 7% de assistência particular.

No Brasil, ainda existem poucos estudos referentes à utilização de serviços de fisioterapia. E como já citado, o cenário decorrente da transição demográfica e epidemiológica, que leva ao envelhecimento e o aparecimento de doenças crônicas degenerativas, cobra uma nova gama de serviços que precisam ser ofertados à população, entre eles os de fisioterapia. Desse modo, estudos voltados à identificação desse(s) perfil(s) são relevantes e pode trazer subsídios importantes para pesquisadores e formuladores de políticas de saúde. Visando contribuir com esta lacuna, a questão que será abordada neste estudo, reside em identificar o perfil de utilização dos serviços de fisioterapia no município de Praia Grande, que tem alta cobertura da Estratégia Saúde da Família.

2. FISIOTERAPIA, HISTÓRICO E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

Embora não seja o objetivo do trabalho, uma breve recuperação histórica da trajetória da Fisioterapia será apresentada para facilitar a compreensão dos próximos capítulos da presente dissertação.

Na antiguidade já eram utilizados os recursos naturais para tratamento das doenças, entre eles: o calor, a água, a eletricidade (através do peixe elétrico) e os exercícios. (BARROS, 2002) Na Grécia, os médicos eram grandes observadores da natureza e filósofos; criavam concepções e explicações naturalistas acerca da doença e da interação entre o homem e o meio ambiente. E, dessa forma, estes recursos naturais eram um meio para o alívio da dor ou simplesmente como forma de relaxamento e cuidado com o corpo. Além disso, as massagens e os exercícios físicos também eram praticados pelos povos gregos e recomendados pelos médicos da época. (ROSEN, 1980)

Entre os séculos VI e III a.C., começou o uso de próteses na Grécia, o que coincide justamente com o período de apogeu e declínio dessa civilização, portanto, devido às guerras e às sequelas dos soldados. Um médico e filósofo bastante famoso foi Galeno (130 a 199 d.C.), parte de sua forma de tratamento consistia-se de exercícios, ele descrevia um tipo de ginástica que corrigiu a deformidade do tórax do seu paciente. (CHEREN, 1990) Galeno também descreveu os músculos, ossos, cérebro, nervos e sistema vascular com riqueza de detalhes. Utilizava em seus tratamentos, dietas, drogas, recursos físicos, como o peixe elétrico além dos movimentos. (ROBERTO, 1998; REBELATTO E BOTOMÉ,1999)

Segundo Cheren (1990), Jallabert, na metade do século XVIII foi considerado um dos precursores da eletricidade médica, e, ao final deste século, foi desenvolvida a cinesioterapia (tratamento por meio dos movimentos), por Henry Ling e Vicent Presswitz criou a hidroterapia (tratamento com a utilização da água), recurso este já utilizado na cultura ocidental através das fontes de águas medicinais e estações de água.

No período após as Grandes Guerras e epidemias de poliomielite, surgiu a necessidade de maior número de profissionais atuando na área da saúde, e de suas funções terem maior especificidade; neste contexto foram criadas novas profissões da saúde, entre elas a Fisioterapia. A partir de então, foram criados os primeiros cursos de formação de fisioterapeutas no mundo (SANCHEZ,1984).

Ainda segundo Sanchez,1984, na Alemanha as primeiras escolas foram as de Kiel (1902) e Dresdem (1918). É interessante ressaltar que o trabalho era realizado em conjunto

por fisioterapeutas e médicos, especialmente no ínicio do século XX. Entre estes trabalhos destaca-se o do médico alemão Rudolf Klapp conjuntamente com os fisioterapeutas Blederbeck e Hess que desenvolveram o método Klapp de exercícios para tratamento da escoliose (desvio lateral da coluna), que é utilizado até os dias atuais.

Na Inglaterra, ressalta-se o notável trabalho na área de massoterapia dos doutores Mendell e Cyriax; o trabalho desenvolvido no Bromptom Hospital, em Londres, em cinesioterapia respiratória por Winifred Linton,.; e principalmente os trabalhos de fisioterapia neurológica, feitos em conjunto com a fisioterapeuta Berta Bobath e o neurofisiologista Karel Bobath, que criaram o Método Bobath para reabilitação de pacientes com lesões neurológica, amplamente utilizado na atualidade.

Na América do Norte, a fisioterapia iniciou-se nos Estados Unidos, na Escola de Medicina de Harvard, de 1912 a 1916, através das pesquisas de testes musculares feitas por Robert W. Lewet e Janet Merril. Mas, o primeiro serviço de fisioterapia foi criado na Faculdade de Medicina North Western e contava com atendimento de hidroterapia e massagem, em 1919 e 1920 (GAVA, 2004). Na América do Sul, a Argentina foi um dos primeiros países a formar fisioterapeutas; lá estes profissionais são denominados de Kinesiólogos. Neste país podemos destacar o livro “Mecanoterapia de Zander”, de Ernesto Aberg, em 1884, que foi a primeira publicação de exercícios terapêuticos da América do Sul. (BARROS, 2002).

No Brasil, em 1950, houve grande incidência de casos de poliomielite, e consequentemente, muitos pacientes tiveram sequelas motoras e precisavam se reabilitar para serem reinseridos na sociedade. Também nesta época o país iniciava seu forte ciclo de industrialização, e levou às fábricas e canteiros de obras, uma grande massa de trabalhadores desqualificados que exerciam suas funções em ambiente de trabalho extremamente insalubres, com condições inseguras, levando a um grande número de acidentes de trabalho, um dos maiores índices da América do Sul. Estes trabalhadores necessitavam da reabilitação para voltarem ao sistema produtivo do país, o que aumentava a necessidade social de ações de fisioterapia. (BOTOMÉ; REBELATTO, 1999).

Neste contexto, surge o primeiro curso de graduação em Fisioterapia, na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, em 1956, criada pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (MARQUES E SANCHES, 1994).

A fisioterapia foi reconhecida como profissão da área da saúde de nível superior, em 13 de outubro de 1969, através do Decreto Lei nº 938 (Diário Oficial da União, Brasília,1969). E sua definição segundo o COFFITO, Resolução nº 9640/ 84, é a seguinte:

> A fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesiologia, da sinergia funcional e da cinesiopatologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.

O reconhecimento da fisioterapia ocorreu após o presidente Costa e Silva, sofrer um grave Acidente Vascular Encefálico, e ser atendido por fisioterapeutas (BARROS, 2003).

Para legislar e estabelecer o código de ética regulamentando a atuação do fisioterapeuta, criaram-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e, com a função de legalizar e fiscalizar o serviço do fisioterapeuta, criaram-se os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO), conformados a Lei nº 6316, de 17 de dezembro de 1975.

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) Lei 8856/94; a atuação do fisioterapeuta pode ser em clínicas, hospitais, ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, em saúde coletiva, em educação e em indústria de equipamentos. Nos serviços públicos, a atuação do fisioterapeuta pode ocorrer em diversos níveis, entre eles em programas institucionais, ações básicas de saúde, saúde do trabalhador e vigilância sanitária. Na educação, a atuação do fisioterapeuta é em docência (níveis médio e superior), extensão, pesquisa, supervisão (técnica e administrativa), direção e coordenação de cursos e ainda atua na indústria de equipamentos de uso fisioterapêutico e do esporte.

No dia 20 de dezembro de 1996, o MEC, por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), autorizou oficialmente o funcionamento do primeiro curso de mestrado brasileiro em Fisioterapia na Universidade de São Carlos (UFSCAR). Assim, a fisioterapia passou a fazer parte da comunidade científica brasileira (COSTA, 2007).

Segundo estudo da Pierantoni et al., que fez levantamento sobre graduações em saúde do ano de 2000 a 2010, teve as seguintes conclusões sobre a Fisioterapia: neste período o número total de cursos no país aumentou em 183%, este crescimento foi em todas as regiões,

mas a Região Sudeste lidera este ranking em número de cursos, vagas e concluintes. Teve aumento do número de vagas em instituições de ensino público em todo país, mas ainda há maior quantidade de vagas nas instituições privadas.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB nº 9394/96) constitui normais gerais para a educação no Brasil. No período de 1998 e 1999, COFFITO, CREFITO, coordenadores de cursos, docentes e discentes, foram convidados para sugerir ao MEC as normas gerais para orientar o ensino da fisioterapia no Brasil; essas normas receberam críticas e propostas impostas pela comunidade, que foram enviadas ao Conselho Nacional de Educação. Este Conselho instituiu, em 19 de fevereiro de 2002, as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia.

Nestas diretrizes instituídas em 2002, mencionam que a graduação em Fisioterapia deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando o aluno a atuar em todos os níveis de atenção â saúde, com base no rigor científico e intelectual, detentor de visão ampla e global, respeitando os princípios éticos, bioéticos e culturais do indivíduo e da coletividade (Resolução CNE/ CES nº 4, Diário Oficial da União).

Dessa forma, as faculdades de Fisioterapia vêm incluindo crescentemente conteúdos para formar este profissional mais generalista, para que consiga atuar também na prevenção e promoção de saúde, não apenas na reabilitação.

Rebelatto e Botomé (1999), ao estudar o objeto de trabalho e a formação em Fisioterapia no Brasil, mencionaram a limitação da prática do fisioterapeuta direcionada somente para o indivíduo doente. Outros autores como Meyer et al, 2006 e Silva e Da Ros, 2007, também citam esta lacuna na formação em fisioterapia e sua descontextualização dos princípios dos SUS e de novos modelos de atenção. Na maior parte das instituições, ainda predomina o modelo tecnicista, voltado para a cura de doenças e reabilitação após sequelas.

Uma boa definição é a apresentada por Barros (2008), que diz que o fisioterapeuta é o profissional da saúde que exerce suas funções isoladamente ou em equipe interdisciplinar, nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, dessa forma, atuando na promoção, prevenção, tratamento e recuperação de indivíduos, famílias, grupo de pessoas ou comunidades. Seu objeto de estudo e intervenção é o movimento humano e sua funcionalidade.

Para Aguiar (2005), a fisioterapia foi historicamente concebida na reabilitação, mas é claramente possível que este profissional também tenha atuação na promoção e manutenção da saúde, a partir de um maior entendimento dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde/doença.

Por fim, destaca-se a importância da formação profissional para a atuação adequada às necessidades atuais da população, atuando de forma mais abrangente, de acordo com as profundas mudanças na organização social, perfil epidemiológico, organizações e sistemas de saúde, sem abandonar suas competências referentes à reabilitação. Alguns autores como Bispo Júnior propõem, com veemência, que se agregue à formação da Fisioterapia, conhecimentos inerentes à Saúde Coletiva, que incluem o estudo das políticas de saúde, ciências sociais e epidemiologia. A formação aqui sugerida, não seria somente aos estudantes de graduação e futuros profissionais, mas que também pudesse atingir os demais fisioterapeutas, através de uma educação continuada e transformadora.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA E FISIOTERAPIA

Na década de setenta, surgiram mundialmente, novos conceitos de saúde e novas concepções do processo saúde-doença, que associavam a qualidade de vida, a fatores da biologia humana, ambiente e serviços de saúde. A publicação do documento intitulado de" A nova perspectiva de saúde dos canadenses", em 1974, de Marc Lalonde, marca o início do movimento da promoção da saúde e apresenta a perspectiva da história social das doenças. Que considerava a importância do estilo de vida, o ambiente físico e social, os avanços da biologia humana e os serviços de saúde.

Em 1978 foi realizada na cidade de Alma Ata (República do Cazaquistão), antiga União Soviética, uma Conferência Internacional, na qual países do mundo todo discutiram propostas para melhoria das condições de saúde. Estas propostas já haviam tido êxito em alguns países. Então, a Declaração de Alma Ata, defendia a Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégia para se alcançar a meta "Saúde para Todos", primeiramente até o ano 2000, posteriormente este prazo estendeu-se para o século XXI. Segundo a proposta, governos, organizações internacionais e toda a comunidade mundial deveriam unir esforços para que todos os povos do mundo alcançassem um nível de saúde e que pudessem ter vida social e economicamente produtiva.

De maneira geral, os países buscam meios de qualificar os serviços de saúde; isto ocorre mediante políticas e ações com maior efetividade, eficiência e de forma equânime na promoção, prevenção, assistência e reabilitação (OMS, 2004). Entre as quais, a Atenção Primária que garante maior impacto e lida com a resolutividade das necessidades de saúde que ultrapassam a esfera da intervenção curativa e reabilitadora realizada individualmente, utilizando-se da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e educação em saúde (PAIM, 1998).

Segundo Muñoz et al. (2000), estas reformas na saúde que estão ocorrendo no âmbito internacional, vêm exigindo, além de transformações estruturais, financeiras e organizacionais, a redefinição dos papéis e das funções essenciais da Saúde Coletiva. Frazão e Costa (2006), concluem que, na atualidade, para melhorar os níveis de saúde da população são necessárias atividades que ultrapassam a noção de Estado e incluam também a sociedade. Que não sejam restritas apenas a serviços dirigidos à prevenção das doenças e promoção de saúde, mas que possam garantir a regulação e organização de serviços de assistência curativa individual para assegurar a equidade no acesso e a qualidade da atenção à saúde.

Neste estudo utilizamos a definição de Starfield (2002), sobre atenção primária, na qual ela define atenção primária como nível de um sistema de saúde, que oferece entrada para todas as necessidades e problemas. Este deve oferecer atenção à pessoa, e não à doença. É definida como conjunto de funções combinadas próprias deste nível, incluindo atenção à prevenção, tratamento e reabilitação, além do trabalho em equipe. Segundo Macinko et al, (2004), a falta de efetividade da Atenção Primária, consequentemente compromete os outros níveis de atenção à saúde, afetando todo o sistema de saúde.

No Brasil, a atenção primária intensificou-se após a municipalização do SUS, esse processo ocorreu no início da década de 1990, através de incentivo do Ministério da Saúde aos municípios com as normatizações e financiamento (LAVRAS, 2011).

Após o êxito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) criado em 1991, foi proposto pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF), que depois passou a ser visto como estratégia para reorientar o modelo de assistência (BRASIL, 1998).

O Programa Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde em 1994, alterou o modelo até então vigente no país, que era centrado na doença e no hospital (hospitalocêntrico), para o PSF que tem como prioridades as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, como crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (TRAD e BASTOS, 1998). O PSF altera a lógica do atendimento, o qual se centralizava na queixa do paciente e na doença, para um modelo de vigilância à saúde, tendo como meta a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. O que ocorre em um território, que é a área de abrangência daquele PSF, pode conhecer a realidade da clientela e assim propor e executar ações voltadas às necessidades locais (MARIN et. al., 2007).

Segundo a PNAD/IBGE de 2008, 50% dos domicílios brasileiros estão cadastrados no Programa Saúde da Família, sendo que a maior taxa de cobertura ocorre na região nordeste com quase 70% e a menor taxa está na região sudeste com 39% de domicílios cadastrados.

Em 24 de janeiro de 2008, através da portaria nº154/GM, criou-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dão suporte ao Programa Saúde da Família, pois, conta com outros profissionais que a equipe de Saúde da Família não possui. O NASF também deve integrar-se a toda a rede de serviços de saúde. A escolha destes profissionais é sugerida pelo Ministério da Saúde, mas a decisão de qual destes profissionais atuarão no NASF, fica a critério do município (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Entre estes profissionais que podem atuar no NASF, está o fisioterapeuta como já citamos anteriormente, devemos destacar que a inclusão do fisioterapeuta na equipe multiprofissional, tem como objetivo dar suporte à equipe, levando a uma melhor qualidade

de atenção e resolutividade das necessidades locais (SILVA E RÓS, 2006). E, para fundamentar a importância de sua inserção nesta equipe, vamos considerar as alterações do perfil epidemiológico e nutricional da população brasileira. Portanto, nota-se que é essencial uma ampla rede de atenção primária, não só no campo das doenças infecciosas, como também nas áreas crônicas e traumáticas. Para que isso ocorra, é importante redefinir os aspectos de espaço físico e os profissionais mais adequados para atuarem na equipe de saúde, na promoção, prevenção, educação e reabilitação, frente a esse novo quadro epidemiológico (KATO et al, 1994).

A Organização Mundial da Saúde (2002), propõe o envelhecimento ativo que favorece as oportunidades de saúde, participação e segurança, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida à medida que ocorre o envelhecimento.

Em populações onde ocorre o envelhecimento de forma rápida, os modelos de serviços de saúde voltados a quadros agudos, não contemplam as necessidades destes usuários (WHO, 2001).

De acordo com a mudança do perfil epidemiológico, torna-se necessário um reposicionamento da atenção primária, enriquecendo-a, o que significa alterar seu conteúdo com novos dispositivos tecnológicos e novas habilidades, vindo ao encontro do que a população precisa (MACHADO, 2006).

Também é relevante citar o aumento das doenças crônicas em função da produção social de condições crônicas, que são ligados aos comportamentos e ao estilo de vida, como o sedentarismo, tabagismo, excesso de peso, o uso excessivo de álcool e drogas, maus hábitos alimentares, entre outros fatores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Desse modo, cabe ao fisioterapeuta, assim como aos demais profissionais de saúde, adaptar-se a essa nova realidade e contribuir para a mudança do quadro social e sanitário atual. Tonin (2004), realizou uma revisão de literatura sobre a fisioterapia na Estratégia Saúde da Família, concluiu que o fisioterapeuta tem condições de atuar na atenção básica, e que já foram alcançadas várias conquistas neste segmento. Neves e Acioli (2010), fizeram uma revisão sistemática da visão acadêmica sobre o papel do fisioterapeuta na equipe da Saúde da Família; foram revisados estudos de janeiro de 1994 até julho de 2009. E concluíram a necessidade de mudanças na formação desses profissionais, assim como a proposta de educação permanente ao fisioterapeuta que está atuando na atenção primária. Acreditam que com estas medidas, aumentaria a inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família e diminuiria a sua subutilização, privilegiando a promoção e prevenção da saúde da população. E dessa forma, melhorando a resolutividade no SUS e tendo uma equipe capaz de promover a

saúde de maneira integral. Devemos destacar que a inclusão do fisioterapeuta na equipe multiprofissional, tem como objetivo dar suporte à equipe, levando a uma melhor qualidade de atenção e resolutividade das necessidades locais (SILVA E RÓS, 2006).

Em muitas localidades os usuários do SUS não conseguem ser atendidos pelo serviço de fisioterapia, já que este profissional está atendendo somente nos níveis secundário e terciário de atenção. Que contam com número reduzido de vagas, e muitas vezes, trabalham com lista de espera. Sem contar com os pacientes acamados, que não têm como se locomoverem até estes Centros de Reabilitação. Então, muitas vezes, somente os pacientes que possuem planos de saúde, ou têm condições de pagar por um atendimento particular de fisioterapia, tem acesso a esse tipo de atendimento, o que contradiz o princípio da integralidade.

Em estudo realizado por Barbosa et. al., em Governador Valadares (MG), sobre a implantação das ações de fisioterapia no NASF em 2008, foram estimuladas práticas diversas, individuais, coletivas e multidisciplinares. Entre elas grupos de saúde mental, atividades de práticas integrativas e complementares, grupos de prevenção e agravos em geral, mas ainda havia dificuldade na implementação dessas ações. Também eram feitos atendimentos individuais e atendimentos domiciliares a pacientes restritos ao leito e/ou que não podiam sair de casa, o que resultou em um melhor acesso e resolutividade nas áreas de abrangência do PSF. Neste estudo foram feitas observações gerenciais, que levantaram aspectos facilitadores ou não da atuação do fisioterapeuta no NASF daquele município. Concluiu que a visão reabilitadora ainda torna os pacientes dependentes do profissional, dificultando inicialmente o processo de promoção à saúde. Trelha (2007), conduziu estudo qualitativo, no município de Londrina (PR) em 2006, sobre o fisioterapeuta no Programa Saúde da Família, no qual foram entrevistados os fisioterapeutas e, segundo os profissionais, a sua inserção no PSF, foi devido a grande demanda de pacientes acamados. Posteriormente, os fisioterapeutas iniciaram o trabalho preventivo e educativo junto à população. As dificuldades referidas por eles foram a falta de recursos materiais e de espaço físico para os atendimentos e o reduzido número de profissionais no PSF. Mas a maioria dos fisioterapeutas reforçou a importância da atuação do fisioterapeuta no programa, pois devido às ações preventivas e assistenciais, a demanda de atendimento em outros níveis de atenção pôde reduzir. Em 2009, Costa fez um estudo qualitativo em Maracanaú, Região Metropolitana de Fortaleza (CE), que teve como objetivo descrever a percepção dos usuários com relação à atuação do fisioterapeuta na ESF. Este estudo concluiu que, apesar das grandes dificuldades impostas, como poucos profissionais e

as condições desfavoráveis de trabalho, os usuários demonstraram-se satisfeitos com o atendimento, reforçando assim a importância deste profissional no PSF.

Para concluir, podemos afirmar que a maior parte da literatura consultada considera relevante a inclusão do fisioterapeuta no NASF, garantindo à população o acesso ao atendimento de fisioterapia que necessita. Portanto, a Fisioterapia deve continuar tendo sua função na reabilitação, mas precisa adicionar novos campos de atuação à sua prática, os quais condizem com os princípios do SUS.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Caracterizar a utilização de serviços de fisioterapia por adultos e idosos no município de Praia Grande, Região Metropolitana da Baixada Santista, Estados de São Paulo.

4.2 Objetivos Específicos

1) Caracterizar o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de fisioterapia.
2) Identificar as variáveis sociodemográficas associadas ao perfil de utilização.

5. METODOLOGIA

5.1 Caracterização do Estudo

Este é um estudo de corte transversal, com base populacional, realizado através de inquérito domiciliar. Esta dissertação está inserida no Projeto Mix Público Privado na Utilização de Serviços de Atenção Primária, com financiamento do Cnpq que foi realizado no Município de Praia Grande, no período de outubro de 2012 até maio de 2013. A presente dissertação avalia a utilização dos serviços de Fisioterapia, inserindo-se no contexto mais geral do projeto.

5.2 Local do Estudo

O município de Praia Grande teve a sua emancipação em 19 de janeiro de 1967, e tem este nome devido a sua grande extensão de praia, que é de 23 quilômetros. Possui área de 147 km², está localizado no litoral sudeste do Estado de São Paulo, com uma população de 261.235 habitantes (IBGE, 2010), sua densidade demográfica é de 1.807,57 hab/km² (SEADE, 2011).

Seu relevo é de planície litorânea, clima tropical atlântico e sua vegetação predominante é a mata atlântica. A economia baseia-se no turismo litorâneo, comércio e serviços (IBGE, 2010). Situa-se em posição de médio desenvolvimento humano (para valores de 0,500 e 0,800) no ranking do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH –M).

5.3 Plano Amostral

A população de estudo foi definida como sendo os residentes nos setores censitários urbanos do Município de Praia Grande que foram constituídos por domicílios particulares ou coletivos não institucionais[1]. O presente plano amostral foi elaborado pela Profª Maria Cecília Gois Alves, estatística e pesquisadora do projeto “Mix Público Privado na Utilização de Serviços de Atenção Primária”.

[1] Inclui setores censitários de situação urbana: área urbanizada, não urbanizada e urbanizada isolada.

Foi fixado como objetivo da pesquisa o estudo de aspectos referentes a três subgrupos dessa população: adultos do sexo masculino, adultos do sexo feminino e idosos. Dessa forma, homens de 20 a 59 anos, de mulheres de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais foram considerados domínios de estudo.

A Tabela 1 mostra a distribuição da população por esses grupos de idade. Os dados foram extraídos de arquivos do censo de 2010, constantes em site do IBGE, tendo sido somados os valores referentes aos setores censitários de interesse.

Tabela 1. População residente em área urbana, segundo idade/sexo. Praia Grande, 2010.

Idade	População	%
até 19 anos	82402	31,6
homens de 20 a 59 anos	69984	26,8
mulheres de 20 a 59 anos	76363	29,2
60 anos e mais	32486	12,4
Total	261235	100,0

Fonte: IBGE, Censo 2010.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se expressão algébrica que determina o tamanho de amostras para estimação de proporções: $n_o = \frac{P(1-P)}{(d/z)^2} \cdot deff$, em que P é a proporção de indivíduos que foi estimada; z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação do intervalo de confiança; d é o erro de amostragem e *deff* é o efeito do delineamento (Kish, 1965). Para um erro de amostragem de 10 pontos percentuais, um efeito do delineamento de 2 e nível de 95% para os intervalos de confiança, o tamanho de amostra mínimo foi calculado em 200.

Esse tamanho foi adotado para o grupo sexo/idade menos frequente, o de idosos. O tamanho da amostra nos outros domínios foi calculado de forma a se ter uma distribuição da amostra proporcional ao tamanho dos domínios.

O número de domicílios que foram visitados para a realização das entrevistas planejadas em cada domínio, foi obtido dividindo-se o tamanho de amostra total pela razão pessoas/domicílios do município. Considerando que a razão entre a população do município (N=261235) e o número de domicílios (M=83544) é de 3,13, estimou-se em 515 o número de domicílios visitados (1612 / 3,13=515).

Planejou-se, ainda, o sorteio de uma amostra de tamanho maior para se proteger dos efeitos da não resposta, considerando-se que o percentual de indivíduos selecionados que não iriam responder ao questionário (casa fechada ou com recusa e indivíduo ausente ou que recusa) seria de 20%. E foi considerado, também, que 10% dos domicílios estivessem vagos, isto é, disponíveis para aluguel e venda. E, ainda, que 52,5% dos domicílios da Praia Grande são de uso ocasional. Foram sorteados, portanto, 800 domicílios, sendo 20 em cada setor.

O processo de amostragem foi realizado em 2 estágios: setor censitário e domicílio.

Foram sorteados 40 setores censitários com probabilidade proporcional ao número de domicílios contabilizados no Censo de 2010. Em cada setor, a partir da listagem de todos os domicílios existentes, foram selecionados, por meio de sorteio sistemático, 40 domicílios, perfazendo um total de 800 domicílios sorteados.

Nessa dissertação tivemos como amostra mulheres de 20 a 64 anos, mulheres a partir de 65 anos, homens de 20 a 64 anos e homens a partir de 65 anos, pois, referem-se às faixas etárias que fazem maior uso dos serviços de fisioterapia. Segundo o estudo de Siqueira et.al.(2003), a média de idade dos usuários dos serviços de fisioterapia é de 43,2 anos e no estudo de Bim et. al. (2006), a média de idade das pacientes da fisioterapia era de 41 anos.

5.4 Instrumento

O instrumento utilizado na pesquisa é o questionário que segue no anexo C, ele é dividido em perguntas específicas para as condições socioeconômicas, dados do domicílio, e relativas ao sexo feminino, masculino e crianças. Os questionários relativos às crianças, a pacientes hipertensos, diabéticos e do uso de medicamentos não serão apresentados, pois seus resultados não serão utilizados na presente dissertação.

5.5 Treinamento dos Entrevistadores e Pré-Teste.

O treinamento dos entrevistadores ocorreu nos dias 30 de maio e também nos dias 5, 11, 12, 13 e 29 de junho, na Universidade Católica de Santos. O Pré-Teste foi realizado no mês de setembro, com o objetivo de verificar as possíveis dificuldades para responder as

questões, algum erro encontrado na formulação das questões ou no programa utilizado. Posteriormente foram feitas as correções necessárias para dar início ao campo.

6. Modo de aplicação dos questionários

A aplicação dos questionários foi realizada por 20 entrevistadores que foram previamente treinados, sendo dois alunos de iniciação científica, uma mestranda em Saúde Coletiva e duas mestres em Saúde Coletiva que coordenam o campo da pesquisa, os demais entrevistadores foram os ACS de Praia Grande. As entrevistas são feitas em duplas, face a face com os moradores, utilizando o netbook. Em média as entrevistas duram de 40 minutos a 1 hora, porque todos os moradores necessitam responder seu questionário individualmente, então varia de acordo com o número de moradores do domicílio Muitas vezes, os entrevistadores precisavam fazer várias visitas ao mesmo domicílio para encontrar os demais moradores, ou porque não havia ninguém em casa.

7. Plano de análise

Foram realizadas análises univariadas das principais variáveis selecionadas para os domínios estudados.

7.1 Análise do perfil socioeconômico

Esta análise foi elaborada utilizando o CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil), trata-se de um instrumento de segmentação econômica baseado no levantamento de características domiciliares, como a presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e o grau de escolaridade do chefe da família.

Para essas características do domicílio são atribuídos pontos que devem ser somados. Dessa forma, é feita uma correspondência entre as faixas de pontuação e os extratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E (ABEP, 2012).

9. Aspectos éticos

A proposta desta pesquisa foi registrada no Comitê de Ética da Universidade Católica de Santos. A qual foi submetida à apreciação do Comitê e obteve parecer favorável a sua realização, parecer nº 01341012400005536. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos, que está em anexo (Anexo A e B)

10. RESULTADOS

Foram realizadas entrevistas em 659 domicílios, nos quais residiam 1169 moradores com 20 ou mais anos. Destes 152 não responderam aos questionários específicos, pois não foram encontradas em casa, mesmo após três tentativas, inclusive aos finais de semana. A recusa em atender os entrevistadores foi mais comum nos setores censitários onde predominavam moradores com melhores condições socioeconômicas.

10.1 Características dos domicílios visitados

A tabela 2 se refere à renda familiar, verifica-se que a maior parte das famílias, 62,8% tem renda entre 1 e 3 salários mínimos, 23,2% tem renda familiar de 3 a 5 salários mínimos, 10,6% renda menor que 1 salário mínimo e 2,9% possui renda entre 6 a 10 salários mínimos.

Tabela 2. Renda familiar declarada.
Domicílios visitados
Município de Praia Grande 2012 – 2013.

	n	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
1 a 3 salários mín.	414	62,8	62,8	63,3
3 a 5 salários mín.	153	23,2	23,2	86,5
6 a 10 salários mín.	19	2,9	2,9	89,4
Menor que 1 salário mín.	70	10,6	10,6	100,0
Total dos domicílios	659	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaboração própria.

A tabela abaixo se refere às condições de moradia dos entrevistados, a maior parte deles, 81,9% possui casa própria, 14,1% moram em casas alugadas e 3,5% em casas cedidas.

Tabela 3. Condições de moradia

Domicílios visitados

Município de Praia Grande 2012 – 2013.

	n	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
	3	0,5	0,5	0,5
Casa cedida	23	3,5	3,5	3,9
Casa alugada	93	14,1	14,1	18,1
Casa própria	540	81,9	81,9	100,0
Total	659	100,0	100,0	

Fonte: elaboração própria.

A distribuição das residências entrevistadas por classificação socioeconômica segundo o Critério Brasil, pode ser visualizada na tabela a seguir.

Tabela 4. Condições socioeconômicas

Domicílios visitados

Município de Praia Grande 2012 – 2013.

		Frequência	Percentual	Percentual Válido
	E	12	1,8	1,9
	D	82	12,4	12,7
	C2	162	24,6	25,0
	C1	244	37,0	37,7
	B2	122	18,5	18,9
	B1	23	3,5	3,6
	A2	2	,3	,3
	Total	647	98,2	100,0
	Perdas	12	1,8	
Total		659	100,0	

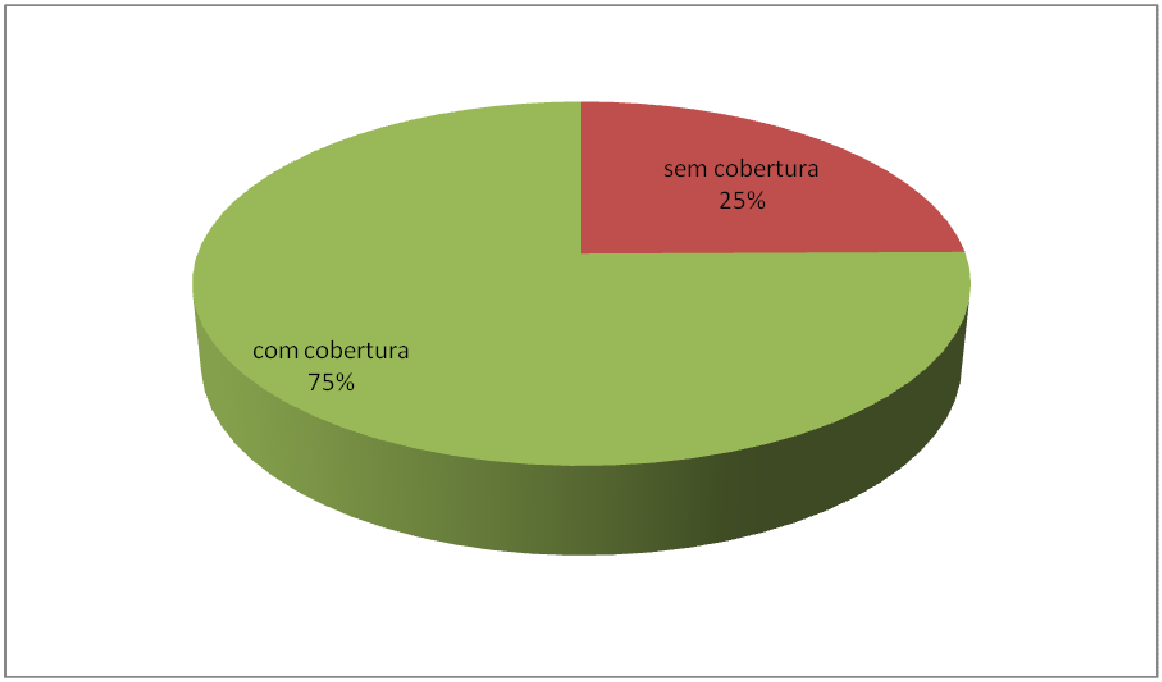
Fonte: elaboração própria.

Das famílias entrevistadas 75% responderam que seu domicílio tem cobertura da Estratégia da Saúde da Família e 25% disseram que não tem.

Gráfico 1: Cobertura do Programa Saúde da Família

Domicílios visitados

Município de Praia Grande 2012 - 2013



Fonte: elaboração própria.

Tabela 5. Cobertura do PSF e Faixa Socioeconômica.
Domicílios visitados.
Município de Praia Grande 2012 – 2013.

Faixas Socioeconônicas		Cobertura do PSF		Total
		Não	Sim	
	d-e	18	76	94
		19,1%	80,9%	100,0%
	c2	41	121	162
		25,3%	74,7%	100,0%
	C1	62	182	244
		25,4%	74,6%	100,0%
	ba	41	106	147
		27,9%	72,1%	100,0%
Total		162	485	647
		25,0%	75,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria. P = 0,494

10.2 Características dos moradores entrevistados

Nos setores censitários haviam 1017 moradores. A maioria do sexo feminino 62,8% e 37,2% do sexo masculino. Na tabela abaixo, visualiza-se o número total dos moradores e sua distribuição por sexo em todas as faixas etárias.

Tabela 6. Distribuição dos moradores por sexo:

Sexo	Frequência	Percentual
Fem	639	62,8
Masc	378	37,2
Total	1017	100,0

Fonte: elaboração própria.

A tabela 7 se refere à faixa etária dos moradores, a maioria deles 53,7% está entre 20 e 59 anos. A idade média foi de 49,3 anos com desvio padrão de 16,9 anos, a idade máxima de 102 anos.

Tabela 7. Faixa etária dos entrevistados

	n	Percentual válido
20 – 59 anos	693	68,1
Mais de 60 anos	324	100,0
Total	1017	100,0

Fonte: elaboração própria.

A distribuição dos moradores pelos domínios da pesquisa pode ser observada na tabela abaixo.

Tabela 8. Distribuição dos entrevistados por sexo e faixa etária.

		sexo		
		Fem	Masc	Total
Faixa etária	20-59 anos	444	249	693
		64,1%	35,9%	100,0%
	_60 anos	195	129	324
		60,2%	39,8%	100,0%
Total		639	378	1017
		62,8%	37,2%	100,0%

Fonte: elaboração própria.

Com referência a cobertura de plano de saúde suplementar, a maior parte dos moradores não possui plano privado de saúde 75,6% dos entrevistados. Como pode ser visto na tabela 9. Há associação entre classificação socioeconômica e posse de plano de saúde (Tabela 10). Dos que possuem plano a maioria (131 moradores) refere ser afiliado há mais de 5 anos.

Tabela 9. Cobertura de plano de saúde.

	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Não	769	75,6	75,6	75,6
Sim	248	24,4	24,4	100,0
Total	1017	100,0	100,0	

Fonte: elaboração própria.

8. Dados sobre a Estratégia da Saúde da Família e os serviços de fisioterapia no município.

Segundo dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Praia Grande, a política central de estruturação da Atenção Primária à Saúde em Praia Grande é a Estratégia Saúde da Família desde 2000. Em 2012, a cobertura da assistência da ESF é de 79% da população e totaliza 99,69% de cobertura da ESF, incluindo a Estratégia Agente Comunitário de Saúde (EACS).

Conta com 16 Unidades de Saúde da Família, são elas: USAFA Anhanguera, USAFA Caiçara, USAFA Forte, USAFA Guaramar, USAFA Melvi, USAFA Mirim, USAFA Quietude, USAFA Real, USAFA Ribeirópolis, USAFA Samambaia, USAFA São Jorge, USAFA Solemar, USAFA Tude Bastos, USAFA Tupiry, USAFA Vila Alice e USAFA Vila Sônia.

Os atendimentos de fisioterapia da rede pública são realizados no CEMAS (Centro de Especialidades Médicas e Assistência Social), o atendimento é realizado para todas as faixas etárias, e em todas as especialidades de fisioterapia, e conta com um quadro de onze profissionais de fisioterapia. O agendamento é feito no local com encaminhamento médico. E no AME (Ambulatório Médico Especializado) de Praia Grande, onde são atendidas todas as faixas etárias, e em todas as especialidades de fisioterapia, possui equipe com três fisioterapeutas, o agendamento é realizado através das Unidades de Saúde da Família. Este município tem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e integram a sua equipe dois fisioterapeutas.

O atendimento de fisioterapia da rede privada, conta com 14 clinicas e consultórios que prestam este tipo de atendimento particular ou através de planos de saúde.

10.4 Utilização dos serviços de fisioterapia.

Dos 1011 entrevistados, 981 moradores disseram que não precisaram de fisioterapia, ou seja, 96,5%. Somente 30 moradores responderam que utilizaram os serviços de fisioterapia nos últimos 12 meses, 2,9% do total. A tabela abaixo ilustra o que mencionamos.

Tabela 10.Utilização dos serviços de fisioterapia

Utilizou	Frequência	Percentual
sim	30	2,9
não	981	96,5
Total	1011	100,0

Fonte: elaboração própria.

a) Características socioeconômicas dos usuários dos serviços de fisioterapia:

A grande maioria dos entrevistados que utilizaram o serviço de fisioterapia é do sexo feminino 70% e o sexo masculino correspondeu a 30% do total.

Tabela 11. Utilização do serviço de fisioterapia e sexo

	SIM	NÃO	TOTAL	p
Feminino	21	614	635	0,408
	3,3%	96,7%	100,0%	
	70,0%	62,6%	62,8%	
Masculino	9	367	376	
	2,4%	97,6%	100,0%	
	30,0%	37,4%	37,2%	
Total	30	981	1011	
	3,0%	97,0%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	

Fonte: elaboração própria.

A tabela abaixo mostra a faixa etária dos moradores e a utilização do serviço de fisioterapia.

14 moradores na faixa etária de 20 a 64 anos foram atendidos pela fisioterapia e 16 moradores da faixa etária a partir de 65 anos precisaram do serviço de fisioterapia.

Tabela 12. Faixa etária dos usuários dos serviços de fisioterapia

	sim	não	Total
de 20 a 64 anos	14	276	690
A partir de 65 anos	16	305	321
Total	30	981	1011

Fonte: elaboração própria.

Tabela 13. Utilização dos serviços de fisioterapia e classe socioeconômica

	SIM	NÃO	TOTAL
E	0	62	62
	0%	100,0%	100,0%
	0%	6,3%	6,1%
D	9	255	264
	3,4%	96,6%	100,0%
	30,0%	26,0%	26,1%
C2	10	316	326
	3,1%	96,9%	100,0%
	33,3%	32,2%	32,2%
C1	8	229	237
	3,4%	96,6%	100,0%
	26,7%	23,45	23,5%
B	3	118	121
	2,5%	97,5%	100,0%
	10,0%	12,0%	12.0%
Total	30	980	1010
	3,0%	97,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria.

.

A tabela 14 se refere às classes socioeconômicas e o uso do serviço de fisioterapia.

A classe E não fez uso do serviço de fisioterapia, do total de 30 moradores que foram atendidos pelos serviços de fisioterapia, 10% pertence a classe B, 26,7% pertence a classe C1, 30% são da classe D e 33% são da classe C2.

Tabela 14. Utilização do serviço de fisioterapia e faixa de renda

	SIM	NÃO	TOTAL
1 a 3 salários mín.	20	599	619
	3,2%	96,8%	100,0%
	66,7%	61,1%	61,2%
3 a 5 salários mín.	6	252	258
	2,3%	97,7%	100,0%
	20,0%	25,7%	25,5%
6 a 10 salários mín.	3	32	35
	8,6%	91,4%	100,0%
	10,0%	3,3%	3,5%
Menor que 1 salário	1	97	98
	1,0%	99,0%	100,0%
	3,3%	9,9%	9,7%
Total	30	981	1011
	3,0	97,0%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: elaboração própria.

A tabela acima refere-se à utilização do serviço de fisioterapia e a faixa de renda salarial. A faixa menor que 1 salário mínimo corresponde a 3,3% do total de moradores que fizeram fisioterapia, seguida da faixa de 6 a 10 salários mínimos com 10%, de 3 a 5 salários mínimos com 20% e de 1 a 3 salários mínimos com 66,7% do total.

Tabela 15. Utilização dos serviços de fisioterapia e condições de moradia

	SIM	NÃO	TOTAL	p
Casa cedida	0	28	28	0,822
	0%	100,0%	100,0%	
	0%	2,9%	2,8%	
Casa alugada	4	129	133	
	3,0%	97,0%	100,0%	
	13,3%	13,1%	13,2%	
Casa Própria	26	823	849	
	3,1%	96,9%	100,0%	
	86,7%	83,9%,	84,0%	
Total	30	981	1011	
	3,0%	97,0%	100,0%	

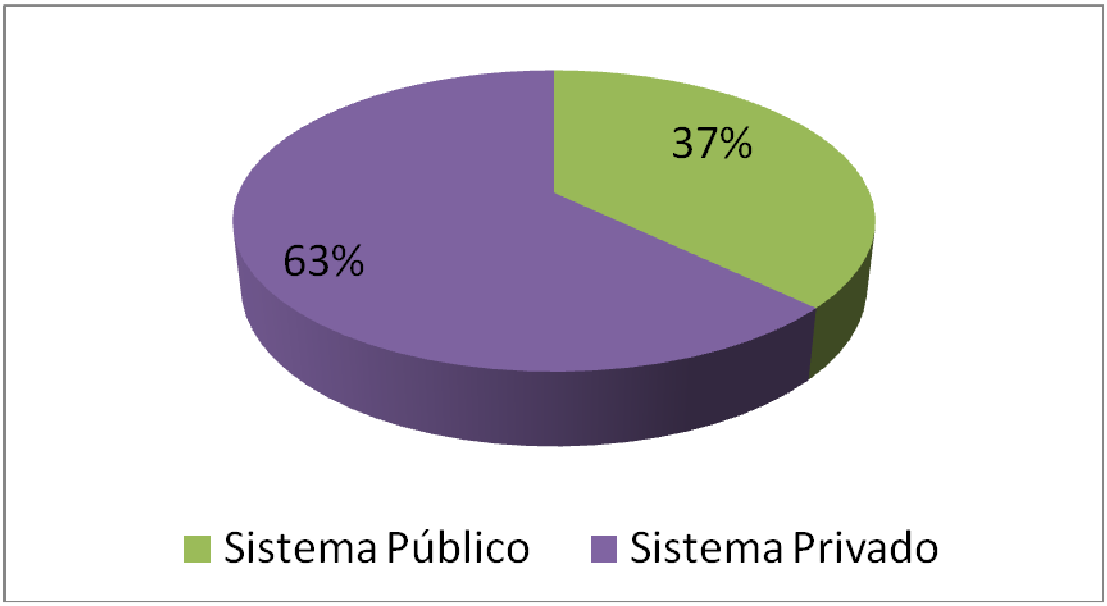
Fonte: elaboração própria.

A tabela acima mostra as condições de moradia dos 1011 moradores que compõem a amostra desta Dissertação. Dos entrevistados que moram em casa cedida, nenhum deles fez uso do serviço de fisioterapia, 13,3% dos usuários dos serviços de fisioterapia responderam que moram em casas alugadas e 86,7% disseram que possuem casa própria.

b) Características da utilização dos serviços de fisioterapia:

Dos moradores que utilizaram o serviço de fisioterapia, 63% recorreram ao atendimento pelo sistema privado de saúde e 37% ao serviço público de fisioterapia. Como vemos no gráfico abaixo.

Gráfico 02 - Utilização dos serviços de fisioterapia pelo sistema público ou privado.



Fonte: elaboração própria.

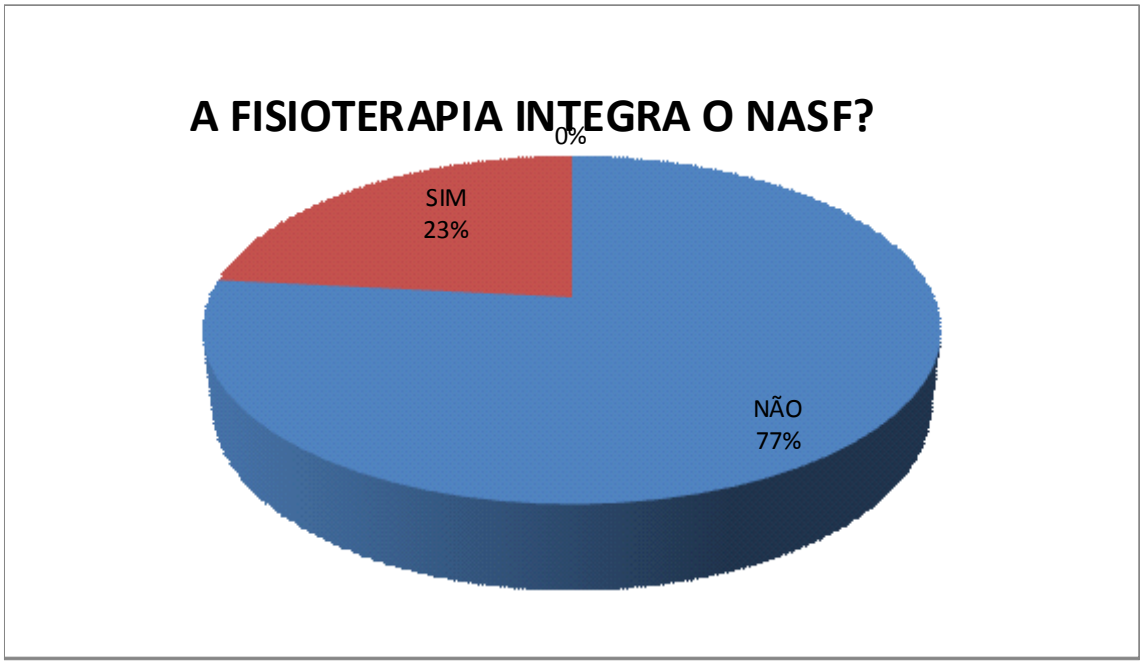


Gráfico 3: fonte elaboração própria.

Dos entrevistados que responderam ter necessitado do serviço de fisioterapia, somente 23% deles disseram que a fisioterapia integrava o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e 77% mencionaram que o serviço de fisioterapia utilizado por eles não pertencia a esse tipo de serviço. Como podemos notar no gráfico 3.

.

33% dos entrevistados que utilizaram o serviço de fisioterapia, recorreram ao atendimento em outro município e 77% disseram terem sido atendidos em Praia Grande. Como pode ser visto no gráfico abaixo.

Gráfico 4: fonte elaboração própria.

A tabela abaixo enumera os motivos que os usuários tiveram para procurar o serviço de fisioterapia, alguns responderam mais de uma queixa.

Tabela 16. Motivo que levou o usuário ao serviço de fisioterapia.

Dor na coluna	12
Dor	11
Outros	10
Dificuldade para andar	5
Sequela de derrame	1
Orientações gerais	1

Fonte: elaboração própria.

Com relação ao agendamento 17% dos entrevistados relataram dificuldade, e 83% agendaram o atendimento de fisioterapia com facilidade. Como observamos no gráfico 5. Na tabela observa-se a diferença da dificuldade do agendamento por local de atendimento.

Gráfico 5: fonte elaboração própria.

.

A maioria dos entrevistados que utilizou o serviço de fisioterapia, 40% avaliaram o serviço como bom, 33% como muito bom, 17% regular e 10% deles respondeu muito ruim. O gráfico abaixo ilustra o exposto. Na tabela 19 pode-se observar esta avaliação segundo a característica do serviço utilizado.

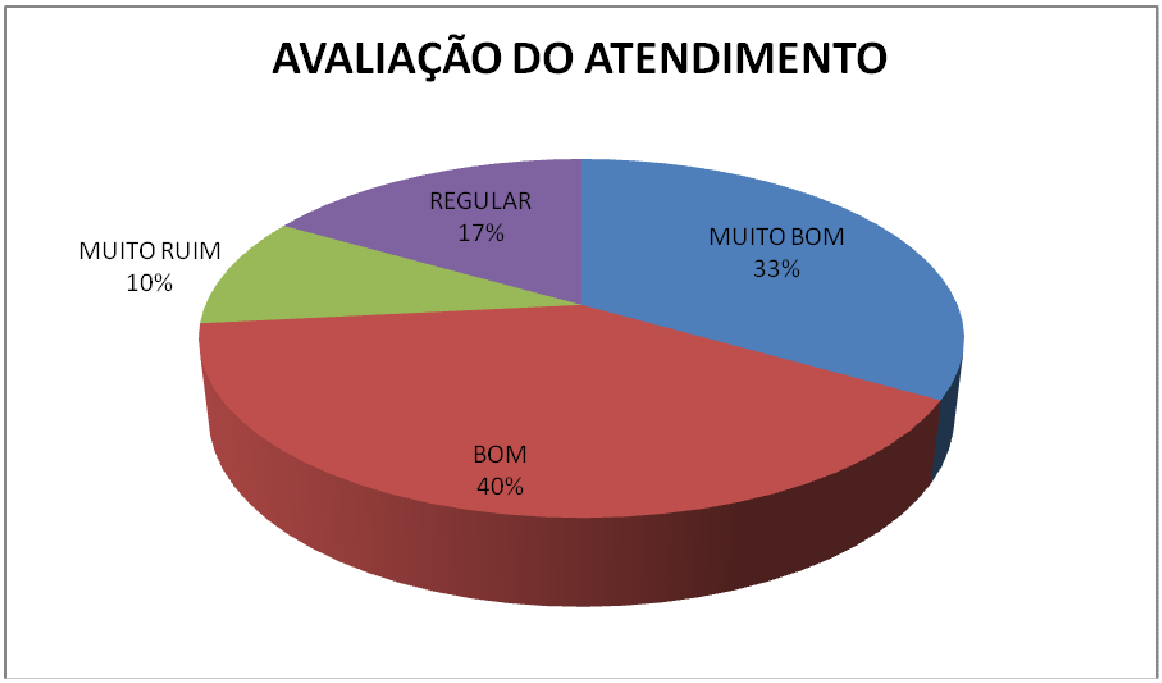


Gráfico 6: fonte elaboração própria.

11. DISCUSSÃO

Inquéritos de base populacional que investiguem também a utilização de serviços de fisioterapia ainda são bastante escassos na literatura. Concorda-se com Bin, Pelloso e Previdelli (2008) sobre a necessidade de realização de novos estudos de base populacional sobre a utilização de serviços de fisioterapia que tragam subsídios para a implantação desta categoria profissional, especialmente no cenário de construção de redes de atenção à saúde organizadas pela APS. Ressalta-se que os inquéritos de base populacional são uma ferramenta muito utilizada para se desvendar o perfil de acesso e utilização de serviços (BARROS, 2008).

O estudo pioneiro de base populacional sobre a utilização da fisioterapia foi realizado em 2003, em Pelotas por Siqueira et al , a este se seguiu o de Bin e colaboradores (2006), em Guarapuava no Paraná. Estes autores compararam seus estudos com dois estudos internacionais realizados em Curaçau e na Holanda (ALBERTS, J.F. et.al. 1997; REIJNEVELD, S.A. et. al 2001). No intervalo de tempo entre a publicação destes estudos e a finalização do atual, encontra-se na literatura apenas mais dois estudos com este recorte, um indexado no Pubmed e outro publicado em periódico de circulação mais restrita (Igwesi-Chidobe, 2012; Moretto, 2009). Entretanto, o primeiro tinha como objetivo determinar os obstáculos para a utilização de serviços de fisioterapia em uma área rural da Nigéria e o segundo foi realizado no município de Lages em Santa Catarina. Esta escassez de investigações, no formato da presente dissertação, reforça sua originalidade. Ademais, a elevada cobertura do PSF em Praia Grande, associada a recente política de implantação dos NASF com fisioterapeutas, torna ainda mais relevante o presente estudo, recorda-se que a cobertura do PSF em Pelotas e Guarapuava, na época da realização de seus estudos era respectivamente de cerca de 20% da população (fonte: DATASUS).

Um dos limites desta investigação reside na sobrerepresentação feminina dentre os entrevistados, o que é comum em vários estudos de base populacional. Deste modo, afirmações sobre o uso destes serviços apenas por homens não podem ser realizadas. Outro limite foi a dificuldade em se acessar a população com maiores recursos financeiros, mas este é um traço que também costuma ser comum em estudos de base populacional. Apesar da perda observada, o número de domicílios visitados foi maior do que o esperado (695 X 515 residências).

O percentual de uso de fisioterapia no último ano, de 2,9% para o conjunto da população e de 3,3% para as mulheres, foi inferior aos encontrados nos outros estudos citados; em Pelotas este percentual foi de 4,9% para o conjunto da população. Este resultado pode ser explicado, em parte, pela configuração dos serviços de saúde no município e pelo perfil de atuação mais comum dos fisioterapeutas como detalha Bispo Júnior (2010). Os fisioterapeutas tem tradição de trabalho em instituições especializadas e hospitalares, que não estão disponíveis em quantidade relevante no município estudado. A entrada deste profissional na atenção primária é ainda uma novidade no Brasil, mas em outros países com sistemas alicerçados na APS, como a Espanha, o uso de equipe de fisioterapeutas para a reabilitação de pacientes atendidos neste nível não é uma novidade (LÓPEZ-LIRIA, 2010). Neste sentido, contraditoriamente, a extensa implantação do PSF no município, somada a uma presença menor de equipamentos do setor privado de saúde, traço característico de um município periférico dentro de uma região metropolitana, neste caso da Baixada Santista, podem contribuir para explicação do resultado encontrado. O número pequeno de fisioterapeutas atuando no município somado a característica de que o tratamento de um paciente costuma ser longo, contribuem na explicação. No planejamento das ações de saúde torna-se importante conhecer as necessidades da população para a oferta dos serviços que realmente são mais necessários para aquela população especificamente. Porque o acesso relaciona-se com as facilidades e dificuldades na obtenção do tratamento desejado, o que está relacionado às características da oferta e da disponibilidade de recursos (FRENK, 1992).

O maior percentual, embora ainda baixo observado nas mulheres, confirma o veiculado na literatura, pois estas, apesar de maior expectativa de vida, apresentam indicadores de morbidade e utilização de serviços de saúde mais elevados (MENDOZA-SASSI, R., 2003). Dos estudos relacionados à fisioterapia, apenas em Lages observou-se uma maior utilização por homens na faixa etária de 20 a 59 anos, no entanto estes autores não aferiram a utilização no último ano e sim ao longo da vida, sendo que a prevalência foi de 36,4% para homens e 31,4%, fato que se explica devido à ocorrência maior de acidentes com homens nesta faixa etária (MORETTO, 2009).

Siqueira et al (2003), também identificaram em Pelotas que ocorreu maior uso de fisioterapia entre pessoas com condições socioeconômicas melhores (A= 33%, B= 165, C=8%, D=35% e E= 0%). No presente estudo também se confirmou, embora sem associação estatística, a mesma tendência, chama atenção que nenhum morador classificado na faixa

socioeconômica mais baixa tenha utilizado serviço de fisioterapia, o que deve indicar constrangimento ao acesso.

O acesso ao fisioterapeuta é mediado na maioria das vezes por um encaminhamento médico. No Brasil, a proposta que se desenhou através do NASF é exatamente esta, este desenho também é preconizado na maioria dos países membros da União Européia (BURY e STOKES, 2013). Em situação em que o acesso ao médico é difícil, o paciente precisa romper duas barreiras, acessar o médico e depois acessar o fisioterapeuta.

Nos dados apresentados, chama atenção o mix na utilização dos serviços de fisioterapia quando se observa a afiliação aos planos de saúde. Um pouco menos da metade dos entrevistados que buscaram um serviço privado, não tinham plano, ou seja, arcaram diretamente com o tratamento, fato que também foi observado no estudo de Gonçalves et al. (2011), realizado em Campo Maior (PI), mostrou que entre os pacientes atendidos em clínicas particulares poucos possuíam plano de saúde.

E 26,7% dos moradores de Praia Grande que tinham plano, acessaram os serviços públicos de fisioterapia. Esta distribuição explica, porque a maior parte dos entrevistados recebeu tratamento em outro município, pois os serviços privados concentram-se no município polo, Santos.

Como era previsto, houve maior facilidade no agendamento no setor privado. O percentual de avaliações negativas dos atendimentos chegou a 27%, valor inferior ao encontrado por Frez e Nobre (2011) em Foz do Iguaçu e Machado e Nogueira (2008) em Teresina, no entanto, estes autores entrevistaram os pacientes dentro dos serviços, o que leva a um aumento de avaliações positivas.

Como foi dito anteriormente, a inserção desta categoria profissional na Atenção Primária é ainda incipiente, há um longo caminho a percorrer. Mas existem argumentos bastante convincentes para que essa inserção de fato ocorra. Existe a real necessidade da aproximação da fisioterapia com a população, principalmente a parcela economicamente mais desfavorecida, como foi apontado nos resultados desta pesquisa. E este é um dos papéis que cabe ao fisioterapeuta que atua no NASF e também quando necessário, através do PSF encaminhar este usuário para outros níveis de atenção, melhorando o acesso e a resolutividade no SUS.

12. CONCLUSÃO

Existe a necessidade de novos inquéritos de base populacional sobre a utilização dos serviços de fisioterapia no Brasil e na América Latina. Esse tipo de pesquisa trás uma série de informações valiosas para promover a saúde. Ademais, os inquéritos referentes à saúde nos fornecem dados sobre o acesso e a utilização dos serviços, propiciando subsídios técnicos, administrativos e estatísticos para posterior análise dos serviços. Dessa forma, viabilizando a organização, a elaboração de estratégias e o planejamento de políticas, levando-se em consideração as características sociais, demográficas e de saúde da população. (CESAR, et al., 2002; VIACAVA, 2002).

Neste estudo verificou-se uma baixa prevalência do uso de fisioterapia nos últimos doze meses, ainda menor do que apontado por outros inquéritos do país. E todos os inquéritos até então realizados no Brasil, mostram uma prevalência menor do que a relatada por países com maiores índices de desenvolvimento. O que mostra a necessidade de maior acesso à fisioterapia, e como já citado na discussão, muitas vezes a dificuldade do acesso inicia-se no atendimento médico e também no posterior encaminhamento ao serviço de fisioterapia.

Os principais motivos que fizeram os usuários recorrerem a fisioterapia foi ortopédicos, como no estudo de Bin et. al. (2008). E diferente dos demais estudos, a maior parte dos usuários dos serviços de fisioterapia recorreram ao setor privado para o atendimento, 63% do total. Além disso, alguns procuraram o serviço em outro município. Também nos serviços de fisioterapia ocorreu o mix público privado, ou seja, alguns moradores que mencionaram possuir plano de saúde, foram atendidos pelo serviço público de fisioterapia.

Diante dos dados encontrados nesse inquérito de base populacional, ressaltamos a necessidade de um maior número de serviços de fisioterapia, tanto no setor público quanto no setor privado, pois existe demanda para tal. Além é claro, de um quadro bem maior de fisioterapeutas atuando nos setores públicos e privados no município de Praia Grande.

E por fim, a fisioterapia deve consolidar seu espaço na Atenção Primária à Saúde, através do NASF, ampliando seu leque de atuação, e consequentemente viabilizando o acesso a este tipo de atendimento às outras parcelas da população, de forma a contribuir com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

ABEP. Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
Critério de Classificação Econômica Brasil CCEB 2012. Disponível em http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84. Acesso em 16 de abril de 2013.

AGUIAR, R.G. **Conhecimentos e atitude sobre a atuação do profissional fisioterapeuta entre os profissionais da Equipe Mínima de Saúde da Família em Ribeirão Preto.** 2005. 124f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ALBERTS, J.F; SANDERMAN, R; EIMERS, J.M; VAN DEN HENVEL, W.J. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. **Soc. Sci. Med.** 45, 1997. p.213 – 220.

A.M.E. Praia Grande. Atendimento de fisioterapia em Praia Grande.
Disponível em http: //www.fuabc.org.br/mantidas/ame-praia-grande/. Acesso em 16 de abril de 2013.

A.N.S. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em http://www.ans.gov.br Acesso em 10 de outubro de 2012..

BAHIA, L. O SUS e os desafios da Universalização do direito à Saúde tensões e padrões de convivência entre o público e privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T; GERSCHMAN,S; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J.M. (Orgs.). **Saúde e Democracia história e perspectivas do SUS.** Fiocruz: Rio de Janeiro, 2005.

BARBOSA, E.G.; FERREIRA, D.S.L.; FURBINO, S.A.R.; RIBEIRO, E.E.N. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioterapia em Movimento.** 23(2), 2010. p. 323-330.

BARROS, F.B.M. **A formação do fisioterapeuta na UFRJ e a profissionalização da fisioterapia.** 2002. 121fls. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

BARROS, F.B.M. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. **Revista Fisioterapia Brasil.** 2002. p. 227-238.

BARROS, F.B.M. Anatomia Profissional do fisioterapeuta ao longo da história. **Revista Brasileira de Fisioterapia** nº 59, 2003.p. 20-31.

BARROS, F.B.M. Poliomielite, filantropia e Fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**. 13 (3), 2008. p. 941-945.

BARROS, M.B.A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** 11(1), 2008. p.6 – 19.

BIM, C.R.; PELLOSO, S.M.; PREVIDELLI, I.T.S. Inquérito domiciliar sobre o uso da Fisioterapia por mulheres em Guarapuava Paraná – Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 16 (9), 2006. p. 3837 – 3844.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília (DF), 2008, seção 1. p.38-42. Disponível em http://www.dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_04_03_08re.pdf. Acesso em 20 de novembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2843/GM, de 20 de setembro de 2010. Disponível em http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105513-2843.html. Acesso em 13 de junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 256/GM, de 11 de março de 2013. Disponível em http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/118256-256.html. Acesso em 13 de junho de 2013.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Coleção Pró-gestores – Para entender a gestão do SUS, livro 8. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde –** Brasília: CONASS, 2007. p. 232. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/conass_progestores.php. Acesso em: 30/11/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, F. **A transição demográfica no Brasil:** as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: Cedeplar/ UFMG, 2007.

BURY, T.J; STOKES, E.K. Direct Access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. **Journal Physiotherapy.** 2013.

CESAR, C.L.G; TANAKA, O.Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1998 – 1999. **Caderno de Saúde Pública.** 12 (2), 2002. p. 59 -70.

CHEREN, A.J. Medicina Física e Reabilitação - Fisiatria**:** um pouco sobre sua história.**Arq. Catarin. Med.** 19(2), 1990. p. 137-138.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Definição de Fisioterapia.** Disponível em http : // www.coffito.org.br. Acesso em: 24 de novembro de 2012.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer nº CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Educação, 2002.

COSTA, D. Dez anos de pós-graduação strictu sensu em Fisioterapia no Brasil: o que mudou? **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 11 (1), 2007. p. 1 – 89.

COSTA, J.L.; PINHO, M.A.; FILGUEIRAS, M.C.; OLIVEIRA, J.B.B. A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções dos usuários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** 2 (1), 2009. p. 2

DATASUS. Disponível em http://www.2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php. Acesso em 20 de maio de 2013.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Alma-Ata, 1978. Disponível em http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saúde/almaata.htm. Acesso em 24 de novembro de 2012.

DECRETO LEI nº 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília (DF), 16 de outubro de 1969.

DONABEDIAN, A. Na introduction to quality assurance in health care New York. **Oxford University Press**, 2003.

DOYAL, L. Gender equity in health debates and dilemmas. **Soc SciMed.** 51(6), 2000. p. 931 – 939.

EISENBERG, J.M. The state of research about physicians practice patterns. **Medical Care.** 23(5), 1985. p. 461 – 481.

FRAZÃO, P.; COSTA, C.Características da produção científica de fisioterapia relacionada à saúde coletiva. **Fisioterapia Brasil.** 7(2), 2006. p.132 – 137.

FRENK, J. **The concepts and measurement of accessibility.** In: WHITE, K; FRENK, J; ORDOÑEZ CARCELLER, C; PAGANINI, M.F; STARFIELD, B. editors. Health Services Research: an Anthology. Washington: PAHO; 1992. p. 842 – 855.

FRÉZ, A.R.; NOBRE, M.I.S.R. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioterapia em Movimento.** 24(3), 2011. p. 419-428.

Fundação SEADE. Disponível em http://www.seade.gov.br/. Acesso em 04 de abril de 2013.

GAVA, M. V. **Fisioterapia:** História, reflexões e perspectivas. São Bernardo do Campo: UMESP. 2004.

GONÇALVES, J.R; VERAS, F.E.L; MATOS, A.C.M; LIMA, J.S.A. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. **Fisioterapia em Movimento.** 24(1), 2011. p. 47 – 56.

HULKA, B. WHEAT, J. Patterns of utilization the patient perspective. **Medical Care.** 23(5), 1985. p. 438 – 463.

IGWESI-CHIDOBE, CH. **Obstacles to obtaining optimal physiotherapy services in a rural community in Southeastern Nigeria.** Rehabilitation Research and Practice Volume. 2012.

ISA – SP, ISA – CAPITAL. INQUÉRITO MULTICÊNTRICO DE SAÚDE. Disponível em http://www.fsp.usp.br/isa-sp/index_arquivos/Page266.htm. Acesso em 04 de abril de 2013.

KATO, D.S.; SILVEIRA, E.C.; SANTOS, E.L.; ISHIKAWA, S.E.; ITO, K. Avaliação da importância da fisioterapia na rede primária de atenção à saúde. **Semina**. vol.15, 1994.

KISH, L. Survey Sampling. New York: John Wiley & Sons; 1965.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J.S.A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde **Ciência & Saúde Coletiva.** 7 (3), 2002. p. 537-547.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document Otawa** Minister of Supply and Services, 1974.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** 20(4), 2011 p.867-874.

LEI nº 6316, de 17 de setembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília (DF), 18 dez. 1975.

LOBATO, L.V.C; GIOVANELLA L. **Sistemas de Saúde:** origens, componentes e dinâmicas in Giovanella L. et al. (org.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Fiocruz/CEBES. 2012.

LÓPEZ-LÍRIA, R.; PADILHA-GÓGORA,D.; CATALÁN-MATAMOROS, D.J.; ROCAMORA-PÉREZ,P.; MARTINEZ-CORTÉS, M. del C.; RODRIGUEZ-MARTIN, C.R. Análisis de las patologias com major prevalência em las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia de la província de Almeria. **Gaceta Sanitaria.** 26(3), 2012.

LOURIDO, B. P.; ROCHA V.M. Fisioterapia Comunitária: el camino desde de la conceptualización a la intervención com la comunidad. **Elsevier Doyma España.** 30(5), 2008. p. 244-250.

MACHADO, N.P.; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 12(5), 2008. p. 401 – 408.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, S.E.; SÁ, P.K. Organization and delivery of primary care services in Petropolis Brazil. **Int. J. Health Plann Mgmt.** 19(4), 2004. p. 303 – 317.

MARIN, M.J.S.; CASTILHO, N.C.; MYAZATO,J.M.; RIBEIRO, P.C.; CÂNDIDO, D.V. Características dos riscos para quedas entre idosos de uma unidade de Saúde da Família. **REME Rev. Min. Enfermagem**. 11(4), 2007. p.369-374.

MARQUES, A.P.; SANCHES, E.S. Origem e evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista da Universidade de São Paulo**. 1 (1), 1994. p. 5 – 10.

MENDES, V.E. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDONZA-SASSI, R; BÉRIA, J.U; BARROS, A.J.D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population – based study. **Revista Saúde Pública.** 37, 2003. p. 372-378.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 154/GM**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Legislativo, Brasília (DF), 2008, seção 1. p.38-42. Acesso em 20 de novembro de 2012. Disponível em: http//dab.saude.gov.br/docs/legislação/portaria154_24_01_08.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2009:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

MORETTO, L.C.; LONGO, G.Z.; BOING, A.F.; ARRUDA, M.P. Prevalência de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana de Lages, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Fisioterapia.** 13(2), 2009. p.130-135.

MUÑOZ, F.; LÓPEZ – ACUÑA, D.; HALVERSON, P.; MACEDO, C.G.; HANNA, W.; LARRIEU, M. et. al. Las funciones essenciales de la salud publica: um tema emergente em lãs reformas del sector de la salud. **Revista Panamericana Salud Publica.** 8(1/2), 2000. p.126 – 134.

NEVES, L.M.T.; ACIOLE, G.G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface Comunicação Saúde Educação.** 15(37), 2011. p.551-564.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization.** 79(2), 2001. p. 161 – 170.

OPAS - Organização Pan- Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS construindo as redes de atenção no SUS**: contribuições para o debate. Brasília. OPAS/ OMS. 2011.

OPAS /OMS. Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial de Saúde. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília. 2012.

PAIM, J.S.; ALVES FILHO, N. Saúde Coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública.** 32(4). 1998. 299-316.

PESQUISA DE CONDIÇÕES DE VIDA, Fundação SEADE. Disponível em http:// www.seade.gov.br/produtos/pcv/ . Acesso em 04 de abril de 2013.

PESQUISA MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo24.pdf. Acesso em 04 de abril de 2013.

PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção.** IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro; 2008.

PIERANTONI, C.R.; FRANÇA, T.; MAGNAGO, C.; NASCIMENTO, D.N.; MIRANDA, R.G. **Graduações em Saúde no Brasil:** 2000-2010. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ. 228p. 2012.

PORTO, S.M; UGÁ, M.A.D.; MOREIRA, R.S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. **Ciência & Saúde Coletiva.** 16(9), 2011. p. 3795 – 3806.

Prefeitura de Praia Grande. Disponível em http://www.praiagrande.sp.gov.br/. Acesso em 4 de abril de 2013.

REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil:** fundamentos para uma nova ação preventiva e perspectivas profissionais. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1999.

REGO, M. H.; SANTOS, F.A.Z.; URBANO, F.O.S. Atuação da fisioterapia no programa de exercícios para pacientes hipertensos. **Fisioterapia Brasil.** 8(5), 2007. p. 359 – 364.

REIJNEVELT, S.A; STRONKS, K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. **Int. J. Epidemiology.**12, 2001. p. 942 – 949.

ROBERTO, M. **História Ilustrada da Medicina.** Tradução: Marcos Leal. São Paulo. Manole. 1998.

ROSEN, G. **Da polícia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro. Graal. 1980.

SANCHEZ, E. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo.** Atualização Brasileira em Fisioterapia. São Paulo. Panamed. 1984.

SAWER, D.O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 7(4), 2002. p. 757- 776.

SILVA, D.J.; DA ROS, M.A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe da Saúde da Família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva.** 12 (6), 2007. p. 1673 - 1681.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L.A.; HALLAL, P.C. Epidemiologia da utilização de fisioterapia em adultos e idosos. **Revista de Saúde Pública**. 39(4), 2003. p. 663-668.

SOUZA, W.B. Inclusão do fisioterapeuta no PSF: pela integralidade da atenção à saúde e reorientação do modelo assistencial. **Fisioterapia Brasil.** 11(8), 2007. p.43-49.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESSEROLLI, S.L. **A Inserção do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família.** Curitiba. Universidade Federal do Paraná. 2003.

TONIN, P.A. **Experiências, possibilidades e desafios para a Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família**: revisão de literatura. 1994. Monografia (Especialização) Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública.** 14(2), 1998. p.429-435.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos do acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. 20(2), 2004. p. 190-198.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil: 1998 a 2003. **Ciência & Saúde Coletiva.** 11(4), 2006. p. 975 – 986.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Saúde Pública.** 11(5), 2002. p. 365 – 373.

TRELHA, C.S.; SILVA, D.W.; LIDA, L.M.; FORTES, M.H.; MENDES, T.S. O fisioterapeuta no Programa Saúde da Família em Londrina (PR). **Revista Espaço para a Saúde.** 8(2), 2007. p.20-25.

WENNEBERG, J.E. On patient need equity supplier induced demand and the need to asses the out come of common medical practices. **Med Care.** 23(5), 1985. p. 512 – 520.

WHO.World Health Organization. **Growing Older.** Staying well. Ageing and Physical Activity in Everday Life. Heikkinen R.L. Genebra: OMS. 1998.

WHO.World Health Organization. **Innovative Care for Chronic Conditions.** Meeting Report. p.30-31. Genebra. OMS. 2001.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MENOR DE 18 ANOS)

Prezado(a) senhor(a):

Gostaria de convidá-lo(lá) para participar da pesquisa “Mix publico privado na utilização de serviços de atenção primária de saúde em áreas metropolitanas” que, eu, Aylene Bousquat, pesquisadora da Universidade Católica de Santos estou realizando. Este tem finalidade científica e esperamos que sua divulgação ajude a entender como e aonde a população de Praia Grande e Santos utiliza os serviços de saúde. O objetivo é caracterizar a relação entre o setor público e o privado no acesso à atenção primária a saúde.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas sobre o acesso aos serviços de saúde para os integrantes da sua família. As respostas serão guardadas no computador e as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para o objetivo proposto pelo projeto.

O único possível desconforto é o seu tempo gasto para responder as questões. Você pode parar de responder a qualquer momento e isto não afetará o seu atendimento nos serviços de saúde. Por outro lado, o resultado desta pesquisa poderá trazer como benefício uma melhor compreensão dos serviços de saúde na região contribuindo para ações de melhoria. Em nenhuma hipótese você ou sua família serão identificados, todo material é sigiloso.

Caso tenha dúvidas o pesquisador estará disponível para esclarecê-las, bastando para isso contatá-lo através do e-mail aylenebousquat@uol.com.br ou pelo telefone 3205-5555, ramal 1449. O comitê de ética da Universidade Católica de Santos também poderá ser contatado se achar necessário pelo telefone 3205-5555 ou pelo e-mail comet@unisantos.br.

Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo. A confidencialidade das informações geradas e a sua privacidade estão garantidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador responsável.

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Praia Grande, _____ de _____ de _____

_____

assinatura do responsável legal e RG

Eu, Dra. Aylene Emília Bousquat, responsável pela pesquisa, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa (ou de seu representante legal) para realizar este estudo.

Assinatura.....RG.....Data...../...../.....

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIOR DE 18 ANOS)

Prezado(a) senhor(a):

Gostaria de convidá-lo(lá) para participar da pesquisa “Mix publico privado na utilização de serviços de atenção primária de saúde em áreas metropolitanas” que, eu, Aylene Bousquat, pesquisadora da Universidade Católica de Santos estou realizando. Este tem finalidade científica e esperamos que sua divulgação ajude a entender como e aonde a população de Praia Grande e Santos utiliza os serviços de saúde. O objetivo é caracterizar a relação entre o setor público e o privado no acesso à atenção primária a saúde.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas sobre o acesso aos serviços de saúde para os integrantes da sua família. As respostas serão guardadas no computador e as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para o objetivo proposto pelo projeto.

O único possível desconforto é o seu tempo gasto para responder as questões. Você pode parar de responder a qualquer momento e isto não afetará o seu atendimento nos serviços de saúde. Por outro lado, o resultado desta pesquisa poderá trazer como benefício uma melhor compreensão dos serviços de saúde na região contribuindo para ações de melhoria. Em nenhuma hipótese você ou sua família serão identificados, todo material é sigiloso.

Caso tenha dúvidas o pesquisador estará disponível para esclarecê-las, bastando para isso contatá-lo através do e-mail aylenebousquat@uol.com.br ou pelo telefone 3205-5555, ramal 1449. O comitê de ética da Universidade Católica de Santos também poderá ser contatado se achar necessário pelo telefone 3205-5555 ou pelo e-mail comet@unisantos.br.

Sua participação é voluntária e este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo. A confidencialidade das informações geradas e a sua privacidade estão garantidas.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador responsável.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Praia Grande, _____ de _____ de _____

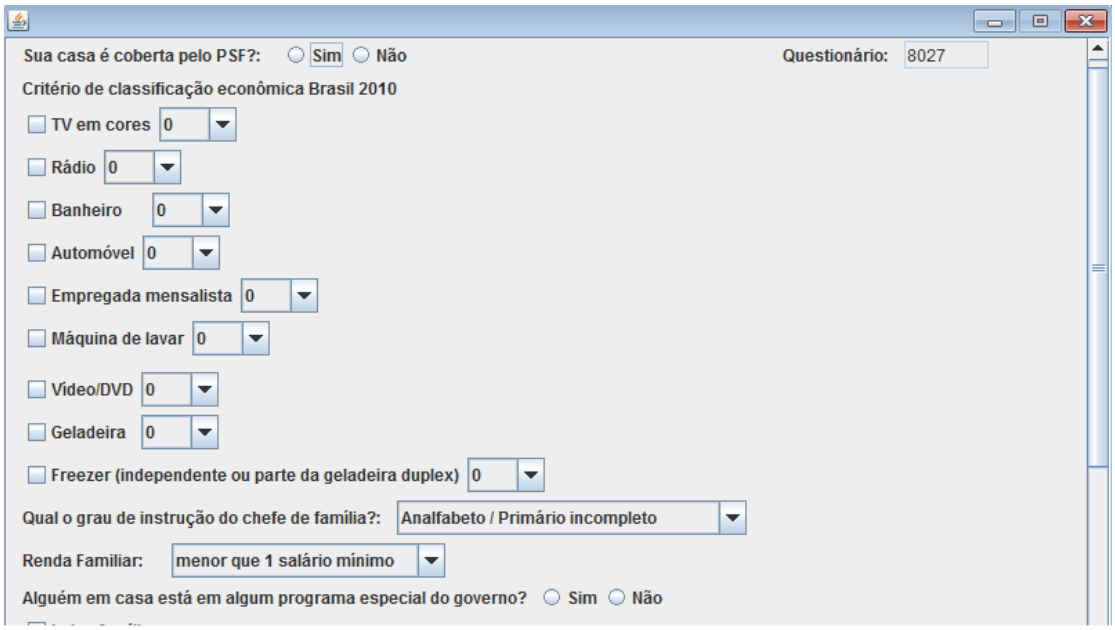
_____

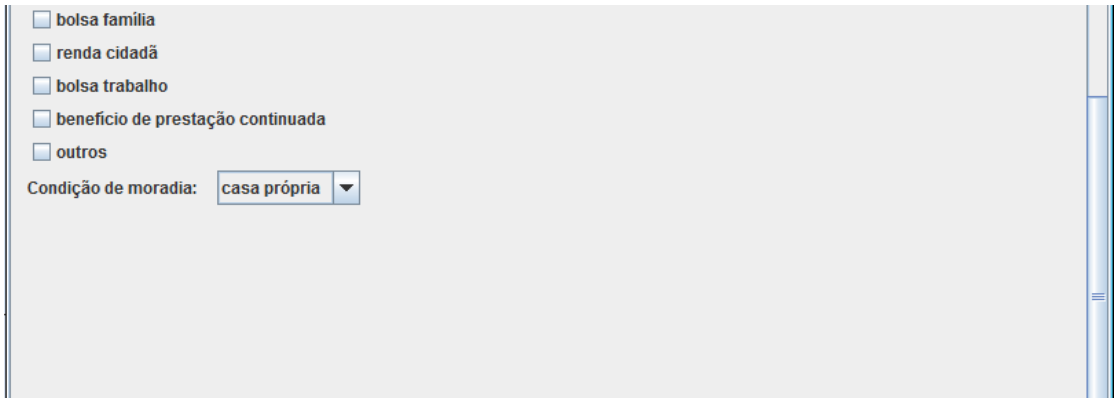
assinatura do sujeito da pesquisa e RG

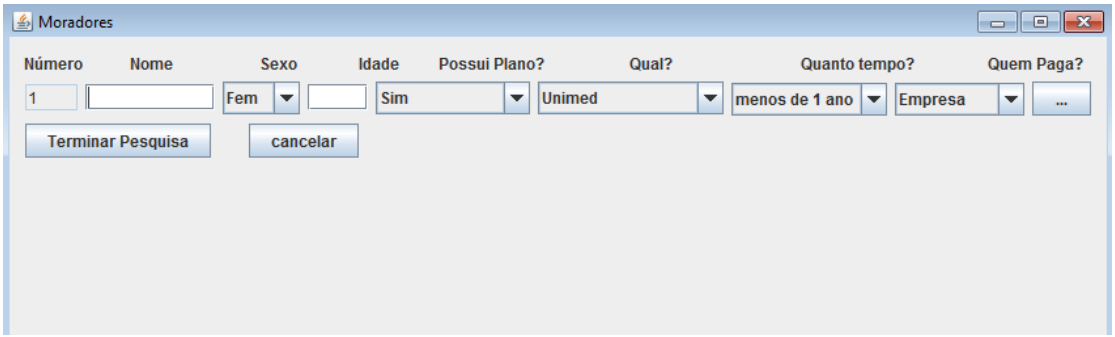
Eu, Dra. Aylene Bousquat, responsável pela pesquisa, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura.....RG.....Data...../...../.....

ANEXO C: Questionário







Questionário Mulher

Questionario número: 8027

Morador número: 1

1-Qual dessas, você considera a sua cor? (Leia as alternativas) 1-branca

2-Escolaridade: Analfabeto/até 3.a série Fundamental

3-Trabalha atualmente remuneradamente? CLT

4-Em relação aos cuidados com a saúde, a quem você recorre? (EXCETO PRONTO SOCORRO) Médico Particular

5-Frequenta ou frequentou algum serviço de saúde ou consultório médico (EXCETO PRONTO SOCORRO) nos últimos 12 meses?: Sim

6-Qual a cidade (moradores de Praia Grande) ou Bairro(moradores São Paulo):

7-Como você consegue o agendamento com o serviço/médico citado acima? Com facilidade

8-Você sabe o nome do médico que lhe atende? Sim

9-Você trocaria seu médico se pudesse ou se fosse fácil?: ○ Sim ○ Não

10-Você trocaria o serviço cidado acima se pudesse ou se fosse fácil?: ○ Sim ○ Não

11-Como você avalia o serviço citado acima?: Muito ruim

12-Você se sente a vontade nas consultas para fazer perguntas?: ○ Sim ○ Não

13-Suas perguntas durante as consultas são respondidas de forma que você entenda?: ○ Sim ○ Não ○ Nem sempre

14-Você discute problemas de sua família durante as consultas?: ○ Sim ○ Não

15-Quais orientações recebe durante as consultas?:

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	○ sim ○ não
Importância de realizar atividades físicas	○ sim ○ não
Prevenção do câncer de pele	○ sim ○ não
Procedimentos em caso de violência sexual e doméstica	○ sim ○ não
Acompanhamento do climatério	○ sim ○ não
Prevenção osteoporose	○ sim ○ não

16-Por qual(is) tipo(s) de médico(s) você passou nos últimos 12 meses?:

- ☐ Médico de Família
- ☐ Clínico Geral
- ☐ Cardiologista
- ☐ Ortopedista
- ☐ Oftalmologista
- ☐ Gastroenterologista
- ☐ Ginecologia/Obstetra
- ☐ Psiquiatra
- ☐ Pneumologista
- ☐ Endocrinologista
- ☐ Outros

16.1-Como você conseguiu o agendamento?: Com facilidade

16.2-O seu médico que lhe encaminhou recebeu por escrito o que o especialista achou?: Sim

17-Você tem algum problema crônico de saúde ? ○ Sim ○ Não

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

18-Você fez algum exame nos últimos 12 meses?

☐ Sangue
☐ Urina
☐ Fezes
☐ Raio X
☐ Ultra Som
☐ Tomografia
☐ Ressonância
☐ Cintilografia
☐ Eletrocardiograma
☐ Ecocardiograma
☐ Endoscopia
☐ Colonoscopia
☐ Exame de Vista
☐ Mamografia
☐ Densitometria
☐ USG de Mamas
☐ Papanicolau
☐ Outros

19-Já fez o exame USG de Mamas alguma vez? Sim a menos de 3 anos

20-Já fez o exame Papanicolau alguma vez? Sim a menos de 3 anos

21-Você faz uso de medicamento anticoncepcional?

○ Não ○ Sim, por conta própria ○ Sim, com orientação de profissional de saúde

22-Qual o método anticoncepcional que você utiliza?

☐ Laqueadura
☐ Vasectomia/parceiro
☐ Pílulas anticoncepcionais
☐ Injeções anticoncepcionais
☐ Camisinha
☐ Pílula do dia seguinte
☐ Outros

23-Fez exames ginecológicos no último ano?

○ Sim ○ Não

24-Há quanto tempo fez o seu último exame ginecológico?

○ 1 a 3 anos
○ + 4 anos
○ nunca fez

25-O exame clínico das mamas foi realizado na consulta? ○ Sim ○ Não

26-História obstétrica: partos: ☐ abortos: ☐ filhos vivos: ☐

27-Estava grávida ou esteve nos últimos três anos? ○ Sim ○ Não

28-Tempo do último parto: ○ < 6 meses ○ entre 6 meses à 1 ano ○ entre 1 e 2 anos ○ entre 2 e 3 anos
○ ainda estou grávida:

29-Ainda tem o cartão pré-natal? ○ Sim ○ Não ○ Não tive o cartão

30-Local do pré-natal: ○ Público ○ Privado

31-Local do parto: ○ Público ○ Privado

32-Quando foi a sua primeira consulta após descobrir a gravidez? 1º / 2º mês

33-Quantas consultas realizou?: ☐

34 -Algum profissional da saúde conversou com você sobre a gravidez esclarecendo dúvidas e informando sobre condutas a serem adotadas? ○ Sim ○ Não

35-Você participou de alguma atividade educativa, em grupo ou individual? ○ Sim ○ Não

36-Você foi orientada quanto a importância do parto normal? ○ Sim ○ Não

37-Se sim, quem te orientou?

☐ Enfermeiro ☐ Médico ☐ ACS ☐ Outros

38-Você realizou algum dos exames abaixo a pedido de um profissional de saúde?

☐ ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta

☐ Glicemia de jejum

☐ VDRL

☐ Urina tipo 1

☐ Testagem anti-HIV

☐ Sorologia para hepatite B (HBsAg)

☐ Sorologia para toxoplasmose

39-Você tomou vacina anti-tétano a pedido de um profissional de saúde?

○ as duas doses

○ dose de reforço (gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos.)

○ não precisei

49-Quando foi preenchida pela última vez? ○ um mês ○ seis meses ○ um ano ou mais

50-A senhora necessita de alguém que lhe auxilie nas atividades diárias? ex. tomar banho, vestir-se, etc...

○ Sim ○ Não

51-Quem lhe ajuda? ○ Familiar ○ Profissional contratado

52-A pessoa que lhe ajuda recebeu treinamento específico? não

53-No último ano, quantas vezes você já recebeu a visita domiciliar de um profissional da saúde?

Médico: nenhuma vez

Enfermeiro: nenhuma vez

ACS: nenhuma vez

Outros: nenhuma vez

54-Você já recebeu orientação formal de como evitar acidentes domiciliares?

☐ Não ☐ Sim, do plano de saúde ☐ Sim, do município ☐ Sim, de uma organização

55-Quais vacinas você recebeu no último ano?

☐ Gripe

☐ Pneumonia

☐ Tétano (últimos 10 anos)

☐ outras ○ Privado ○ Público

☐ não recebi

56-Você participa de algum grupo de apoio?

☐ Sim, do plano de saúde

☐ Sim, do setor público

☐ Sim, de uma organização não governamental

☐ Não

57-Em geral você considera sua saúde? EXCELENTE

58-Sua saúde atrapalha a realização de suas tarefas diárias? não

Questionário Homem

Questionario número: 8027 Morador número: 2

1-Qual dessas, você considera a sua cor? (Leia as alternativas) 1-branca

2-Escolaridade: Analfabeto/até 3.a série Fundamental 3-Trabalha atualmente remuneradamente? CLT

4-Em relação aos cuidados com a saúde, a quem você recorre? (EXCETO PRONTO SOCORRO) Médico Particular

5-Frequenta ou frequentou algum serviço de saúde ou consultório médico (EXCETO PRONTO SOCORRO) nos últimos 12 meses?: Sim

6-Qual a cidade (moradores de Praia Grande) ou Bairro(moradores São Paulo):

7-Como você consegue o agendamento com o serviço/médico citado acima? Com facilidade

8-Você sabe o nome do médico que lhe atende? Sim

9-Você trocaria seu médico ou serviço se pudesse ou se fosse fácil?: ○ Sim ○ Não

10-Como você avalia o serviço citado acima?: Muito ruim

11-Você se sente a vontade nas consultas para fazer perguntas?: ○ Sim ○ Não

12-Suas perguntas durante as consultas são respondidas de forma que você entenda?: ○ Sim ○ Não ○ Nem sempre

13-Você discute problemas de sua família durante as consultas?: ○ Sim ○ Não

14-Por qual(is) tipo(s) de médico(s) você passou nos últimos 12 meses?:

- ☐ Médico de Família
- ☐ Clínico Geral
- ☐ Cardiologista
- ☐ Ortopedista
- ☐ Oftalmologista
- ☐ Gastroenterologista
- ☐ Urologista
- ☐ Psiquiatra
- ☐ Pneumologista
- ☐ Endocrinologista
- ☐ Outros

15 -Como você conseguiu o agendamento?: Com facilidade

16-O seu médico que lhe encaminhou recebeu por escrito o que o especialista achou?: Sim

17-Você tem algum problema crônico de saúde ? ○ Sim ○ Não

- ☐ Hipertensão
- ☐ Diabetes

18-Você fez algum exame este ano?

- ☐ Sangue
- ☐ Urina
- ☐ Fezes
- ☐ Raio X

- [ ] Ultra Som
- [ ] Tomografia
- [ ] Ressonância
- [ ] Cintilografia
- [ ] Eletrocardiograma
- [ ] Ecocardiograma
- [ ] Endoscopia
- [ ] Colonoscopia
- [ ] Exame de Vista
- [ ] Outros

19-Você tem acesso a preservativos para relações sexuais? Sim, eu compro

20-Em relação ao cigarro, você: (●) Fuma ( ) Não Fuma ( ) Parei de Fumar a menos de 5 anos

20.a-Você já tentou parar? ( ) Sim, sem auxílio (●) Sim, com auxílio ( ) Não

20b-Você recebeu algum tipo de auxílio quanto tentou parar ou parou?

- [ ] Apoio Psicológico
- [ ] Reposição de nicotina(adesivos e/ou chicletes) Automedicação?: ( ) Sim ( ) Não
- [ ] Apoio Medicamentoso Automedicação?: ( ) Sim ( ) Não

21-De quem recebeu auxílio? Setor Público

22-Você recebeu alguma orientação de profissionais da saúde em relação a hábitos saudáveis de vida

Como por exemplo, dicas de alimentação saudável, atividade física ou sexo seguro? Sim, setor privado/convênio

23-Você tem caderneta de saúde da pessoa idosa? ( ) Sim ( ) Não

24-Quando foi preenchida pela última vez? um mês

25-O senhor necessita que alguém lhe auxilie nas atividades diárias? ( ) Sim ( ) Não

26-Quem lhe auxilia? Ninguém

26a-A pessoa que lhe auxilia recebeu treinamento específico? Não

27-No último ano, quantas vezes você já recebeu a visita domiciliar de um profissional da saúde?

- [ ] Médico setor privado Nenhuma vez
- [ ] Médico setor público Nenhuma vez
- [ ] Enfermeiro setor privado Nenhuma vez
- [ ] Enfermeiro setor público Nenhuma vez
- [ ] ACS Nenhuma vez
- [ ] Outros setor privado Nenhuma vez
- [ ] Outros setor publico Nenhuma vez

28-Você já recebeu orientação formal de como evitar acidentes domiciliares? Não

29-Quais vacinas você recebeu no último ano?

- [ ] Gripe Pago
- [ ] Pneumonia Pago
- [ ] Tétano nos últimos 10 anos Pago

30-Você participa de algum grupo de apoio? Sim, do plano de saúde

31-Em geral, você considera sua saúde: Excelente

32-Sua saúde atrapalha a realização de suas atividades diárias? Não

Questionário - Medicamentos

Morador número: 3 Questionario número: 8027

1-Qual dessas, você considera a cor de ? 1-branca

2-Quem é a referência para em relação aos cuidados com a sua saúde?

Médico Particular

3- frequenta ou frequentou algum serviço de saúde ou consultório médico?

{EXCLUINDO PRONTO SOCORRO) nos últimos 12 meses? Sim

4-Em qual cidade (moradores de Praia Grande) ou Bairro(moradores São Paulo):

5-Como você consegue o agendamento com o serviço/médico citado acima? Com facilidade

6-Você sabe o nome do médico que lhe atende? Sim

7-Você trocaria seu médico se pudesse ou se fosse fácil?: ○ Sim ○ Não

8-Como você avalia o médico/serviço citado acima?: Muito ruim

9-Você se sente a vontade nas consultas para fazer perguntas?: ○ Sim ○ Não

10-Suas perguntas durante as consultas são respondidas de forma que você entenda?: ○ Sim ○ Não

11-Você discute problemas de sua família durante as consultas?: ○ Sim ○ Não

12-Por qual(is) tipo(s) de médico(s) passou nos últimos 12 meses?

- ☐ Médico de Família
- ☐ Pediatra
- ☐ Cardiologista
- ☐ Ortopedista
- ☐ Oftalmologista
- ☐ Gastroenterologista
- ☐ Dermatologista
- ☐ Psiquiatra
- ☐ Pneumologista
- ☐ Endocrinologista
- ☐ Outros

13-Como você conseguiu o agendamento?: Com facilidade

14-O seu médico do/da recebeu por escrito o que o especialista achou?: Sim

15-O/A tem algum problema de saúde? ○ Sim ○ Não

16- fez algum exame nos últimos 12 meses?

- ☐ Sangue
- ☐ Urina
- ☐ Fezes
- ☐ Raio X
- ☐ Ultra Som
- ☐ Tomografia
- ☐ Ressonância

- ☐ Cintilografia
- ☐ Eletrocardiograma
- ☐ Ecocardiograma
- ☐ Endoscopia
- ☐ Colonoscopia
- ☐ Exame de Vista
- ☐ Teste do pezinho
- ☐ Teste do olhinho (reflexo vermelho)
- ☐ Teste da orelhinha

17- _____ mamou no peito até que idade?

○ não mamou ○ ainda esta mamando ○ até : _____

18-Logo que _____ nasceu, recebeu alguma visita em casa da equipe de saúde?

○ Sim ○ Não ○ Não me lembro

19-Em todas as consultas de rotina, o(a) _____ foi pesado e medido?

em todas

Olhar o cartão de vacinação para responder as questões 25,26 e 27

24- _____ tem cartão de vacinação? ○ Sim ○ Não

25-Cartão completo e adequado: ○ Sim ○ Não

número de doses aplicadas: _____ quantas foram pagas: _____

26- _____ tomou vacinas fora do calendário oficial?

- ☐ varicela
- ☐ HPV
- ☐ Hepatite A

27-No geral, a saúde do(a) _____ é considerada: excelente

28-Nos últimos doze meses o(a) _____ passou em consulta com alguns desses profissionais:

- ☐ Fonoaudiólogo
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Dentista

20-Foi explicado o gráfico de crescimento do(a) _____ que esta na caderneta?

sim

21-Durante as consultas do(a) _____ você recebeu orientações sobre:

Alimentação: ○ Sim ○ Não

Amamentação: ○ Sim ○ Não

22-Durante as consultas do(a) _____ você recebeu orientações sobre:

O risco de se fumar em casa para a saúde da criança ○ Sim ○ Não

Como transportar a criança no carro ○ Sim ○ Não

Prevenção de acidentes domésticos ○ Sim ○ Não

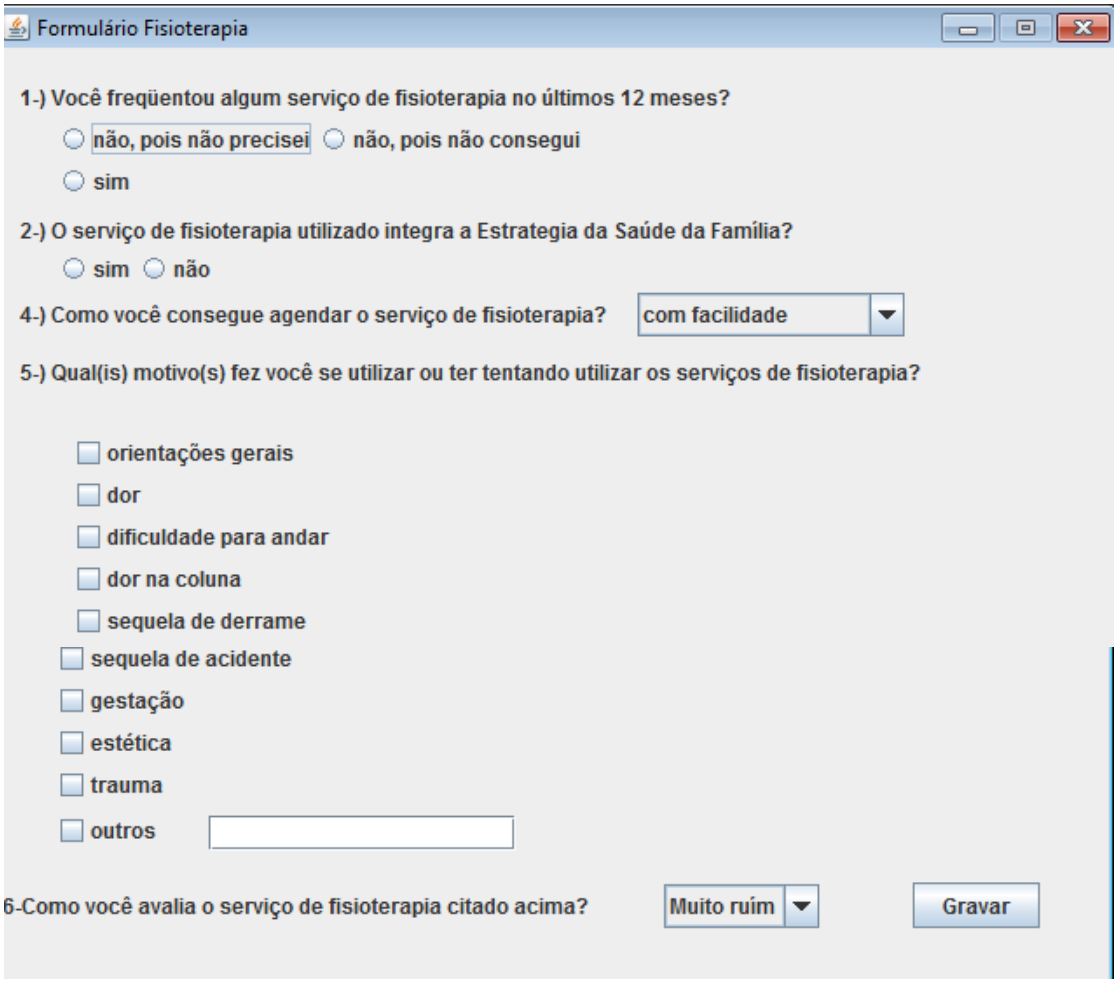
23-Durante as consultas do(a) _____ foram dadas orientações sobre:

Sexo seguro ○ Sim ○ Não

Métodos contraceptivos ○ Sim ○ Não

Problemas do uso de drogas ○ Sim ○ Não

Problemas do uso de cigarro ○ Sim ○ Não


Formulário Fisioterapia
1-) Você freqüentou algum serviço de fisioterapia no últimos 12 meses?
não, pois não precisei
não, pois não consegui
sim
2-) O serviço de fisioterapia utilizado integra a Estrategia da Saúde da Família?
sim
não
4-) Como você consegue agendar o serviço de fisioterapia?
com facilidade
5-) Qual(is) motivo(s) fez você se utilizar ou ter tentando utilizar os serviços de fisioterapia?
orientações gerais
dor
dificuldade para andar
dor na coluna
sequela de derrame
sequela de acidente
gestação
estética
trauma
outros
6-Como você avalia o serviço de fisioterapia citado acima?
Muito ruim
Gravar