KIRIA MARIA DE CARVALHO TRINDADE

FISIOTERAPIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

ESTUDO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Área de Concentração: Movimento, Postura e Ação
Humana

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Aparecida Casarotto

São Paulo

2012

KIRIA MARIA DE CARVALHO TRINDADE

FISIOTERAPIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

ESTUDO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Área de Concentração: Movimento, Postura e Ação
Humana

Orientadora: Profa. Dra. Raquel Aparecida Casarotto

São Paulo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Trindade, Kiria Maria de Carvalho

Fisioterapia em uma unidade básica de saúde : estudo da demanda espontânea / Kiria Maria de Carvalho Trindade. -- São Paulo, 2012.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação. Área de concentração: Movimento, Postura e Ação Humana.

Orientadora: Raquel Aparecida Casarotto.

Descritores: 1.Necessidades e demandas de serviços de saúde 2.Atenção primária à saúde 3.Unidade básica de saúde 4.Fisioterapia

USP/FM/DBD-079/12

Dedico ao meu marido, filho, mãe, irmãos e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a chance de ser aquilo que escolhi, por ter confiado a mim o dom de cuidar das pessoas e por todas as maravilhas que têm feito em minha vida.

Aos funcionários do SAMI (Setor de Arquivo Médico e Informações), CIVIS (Comunicação, Informação e Vigilância em Saúde) e Setor de Adulto do CSEB, sem os quais não poderia ter realizado esta pesquisa.

A minha mãe Maria Suely Ferreira de Carvalho, por ter acreditado em mim e, por ter sempre me apoiado.

Agradeço as minhas irmãs Kátia Maria Ferreira de Carvalho e Kênia Maria Ferreira de Carvalho e ao meu irmão Carlos Fernandes de Carvalho, que por mais difícil que fossem as circunstâncias, sempre tiveram paciência e confiança.

Ao meu padrinho e amigo Dr. Antônio Misael Lustosa Pires por ter me auxiliado a trilhar este caminho; manifesto meu agradecimento e estima.

Ao Dr. Luiz Felipe Pinto Duarte pelo companheirismo, amizade, dedicação e compromisso durante essa nova jornada de estudos.

A minha amiga, Dr^a Linamara Rizzo Battistela, uma pessoa fantástica que me proporcionou esta oportunidade para que eu pudesse realizar este sonho.

Ao meu marido, Abelardo Assis Trindade pelo seu apoio, incentivo, companheirismo e felicidade.

Ao meu filho, Bruno de Carvalho Trindade pela ajuda, carinho e pelo estímulo.

A minha orientadora Prof^ª Dr^ª Raquel Aparecida Casaroto pelo auxílio durante a realização deste trabalho me conduzindo ao caminho do conhecimento científico com sabedoria e ética, apoiando minhas inquietações e angústias.

A Prof^ª Dr^ª Fátima Caromano, que muitas vezes me escutou e me apoiou em minhas decisões.

Aos amigos Marcelo Faustino Alves, D. Cida e Eliana Santuche Faustino agradeço pelas palavras de apoio, incentivo e pelo carinho, nunca esquecerei a lealdade, companheirismo e bondade. Amigos, espero realmente um dia poder retribuir em dobro.

Ao meu amigo, Marcelo Mafra que participou de várias disciplinas na USP e sempre me deu a maior força nas horas difíceis.

A minha amiga Bertulina Nakahara, que sempre me ouviu e me deu muito incentivo.

Fico extremamente feliz de ter encontrado a amizade de VOCES que é verdadeira e preciosa, que nos tempos atuais é quase impossível. Se hoje cheguei até aqui, foi puramente pelo apoio de VOCES. MUITÍSSIMO OBRIGADO!

Amo muito vocês.

"Deus não escolhe os capacitados,
capacita os escolhidos. Fazer ou
não fazer algo só depende de nossa
vontade e perseverança".

Albert Einstein

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3^a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	<i>xi</i>
LISTA DE GRAFICOS	<i>xii</i>
RESUMO	<i>xiii</i>
SUMMARY	<i>xiv</i>
1. INTRODUÇÃO	<i>1</i>
2. OBJETIVOS	<i>13</i>
2.1 Objetivo geral	<i>13</i>
2.2 Objetivos específicos	<i>13</i>
3. MATERIAIS E MÉTODOS	<i>14</i>
3.1 Aspectos Éticos	<i>14</i>
3.2 Tipo de Estudo	<i>14</i>
3.3 Cenário do Estudo	<i>14</i>
3.4 Procedimentos	<i>15</i>
3.5 Análise estatística	<i>16</i>
4. RESULTADOS	<i>16</i>
5. DISCUSSÃO	<i>25</i>
6.0 Conclusão	<i>28</i>
ANEXO 1 - FICHA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO NÃO AGENDADO	<i>29</i>
ANEXO 2 - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	<i>30</i>
ANEXO 3 – APROVAÇÃO DA CAPPESQ	<i>31</i>
7. BIBLIOGRAFIA	<i>32</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Vinte maiores causas de mortalidade no mundo.....	7
Tabela 2. Distribuição entre sexo feminino e masculino da amostra total, os intervalos de faixa etária e as distribuições em porcentagens.....	17
Tabela 3. Prevalência e a distribuições de porcentagens para a variável profissão ...	18
Tabela 4. Prevalência e a distribuições de porcentagens para a variável renda.....	19
Tabela 5.– Prevalência e a distribuições de porcentagens para os motivos gerais de consulta dos pacientes na área de consulta: musculo-esquelética.....	21
Tabela 6. Prevalência e a distribuições de porcentagens para os motivos gerais de consulta dos pacientes na área de consulta	23
Tabela 7. Razão de chance (OR) para ocorrência de queixas músculo-esqueléticas e fatores socioeconômicos, CSEB 2010 / 2011	24

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Porcentagem de consultas por áreas específicas musculoesqueléticas, neurológicas, respiratórias e outras.	20
---	----

RESUMO

Trindade, KMC. Fisioterapia em uma unidade básica de saúde: Estudo da demanda espontânea. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012

O objetivo deste trabalho foi analisar a demanda das queixas músculo-esqueléticas, neurológicas e respiratórias em adultos no setor de recepção espontânea e pronto atendimento do serviço de saúde do adulto de em uma Unidade Básica de Saúde. O delineamento foi do tipo transversal e a população base constituída pelos usuários matriculados do Centro de Saúde Escola Butantã (CSEB) atendidos na recepção espontânea da unidade no período de março de 2010 a maio de 2011. A população efetivamente estudada foi composta por 1023 indivíduos. Os dados foram coletados de usuários que buscaram o serviço em quatro períodos da semana, 2 matutinos e 2 vespertinos. A caracterização das queixas foi realizada através de um questionário com dados demográficos e motivo da procura por atendimento. Os dados deste estudo mostraram que a maioria dos usuários que frequentam apresentam as seguintes características: pertencem ao sexo feminino (71,2%), estão na faixa etária de 31 a 60 anos (50%), são solteiros (31,6%), são aposentados (14,2%), residem no jardim São Remo (32,7%), apresentam queixas em vários sistemas (77,1%). Nas áreas mais diretamente relacionadas à fisioterapia, o sistema musculoesquelético é o mais acometido (14,4%) e dentro deste as dores na coluna são as mais prevalentes (31%). Avaliando as razões de chance de ocorrência de queixas músculo-esqueléticas com relação às variáveis sócio demográficas, encontrou-se que a idade foi independentemente associada esta queixa. Pessoas com idade entre de 40 a 59 anos tem maior associação com essas dores músculo-esqueléticas do que as mais velhas e mais novas.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde. Unidade Básica de Saúde. Fisioterapia.

SUMMARY

Trindade, KMC. *Physical Therapy in a Health Center: Study of Spontaneous Demand*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

The aim of this study was to analyze the demand of musculoskeletal, neurological and respiratory complaints, in adults in the sector of spontaneous reception and responsiveness of the health service of a Basic Health Unit. The design was a cross-sectional and population-based made by registered users of the Center for Health Butantã (CSEB) attended in the reception spontaneous unit from March 2010 to May 2011. The population studied consisted of 1023 individuals. Data were collected from users seeking service in periods of four weeks, two morning and two afternoons. The characterization of the complaints was conducted through a questionnaire with demographic data and reasons for the demand for care. Data from this study showed that most users who attend have the following characteristics: are women (71.2%) are aged 31 to 60 years (50%) are single (31.6%) are retired (14.2%) reside in the garden San Remo (32.7%), complain in several systems (77.1%). In the areas most directly related to physical therapy, the musculoskeletal system is the most affected (14.4%) and the backache are the most prevalent complaint (31%). Assessing the odds ratios of occurrence of musculoskeletal complaints in regard to the sociodemographic variables, it was found that age was independently associated with this complaint. People aged 40 to 59 years have the greatest association with musculoskeletal pains than the older and newer.

Keywords: Health Services Needs and Demand, Primary Health Care, Health Center, Physiotherapy.

1. INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde¹ define Saúde nestes termos: *”Em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”* O escopo de ações para tornar ou manter um indivíduo saudável vai muito além do planejamento e implementação de políticas públicas nacionais e regionais de saúde. Decisões de natureza econômica e política realizadas pelos governos interferem diretamente nas condições de saúde das populações².

Os conceitos de prevenção e promoção de saúde sofreram uma mudança de paradigma no final do século XX. O modelo proposto por Leavell & Clarke³, sobre a aplicação de medidas preventivas na história natural das doenças baseia-se no desenvolvimento de três níveis de prevenção, compostos por cinco componentes distintos onde medidas preventivas poderiam ser aplicadas em função do grau de conhecimento da história natural da doença:

Prevenção Primária – ações relacionadas ao período pré-patogênese, onde um conjunto de medidas seriam adotadas para desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. Neste nível de atenção à saúde, as medidas adotadas são destinadas a aumentar a saúde e o bem estar geral e não se dirigem a uma doença específica. Elas são divididas em medidas de promoção à saúde e de proteção específica. Medidas de promoção à saúde incluem um bom padrão de nutrição, saneamento básico, educação em saúde, boas condições de moradia e trabalho, lazer e cultura entre outros. Ações de proteção específicas são medidas de caráter restrito, dirigidas a determinados grupos populacionais específicos ou ao agente causal, hospedeiro ou ao meio ambiente e visam proteger a

população contra um determinado agente nosológico. O exemplo mais conhecido é a imunização. Outro exemplo é o combate aos criadouros do mosquito transmissor da dengue.

Prevenção Secundária – trata-se de impedir a progressão e a recorrência de doenças. Divide-se em diagnóstico e tratamento precoce e limitação da invalidez. O diagnóstico precoce é muito importante no caso de doenças que apresentam potencial importante de contágio na população e mortalidade, para que possam ser adotadas medidas para conter a disseminação da doença na população e salvar vidas mediante a adoção de terapêuticas precoces e eficientes no seu combate. O tratamento também pode prevenir ou limitar a quantidade de sequelas de um determinado agente causal.

Prevenção Terciária – No período patogênico tardio, diversas medidas podem ser tomadas quando disfunções de natureza estrutural e funcional já tenham se instalado nos indivíduos. Estas ações têm como objetivo limitar a incapacitação deixada pela enfermidade e promover a reabilitação do indivíduo de forma a reintegrá-lo na sociedade de uma forma produtiva.

O modelo de atenção à saúde baseado na história natural das doenças pressupõe que as doenças, principalmente as infectocontagiosas, apresentam um único agente ou um conjunto de fatores chamados de rede de causalidade. Esta concepção de doenças, embora incorpore as condições sociais como um fator que pode desencadear seu aparecimento, levou a elaboração de modelos de atenção a saúde baseados em ações específicas originários de uma análise de causa e efeito. O sanitarista Sérgio Arouca⁴ critica este modelo na sua tese de doutorado, intitulada “O Dilema Preventivista”, com as seguintes considerações: “...O mecanismo pelo qual opera o conceito de ‘causalidade’ na (...) medicina preventiva é o do reducionismo, na medida em que assume as redes de causalidade em sua monótona linearidade e na homogeneidade das categorias. Assim, a medicina preventiva liberta-se do unicausalismo para prender-se nas redes de causalidade. Ao negar as diferentes formas de causação e suas relações múltiplas, a medicina preventiva transforma a multicausalidade em uma nova forma de monismo causal, ou seja, aquele das redes de causalidade.(...) No modelo original de Leavell e Clark, o social participa

simultaneamente como fator causal, ligado ao hospedeiro e ao meio ambiente, funcionando em ambos como um conjunto de caracteres ligados aos indivíduos, como status econômico e social, atitudes, etc, (...). Porém, na realidade, o que temos é uma nomeação do social, já que ele não aparece como um mecanismo explicativo, mas sim é simplesmente referido, ou como um caráter dos indivíduos ou como um envoltório do modelo. Tal mecanismo de afirmação-negação do social entra no que poderíamos denominar, com Barthes, mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, ao nível do discurso, transforma o social em mito.”

A década de 70 trouxe uma importante mudança no movimento de sanitário mundial, passando de uma abordagem centrada na doença para uma concepção voltada para a promoção da saúde, modificando o conceito de saúde como a ausência de doenças para manutenção de um nível ótimo de vida e saúde. O modelo biomédico de cuidados, vigente até então, trabalhava com as consequências que as disfunções produziam nos indivíduos. Era um modelo médico centrado e dispendioso.

Os melhores resultados produzidos por este modelo de atenção à saúde ocorreram no controle de infecções, no alívio de sintomas agudos e sinais de disfunções e nos cuidados emergenciais. As patologias decorrentes do estilo de vida das populações não apresentaram uma melhora significativa nos aspectos relacionados à prevenção, cura e tratamento neste modelo.

“O conceito de promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez em um documento oficial no “Informe Lalonde”, intitulado “ A new perspective on the health of Canadians”⁵. Este documento suscitou discussões importantes sobre o papel do estado na melhoria das condições de saúde das populações, uma vez que argumentou que as principais causas de morte e doenças não são características biológicas dos seres humanos e sim estão relacionadas ao meio ambiente e ao estilo de vida da população. Ao reconhecer estas influências, o governo do Canadá assumiu que para melhorar a saúde seria necessário interferir nos campos das políticas públicas que afetassem os comportamentos relacionados com a saúde dos indivíduos. Este movimento originou-se também da necessidade de discutir o modelo de saúde

vigente no Canadá, que era caro e não trazia melhorias efetivas nas condições de saúde dos canadenses.

As práticas de prevenção e promoção da saúde ganharam um fôlego maior ainda com a 1ª Conferência sobre Cuidados Primários em Saúde, realizado em 1978 na cidade de Alma-Ata. Os países signatários desta conferência apresentaram 8 ações prioritárias para promoção da saúde:

1. Educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle;
2. Promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada;
3. Abastecimento de água e saneamento básico apropriados;
4. Atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar;
5. Imunização contra as principais doenças infecciosas;
6. Prevenção e controle de doenças endêmicas;
7. Tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes;
8. Distribuição de medicamentos básicos.⁶

As medidas de promoção da saúde foram consolidadas também através das Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde. Foram realizadas até o momento sete conferências: São elas: Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997, México, 2000; Bangkok, 2006 e Nairobi 2009⁷. Participaram destas conferências, técnicos, gestores políticos e ativistas em saúde, que discutiram suas experiências e consolidaram conceitos e estratégias para uma mudança na orientação das práticas de saúde das populações no mundo, principalmente dos países e agrupamentos sociais mais pobres.

Os resultados destas conferências foram sistematizados em sete princípios^{8,9}:

1. Concepção Holística de Saúde: as iniciativas de promoção devem promover a saúde física, mental, social e espiritual para o conjunto da população e não apenas para grupos de risco para doenças específicas, envolvendo a

população no contexto do seu dia a dia. Estas ações devem extrapolar o campo específico da assistência médico-curativa.

2. Intersetorialidade: A operacionalização a promoção requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano, etc. Aqui cabe destacar a responsabilidade do governo, tanto em nível local como nacional, de atuar de maneira a garantir que as condições de vida, que estão além dos indivíduos ou grupos, sejam favoráveis à saúde¹⁰.
3. Empoderamento: Este princípio prevê que os indivíduos tenham poder para modificar as situações que limitam ou ameaçam a sua saúde, colocando-os como os atores principais nas ações de promoção da saúde.
4. Participação social: A participação é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas.
5. Equidade: Este conceito contempla a idéia de que a efetividade do acesso universal á saúde se constrói de maneira a contemplar as especificidades de cada grupo social. Não se trata de considerar que as pessoas têm direitos iguais às ações e aos serviços de saúde e sim que as políticas de saúde devam compreender as desigualdades entre os grupos sociais, priorizando os mais vulneráveis e desprivilegiados, tentando reverter estas desigualdades.
6. Ações multiestratégicas: Ações intersetoriais e interdisciplinares compõem o conjunto de métodos e abordagens necessárias para atuar nos processos saúde-doença. Como o conjunto de sujeitos envolvidos nestas ações é bem

diverso, espera-se que estes possam contribuir com seu melhor conhecimento para ações de promoção da saúde.

7. **Sustentabilidade:** Criar políticas de promoção da saúde que estejam de acordo com o desenvolvimento econômico sustentável, ou seja, um desenvolvimento que supra as necessidades da população atual, sem comprometer a capacidade de atender as necessidades das futuras gerações, atuando de modo não depredatório.

Estes princípios trouxeram para o campo da promoção da saúde a noção de que a participação social e política dos indivíduos é a mola propulsora para que estes alcancem qualidade de vida e saúde. As doenças relacionadas ao estilo de vida estão entre as principais causas de morbidade, disfunção e morte prematura. Estas doenças são características de países de alta renda, embora se observe um aumento da prevalência destas em países com média e baixa renda ^{10,11}. As vinte maiores causas de morte no mundo, de acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde¹⁰ são:

Tabela 1. Vinte maiores causas de mortalidade no mundo

Todos os países			
Ranking	Causa	Total de mortes (em milhares)	% do total
1.	Doenças Cardíacas Isquêmicas	7,208	12.6%
2.	Doenças Cerebrovasculares	5,509	9.7
3.	Infecções Respiratórias de Vias Inferiores	3,884	6.8
4.	HIV/AIDS	2,777	4.9
5.	Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas	2,748	4.8
6.	Diarréia	1,798	3.2
7.	Tuberculose	1,566	2.7
8.	Malaria	1,272	2.2
9.	Câncer de traquéia/brônquio/pulmão	1,243	2.2
10.	Acidentes com Automóveis	1,192	2.1%
11.	Doenças da Infância	1,124	2.0
12.	Lesões não intencionais	923	1.6
13.	Hipertensão	911	1.6
14.	Doenças autoimpostas	873	1.5
15.	Cancer de Estômago	850	1.5
16.	Cirrose Hepática	786	1.4
17.	Nefrite/Nefrose	677	1.2
18.	Câncer de Cólon/Reto	622	1.1
19.	Câncer de Fígado	618	1.1
20.	Sarampo	611	1.1

Fonte: *The World Health Report, 2003, The World Health Organization (WHO).*

Em países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, as doenças cardíacas, doenças crônicas do pulmão, câncer, diabetes, AVE (Acidente Vascular Encefálico), problemas endócrinos e doenças comunicáveis estão entre as principais causas de mortalidade. A maior prevalência relaciona-se às doenças cardíacas. Na China e na

Índia, estas mesmas patologias também estão entre as mais frequentes. As diferenças residem nas doenças mais prevalentes, o câncer, no caso da China e as de causa desconhecidas na Índia.

Estas patologias estão relacionadas ao estilo de vida das populações atuais e apresentam 8 maiores fatores de risco relacionados a este estilo: fumo, sedentarismo, obesidade, nutrição inadequada, pressão alta, dieta rica em gordura, taxas elevadas de gordura no sangue, níveis elevados de glicose, abuso de álcool^{12,13,14}.

Este novo cenário mundial de saúde tem implicações importantes para a prática atual da fisioterapia. As práticas voltadas para ao tratamento e reabilitação continuarão a existir, porém a busca pela inserção do fisioterapeuta em unidades básicas de saúde, que são o espaço privilegiado para ações de promoção e prevenção, deve estar no horizonte profissional de fisioterapeutas que trabalham em atenção primária à saúde.

Trabalhar em unidades básicas de saúde poderia permitir ao fisioterapeuta aproximar-se do contexto em que a população vive, buscando o desenvolvimento de ações baseadas na realidade local. Além disso, neste local é feito o acompanhamento do indivíduo do nascimento ao envelhecimento e o registro de seus dados, junto com a vigilância epidemiológica permitem a adoção de ações próprias para as necessidades daquele conjunto de pessoas. O contato direto entre a equipe de saúde e a comunidade pode ser um fator facilitador da adesão de ações de promoção de saúde.

Os procedimentos em fisioterapia em geral não são medicamentosos (e, portanto, não apresentam efeitos colaterais), são de baixo custo e geralmente sem efeitos deletérios para os pacientes, representando uma vantagem na diminuição de custos com a saúde.

As UBSs no Brasil trabalham com dois modelos de atenção: O primeiro. Tradicional ou de Programação em Saúde, onde a organização dos serviços acontece por meio de demanda espontânea ou programada. Neste modelo os atendimentos são feitos por profissionais de saúde, como médicos clínicos gerais, pediatras, ginecologistas e obstetras, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas. O segundo é através da Estratégia de Saúde da Família, onde o trabalho é desenvolvido por equipes de saúde da família que atendem famílias de um território delimitado. As equipes são compostas por médicos de família e comunidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde. Algumas equipes contam com dentistas, técnico em higiene dental e auxiliares de consultório dentário¹⁵. Em 2009, 50,7 % da população brasileira estava coberta por ESF¹⁶.

A criação dos Núcleos de Apoio aos Programas de Saúde da Família, em janeiro de 2008¹⁷ introduziu de forma oficial a fisioterapia como parte dos profissionais que trabalham em conjunto com as equipes de saúde da família. As ações mais claramente definidas nesta portaria volta-se para as práticas ligadas à reabilitação, onde o fisioterapeuta pode atuar no levantamento de problemas da população adstrita, na promoção e prevenção de problemas ligados ao desenvolvimento, à postura, aos movimentos corporais, às deficiências adquiridas, tratando-os de forma individual e ou coletiva¹⁸.

A atuação da fisioterapia em UBSs se dá dentro dos dois modelos de atenção: Portes et al.¹⁹, realizaram uma revisão de literatura sobre o papel do fisioterapeuta em atenção básica à saúde. As atividades desenvolvidas pelos profissionais foram: educação em saúde, atividades domiciliares, atividades em grupo, atendimentos individuais, ações intersetoriais, acolhimento e investigação epidemiológica.

A estruturação dos serviços de fisioterapia em UBSs deve acontecer em função das necessidades de saúde da população. A organização dos serviços de saúde pode ser modificada em função das necessidades dos usuários que procuram as UBSs, pois estas representam a porta de entrada e garantem o acesso universal ao

destes ao Sistema Único de Saúde (SUS)²⁰. A análise da demanda espontânea de crianças e adolescentes de um Centro de Saúde em Belo Horizonte evidenciou uma grande procura por crianças de até 10 anos com queixas agudas e pouca procura de adolescentes por ginecologia. Estes dados ajudam a unidade básica a compreender melhor a estruturação de seus serviços, os programas exitosos e as falhas na cobertura desta população, podendo rediscutir o planejamento e a estruturação de seus serviços²¹.

Santos²², em estudo sobre o perfil de pacientes atendidos em domicílio no município de Camaragibe, PE, pelo PSF, que tinha fisioterapeutas em sua equipe, mostrou que 62.3% dos pacientes atendidos pelo programa apresentavam patologias como artrite/artrose, fraturas, acidente vascular encefálico e lesões musculotendíneas.

Quando se trata da fisioterapia, o acolhimento pode exercer o papel de direcionar os pacientes que buscam atendimento fisioterapêutico para os diferentes níveis de complexidade.

O acolhimento em saúde é definido como a recepção do usuário, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com outros serviços de saúde para continuidade da assistência quando necessário²³. Enquanto conceito, o acolhimento pode ser efetuado em qualquer atividade realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Na prática dos serviços de saúde, o acolhimento refere-se às atividades de recepção da demanda espontânea, ou seja, dos usuários que procuram as UBSs para o atendimento de uma necessidade imediata^{24,25}.

A demanda de pacientes para fisioterapia, para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação deveria ser direcionada através da unidade básica de saúde, uma vez que esta é a porta de entrada do SUS. A UBS deve

criar os sistemas de referência para pacientes que necessitam de acompanhamento nos níveis de atenção secundários e terciários e receber destes a contra referência.

Na região do Butantã, na zona oeste da Cidade de São Paulo, a demanda para fisioterapia nas UBSs é bastante reprimida, uma vez que até 2009, contava-se com os seguintes profissionais na rede de atendimento ambulatorial: 1 fisioterapeuta 30 horas em UBSs e 3 fisioterapeutas sistemas de referência ambulatorial: 1 NIR e 1 Hospital (que fechou em Setembro de 2010). O NIR do Butantã conta com uma equipe de 3 fisioterapeutas trabalhando 30 horas semanais. A região do Butantã tem uma população de aproximadamente 400 mil habitantes.

O distrito do Butantã conta com 2 equipes de NASF á partir de 2010, com três fisioterapeutas em cada equipe. Uma equipe do NASF cobre 12 equipes de saúde da família e a outra cobre 13.

Os sistemas de referência e contra referência nesta área podem ser construídos com base na demanda dos serviços. Esta demanda ainda é desconhecida na nossa região porque não existem estudos que apontem estes números.

Estudos epidemiológicos realizados em outras regiões de demanda de pacientes com queixas musculoesqueléticas podem fornecer dados sobre a necessidade de fisioterapia ^{26,27}.

Esperança et al ²⁰ estudando a demanda em uma unidade de saúde da família, em uma cidade de médio porte encontrou 9 % de queixas dos pacientes relacionadas ao sistema musculoesquelético. Siqueira et al ²⁶, encontraram uma prevalência de utilização de serviços de fisioterapia de 30,2 % da população estudada em Pelotas – RS e Moretto et al ²⁷ de 33,2% na cidade de Lages – SC. Barros et al ²⁸, 2006, analisando dados do PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) no ano de 2003, mostraram que a dor na coluna foi a patologia crônica mais prevalente entre homens e mulheres em todas as faixas etárias pesquisadas.

Como existem poucos estudos que avaliam estes dados, o objetivo deste trabalho é de analisar a demanda das queixas músculo-esqueléticas, neurológicas e respiratórias em adultos no setor de recepção espontânea e pronto atendimento do serviço de saúde do adulto de uma Unidade Básica de Saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo é avaliar o perfil dos usuários atendidos no setor de saúde do adulto no Centro de Saúde Escola Butantã (CSEB) na atividade de recepção espontânea e pronto atendimento.

2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar os usuários que procuram atendimento na recepção setor de saúde do adulto do Centro de Saúde Escola (CSEB) na atividade de recepção espontânea e pronto atendimento.
- b) Identificar e quantificar as queixas dos pacientes atendidos no setor de saúde do adulto do Centro de Saúde Escola (CSEB) na atividade de recepção espontânea e pronto atendimento.
- c) Estimar a prevalência das queixas musculoesqueléticas na demanda espontânea e do pronto atendimento no setor de saúde do adulto do Centro de Saúde Escola (CSEB)
- d) Caracterizar os fatores associados às queixas musculoesqueléticas no setor de saúde do adulto do Centro de Saúde Escola (CSEB).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, número do protocolo 1242/09.

3.2 Tipo de Estudo

Estudo transversal prospectivo.

3.3 Cenário do Estudo

Este estudo foi desenvolvido no Centro de Saúde Escola Butantã (CSEB), junto ao departamento SAMI (Serviço de Arquivo Médico e Informação) no período de março de 2010 a Junho de 2011. A avaliação não foi realizada de forma contínua durante período em função de férias, licença saúde e limitação no número de funcionários do setor.

Foram avaliados os prontuários dos pacientes atendidos na atividade de recepção espontânea e pronto atendimento do setor de saúde do adulto compreendido na faixa etária acima de 18 anos, nos seguintes períodos da semana: 2^as feiras (manhã e tarde), 4^as feiras (tarde) e 5^as feira (manhã). Os dias escolhidos para coletar dados correspondem aos dias de movimento significativo CSEB e também para que tivéssemos um balanceamento entre usuários do período da manhã e tarde (dois para cada período).

A atividade de recepção espontânea é feita por enfermeiras e técnicas de enfermagem e consiste em acolher e dar resolutividade à demanda que o paciente apresenta. A coleta de dados foi realizada através do prontuário dos pacientes, fornecidos pelo setor de Comunicação, Informação e Vigilância em Saúde (CIVIS).

O Centro de Saúde e Escola atende uma população de cerca de 40 mil habitantes⁹. Ele faz parte do Distrito de Saúde do Butantã. A população total do distrito é delimitada geograficamente por 377.576 habitantes, segundo o Censo realizado pelo IBGE em 2000¹⁰. Este Distrito abriga 05 bairros: Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia. Essa população conta com o serviço de 14 Unidades Básicas de Saúde¹¹ sendo que apenas três (Jardim de Abril, Vila Borges e Vila Alba) possuem serviço de fisioterapia e a região apresenta apenas um Ambulatório de Especialidades localizado no Jardim Peri-Peri como referência. Os pacientes do CSEB avaliados foram aqueles que procuraram o serviço de recepção espontânea (recebe a demanda diária de pacientes sem marcação de consulta ou agendamento de atividades) e do pronto atendimento do serviço de saúde do adulto.

3.4 Procedimentos

Os dados de todos os pacientes que procuraram o serviço de recepção espontânea foram obtidos por meio da ficha de atendimento do usuário não agendado (Anexo 1), que é utilizada no CSEB na recepção da demanda espontânea e de uma Ficha de Atendimento Ambulatorial (Anexo 2) e foram preenchidos com dados coletados dos prontuários dos usuários do CSEB.

As variáveis analisadas foram: dados pessoais dos pacientes: nome, idade, sexo, endereço, ocupação profissional, motivos de procura ao serviço: queixas clínicas, busca por resultados de exames, busca por marcação de exames, busca por atestados médicos ou declarações.

3.5 Análise estatística

Foi realizada estatística descritiva das variáveis estudadas através do programa Excel. O intervalo de confiança, análise bivariadas e de regressão logística foram feitas através do programa Stata, versão 11.0. Foi estimada a prevalência, com respectivo intervalo de 95% de confiança, para as queixas músculo-esqueléticas. Análises bivariadas e um modelo de regressão logística múltipla foram usados para identificar possíveis associações entre as queixas musculoesqueléticas e as variáveis independentes.

4. RESULTADOS

A amostra total do estudo foi de 1023 usuários. Os dados não foram coletados de forma contínua durante este período em função da falta de funcionários, licença à saúde e férias.

As tabelas 2 e 3 que demonstram os dados descritivos do perfil demográfico da amostra estudada em relação a variável sexo, idade e estado civil. Ao analisar os dados, observou-se que a maioria dos usuários que procuram atendimento no serviço de demanda espontânea pertence ao sexo feminino (71,2%) e na faixa etária de 31 a 60 anos. Os usuários mais atendidos neste setor residem no Jardim São Remo (31,6%), seguido do Jardim Bonfiglioli (5,6%) e Vila Alba (5,2%). O estado civil mais prevalente foi de solteiros (32,7%), seguidos por casados (28,5%) e amasiados (20,6%); viúvos, separados e divorciados correspondem respectivamente a 9,2%, 5,4% e 3,4%.

Tabela 2. Distribuição entre sexo feminino e masculino da amostra total, os intervalos de faixa etária e as distribuições em porcentagens.

<i>SEXO</i>	Número de indivíduos (n)	Percentual (%)
Feminino	728	71,2
Masculino	295	28,8
Total	1023	100
IDADE (anos)		
15 – 30	248	24,3
31 - 60	512	50,1
60 - 80	249	24,3
Acima de 80	14	1,36
Total	1023	100

A tabela 3 apresenta os dados referentes à profissão. Aposentados (14,2%), do lar (11,6%), desempregados (12,7%) e estudantes (6,0%) representam a maioria das profissões encontradas.

Tabela 3. Prevalência e a distribuições de porcentagens para a variável profissão

<i>Profissão</i>	Número de indivíduos (n)	Percentual (%)
Aposentado	145	14,20
Do Lar	119	11,64
Empregada doméstica	15	1,46
Desempregado	130	12,7
Pedreiro	14	1,36
Babá	10	0,97
Comerciante	16	1,56
Vendedor	24	2,34
Motorista	20	1,95
Atendente	11	1,07
Estudante	62	6,06
Balconista	10	0,97
Jardineiro	10	0,97
Pedreiro	6	0,58
Sem especificação	32	3,12
Diversas	399	39,0
Total	1023	100

A tabela 4 apresenta a renda dos usuários avaliados. Não havia informação de renda em 10 prontuários avaliados.

Tabela 4. Prevalência e a distribuições de porcentagens para a variável renda.

VARIÁVEL	n	%
Renda (em salários mínimo)		
até 1	398	39,29
1,1 a 2	406	40,08
> que 2	209	20,63
Sem informação	10	0,2
Total	1023	100

Dividimos os motivos de procura pelo serviço de demanda espontânea nas áreas musculo-esqueléticas, neurológicas, respiratórias e outros. O gráfico 1 apresenta os percentuais destas áreas. A área musculo-esquelética foi a de maior prevalência entre as que se relacionam ao atendimento fisioterapêutico (14,4%). As áreas neurológica, respiratória e outras representam 1,2% , 7,1% e 77,1%. Respectivamente.

Gráfico 1. Porcentagem de consultas por áreas específicas musculoesqueléticas, neurológicas, respiratórias e outras.

Na área musculoesquelética, as dores na coluna representam 31% dos motivos de procura por atendimento, seguidos de 15,6% de dores em membros inferiores, 10,9% de artrose e poliartralgia e 10,1% de dores em membros superiores (tabela 4).

Tabela 5.– Prevalência e a distribuições de porcentagens para os motivos gerais de consulta dos pacientes na área de consulta: musculoesquelética

ÁREA DE CONSULTA MUSCULO-ESQUELÉTICA		
<i>Motivo da consulta</i>	Número de indivíduos (n)	Percentual (%)
Cervicalgia, dorsalgia, lombalgia e dor na coluna	46	31,0
Dores articulares	8	5,40
Artrose do joelho, cotovelo e quadril, poliartralgia	16	10,9
Dor em membro superior: ombro, escápula, cotovelo e braço.	15	10,1
Dor em membro inferior: quadril, joelho, tornozelo e pé.	23	15,6
Encaminhamento para consulta, fisioterapia e exame.	14	9,50
Instabilidade articular/entorse de tornozelo	5	3,37
Lesão / trauma / fratura	8	5,40
Tendinites	8	5,40
Reumatológicas: artrite, gota e fibromialgia	5	3,37
Total	148	100

A tabela 5 apresenta os dados referentes à procura por agendamento. Atestado, acompanhamento, declarações, laudos, realização e interpretação de exames e renovação de receitas representam 37,8 % dos outros motivos de ida ao serviço, seguidas por queixas ginecológicas (18,8%), cardiovasculares (15,3%), oftalmológicas (6, 4%) e dores em geral (cefaleia, dores no corpo e nas pernas - 6,3%) e gastrointestinais (5,2%).

Tabela 6. Prevalência e a distribuições de porcentagens para os motivos gerais de consulta dos pacientes na área de consulta

Tabela 6 – AREA DE CONSULTA CARATERIZADA POR OUTROS		
<i>Motivo da consulta</i>	Número de indivíduos	Percentual
	(%)	(%)
Gerais: agendamento, atestado, acompanhamento, declarações, laudos e exames, renovação de receitas.	298	37,8
Oftalmológica: acuidade visual e audimetria, zumbido, conjutivite, cera no ouvido e catarata, nódulos.	51	6,46
Ginecológica: candidíase, corrimento, papanicolau, gravidez, contraceptivo, saúde da mulher, câncer e cistos de mama, DIU e laqueadura, dor baixo ventre e anal, prolapso, mamografia, prurido, DST, vaginose, sangramento vaginal e anal, menstruação, incotinência urinária e fecal, hemorróida.	148	18,8
Dores gerais: cefaléia, dor no corpo, nas pernas.	49	6,30
Cardiovascular: glicemia, crise hipertensão, labirintite, cardiopatia, controle da PA, diabetes, edema de MMSS e MMII, varizes, dor no tórax.	121	15,33
Endocrinológica: cistos sebáceos, lipomas, cólicas renais e cirrose, hiper e hipotireoidismo, obesidade	31	3,92
Psiquiátrica: confusão mental	2	0,25
Gastrointestinal: diarreia, dor estomacal, dispepsia, gastrite, diverticulite, hérnia inguinal, cólicas intestinais, mal estar, úlceras, pós-operatório de abdômen.	41	5,20
Dermatológica: dermatite, eczema, frieira, herpes, lesões de pele, micose, nódulos, urticária, coceira.	39	4,50
Odontológica: dor de dente	3	0,38
Otorrinorolaringológica: dor de garganta, infecção de ouvido	6	0,76
TOTAL	789	100

Na Tabela 7 estão as razões de chance das variáveis sócio demográficas em relação às queixas músculo-esqueléticas. A idade foi independentemente associada à

queixa músculo-esquelética; as pessoas de 40 a 59 anos tem maior associação com essas dores músculo-esqueléticas do que as mais velhas e mais novas.

Tabela 7. Razão de chance (OR) para ocorrência de queixas músculo-esqueléticas e fatores socioeconômicos, CSEB 2010 / 2011

	OR (IC95%)	p
IDADE (anos)		
até 39	1	0,00
40 a 59	3,49 (2,17 - 5,57)	
60 ou mais	1,96 (1,14 - 3,37)	
Estado civil	1,14 (0,85 - 1,52)	0,39
Renda	0,93 (0,74 - 1,18)	0,58

5. DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar a demanda das queixas músculo-esqueléticas, neurológicas e respiratórias em adultos no setor de recepção espontânea e pronto atendimento do serviço de saúde do adulto de uma Unidade Básica de Saúde. Os dados do nosso estudo mostraram que a maioria dos usuários que frequentam apresentam as seguintes características: pertencem ao sexo feminino (71,2%), estão na faixa etária de 31 a 60 anos (50%), são solteiros (31,6%), são aposentados (14,2%), residem no jardim São Remo (32,7%), apresentam queixas em vários sistemas (77,1%) e nas áreas mais diretamente relacionadas à fisioterapia, o sistema musculo-esquelético é o mais acometido (14,4%) e dentro deste as dores na coluna são as mais prevalentes (31%).

Dados Sócio Demográficos da População Estudada.

Analizando o perfil dos usuários com relação a variável sexo, nossos dados corroboram com os de outros autores mostrando que as mulheres cuidam mais da sua saúde ²⁹, quer em unidades básicas de saúde ³⁰, quer na procura por serviços públicos e privados ²⁶. Segundo Gomes ³¹ os homens procuram menos os serviços de saúde porque os modelos do ser homem na nossa sociedade dificultam as práticas de autocuidado, pois este é visto como viril, invulnerável, forte e adoção práticas de autocuidado preventivos poderiam associá-lo à fraqueza, que poderia gerar desconfiças com relação à masculinidade socialmente instituída. Outro motivo levantado seria o medo de descobrir uma doença grave. O desconhecimento atuaria como um fator de proteção para os homens estudados por este autor. A vergonha de exposição do corpo também interfere para a não procura, principalmente no caso de prevenção de câncer de próstata.

A faixa etária mais prevalente em nosso estudo também é referida por outros autores, como Travassos ²⁹, Martinez ³², Mendonça-Sassi ³³ e Ribeiro ³⁴. Há um bom comparecimento de jovens adultos jovens e idosos no acolhimento e os adultos em idade reprodutiva e laboral representam a maioria dos atendimentos.

A ocupação mais prevalente entre os usuários foi a de aposentados, do lar e desempregados, totalizando 38,5% do total de atendidos estudados. Estes dados corroboram com o estudo de Travassos²⁹. O fato de trabalhar não interferiu na busca por atendimento, uma vez que mais de 60% dos indivíduos acolhidos na recepção espontânea trabalhavam.

Motivos de procura por atendimento

Dentre os motivos de busca pelo serviço de recepção espontânea, a procura por agendamento, atestado, acompanhamento, declarações, laudos e exames, renovação de receitas apresentou uma porcentagem maior de atendimentos (37,8%). Não existem estudos que apresentem dados sobre os motivos principais de procura por recepção espontânea que incluam outras demandas que não queixas clínicas. No estudo de Esperança²⁰, o maior motivo foram as queixas respiratórias. Os dados não coincidem com os de nosso estudo, uma vez que as dores músculo-esqueléticas representaram o maior motivo clínico de procura por atendimento. As diferenças entre estes dados podem estar relacionada ao fato deste autor avaliar o acolhimento das equipes de saúde da família e não apenas dos adultos atendidos por estas equipes. As queixas respiratórias são o motivo clínico de procura mais frequente de crianças e adolescentes avaliados nos estudo de Alves²¹. Com relação à população adulta, nossos dados corroboram com os Sala¹⁵ apontando para a queixa de dores na coluna como a mais prevalente.

Dentre as queixas relacionadas com a fisioterapia, a área músculo-esquelética foi a mais prevalente, corroborando com os dados de Moretto²⁶ e Siqueira²⁷. A Lombalgia apareceu como a queixa mais prevalente em nosso estudo e no de Esperança²⁰.

Razões de chance para ocorrência de dor músculo-esquelética

Das variáveis estudadas, a idade maior que 40 anos mostrou associação com a presença de lombalgia e a faixa etária de 40 a 59 anos mostrou maior chance de ocorrência que a faixa superior a 60 anos. . Não houve associação com as demais

variáveis estudadas. A revisão de Cimmino ³⁵ mostrou que idade é um fator de risco presente em diversos estudos avaliados neste artigo. A partir dos 65 anos de idade há uma diminuição de queixas, fator que pode estar relacionado à diminuição dos fatores de risco físicos e mentais associados ao trabalho. As razões de chance para ocorrência de dor em nosso estudo foram menores na faixa etária superior a 60 anos.

Implicações dos achados na estruturação dos serviços de Atenção Básica à Saúde

A alta prevalência de queixas musculoesqueléticas na população estudada mostra que é necessário repensar a resolutividade das demandas relacionadas às necessidades de saúde da população estudada. Parte destas queixas requererá atendimento fisioterapêutico.

As experiências do trabalho de fisioterapia em UBSs apontam para atendimentos domiciliares, em grupo e individuais ^{36,37,38}. Há uma diversidade de propostas para o atendimento de fisioterapia neste nível de atenção. Experiências relatadas por profissionais que compõem as equipes de PSF de Londrina mostram que existe uma demanda muito grande para atendimento curativo/reabilitador, fazendo com que as atividades de prevenção e promoção de saúde ocupem uma carga horária menor ³⁹. Esta pressão ocorre porque não existe uma rede adequada no SUS. Há uma grande dificuldade de referenciar pacientes do nível de atenção primário e o secundário.

O reconhecimento desta dificuldade é apontado na pesquisa de Serra ⁴⁰, onde usuários do SUS entrevistados colocam a dificuldade de serem referenciados para serviços de maior complexidade. Os gestores em saúde entrevistados na pesquisa de Spedo ⁴¹ apontaram a média complexidade como o gargalo do SUS, colocando que muitas vezes é mais fácil acessar procedimentos de alta complexidade. O tratamento fisioterapêutico em muitos casos é realizado em unidades de média, reconhecidas por gestores e usuários como um problema que requer enfrentamento.

O estudo de demanda permite que a gestão conheça as necessidades de saúde da população e possa orientar suas políticas de saúde, garantindo a integralidade na atenção à saúde.

É necessário que se façam estudos epidemiológicos sobre as necessidades de saúde da população, pois eles são fundamentais para o planejamento das políticas públicas de saúde, principalmente relacionadas à política de contratação e alocação dos profissionais de saúde ¹⁹.

6.0 Conclusão

Este estudo encontrou um total 22,7 % de pacientes que procuram o serviço de recepção espontânea com queixas relacionadas aos sistemas musculoesqueléticos, respiratórios e neurológicos no setor de adultos de uma UBS. O sistema mais acometido foi o musculoesquelético, representando 14,4 % dos motivos de procura por atendimento e que a coluna vertebral é o segmento mais acometido (31%). Identificou-se que indivíduos com idade superior a 40 anos possuem razão de chance maior de ter problemas musculoesqueléticos.

ANEXO 1 - FICHA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO NÃO AGENDADO

MATRÍCULA: 100310

Nascimento: 01/01/1950

Data de Referência: 12/01/2014

Solicitado comprovante: ____/____/____
Alteração da data de referência por:
() VD () Carta devolvida () outros

____/____/____ FUNCIONÁRIO: _____

Nome X				Apelido:			
Nome da Mãe X							
Sexo	Idade	Raça Cor	Estado Marital	Situação Familiar			
FEM	61	Branca	Viuvio(a)	Vive só			
Município de nasc-UF		Migração	Tempo em SP	RG	UF-RG	Orgao	Data RG
		EX	2 anos		121		05/04/2005
CNS				CPF			
Endereço				Bairro	Nº	Compl.	
					70		
CEP		Telefones (recados com)					
Tipo de Habitação:				Paga aluguel? Quanto?			
Cingapura				0,0 salários-mínimos			
Nº. de pessoas no domicílio >12		1		Nº. de pessoas no domicílio <12		0	
				Nº. de cômodos para dormir		0	
Sabe ler	Escolaridade	Situação de trabalho:					
NAO	0	APOSENTADO,					
DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO PRINCIPAL (de maior jornada, inclui ativ.doméstica)							
ABALIZADOR (AREAS AGRICOLAS)							
Outras atividades remuneradas				Renda individual		Renda do domicílio	
sim				0,0 salários-mínimos		0,0 salários-mínimos	
Documento Apresentado				Visita Domiciliar		06/09/2011	
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO						10/01/2011	
ASSINATURA DO INFORMANTE							
CONDIÇÕES DE SAÚDE E RISCOS							
Deficiência?				Dupla adulto		pneumococo	
				1ª dose ____/____/____		influenza	
Alergia?				2ª dose ____/____/____		____/____/____	
Vigilância Epidemiológica?				3ª dose ____/____/____		____/____/____	
				reforço ____/____/____		____/____/____	
Você se acha protegido da AIDS? () sim () não							
Por que?							

ANEXO 3 – APROVAÇÃO DA CAPPESQ

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 10/02/2010, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1242/09**, intitulado: **"FISIOTERAPIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ESTUDO DA DEMANDA ESPONTÂNEA"**, apresentado pelo Departamento de **FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **PROFA. DRA. RAQUEL APARECIDA CASAROTTO**

Pesquisador (a) Executante: **KÍRIA MARIA DE CARVALHO TRINDADE**

CAPPesq, 11 de fevereiro de 2010

PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br
matc

7. BIBLIOGRAFIA

1. Brasil, 1986. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Capturado em 15/12/2009
2. Milio, N. Promoting health through public policy. Philadelphia: F.A.Davis, 1983.
3. Leavel H. & Clark H.G. Medicina Preventiva. São Paulo .MacGraw-Hill do Brasil.1976. 774p.
4. Arouca, A.S.S. O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2003. 272p.
5. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Government Printing Office, 1974.
6. Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva . 2000; 5(1): 163-177.
7. WHO, 2012. Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>. ca
8. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface. 2003; 7(12):91-112.
9. Ayres, JRCM. Prevenção de agravos, promoção da saúde e redução de vulnerabilidade. In: Martins, MA et al. São Paulo: Manole; 2009. p.437-55.
10. World Health Report 2003 statistical annex. Geneve. Switzerland, Disponível em: <http://www.who.int/whr/2003/annex/en/index.html>. Capturado em 03/01/2012.
11. World Health Report 2006 Working Together for Health. Geneve, Switzerland, Disponível em <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>. Capturado em 03/01/2012.

12. Bradberry J.C. Peripheral arterial disease: Pathophysiology, risk factors, and role of antithrombotic therapy. *Journal of the American Pharmaceutical Association*. 2004;44 (2- Suppl 1): S37–S44.
13. Charkoudian N., Joyner M.J. Physiologic considerations for exercise performance in women. *Clinics in Chest Medicine*. 2004; 25: 247–255.
14. Heart and Stroke Foundation Canada 2003. Disponível em: <http://www.heartandstroke.ca> . Capturado em 03/01/2012.
15. Sala, A., Luppi, C.G, Simões, O., Marsiglia, R.G. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude soc.* 2011; 20(4):948-960.
16. Brasil, 2012. Números da Saúde da Família. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Capturado em 03/02/2012.
17. Brasil. 2008. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à saúde da Família. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf. Capturado em 03/02/2012.
18. Brasil, 2008. Ministério da Saúde. Atenção básica e a saúde da família. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 abril 2010.
19. Portes, L.H., Caldas, M.A.J., de Paula L.T. Feitas, M.S. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. *Rev.APS.* 2011; 14(1): 111-119.
20. Esperança, Ana Carolina; Cavalcante, Ricardo Bezerra; Marcolino, Clarice. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de minas gerais. *Reme- Rev. Min. Enf.* 2006;10(1): 30-36.

21. Alves, C.R.L.; Garcia, J.L.; Silveira, C.C.G.; Maciel, G.V.R. Análise do acolhimento de crianças e adolescentes para o planejamento das ações do PSF. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2008; 3(12):247-256.
22. Santos, F.A.S., Lima Neto, J.S., Ramos, J.C.L., Soares F.O. Perfil epidemiológico dos atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. *Fisioter Pesq*, 2007; 14(3): 50-4.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. 2006. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf.
24. Franco, T.B., Bueno, W.S., Merhy, E.E. - O ato de escutar é um momento de construção. Disponível em:
http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_8_acolhimento_e_demanda_esponanea.pdf Acessado em 20 de fevereiro de 2009.
25. Associação Saúde da Família- Acolhimento-Disponível em:
<http://www.saudedafamilia.org/projetos/acolhimento.htm>. Acessado em: 20 fevereiro 2009.
26. Siqueira, F.V., Facchini, L.A., Hallal, P.C. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(4): 662-668.
27. Moretto, L.C., Longo, G.Z., Boing, A.F. e Arruda, M.P. Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta de Lages, Santa Catarina. *Rev.bras.fisiot.* 2009;13(2):130-135.
28. Barros, M.B.A., Cesar, C.L.G., Carandina, L., Torre, G.D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(4): 911-926.

29. Travassos, C; Viacava, F; Pinheiro, R; Brito, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Ver Panam Salud Publica*. 2002;11(2): 365-373.
30. Sala, Arnaldo et al. Avaliação do processo de atendimento a pacientes portadores de doença crônico-degenerativa em uma unidade básica de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1993; 27(6): 463-471..
31. Gomes, R., Nascimento, E.F., Araújo, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-574.
32. Martinez, JE et al. Perfil clínico e demográfico dos pacientes com dor músculo-esquelética crônica acompanhados nos três níveis de atendimento de saúde de Sorocaba. *Acta Fisiatria*, 2004;11(2): 67-71.
33. Menoza-Sassi, R, Beria, JU e Barros, AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev. Saúde Pública*.2003;37(3): 372-378.
34. Ribeiro, MCSA; Barata, RB; Almeida, MF e Silva, ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciênc. saúde coletiva* . 2006;11(4): 1011-1022.
35. Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011; 25(2):173-83.
36. Brasil, ACO., Brandão, JAM, Silva, MON, Godim Filho, VC. O papel do fisioterapeuta do programa de saúde da família no município de Sobra-Ceará. *RBPS*. 2005;18(1): 3-6.

37. Sampaio, R F. Promoção de saúde, prevenção de doenças e incapacidades: a experiência da fisioterapia/UFMG em uma Unidade Básica de Saúde. *Fisioterapia em Movimento*. 2002;15(1): 19-23.
38. Portes, LH.,1, Maria Alice Junqueira Caldas, MAJ, Paula, LT , Freitas, MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde:uma revisão da literatura brasileira. *Rev. APS*. 2011; 14(1): 111-119.
39. Trelha, CS; Silva, DW; Lida, LM; Fortes, MH; Mendes, TS. O fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família em Londrina (PR). *Espaço. saúde*. 2007; 8(2):20-25..
40. Serra, CG, Rodrigues, PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(supl.3): 3579-3586.
41. Spedo, SM; Pinto, NRS, Tanaka, OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010;20(3): 953-972.
42. Baquero G, Lopez O. El papel de la epidemiología en la identificación de necesidades relacionadas con la fisioterapia en Colombia. *Salud Pública Méx*. 2004; 46(1):5-6..