

Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras

Mariana Antunes da Silva^(a)
Mara Lisiane de Moraes dos Santos^(b)
Laís Alves de Souza Bonilha^(c)

Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Users' perceptions of outpatient physiotherapy in the public healthcare system in Campo Grande (MS, Brazil): problem-solving capacity and difficulties. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):75-86.

This study aimed to ascertain user perceptions regarding outpatient physiotherapy services within the National Health System (SUS) in Campo Grande (MS, Brazil), in relation to care outcomes and barriers encountered. We conducted a descriptive-exploratory investigation through interviews, in which data were organized using the collective subject discourse technique. We interviewed 45 users of seven physiotherapy clinics linked to SUS. Among the reasons for seeking therapy, 93.3% were musculoskeletal disorders and 6.7%, neurological disorders. We identified the following central ideas (CI): CIA – Physiotherapy is not a full solution; CIB – Physiotherapy through SUS is a solution and works well; CIC – Physical distance hinders access to physiotherapy; CID – Bureaucracy hampers continuity of care. Most respondents (86.6%) considered that physiotherapy was a solution. The difficulties related to physical access, and financial and bureaucratic issues were limiting factors.

Keywords: Physiotherapy. Health evaluation. User satisfaction. Public Health.

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de usuários dos serviços de fisioterapia ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campo Grande-MS, sobre a resolutividade da atenção e barreiras enfrentadas. Foi realizada pesquisa descritivo-exploratória com entrevistas e os dados organizados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram entrevistados 45 usuários, em sete clínicas de fisioterapia conveniadas ao SUS. Os motivos de procura pela fisioterapia foram distúrbios osteomioarticulares (93,3%) e neurológicos (6,7%). Foram identificadas as Ideias Centrais (IC): ICA – A Fisioterapia não é totalmente resolutiva; ICB – A Fisioterapia pelo SUS é resolutiva e funciona bem; ICC – A distância dificulta o acesso à Fisioterapia; ICD – A burocracia dificulta a continuidade do tratamento. A maioria dos entrevistados considerou a fisioterapia resolutiva (86,6%). As dificuldades foram relacionadas ao acesso, sendo limitantes as questões físico-financeiras e burocráticas.

Palavras-chave: Fisioterapia. Avaliação em saúde. Satisfação dos usuários. Saúde Pública.

^(a) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Núcleo do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Rua Caiçara, nº 67, Bairro Piratininga. Campo Grande, MS, Brasil. 79081-120. maritjms@hotmail.com
^(b,c) Curso de Fisioterapia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil. mara.santos@ufms.br e laissouza@hotmail.com

Introdução

A reorganização da rede de atenção à saúde do País, associada ao atual perfil epidemiológico dos brasileiros – com o envelhecimento da população, redução da natalidade, aumento da prevalência de doenças crônicas e dos agravos por causas externas –, tem demandado estudos sobre a qualidade das ações nos serviços de saúde¹.

Diferentes abordagens têm sido empregadas, e a avaliação, por parte dos usuários, é um dos métodos adotados e que tem a vantagem de expressar a opinião de quem usufrui dos serviços ou das ações em saúde. Como protagonistas do processo, conhecer a opinião dos usuários sobre a qualidade da atenção torna-se imprescindível para a implementação de ações que melhorem a efetividade da atenção com menores custos²⁻⁶.

A percepção do usuário é uma medida direta do atendimento de suas necessidades e está relacionada à expectativa sobre os cuidados de saúde⁷. Ao avaliarem o serviço, os usuários consideram questões relacionadas à relação profissional-paciente, além de acesso, qualidade, estrutura física e organizacional^{5,8}. Monitorar a satisfação dos usuários também é importante para a avaliação da qualidade do atendimento, considerando que esta percepção pode influenciar nas mudanças do processo de trabalho e na resolutividade do tratamento de saúde^{9,10}.

Estudos sobre a qualidade da atenção fisioterapêutica e a satisfação dos usuários têm sido realizados nos últimos anos. No Brasil, os estudos dessa natureza ainda são limitados e estão restritos à análise quantitativa da satisfação dos usuários²⁻⁶. Ainda que permita alcançar uma amostra mais representativa, com menor custo, anônima e, algumas vezes, com instrumentos autoaplicáveis, há autores que consideram as avaliações quantitativas como um método reducionista e limitado. Por isso, e em decorrência dos níveis elevados de satisfação identificados em diferentes estudos da saúde, há preocupação em se estabelecerem novas estratégias metodológicas que investiguem a opinião dos usuários de forma mais fidedigna¹¹.

Os estudos qualitativos são importantes por possibilitarem a real expressão do sujeito, ouvindo-o quanto às suas sensações e percepções relacionadas à condição de saúde¹². Além de focalizar as interações dos atores, o estudo qualitativo também considera crenças, estilo de vida e outras concepções do processo saúde-doença, e permite a expressão espontânea do interlocutor sem direcionamentos⁸.

As avaliações em saúde devem ser compostas não só pelas percepções baseadas em experiências individuais, mas, também, com o que está acontecendo no sistema de saúde de forma mais ampla¹³. Nessa perspectiva, além de conhecer a percepção dos usuários sobre a qualidade e a resolutividade do cuidado recebido, conhecer o funcionamento da rede de saúde em que a fisioterapia está inserida amplia o acesso à informação e permite que as ações sejam propostas de acordo com a realidade da população e do que lhe pode ser fornecido.

Conforme mencionado, estudos de abordagem qualitativa sobre a qualidade da atenção fisioterapêutica não foram identificados na literatura. Com o entendimento de que dados mais contundentes sobre a resolutividade da atenção podem ser desvelados por meio da pesquisa qualitativa, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção dos usuários dos serviços de fisioterapia, no âmbito da resolutividade da atenção e das barreiras enfrentadas, para utilização dos serviços de fisioterapia ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Campo Grande-MS.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, realizado com usuários dos serviços de fisioterapia ambulatorial do SUS, do município de Campo Grande-MS. Foram incluídos, no estudo, usuários com idade maior que 18 anos, que estivessem com o tratamento fisioterapêutico pelo SUS em andamento e que já tivessem cumprido o mínimo de 80% das sessões previstas.

Inicialmente, buscou-se conhecer as clínicas de fisioterapia e hospitais que prestam assistência ambulatorial ao SUS, por meio de uma lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde Pública

(SESAU) do município de Campo Grande/MS. Em seguida, os profissionais responsáveis por cada serviço foram contatados e uma visita foi agendada. Após apresentação do projeto e aceite da participação, a administração de cada clínica forneceu a relação de usuários que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, e 20% do total destes foram aleatoriamente selecionados para a realização da entrevista.

Os usuários foram abordados na sala de espera do próprio serviço de fisioterapia, onde receberam esclarecimentos sobre o estudo, e os que aceitaram participar foram entrevistados. A primeira parte da entrevista consistiu da coleta dos dados pessoais como: gênero, idade, escolaridade, renda familiar, ocupação e o tipo de assistência à saúde (Sistema Único de Saúde – SUS, plano de saúde privado, convênio). A segunda parte buscou conhecer os dados referentes à fisioterapia: motivo da procura pelos serviços de fisioterapia, tempo transcorrido entre o encaminhamento e o atendimento, meio de transporte utilizado para o deslocamento até a fisioterapia e atendimento individual ou em grupo. A terceira parte da entrevista foi composta por duas questões: “Qual a sua opinião sobre a resolatividade da fisioterapia no SUS?” e “Quais as principais dificuldades no atendimento?”. As questões foram norteadoras e o entrevistador teve a liberdade de questionar e estimular a participação ou a exposição da opinião dos usuários, empregando expressões neutras como: “fale mais sobre isso”, “explique melhor”, sem induzir nenhum tipo de resposta.

As entrevistas foram gravadas e o áudio transcrito, o que possibilitou um registro fidedigno das informações fornecidas pelos usuários. Após a transcrição, o material foi submetido à leitura transversal e horizontal, para a observação do “todo” de cada entrevista, bem como para a identificação das ideias centrais encontradas nos depoimentos.

As respostas às questões abertas foram analisadas mediante a técnica Discurso do Sujeito Coletivo – DSC¹⁴, que é uma forma de organizar dados de natureza verbal obtidos por depoimentos, por meio dos quais o conjunto de pensamentos individuais expressa o pensamento coletivo. Para tal, analisam-se as respostas individuais a cada questão proposta, das quais são retirados os conceitos metodológicos de: Expressão-chave (EC), Ideia Central (IC) e Ancoragem, usados para o processamento dos depoimentos, dando origem aos DSC.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Resultados

Características dos entrevistados

No município de Campo Grande, MS, há 135 clínicas de fisioterapia registradas no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região¹⁵. Segundo a relação dos serviços de fisioterapia fornecida pela SESAU, no momento do estudo, a atenção fisioterapêutica ambulatorial pelo SUS neste município é prestada de forma suplementar por dez clínicas conveniadas. Dessas, sete participaram do estudo, duas não funcionavam mais como clínicas de atenção fisioterapêutica e uma não aceitou fazer parte da pesquisa.

Considerando-se os critérios de inclusão, foram entrevistados 45 usuários nas sete clínicas. O perfil dos entrevistados caracterizou-se por 60% (n=27) do gênero masculino e 40% (n=18) do gênero feminino. A média de idade dos entrevistados foi de 49,18 ($\pm 16,79$) anos, com idade mínima de 18 e máxima de 86 anos. No que diz respeito à escolaridade: 13,3% (n=6) tinham Ensino Fundamental completo; 37,8% (n=17) Ensino Fundamental incompleto; 24,5% (n=11) Ensino Médio completo; 11,1% (n=5) Ensino Médio incompleto; 6,7% (n=3) Ensino Superior completo; 4,4% (n=2) Ensino Superior incompleto; e 2,2% (n=1) especialização. A renda familiar média foi de 1.475,02 ($\pm 1.062,24$) reais, que variou entre 624,00 e 4.500,00 reais. Quanto à ocupação, 11,1% (n=5) não possuíam um emprego formal e não tinham rendimento próprio, incluindo quatro donas de casa (80%) e um estudante (20%). Os outros 88,9% (n=40) apresentavam rendimentos, 15% (n=6) eram trabalhadores da construção civil; 7,5% (n=3) auxiliares de produção; 7,5% (n=3) vendedores; 5% (n=2)

autônomos; 5% (n=2) motoristas; 5% (n=2) enfermeiros; 2,5% (n=1) aposentado; 2,5% (n=1) auxiliar administrativo; 2,5% (n=1) frentista; 2,5% (n=1) capataz; 2,5% (n=1) cozinheiro; 2,5% (n=1) cuidador de idosos; 2,5% (n=1) instrutor de autoescola; 2,5% (n=1) empregada doméstica; 2,5% (n=1) técnico agropecuário; 2,5% (n=1) barman; 2,5% (n=1) representante comercial; 2,5% (n=1) costureiro; 2,5% (n=1) torneiro mecânico; 2,5% (n=1) mecânico; 2,5% (n=1) professor; e 2,5% (n=1) soldador. Do total de usuários, 60% (n=27) possuíam outra forma de assistência à saúde suplementar ao SUS, porém não utilizaram os serviços fisioterapêuticos disponibilizados por seus convênios pela necessidade de pagamento de taxas cobradas por cada sessão de fisioterapia.

As principais queixas que levaram à procura por fisioterapia pelo SUS foram os distúrbios osteomioarticulares, que corresponderam a 93,3% (n=42) dos casos. Estes foram decorrentes de acidentes e lesões no trabalho (26,2%; n=11), acidentes automobilísticos (23,8%; n=10), dorsalgia (19,1%; n=8); lesões no ombro (9,5%; n=4); lesões no tornozelo (9,5%; n=4); lesões no joelho (7,2%; n=3); e osteoporose (4,7%; n=2). Os demais usuários apresentavam disfunções neurológicas (6,7%; n=3). A média de tempo entre o encaminhamento e a primeira consulta para fisioterapia pelo SUS foi de 21,38 ($\pm 39,7$) dias, o que variou entre um e duzentos e dez dias para o encaminhamento. A maioria dos usuários (51,1%; n=23) se deslocou para a fisioterapia com transporte público; 37,8% (n=17) utilizaram automóveis; 6,7% (n=3) com bicicleta e 4,4% (n=2) chegaram aos serviços a pé. Todos os usuários informaram a abordagem individual nos atendimentos.

Para o agendamento da fisioterapia, os usuários relataram que levaram o encaminhamento médico até a unidade de saúde mais próxima de sua casa, onde, por meio da central de regulação, foram encaminhados para uma das clínicas de fisioterapia vinculadas ao SUS com disponibilidade de vagas. Caso os usuários quisessem escolher uma clínica específica dentre as prestadoras de serviços ao SUS, deveriam aguardar até que houvesse vagas disponíveis na clínica desejada.

Percepção dos entrevistados

Com relação às questões abertas, identificamos duas categorias entre as respostas: resolutividade da atenção e barreiras para a utilização dos serviços apresentadas a seguir.

Resolutividade da atenção

Os depoimentos mostraram as percepções dos usuários sobre a resolutividade da fisioterapia ambulatorial pelo SUS sob dois principais ângulos. A partir das respostas à pergunta "Qual a sua opinião sobre a resolutividade da fisioterapia no SUS?", foram identificadas duas ideias centrais (IC), e elaborados os respectivos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), relativos a cada IC.

A ideia central A (ICA) foi a de que a fisioterapia não é totalmente resolutiva, baseada na resposta de seis usuários, que se caracterizaram por tratar disfunções osteomioarticulares decorrentes de lesão no ombro (n=3) e no tornozelo (n=1), dorsalgia (n=1) e acidente automobilístico (n=1), cujo DSC está representado no Quadro 1.

Quadro 1. ICA – A Fisioterapia não é totalmente resolutiva

"A fisioterapia eu vejo assim mais como paliativo, pra aliviar a dor. Resolve um pouco. Ela funciona por um determinado tempo. Eu venho aqui porque sinto muitas dores. Ai eu procuro aqui. Então ela ameniza bem. Mas, é pra pouco tempo, não é pra muito não. Tanto é que eu faço 10 aplicações. Espero ai, uns 15 dias, começa a doer novamente. Depende do local, porque eu fui numa fisioterapia, 20 sessões só no choquinho. Não é certo."

A ideia central B (ICB) – A fisioterapia é resolutive e funciona bem – foi relatada por 39 usuários que relacionaram a fisioterapia com a melhora da função e dos sintomas apresentados. Esse grupo foi composto por usuários que apresentavam disfunções neurológicas (n=3) e ostemioarticulares decorrentes de: acidentes e lesões no trabalho (n=11); acidentes automobilísticos (n=9; dorsalgia (n=7); osteoporose (n=2); lesões no ombro (n=3); lesões no tornozelo (n=1); e lesões no joelho (n=3). O Quadro 2 demonstra o DSC.

Quadro 2. ICB – A Fisioterapia pelo SUS é resolutive e funciona bem

“Eu acho que é bom a fisioterapia pelo SUS. O atendimento tá sendo muito bom, funciona muito bem, to vendo resultado. Depende também do paciente cumprir as metas que pedem. Eu não tenho do que reclamar. Não terminei, mas a gente já consegue ver um resultado bom. No decorrer do processo da fisioterapia tive uma melhora visível. Não tava nem andando, cheguei mal pra caramba, na cadeira de rodas e agora já to andando com uma muleta. Eu tava com muita dor. O pé tava bem inchado, parecia dois pés. Aí já senti que foi melhorando, foi melhorando. Funciona. É bom, ajuda a gente. Ajuda muito. Pra mim tá fazendo efeito.”

Barreiras para utilização dos serviços

De acordo com as declarações nas entrevistas em resposta à segunda pergunta – “Quais as principais dificuldades no atendimento?” – foi possível identificar dois grupos de barreiras à fisioterapia ambulatorial pelo SUS. A primeira barreira, que é referente aos pacientes, é a dificuldade de acesso físico-financeiro aos serviços. A outra, que é referente aos serviços, diz respeito à dificuldade com a continuidade do tratamento. A partir do depoimento de cinco usuários, criou-se a ideia central C (ICC) de que a distância dificulta o acesso à fisioterapia, cujo DSC está demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3. ICC – A distância dificulta o acesso à Fisioterapia

“A distância. Tinha que ser em um lugar mais perto para pessoa. A pessoa, às vezes, não tem como tá se locomovendo muito longe, por causa do problema. Eu fico pensando pra quem mora longe. Eu sempre procuro o lugar mais próximo pelo SUS. Porque, às vezes, a pessoa tem que atravessar a cidade para fazer fisioterapia. Eu não tenho quem me trazer. Tem que vir e voltar. Então você gasta um pouco né. Ai meu salário que eu não to tirando, porque agora eu to parada né. Então esses dias tá sendo muito difícil pra mim. Porque, às vezes, eu não tenho passe. Você vê quanto que eu não gasto de passe sem poder? É sem poder mesmo. Tiro de uma coisa para cobrir outra.”

A ideia central D (ICD) foi constituída a partir de outros 14 depoimentos – A burocracia para agendamento e disponibilidade de vagas interfere na continuidade do tratamento, e, conseqüentemente, em sua resolutive – conforme demonstrado no DSC correspondente (Quadro 4).

Quadro 4. ICD – A burocracia dificulta a continuidade do tratamento

“A única dificuldade é pra marcar a fisioterapia quando tem seqüência. Não é todo mundo que consegue agendar, marcar, porque é muito demorado. Porque tem gente que não tem tempo para conseguir uma fisioterapia pelo SUS. O mais demorado é marcar no posto né. Tem que levantar cedo para ir no posto e marcar. Tem que marcar, esperar, agendar. Vortá no médico para poder pedir mais. Pra você agendar o médico já é difícil. Porque, às vezes, a fisioterapeuta pede pra você dar continuidade, mas ai você tem que voltar pro médico, ir lá, voltar, marcar consulta. Por exemplo, o médico passa 30 sessões. Eu faço de 10 em 10. Quando tá terminando, já terei que marcar mais 10. Ai, eu vou lá no postinho mais próximo de casa e não consigo marcar na seqüência. Às vezes, fica complicado, é o sistema que indica o local. Quando surge vaga e você precisa, você tem que ir para outra clínica. O sistema indica outro local de fisioterapia, dá a impressão que eu tenho que começar tudo novamente. Seria bom no mesmo local. Um encaminhamento que durasse mais tempo.”

Discussão

Este estudo é fundamentado pelo pressuposto de que a Saúde é um direito de todos e pelo reconhecimento de que a Saúde Funcional é parte importante da saúde dos brasileiros. Especificamente nesta pesquisa, avaliar a atenção fisioterapêutica ambulatorial na perspectiva dos usuários dos serviços coloca o conhecimento da realidade como estratégia para os avanços na qualidade da atenção.

Embora os serviços de saúde não sejam os principais determinantes no processo saúde-doença, a existência de serviços e a garantia de acesso da população a eles podem determinar impactos na saúde da população¹⁶. A atenção fisioterapêutica ambulatorial, por meio do diagnóstico cinesiológico funcional, o mais precoce possível, e o tratamento de maneira imediata, contínua e resolutiva repercutirão em limitação dos danos, reabilitação e, conseqüentemente, na saúde dos indivíduos vulneráveis e/ou com algum grau de incapacidade funcional.

Na análise do perfil dos usuários dos serviços fisioterapêuticos, identificamos que o percentual mais expressivo era do sexo masculino, em fase adulta, com rendimentos próprios, reduzido nível de escolaridade e baixa renda familiar. No que se refere ao deslocamento para as clínicas de fisioterapia, a maioria dos usuários chegou às clínicas por meio de transporte público.

Com exceção do gênero, outros estudos identificaram características semelhantes dos usuários dos serviços ambulatoriais de Fisioterapia^{2,4}, sendo que, nos serviços públicos, os usuários apresentam menor nível de escolaridade e de renda familiar em relação aos serviços privados^{3,5}. Indivíduos em fase adulta são mais expostos a fatores de riscos como: acidentes de trânsito e de trabalho, doenças crônicas e estresse¹⁷. Tais fatores são ainda mais evidentes nos homens, os quais, neste estudo, representam a maioria dos usuários em tratamento fisioterapêutico. Em comparação com as mulheres, os homens consomem mais álcool e drogas, estão mais suscetíveis a acidentes por causas externas (como acidentes de trânsito e violência), assim como, dependendo da atividade ocupacional, podem estar mais expostos a situações de risco no ambiente de trabalho¹⁸. Outra característica relacionada ao gênero masculino é o fato de se considerarem invulneráveis, com baixa adesão às práticas de prevenção, e não buscarem o cuidado na atenção primária à saúde, adentrando na rede de saúde pelos serviços de média e alta complexidade na ocorrência de doenças^{19,20}.

Todas essas características explicam os resultados referentes aos principais motivos de procura dos serviços de fisioterapia relatados pelos usuários deste e de outros estudos da literatura^{3,5}: os osteomioarticulares, em especial por acidentes de trânsito e de trabalho. Nota-se, portanto, que a maior parte dos usuários buscou a atenção fisioterapêutica em função de um evento agudo que os deixou temporariamente com algum grau de incapacidade funcional, prejudicou a vida produtiva e a atividade laboral desses indivíduos.

Mediante tais resultados, associados ao fato de que a atenção fisioterapêutica nas equipes de Atenção Primária à Saúde do País é um processo em construção²¹ e não é realidade em Campo Grande, nem tampouco na maior parte dos municípios do Brasil, podemos inferir que os indivíduos com queixas leves por causa de distúrbios que ainda não imponham limitações importantes à saúde funcional estejam à mercê da evolução natural da doença. Tal situação pode repercutir – em médio e longo prazo – em condições mais graves e com menor chance de resolutividade, impondo custos físicos, psicológicos, sociais e econômicos expressivos^{22,23}.

Ainda com relação aos motivos de procura por assistência fisioterapêutica ambulatorial, é notável o pequeno percentual de usuários com problemas neurológicos identificados na rede de fisioterapia ambulatorial do município. Esses resultados são semelhantes aos relatados por Fréz e Nobre³ e Machado e Nogueira⁵, e, possivelmente, estão relacionados à dificuldade de locomoção física dos usuários que apresentam distúrbios neurológicos. Os entrevistados referiram deslocamento para as clínicas de fisioterapia por meio do transporte público, automóvel, a pé ou de bicicleta, o que indicou que aqueles com dificuldade de locomoção e sem condições financeiras para custearem um carro que os transportem até as clínicas não têm possibilidade de utilizar os serviços públicos de fisioterapia.

Segundo o Censo Demográfico do município, em 2010, havia 150.191 habitantes com algum tipo de deficiência motora classificada em: 98.410 pessoas com deficiência motora "com alguma dificuldade"; 42.895 pessoas "com grande dificuldade"; e 8.886 pessoas que "não conseguem de

modo algum”²⁴. Considerando-se que a maior parte da população utiliza a rede pública de saúde, pode-se afirmar que há um grande número de pessoas com deficiência motora, com necessidade de tratamento fisioterapêutico, sem acesso aos serviços de reabilitação. Esta demanda reprimida pode ser explicada pelo fato de que o transporte sanitário para o deslocamento desses usuários até os respectivos serviços não é disponibilizado pela SESA, tampouco está instituída a rede de atenção domiciliar, tanto no município estudado como na maior parte dos municípios do País. Essa mesma realidade foi identificada em outros estudos, o que demonstra que a limitação em se deslocar até o local da fisioterapia pode ser considerada empecilho ao acesso, e são necessárias condições físicas e financeiras, considerando a regularidade e a frequência que demanda o tratamento⁴.

Por ser a saúde um direito constitucional e a universalidade do acesso em todos os níveis de atenção um dos princípios do Sistema Único de Saúde do País²⁵, é preocupante a falta de acesso aos serviços de reabilitação imposta a tais cidadãos. As pessoas com graus moderados e graves de deficiência motora e sem condições de locomoção permanecem restritas ao domicílio e, sem acesso aos serviços de reabilitação, ficam expostas à evolução do agravo. A esses cidadãos é negada a possibilidade da recuperação da saúde funcional e, em muitos casos, da vida laboral e social.

No que se refere à percepção dos usuários sobre a resolutividade da atenção fisioterapêutica recebida, identificamos, nas respostas, que tal percepção está atrelada especificamente à recuperação da função e melhora da dor. Outros estudos demonstram que os usuários também qualificam a satisfação e a resolutividade relacionando-as ao ambiente físico e à relação terapeuta/paciente^{3,4,6,11}.

Embora um grupo expressivo de respondentes tenha considerado a atenção resolutiva, ainda que o tratamento estivesse em curso, houve outro grupo que considerou que a atenção recebida não apresenta resolutividade total, pois os sintomas retornam algum tempo depois da interrupção do tratamento. Distintos aspectos podem estar atrelados à resolutividade limitada da atenção fisioterapêutica, dentre os quais está a descontinuidade no tratamento, também relatada neste estudo como uma dificuldade enfrentada pelos usuários. A eficácia do atendimento terapêutico pode ser protelada, interrompida ou abolida no decorrer do tempo que o paciente permanece sem assistência e orientação²⁶.

Reconhecer a relação entre a resolutividade e a satisfação dos usuários é importante para avaliar a qualidade e o desempenho dos serviços de saúde. A localização e custos envolvidos são fatores que influenciam na satisfação e adesão dos usuários²⁷. No presente estudo, as dificuldades mencionadas dizem respeito ao acesso físico-financeiro e burocrático, mesmo para os usuários que consideraram a fisioterapia resolutiva. Sobre as diferentes dimensões das barreiras ao acesso, Assis e Jesus²⁸ identificaram e descreveram as barreiras política, técnica, simbólica, físico-social e organizacional. As duas últimas também foram relatadas pelos indivíduos estudados nessa pesquisa.

Tais resultados reforçam a discussão anterior sobre a falta de acesso aos serviços de fisioterapia, que ficam restritos àqueles que, de alguma maneira, são capazes de se deslocar até o local de tratamento. Mesmo os que conseguem realizar a fisioterapia, queixam-se de ter de percorrer longas distâncias, o que demanda tempo, esforço físico e gastos financeiros. Essa mesma realidade foi encontrada no estudo de Machado e Nogueira⁵, no qual os usuários que relataram o acesso como difícil, consideraram como empecilhos ao tratamento: o tempo de deslocamento até o local de atendimento, a inexistência de serviço de fisioterapia mais próximo, os problemas de locomoção, a dificuldade financeira e a distância de suas residências. Concordamos com Ramos e Lima¹⁰ sobre a necessidade de investigações que levantem a demanda dos usuários que não têm acesso à fisioterapia, identifiquem as necessidades de saúde dessas pessoas e como isso repercute em suas vidas cotidianamente.

Outros fatores mencionados como empecilhos para a utilização dos serviços de fisioterapia na rede pública são os processos burocráticos de encaminhamento e agendamento. Embora os caminhos para a atenção fisioterapêutica estejam bem definidos no município, com agendamento operacionalizado pelo sistema de regulação de vagas, via unidade básica de saúde, há grande variabilidade no tempo entre o encaminhamento e o início do tratamento fisioterapêutico. Enquanto algumas pessoas relatam que, antes de acabarem as sessões previstas, procuram a consulta médica para a solicitação e o agendamento de novas sessões, em um exemplo de que a população busca ativamente alternativas à burocracia dos serviços, outras aguardam semanas e, até mesmo, meses para dar continuidade ao tratamento, comprometendo o acesso e a equidade.

Atualmente, preconiza-se que dez sessões sejam disponibilizadas a cada encaminhamento, com necessidade de retorno ao médico para conseguir novas solicitações para as sessões subsequentes. No entanto, o tempo decorrido para marcar as consultas médicas não acompanha o cronograma de agendamento da fisioterapia, o que retarda a continuidade do atendimento. Como já discutido, a possibilidade de continuidade longitudinal do tratamento pode influenciar positivamente a percepção dos usuários no que se refere à satisfação e resolutividade das ações²⁶. Conforme identificado no presente estudo, além de interferir no estabelecimento de vínculo profissional-usuário, a descontinuidade do tratamento com o mesmo fisioterapeuta influencia diretamente na resolutividade da queixa principal. Estes comentários trazem à tona a importância de o profissional fisioterapeuta ter autonomia para avaliar, discernir e deliberar sobre a necessidade de intervenções de forma individualizada para casa usuário.

Há, portanto, necessidade de uniformização das ações e maior agilidade para que os usuários obtenham continuidade do tratamento mais rapidamente. Além disso, é importante melhorar as informações e a divulgação sobre os caminhos que o usuário precisa percorrer pela rede até usufruir dos serviços fisioterapêuticos.

Assim, foi possível observar que as queixas relacionadas à assistência fisioterapêutica ambulatorial pelo SUS estão mais relacionadas às dificuldades de acesso a estes serviços. Cabe ressaltar que, mesmo com todas as dificuldades relatadas, a maioria dos pacientes considera o serviço de fisioterapia resolutivo. Não podemos nos furtar de refletir sobre a possibilidade da ausência de críticas aos serviços por receio de prejuízo ao atendimento, ou pela relação de dependência com os profissionais de saúde, fato já levantado por Fréz e Nobre³.

Outro fator que pode ter contribuído para a falta de críticas mais contundentes pode estar relacionado ao baixo nível de escolaridade dos usuários entrevistados. Quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade em apresentar uma visão crítica sobre os serviços prestados⁵. A Comissão Nacional Sobre Determinantes de Saúde – CNDSS²⁹ discorre sobre os efeitos do nível de escolaridade na saúde de uma população, como, por exemplo, no que diz respeito: à percepção dos problemas de saúde, à capacidade de entendimento das informações sobre saúde, e ao consumo e utilização dos serviços de saúde. Assim, cada vez mais, mostra-se necessária a melhoria do acesso à informação, por parte dos usuários do SUS, sobre a saúde de qualidade como um direito Constitucional³⁰. Além dos benefícios para o próprio usuário no sentido de fortalecer sua opinião crítica, proporcionar empoderamento e autonomia, também favorece o fluxo e uma rede de atenção à saúde mais ágil e resolutiva.

Na mesma perspectiva, motivados pelo menor número de anos no ensino formal, encontramos a maioria dos usuários entrevistados em ocupações de nível técnico. A limitação econômica, por sua colocação no mercado de trabalho, impacta no rendimento familiar e, conseqüentemente, no acesso à saúde. Assis e Jesus²⁸ associaram a baixa renda à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, alegando que as pessoas pertencentes às classes sociais economicamente prejudicadas buscam menos ou apresentam maior dificuldade de usufruir de tais serviços. Possivelmente, a associação desses fatores à capacidade reduzida de crítica leve os usuários a identificarem como de boa qualidade abordagens que poderiam sofrer qualificação.

Ainda que a maioria tenha discorrido positivamente sobre a resolutividade da fisioterapia, a opinião daqueles que não consideram a fisioterapia resolutiva, bem como as dificuldades relatadas por todos os entrevistados, são fundamentais para a reorganização dos serviços públicos de saúde.

Gestores e equipes de trabalhadores devem considerar, ainda, a possibilidade da aceitação de ofertas pouco qualificadas e superestimadas pelos usuários, visto que a autonomia, o empoderamento e a participação desse segmento no controle dos serviços ainda está incipiente na maioria das redes de atenção à saúde.

Considerações finais

O perfil dos usuários de fisioterapia ambulatorial pelo SUS em Campo Grande, MS, está caracterizado por: pessoas do sexo masculino, com baixa escolaridade, com idade economicamente ativa, e que têm condições de deslocamento por meio de transporte público ou automóvel para receber assistência fisioterapêutica. Os principais motivos encontrados de encaminhamento para a fisioterapia ambulatorial pelo SUS estão relacionados a distúrbios osteomioarticulares. Assim, compreende-se que os usuários com distúrbios neurológicos ou de outra natureza, com dificuldades de acesso físico e financeiro, ou sem encaminhamentos médicos não têm recebido atenção fisioterapêutica em nível ambulatorial.

A maioria dos entrevistados considerou que a fisioterapia ambulatorial pelo SUS deste município é resolutive, pois reduz os sintomas algícos e melhora a funcionalidade. As dificuldades mencionadas para a utilização dos serviços de fisioterapia estão relacionadas à distância entre os domicílios dos usuários e as clínicas, e à burocracia para os agendamentos. A distância limita o acesso físico-financeiro e a burocracia interfere na continuidade e, conseqüentemente, na resolutividade do tratamento.

Para uma melhor e mais resolutive atenção fisioterapêutica, é necessário uma reorganização da rede de atenção no que diz respeito às questões burocráticas, como a necessidade do retorno ao médico exclusivamente com a finalidade de garantir o encaminhamento, bem como a ampliação dos serviços de fisioterapia em diferentes regiões do município e do número de fisioterapeutas para atenção secundária no SUS. Além disso, entende-se que tais medidas não beneficiariam os usuários que necessitam de fisioterapia, que não têm condições de deslocamento até as clínicas, ou estão restritos ao domicílio ou ao leito. Assim, defende-se a importância da implantação de serviços de Atenção Domiciliar instituídos pelo SUS³¹ e a inserção do fisioterapeuta nestes espaços. Recomenda-se que sejam realizados estudos que levantem demanda dos usuários que não têm condições de deslocamento até as clínicas de fisioterapia, e permanecem sem acesso à atenção fisioterapêutica pelo SUS, visto que não foram contemplados pela metodologia desse estudo.

Finalmente, entende-se que somente a melhoria do acesso e a disponibilidade de vagas na rede são insuficientes para garantir uma atenção resolutive. Para tanto, os profissionais devem estar qualificados para promover a saúde funcional dos usuários que necessitam dos serviços fisioterapêuticos, e os usuários devem desenvolver autonomia, participação social e comprometimento no cuidado com a própria saúde.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Moretto LC, Longo GZ, Boing AF, Arruda MP. Prevalência da utilização de serviços de fisioterapia entre a população adulta urbana de Lages, Santa Catarina. *Braz J Phys Ther.* 2009; 13(2): 130-5.
2. Gonçalves JR, Vera FEL, Matos ACM, Lima ISA. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. *Fisioter Mov.* 2011; 24(1):47-56.
3. Fréz AR, Nobre MIRS. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. *Fisioter Mov.* 2011; 24(3):419-28.
4. Rodrigues RM, Raimundo CB, Silva KC. Satisfação dos usuários dos serviços privados de Fisioterapia do município de Campos dos Goytacazes/RJ. *Perspect Online [Internet].* 2010 [acesso 2012 Dez 7]; 4(14):163-80. Disponível em: [http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n14/volume4\(14\)artigo15.pdf](http://www.perspectivasonline.com.br/revista/2010vol4n14/volume4(14)artigo15.pdf)
5. Machado NP, Nogueira LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Braz J Phys Ther.* 2008; 12(5):401-8.
6. Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a fisioterapia. *Braz J Phys Ther.* 2007; 11(5):369-76.
7. Murray CJL, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20(3):21-4. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.21.
8. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cienc. Saude Colet.* 2005; 10 Supl:303-12.
9. Geitona M, Kyriopoulos J, Zavras D, Theodoratoum T, Alexopoulos EC. Medication use and patient satisfaction: a population-based survey. *Fam Pract.* 2008; 25(5):362-9.
10. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2003; 19(1):27-34.
11. Keith RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998; 79(9):1122-8.
12. Shimizu HE, Rosales C. A atenção à saúde da família sob a ótica do usuário. *Rev Latino-am Enferm.* [Internet]. 2008 [acesso 2012 Dez 6]; 16(5):87-93. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_14.pdf
13. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on Health. System Performance. *Health Aff (Willwood)* 2001; 20(3):10-20. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.10.
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo - a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2a ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2012.
15. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região - CREFITO13. Quantitativo de inscrições de empresas de Fisioterapia no Município de Campo Grande – MS no ano de 2012. Campo Grande; 2012.
16. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca-Júnior GA, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012; 28 Supl:81-9.
17. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saude.* 2008; 17(4):247-57.

18. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editores. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p.137-52.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2008.
20. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. Men in a primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(33):257-70.
21. Neves LMT, Acioli GG. Challenges of integrality: revisiting concepts about the physical therapist's role in the Family Health Team. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):551-661.
22. Borges AMP, Gonçalves MANB, Lovato M, Salício VAMM. A contribuição do fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura. *Uni Cienc*. 2010; 14(1):69-82.
23. Rezende M, Moreira MR, Amâncio-Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Cienc. Saude Colet*. 2009; 14 Supl 1:1403-10.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2010 [acesso 2012 Nov 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ms&tema=censodemog2010_defic
25. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990 Set 19.
26. Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal continuity of care is associated with high patient satisfaction with physical therapy. *Phys Ther* [Internet]. 2005 [acesso 2012 Dez 4]; 85(10):1046-52. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/85/10/1046>
27. Roush SE, Sonstroem RJ. Development of the Physical Therapy Outpatient Satisfaction Survey (PTOPS). *Phys Ther* [Internet]. 1999 [acesso 2012 Dez 6]; 79(2):159-70. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/79/2/159>
28. Assis MM, Jesus WIA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2865-75.
29. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.
30. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
31. Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2011 Ago 24.

Silva MA, Santos MLM, Bonilha LAS. Fisioterapia ambulatorial en la red pública de salud de Campo Grande (Matro Grosso do Sul, Brasil) en la percepción de los usuarios: capacidad de resolución y barreras. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(48):75-86.

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de usuarios de los servicios de fisioterapia ambulatorial del Sistema Único de Salud en el municipio de Campo Grande-Estado de Mato Grosso do Sul sobre la capacidad de resolución de la atención y las barreras enfrentadas. Se realizó una encuesta descriptivo-exploratoria con entrevistas, datos organizados por la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Fueron entrevistados 45 usuarios, en siete clínicas de fisioterapia con convenio con el SUS. Los motivos de búsqueda de la fisioterapia fueron disturbios osteomioarticulares (93,3%) y neurológicos (6,7%). Se identificaron las Ideas Centrales (IC): ICA – La Fisioterapia no tiene capacidad total de resolución; ICB – La Fisioterapia ofrecida por el SUS tiene capacidad de resolución y funciona bien; ICC – La distancia dificulta el acceso a la Fisioterapia; ICD – La burocracia dificulta el acceso a la Fisioterapia. La mayoría de los entrevistados consideró la fisioterapia con capacidad de resolución (86,6%). Las dificultades se relacionaron al acceso, siendo limitadoras las cuestiones físico-financieras y burocráticas.

Palabras-clave: Fisioterapia. Evaluación en salud. Satisfacción de los usuarios. Salud pública.

Recebido em 06/06/13. Aprovado em 11/11/13.