

Perfil dos usuários atendidos em serviços de Fisioterapia do SUS no município de Patos de Minas, MG

An outline of users attended by services of Physiotherapy at the SUS in Patos de Minas, MG

Luíza Caetano Vieira

Graduanda no curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos de Minas.
e-mail: luizac.vieira@hotmail.com

Roane Caetano de Faria

Professora do curso de Fisioterapia do UNIPAM. e-mail: roane@unipam.edu.br

Resumo: A qualidade dos serviços de saúde passou a ser discutida em 1990, quando iniciaram pesquisas sobre a avaliação da assistência em saúde, com foco na qualidade do atendimento. O despreparo dos profissionais ou a atenção humanizada ao usuário são pontos a serem melhorados nos serviços, incluindo-se a assistência fisioterapêutica. São objetivos do presente estudo conhecer e detectar, em Patos de Minas/MG, as principais dificuldades encontradas pelos usuários do SUS ao atendimento fisioterapêutico, o acolhimento no contexto dos serviços de fisioterapia e descrever o perfil desses usuários atendidos por esses serviços. Aplicaram-se questionários em 3 clínicas prestadoras de serviços ao SUS, em que realizou-se a análise de conteúdo e estatística descritiva, utilizando valores brutos. Observou-se uma população satisfeita com os serviços que vem recebendo, porém, os pacientes alegam demora em iniciar o tratamento. Há necessidade de constantes estudos referentes à interação usuários/SUS, com o intuito de aprimorar os serviços e elaborar políticas de saúde concretas.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Fisioterapia.

Abstract: The quality of health care began to be discussed in 1990, when they began research on the assessment of health care, focusing on quality of care. The unpreparedness of humanized health care professional or user are points to be improved in the services, including the physiotherapy. The objectives of this study, know and experience, in Patos de Minas / MG, the main difficulties encountered by users of SUS to physiotherapy, the host in the context of physiotherapy services and describe the profile of these users have these services. Applied questionnaires in 3 clinics that provide services to the SUS, which was held in the content analysis and descriptive statistics, using gross. There was a population satisfied with the services they are receiving, however, claim the delay in initiating treatment. There is constant need for studies on the user interaction / SUS, in order to improve services and develop specific health policies.

Keywords: Health System. Public Health. Physiotherapy.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido em 1988, através da Constituição Federal, marcando a mudança de paradigma como produção social da saúde, que se iniciou a partir do movimento de Reforma Sanitária, em conformidade com a Carta de Ottawa, determinando no seu Art. 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Prevê ainda acesso às ações e serviços do SUS, sendo que todos têm direito de serem atendidos, com tratamento igual, sem discriminações ou preferências, usufruindo de assistência em promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2004).

Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretende produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante. Da mesma forma, o projeto do SUS é uma política de construção da democracia que visa à ampliação da esfera pública, à inclusão social e à redução das desigualdades. Se a Reforma Sanitária é a expressão do nosso desejo de transformação social, sua materialização institucional no SUS é a resultante do enfrentamento desta proposta com as contingências que se apresentam nessa trajetória (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, p. 2).

O novo modelo de assistência à saúde passou a se caracterizar por ser um sistema único a nível nacional, por propor a descentralização e pela criação de novas formas de participação na gestão em que o usuário é incluído.

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social, houve um avanço na concretização da democracia, fortalecendo a responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. Mesmo coincidindo com o governo Collor e o início da implantação das propostas neoliberais de ajuste do Estado, a construção do SUS foi realizada na contramão das políticas econômicas, configurando, juntamente com a atuação do Ministério Público, alguns dos mais expressivos resultados dos preceitos democráticos inscritos na CF/88 (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, p. 2).

As discussões a respeito do papel da Fisioterapia em relação aos diferentes níveis de atenção e atuação na Saúde Pública são relativamente recentes, especialmente na atenção primária à saúde. A Fisioterapia, ao longo desse período, tem sido alvo de questionamentos para uma nova abordagem, com a possibilidade de proporcionar novas oportunidades e construir um profissional com um novo perfil, novas habilidades e competências, cumprindo seu papel de profissional da saúde, capaz de contribuir com o fortalecimento do sistema de saúde vigente.

A atuação da Fisioterapia no Brasil tem uma história de mais de 80 anos, apresentando diferentes etapas que se fazem relevantes para a construção da identidade profissional, mantendo-se o vínculo com o modelo biomédico de atuação com forte tendência em reabilitar. Essas características sofreram a influência de fatores ligados “a sua gênese, um fator legal que obedecendo à gênese limitou áreas e campos de atuação e a formação acadêmica determinada pelos preceitos das ciências biomédicas”, em es-

pecial da medicina (HADDAD *et al*, 2006, p.202).

O fisioterapeuta, entre outros profissionais da saúde, foi então incluído no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual foi criado com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde (PORTARIA nº 1.065, 4 de julho de 2005).

É notório que a demanda por serviços de reabilitação em Fisioterapia é extremamente alta. Logo, um profissional fisioterapeuta não conseguirá manter uma assistência de qualidade para uma população de referência de nove a onze equipes. Sabe-se que cada equipe presta assistência a cerca de mil famílias, ou seja, cerca de quatro mil habitantes, portanto, o fisioterapeuta estará responsável por quarenta mil habitantes em média, em cada Núcleo.

De acordo com pesquisa realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde, mais de 90% da população brasileira é usuária de alguma forma dos serviços de saúde do SUS. Entretanto, reconhece-se a baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e profissionais. Há também ausência de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde e a falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços, pois esse processo avaliativo produz conhecimento sobre os sistemas e serviços de saúde com o objetivo de orientar o desenho de políticas e a melhoria do desempenho (FRÉZ e NOBRE, 2011). A qualidade dos serviços de saúde passou a ser discutida, com maior ênfase, a partir da segunda metade do século 20, quando se iniciaram as pesquisas sobre a avaliação da assistência em saúde, com foco na qualidade do atendimento (MACHADO e NOGUEIRA, 2008).

Pode-se perceber, diante disso, que o maior vínculo encontrado entre o fisioterapeuta e o Sistema Único de Saúde “está relacionado ao setor privado, por intermédio de convênios estabelecidos com as clínicas e os prestadores de serviços de Fisioterapia. A presença desse profissional no setor público ainda é pequena, senão nula, em algumas regiões” (SCHMIDT, 2002, p.28).

A Lei 8.080, em seu Art. 7º, determina que

as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; [...] XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência [...]

No caso particular da Fisioterapia, a detecção de quais problemas da população

poderiam ou deveriam ser de responsabilidade dos futuros profissionais pode ser um ponto de partida para a formação de indivíduos cuja atuação não se caracteriza exclusivamente pela aplicação de técnicas, muitas vezes não condizentes com os problemas da população-alvo. Isso exige profissionais capazes de adequarem o conhecimento existente aos problemas reais e produzirem novos conhecimentos que permitam um trabalho mais eficiente em relação a esses problemas (REBELATTO e BOTOMÉ, 2004, p. 89).

O município de Patos de Minas, Minas Gerais, possui uma unidade integrante da Rede de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física (PPDF), a qual se constitui em um Serviço de Nível Intermediário, de natureza Pública Municipal, que possui instalações físicas adequadas, equipamentos e equipe multiprofissional para o desenvolvimento de um conjunto de atividades individuais e/ou em grupo, acompanhamento médico e funcional e orientação familiar. Além disso, possui quatro clínicas da rede privada conveniadas com o SUS para atendimento à demanda de atendimento fisioterapêutico do município e região.

Patos de Minas é considerada cidade polo regional de saúde, por sua situação geográfica e por seu desenvolvimento socioeconômico e político. Desde o início da década de 2000, vem se reestruturando na área da saúde, implantando a principal estratégia política de atenção à saúde: a estratégia de saúde da família. O município optou ainda por implantar três Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em que o profissional fisioterapeuta é integrante obrigatório da equipe multiprofissional.

As principais causas de mortalidade no município são as doenças cardiovasculares, seguidas pelas causas mal definidas, doenças do aparelho respiratório e neoplasias. As ações de promoção e prevenção têm importante papel na redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplasias, sendo um dos campos prioritários de atuação das equipes de saúde da família. Configuram-se como ações complexas, exigindo profissionais qualificados, comprometidos, motivados, atuando em equipes multiprofissionais, com certa padronização do atendimento, através de protocolos definidos, sistema de referência e contra referência, rede hierarquizada, garantia de acesso e controle e avaliação eficaz que permita ao gestor intervir, no momento certo, adequando o planejamento.

No Brasil, as desigualdades sociais são um fator de adoecimento e o acesso aos serviços e aos bens de saúde, com o acompanhamento das reais necessidades de cada usuário, permanece com algumas lacunas. O despreparo dos profissionais de saúde na atenção que vai além da assistência técnica, envolvendo o acolhimento ou a atenção humanizada ao usuário, ainda é ponto a ser melhorado em grande parte dos serviços, incluindo-se a assistência fisioterapêutica. Percebe-se, ainda, uma insatisfação e diminuição da resolubilidade dos problemas apresentados pelos indivíduos, decorrente principalmente da dificuldade de acesso aos serviços pela demora no encaminhamento, início do tratamento e reencaminhamento, caso necessário.

Desta forma, tratamentos realizados com sucesso em dez sessões passam a demorar e prolongar por muito mais tempo, trazendo outras consequências ao próprio usuário, aos profissionais que se sentem frustrados e ao sistema de saúde como um todo (aumentando a demanda pelo prolongamento do tratamento de um único usuário, diminuindo a rotatividade de pacientes, e ainda aumento do custo do tratamento

proposto para cada paciente em decorrência da baixa resolutividade).

Por estes motivos, o presente estudo objetiva e se justifica como forma de diagnosticar o perfil do usuário, suas necessidades mais frequentes, as dificuldades no acesso, as formas de acolhimento e atendimento, na tentativa de propor estratégias que possam melhorar o acesso ou prevenir as queixas.

2. Revisão teórica

O Sistema Único de Saúde – SUS - é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 1970, quando vivíamos sob a ditadura militar (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

Originalmente uma ideia e um ideário de um grupo de intelectuais, a proposta se desenvolveu na transição democrática congregando entidades representativas dos gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais que, articulados na Plenária Nacional de Entidades de Saúde, conseguiu influenciar o processo constituinte e plasmar na Constituição Brasileira de 1988 o texto aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde que garante que a saúde passou a fazer parte dos direitos sociais da cidadania, sendo obrigação do Estado (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

Segundo a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pressuposto no Art. 2º, parágrafo 1º,

o dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com essa Lei, o SUS constitui um conjunto de ações e serviços de saúde disponibilizados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

No âmbito da reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e controle social. Como consequência, ocorreu uma ousada municipalização do setor saúde. Foram criados Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo, em todos os municípios e estados nos quais os representantes dos usuários ocupam 50% dos assentos. Foram instituídos os Fundos de Saúde substituindo os convênios que regiam as relações entre as três esferas governamentais. A criação das Comissões Bipartites (CIB), nos Estados, e a Tripartite (CIT), no nível nacional, estabeleceu o espaço para o desenvolvimento de relações cooperativas entre os entes governamentais (FÓRUM DA REFORMA

SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

Tendo em vista a Lei nº 8.080, no Art. 5º, inciso III, um dos objetivos do SUS é a assistência às pessoas por intermédio de ações em todos os níveis da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os brasileiros em busca de assistência e cuidados à saúde na rede do SUS são submetidos a filas que se formam desde a madrugada para pegar senhas, passam por triagens, aguardam horas em locais de espera, frequentemente desconfortáveis, e necessitam, quase sempre, percorrer mais de um estabelecimento nos casos exigentes de realização de exames e obtenção de medicamentos. A lógica que deve orientar a organização dos serviços de atenção e atuação dos profissionais de saúde é a de tornar mais fácil a vida do cidadão-usuário, no usufruto de seus direitos. Trata-se de organizar o SUS em torno dos preceitos da promoção da saúde, do acolhimento, dos direitos à decisão sobre alternativas terapêuticas, dos compromissos de amenizar o desconforto e o sofrimento dos que necessitam assistência e cuidados (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

A existência de extensas filas de espera dificulta o serviço, torna-o mais vagaroso e pouco eficiente (OLIVEIRA, 2000). Ao avaliar o acesso aos serviços, Schaedler (2004 *apud* MOIMAZ, 2010) alvitrou a ideia de serviços organizados em rede, em que a população teria acesso irrestrito, de forma que se necessitasse de atendimento seria dignamente acolhida, independentemente de qual local escolhesse.

Dessa maneira, as avaliações de satisfação de usuários tornaram-se primordiais ao planejamento e à verificação dos serviços de saúde, em que a satisfação pode ser resultado da prestação de atendimento, pois revela uma visão geral dessa atividade e está repleta de valores pessoais e sociais e experiências individuais. Assim, a satisfação é constituída de múltiplas dimensões, sendo expressa de várias maneiras, e uma mesma pessoa se declarará de várias formas em tempos diferentes, além de estar contente em vários aspectos da assistência e insatisfeita simultaneamente em outros (FRÉZ e NOBRE, 2011).

Na saúde não parece haver, ainda, suficiente clareza sobre o objeto de trabalho dos profissionais de Fisioterapia. Em geral, a “doença” parece ser a parte desse objeto que mais recebe atenção, obscurecendo o que é a totalidade deste: as condições de saúde de um organismo ou de toda uma população (REBELATTO e BOTOMÉ, 1987).

As possibilidades de trabalho da profissão esgotam-se nas perspectivas de recuperar as condições de saúde para níveis anteriores a um “episódio de doença” ou de reabilitar um organismo, auxiliando-o a ser capaz de fazer, de outras formas, o que já fazia antes ou de minimizar sofrimento quando nem reabilitar for possível. O próprio nome da profissão já evidencia a seleção feita em relação ao que é considerado como objeto de trabalho nesse campo da população (REBELATTO e BOTOMÉ, 1987).

A inserção da fisioterapia na rede pública de saúde vem sofrendo a influência do seu surgimento, pois apresenta sua origem e evolução marcadas pela reabilitação. A própria origem da Fisioterapia enfatizou e dirigiu as definições do campo profissional para atividades recuperativas, reabilitadoras ou atenuadoras a serem utilizadas quando um organismo se encontra em más condições de saúde. O surgimento desse profissional, como uma decorrência das grandes guerras, fez-se, fundamentalmente, para tratar de pessoas fisicamente lesadas. As perdas totais ou parciais de membros, atrofias

e paralisias são exemplos do “objeto de trabalho” da Fisioterapia na sua gênese populacional (REBELATTO e BOTOMÉ, 1987).

Documentos legais, que tratam da regulamentação da Fisioterapia no Brasil, como: Parecer nº 388/63; Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969; Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975 e o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, estabelecido pelo Coffito, referem-se em maioria ao “objeto de trabalho” indivíduos já acometidos por alguma lesão; porém, o último começa a apresentar como dever do fisioterapeuta a promoção da saúde do homem, tendo a participação em programas de assistência à comunidade, dentre eles o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

Por ser considerado um campo novo de atuação na área da saúde, por vezes elizitado e de difícil acesso para a população, a Fisioterapia ainda não mostrou suas diversas aplicações no mercado de trabalho. Já se assume, inclusive, que o fisioterapeuta não atua mais exclusivamente na reabilitação física, pois é profissional da saúde no sentido mais amplo da palavra. Por esse motivo, deve-se buscar a ampliação desse campo de trabalho, além da sua inserção em áreas como a saúde pública, até então distante da realidade desse profissional (SCHMIDT, 2002).

Na Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, publicada no *Diário Oficial da União* em 4 de março de 2002, no Artigo 4º, estão relacionadas as competências e habilidades gerais a serem alcançadas pela formação acadêmica, uma delas citadas a seguir: “Atenção à saúde: o profissional deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo” (BRASIL, 2002).

Considerando apenas a origem do exercício da Fisioterapia no país tornou-se pouco provável que a profissão fosse além do tratamento de distúrbios de postura e do movimento por meio da terapia. Porém, o setor saúde no país vive um processo irreversível de transformação na forma de atuar dos seus profissionais. Diante das profundas transformações do papel social e das condições de trabalho desses profissionais, novas necessidades e novos valores foram criados. Assim, a formação profissional deve desenvolver uma visão de saúde global, capaz de atuar de forma preventiva, além da curativa e reabilitadora, respeitando e valorizando integralmente o ser humano (SCHMIDT, 2002).

As propostas de atuação da fisioterapia, na atenção primária, apresentam-se com os objetivos de desenvolver ações voltadas à manutenção da saúde ou, então, em última instância, à prevenção de sequelas e não apenas à reabilitação (RIBEIRO, 2002).

É dentro desta nova perspectiva de atuação profissional que se insere o fisioterapeuta preventivo, agindo em programas de promoção de saúde e proteção específica (DELIBERATO, 2002).

Deste modo, há muito que discutir para se atingir essa conquista, e a discussão começa pela inclusão de representantes da classe ativos nas conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde, para que seu espaço nesse mercado de trabalho seja ocupado. Também se deve verificar como a questão da saúde pública e as transformações no setor saúde no país estão sendo tratadas na formação desses profissionais (SCHMIDT, 2002).

Crê-se que a ideação e o redirecionamento das políticas públicas, principalmen-

te referentes à saúde, serão mais eficientes à medida que estiverem justificados pelo respeito ao panorama e às necessidades dos usuários (FRÉZ e NOBRE, 2011).

3. Metodologia

Por se tratar de um estudo de cunho social e de fatores que estão em transformação, o método utilizado foi uma abordagem quali – quantitativa. O mesmo foi fundamentado na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde referente às diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, do qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas/UNIPAM, nº protocolo 05/12.

Participaram do presente estudo 60 (sessenta) usuários do SUS ou seu responsável legal, selecionados aleatoriamente, considerando como critérios de inclusão: estar em tratamento fisioterapêutico, ambos os sexos, maiores de 18 anos, aptos a responderem ao questionário, apresentar qualquer tipo de patologia, desde que indicado para tratamento ou atenção fisioterapêutica, e demonstrar interesse, o desejo e a disponibilidade em participar da proposta; e de exclusão: voluntários inábeis em responder o questionário. Os entrevistados, estando cientes acerca do estudo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os questionários foram aplicados de forma que o pesquisador lia as perguntas e os usuários as respondiam verbalmente, sendo a entrevista realizada entre cada usuário, separadamente, e o pesquisador. No caso de dúvida ou maiores esclarecimentos acerca das perguntas, estas eram sanadas pelo pesquisador.

Os mesmos foram compostos por três partes, sendo que a primeira parte continha perguntas relacionadas a dados demográficos e pessoais. A segunda parte apresentava várias questões sobre os serviços públicos de fisioterapia. A terceira apresentava questões com as seguintes perguntas: a qual UBS (Unidade Básica de Saúde) pertence e frequenta; qual NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) frequenta (caso realize alguma atividade junto ao NASF) e se tem algum comentário sobre o ambulatório/clínica que frequenta.

A pesquisa foi realizada em 3 (três) clínicas prestadoras de serviço ao SUS, que apresentaram disponibilidade e pretensão em participar da pesquisa. A pesquisa de campo foi realizada em 6 (seis) dias, sendo que a cada dia aplicavam-se 10 (dez) questionários. Foi feito um pré-teste antes da aplicação dos questionários, para sua validação. Para as respostas com informações objetivas, procedeu-se à descrição das mesmas através de estatística descritiva e para aquelas questões que envolveram respostas mais subjetivas, realizaram-se os procedimentos da análise de conteúdo. Os dados foram processados no Microsoft Excel 2010, em forma de quadros e gráfico, baseando-se em métodos estatísticos, utilizando valores brutos, depois de analisadas as informações.

4. Resultados

QUADRO 1: perfil dos usuários			
VARIÁVEL	TIPO	n ^o *	%***
nível de escolaridade	analfabeto/ primário completo	15	25%
	Primeiro grau completo	7	11,67%
	Primeiro grau incompleto	14	23,33%
	Segundo grau completo	16	26,67%
	Primeiro grau incompleto	4	6,67%
	Superior completo	3	5%
	Superior incompleto	1	1,67%
estado civil	casado(a)	29	48,33%
	solteiro(a)	18	30%
	divorciado(a)	4	6,67%
	amasiado(a)	1	1,67%
	viúvo(a)	8	13,33%
Locais que ofertam serviços do SUS, mais frequentemente usufruídos pelos usuários	Unidades Básicas de Saúde	47	78,33%
	Unidades de Pronto Atendimento	4	6,67%
	Hospitais próprios	0	0%
	Hospitais conveniados com o SUS	9	15%
Tipos de serviços fisioterapêuticos de que os usuários usufruem	Privado	0	0%
	Conveniado com o SUS	54	90%
	ambos	10	10%
Frequência com que os usuários utilizam os serviços fisioterapêuticos de UBS	nunca	0	0%
	raramente	12	20%
	algumas vezes	20	33,33%
	quase sempre	13	21,67%
	sempre	15	25%
Atividade física regular	sim	24	40%
	não	36	60%
Usuários que participam de alguma atividade junto ao NASF	sim	2	3,33%
	não	58	96,67%
Portador de doenças crônicas degenerativas**	Doenças cardiovasculares	22	36,67%
	Diabetes	8	13,33%
	Obesidade	3	5%
	Câncer	3	5%
	Doenças respiratórias	6	10%

Fonte: Dados da pesquisa

* há amostra incompleta pelo fato de o usuário não se enquadrar em tais assertivas

** questão marcada com mais de uma assertiva

*** valores arredondados com duas casas decimais

Os usuários voluntários obtiveram uma idade média de 51±16,9 anos, com idade mínima de 19 anos e máxima de 79 anos, sendo 60% do sexo feminino e 40% do sexo

masculino. De acordo com Ferreira Filho *et al* (1996 *apud* MOIMAZ, 2010), na maioria dos estudos feitos em serviços de saúde há a predominância do sexo feminino.

Conforme observado no Quadro 1, 25% dos usuários não concluíram a escolaridade até a 4ª série, 35% concluíram ou não até a 8ª série e 26,67% concluíram o segundo grau, observando uma significativa variação referente ao nível de escolaridade dos usuários. A maioria dos usuários (48,33%) são casados.

Afirmaram Fréz e Nobre (2011) a necessidade de se atentar a uma forte capacidade de avaliação positiva dos serviços prestados, confirmada por parte dos usuários de classes sociais menos favorecidas, podendo ser consequência de uma baixa capacidade crítica dos mesmos ou da ausência de opinião e/ou a aceitação do paternalismo dos profissionais da saúde.

Em relação ao usufruto dos serviços públicos de saúde, 78,33% dos usuários procuram as UBS (Unidade Básica de Saúde) com frequência e 90% utilizam apenas a fisioterapia pelo SUS, porém os outros 10% fazem uso também dos serviços fisioterapêuticos privados, alegando que, por haver muita demora na marcação das avaliações para dar início ao tratamento fisioterapêutico, veem a necessidade de custear a fisioterapia, devido ao estado de saúde encontrar-se insatisfatório e insuportável. Do total da amostra, 46,67% utilizam quase sempre ou sempre os serviços fisioterapêuticos e 33,33% algumas vezes.

Existem relatos de demora em iniciar um tratamento, nos serviços públicos de saúde, gerada pela dificuldade na marcação de consulta, sendo necessário o uso de estratégias do poder público para aumentar o nível de satisfação dos usuários, tendo em vista problemas de infraestrutura e tempo de espera. Poderá constituir essas estratégias a maior destinação de recursos para a aquisição de mais equipamentos e maior número de profissionais (MACHADO e NOGUEIRA, 2008).

Referente às doenças crônicas degenerativas, em que os usuários podem apresentar uma ou mais patologias simultaneamente, nota-se que 36,67% dos usuários são portadores de doenças cardiovasculares, como: insuficiência venosa, hipertensão, chagas, aterosclerose e trombose venosa profunda e; 13,33% de diabetes, sendo que apenas 40% de todos os entrevistados praticam atividade física regularmente.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) não é conhecido por 96,67% dos usuários que participaram do estudo, assim não frequentando o mesmo. E apenas 3,33% o conhecem, participando de atividades junto ao núcleo.

QUADRO 2: características e opiniões dos usuários referentes aos serviços de Fisioterapia			
QUESTÕES	ALTERNATIVA	n° *	% ***
tempo médio de deslocamento do domicílio até o ambulatório/clínica de fisioterapia	menos de 30 minutos	43	71,67%
	entre 30 minutos e 1 hora	12	20%
	entre 1 horas e 1 hora e 30 minutos	4	6,67%
	2 horas ou mais	1	1,6%
Meio de transporte utilizado	carro próprio	11	18,33%
	transporte público (ônibus coletivo)	15	25%
	veículo da secretaria de saúde	0	0%
	táxi/ mototáxi	2	3,33%
	veículo de familiares ou amigos (favor)	7	11,67%
	moto	8	13,33%
	bicicleta	5	8,33%
	a pé	11	18,33%
Tempo de espera após o horário de atendimento	entre 10 e 20 minutos	0	0%
	entre 20 e 30 minutos	0	0%
	entre 30 minutos e 1 horas	0	0%
	mais de 1 hora	0	0%
	não se aplica	60	100%
Respeito com que o usuário é tratado	sim	59	98,33%
	não	0	0%
	às vezes	1	1,67%
Respeito à intimidade física durante os atendimentos	sim	60	100%
	não	0	0%
	às vezes	0	0%
Clareza nas explicações dadas pelos profissionais de saúde	sim	60	100%
	não	0	0%
	às vezes	0	0%
Disponibilidade de tempo para perguntas sobre o problema de saúde e tratamento	sim	60	100%
	não	0	0%
	às vezes	0	0%
Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento	sim	58	96,67%
	não	1	1,67%
	às vezes	1	1,67%
Participação na escolha do seu tratamento	sim	37	61,67%
	não	23	38,33%
	às vezes	0	0%
Sigilo das informações pessoais	sim	60	100%
	não	0	0%
	às vezes	0	0%
Espaço disponível em salas de espera e de atendimentos	sim	55	91,67%
	não	5	8,33%
Liberdade na escolha da clínica a ser atendido	sim	15	25%
	não	45	75%
Limpeza do ambulatório/clínica	sim	58	96,67%
	não	0	0%
	às vezes	1	1,67%
Adequação dos equipamentos	sim	57	95%
	não	0	0%
	às vezes	0	5%

Variedade de serviços oferecidos ou disponíveis	sim	40	66,67%
	não	15	25%
	às vezes	5	8,33%
Resolução do problema de saúde apresentado	sim	60	100%
	não	0	0%
Local que gerou o encaminhamento ao ao serviço fisioterapêutico	USB	29	48,33%
	hospital de rede	25	41,67%
	outros	5	8,33%
	não obteve encaminhamento	1	1,67%
Encaminhamento teve aprovação do local responsável	sim	55	91,67%
	não	1	1,67%

Fonte: Dados da pesquisa

*questões: não há amostra total por não desejaram opinar ou não terem conhecimento

** valores arredondados com duas casas decimais

No quadro 2, observa-se que 71,67% dos usuários gastam menos de 30 minutos para deslocar do domicílio até o ambulatório/clínica de fisioterapia e 20% entre 30 minutos e 1 hora, sendo o transporte público o mais utilizado (25%), e o veículo da secretaria de saúde não foi mencionado por nenhum dos usuários. Há ainda aqueles que utilizam ônibus intermunicipais rodoviários (outros – 1,67%).

Todos os usuários (100%) alegaram não aguardar após o horário de atendimento, sendo alguns atendidos até mesmo antes do seu horário marcado; foram respeitados enquanto à intimidade física; obtiveram explicações claras, disponibilidade de tempo para perguntas direcionadas aos profissionais, sigilo das informações pessoais e resolução do problema apresentado. Bernhart (1999 *apud* FRÉZ e NOBRE, 2011) afirmou que no setor público há um envolvimento mais complexo de elementos no tocante à avaliação dos usuários, como o sentimento de gratidão. O usual obstáculo de obter atendimento resulta em baixa perspectiva, e o simples fato de um atendimento imediato pode produzir contentamento, pois segundo o autor as pessoas não aguardam muito dos serviços públicos.

Os resultados encontrados nessa pesquisa se opõem a afirmativa dos autores Machado e Nogueira (2008), ao constatarem que há uma grande demanda de serviços, principalmente na fisioterapia, agravando-se com a escassez de profissionais cadastrados nesta área, provocando a espera de cerca de 60 minutos para os usuários serem atendidos.

Em estudo, Ibanéz *et al* (2006) concluíram, também, que a demora no atendimento levou a reclamações por partes dos pacientes do sistema, podendo estar vinculado ao número ineficiente de fisioterapeutas para atuarem em serviços próprios, contratados pelo SUS, o que, conseqüentemente, torna a dinâmica do atendimento mais vagarosa.

De acordo com o critério assistencial de qualidade na interação fisioterapeuta/paciente, estabelecido pelo COFFITO e reforçado pelo SUS, há a necessidade de, a cada seis pacientes por hora, um fisioterapeuta, proporcionando, assim, um atendimento mais ágil, prestativo e de qualidade, assegurando que, durante os horários de atendimento aos pacientes, estejam em serviço, profissionais fisioterapeutas correspondentes com a natureza e a atenção prestada (MACHADO e NOGUEIRA, 2008).

Dos entrevistados, 98,33% disseram ser respeitados e apenas 1,67% diz ter sido respeitado algumas vezes; 96,67% afirmaram que obtiveram possibilidades de informações sobre outros tipos de tratamento; 61,67% tiveram participação na escolha do seu tratamento; 91,67% acreditavam ter espaço disponível em salas de espera e de atendimentos; 96,67% afirmaram ter limpeza do ambulatório/clínica; 95% disseram ter equipamentos adequados; 66,67% alegaram ter variedade de serviços disponíveis ou oferecidos.

Tomando como referência os encaminhamentos dos usuários entrevistados, 48,33% vieram das UBS e 14,67% do hospital da rede, sendo que 1,67% alegou não ter encaminhamento; 91,67% tiveram aprovação do local responsável. Dos usuários entrevistados, 75% não tiveram liberdade na escolha da clínica que prestaria o atendimento, por motivos como o não questionamento da preferência ou o não conhecimento de outros locais. As UBS às quais os usuários entrevistados pertencem e as quais frequentam estão correlacionadas abaixo:

QUADRO 3:						
Unidades Básicas de Saúde que os usuários entrevistados frequentam e a que pertencem						
	PERTENCE	nº	%	FREQUENTA	nº	%
	UBS	Bem Viver	4	6,67%	Bem Viver	4
André Luiz		3	5%	André Luiz	3	5%
Novo Horizonte		5	8,33%	Novo Horizonte	5	8,33%
Lagoinha		3	5%	Lagoinha	2	3,33%
Guanabara		4	6,67%	Guanabara	4	6,67%
Sebastião Amorim I		8	13,33%	Sebastião Amorim I	8	13,33%
Nossa Senhora de Fátima		3	5%	Nossa Senhora de Fátima	3	5%
Sebastião Amorim II		2	3,33%	Sebastião Amorim II	2	3,33%
Alvorada		6	10%	Alvorada	9	15%
PSF – Zona Rural		1	1,67%	PSF – Zona Rural	1	1,67%
Jardim Paraíso		3	5%	Jardim Paraíso	3	5%
CAIC		4	6,67%	CAIC	4	6,67%
Ipanema		2	3,33%	Ipanema	2	3,33%
Colina		3	5%	Colina	3	5%
Geraldo Resende		3	5%	Geraldo Resende	4	6,67%
CSU		1	1,67%	CSU	1	1,67%
Várzea		2	3,33%	Várzea	2	3,33%
TOTAL		57	95%	TOTAL	60	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se (Quadro 3) que alguns usuários não tinham conhecimento das UBS que pertencem ou/e que frequentam, outros afirmaram não frequentá-las, e ainda há aqueles que alegaram frequentar mais de uma UBS a procura de serviços que não são oferecidos naquela a qual pertence.

Da totalidade da amostra, 51,67% usuários fizeram comentários a respeito da Clínica em que eram submetidos ao tratamento fisioterapêutico, sendo possível notar a satisfação em relação ao atendimento, a organização e infraestrutura do local e aos re-

sultados, alegando a qualidade, o profissionalismo e a atenção dos profissionais com seus pacientes, proporcionando bem-estar aos mesmos. Também afirmam que os esforços em tratar os pacientes da melhor forma possível vão além dos recursos disponíveis.

De acordo com Fréz e Nobre (2011), a confiança nos resultados dos tratamentos é comprovada diante da predisposição dos usuários em indicarem o serviço a terceiros.

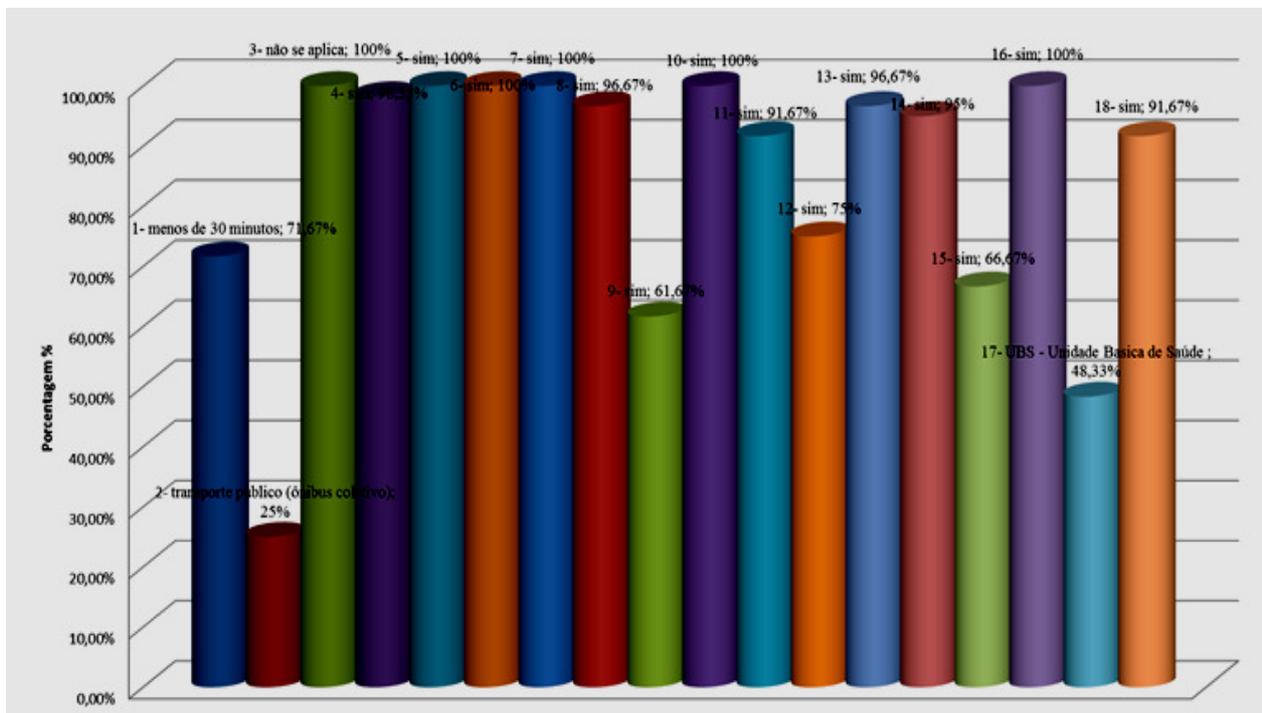


GRÁFICO 1: Relação de todas as questões referentes a Tabela 2 com as assertivas que obtiveram o maior número de indivíduos que as marcaram.

- 01. Tempo médio de deslocamento do domicílio até o ambulatório/clínica de fisioterapia
- 02. Meio de transporte utilizado
- 03. Tempo de espera após o horário de atendimento
- 04. Respeito com que o usuário é tratado
- 05. Respeito à intimidade física durante os atendimentos
- 06. Clareza nas explicações dadas pelos profissionais de saúde
- 07. Disponibilidade de tempo para perguntas sobre o problema de saúde e tratamento
- 08. Possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento
- 09. Participação na escolha do seu tratamento
- 10. Sigilo das informações pessoais
- 11. Espaço disponível em salas de espera e de atendimento
- 12. Liberdade na escolha da clínica a ser atendido
- 13. Limpeza do ambulatório/clínica
- 14. Adequação dos equipamentos
- 15. Variedade de serviços oferecidos ou disponíveis
- 16. Disponibilidade de tempo para perguntas sobre o problema de saúde e tratamento
- 17. Local que gerou o encaminhamento ao serviço fisioterapêutico
- 18. Encaminhamento teve aprovação do local responsável

No tocante de pesquisas realizadas, com variações de maneiras de se conceber e de quantificar a satisfação dos usuários, é bastante característico notar as altas taxas de satisfação dos usuários em relação ao sistema público de saúde (ESPEREDIÃO e TRAD, 2005). Essa manifestação é conhecida na literatura como consequência da “elevação” dos níveis de satisfação e é referido mesmo quando o panorama sobre os serviços apresenta-se negativo (MOIMAZ, 2010).

5. Conclusão

A aplicação do estudo apresentou um significativo obstáculo: a retração e o medo dos usuários em responderem as questões de acordo com o que realmente acreditavam enfrentar, podendo ser devido ao fato de participarem da pesquisa na própria instituição em que realizaram o tratamento ou devido ao medo de serem comprometidos pela veracidade.

Esperavam-se, então, com esse estudo, usuários insatisfeitos com os serviços fisioterapêuticos prestados pelo Sistema Público de Saúde, pois, de acordo com Moimaz (2010), em países em melhoramento, como o Brasil, os usuários apresentam insatisfação com os serviços prestados, pois a porta de entrada a serviços de saúde de boa qualidade ainda é privilégio de poucos. Além disso nota-se reconhecimento da baixa qualidade em termos de equipamentos e profissionais, da falta de participação da população na elaboração e gerenciamento das políticas de saúde e de mecanismos de monitoramento e análise dos serviços, pois essa avaliação fornece conhecimento sobre os sistemas e serviços de saúde com intuito de nortear o desenvolvimento e elaboração de políticas (FRÉZ e NOBRE, 2011).

Em oposição ao esperado, notou-se uma população satisfeita com os serviços que vêm recebendo. Porém, há necessidade de constantes estudos referentes à interação usuários/SUS, com o intuito de aprimorar ainda mais os serviços e elaborar políticas de saúde concretas que venham a beneficiar quem desse sistema usufrui, pois a tendência populacional é o envelhecimento e consequentemente mais indivíduos necessitados de atenção à saúde.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº CNE/CES 4, 19 fev. 2002*. Diário Oficial, Brasília, DF, n. 42, seção 1, 4 mar. 2002. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprimir.asp>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Anne Joyce Anguer (Orgs.). 10. ed. São Paulo: Rideel, 2004.

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

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. Avaliação da satisfação de usuários. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, p. 303-312, 2005.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. Disponível em:
<<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *O SUS prá valer*: Universal, Humanizado, e de Qualidade. 2006. Disponível em:
<<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20070306142552.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2012

FRÉZ, A. R.; NOBRE, M. I. S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. *Fisioterapia. Mov.* Curitiba, v. 24, n. 3, p. 419-428, jul./set. 2011

HADDAD, A. E. *et al.* (org.) *A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde*: 1991-2004. Brasília: INEP/MEC, 2006.

LEI 8.080 de 19/09/1990. Brasília. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2011.

IBAÑEZ, N.; *et al* Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cienc Saude Coletiva*. v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

MACHADO N.P.; NOGUEIRA L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 401-8, set./out. 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: Pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1994.

MINISTÉRIO da Saúde. *Portaria nº. 1.065/GM de 4 de julho de 2005*. Brasília: 2005. Disponível em: <<http://fisioterapia.com.br>>. Acesso em: 30 maio 2011.

MOIMAZ, S. A. S. Satisfação e percepção do usuário do SUS: sobre o serviço público de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 20, nº 4, p. 1419-1440, 2010.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. *Fisioterapia no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2004.

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

SCHMIDT, L. A. T. *Os cursos de Fisioterapia no Paraná frente aos conceitos contemporâneos de saúde*. 2002. 145 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Londrina.