



**INSTITUTO
FEDERAL**
Rio de Janeiro

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO DE JANEIRO**

CAMPUS REALENGO

FISIOTERAPIA

THATYANE MORAES COSTA

**Perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes atendidos
pela Fisioterapia em 2022 e 2023 no Centro de reabilitação de uma
Clínica da Família localizada no Complexo de Favelas da Penha**

IFRJ - CAMPUS REALENGO

2024

THATYANE MORAES COSTA

Perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes atendidos pela Fisioterapia em 2022 e 2023 no Centro de reabilitação de uma Clínica da Família localizada no Complexo de Favelas da Penha

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação de curso de Fisioterapia do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Adriana Ribeiro de Macedo

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mauren Lopes de Carvalho

IFRJ - CAMPUS REALENGO

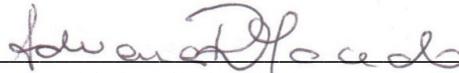
2024

Perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes atendidos pela Fisioterapia em 2022 e 2023 no Centro de reabilitação de uma Clínica da Família localizada no Complexo de Favelas da Penha

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação de curso de Fisioterapia do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 26 de agosto de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª Dra. Adriana Ribeiro de Macedo (Orientadora)
Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ)

Documento assinado digitalmente



MAUREN LOPES DE CARVALHO
Data: 02/09/2024 16:38:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª Dra. Mauren Lopes de Carvalho (Co-orientadora)
Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ)

Documento assinado digitalmente



EDNEIA APARECIDA LEME
Data: 28/08/2024 15:09:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^ª Ma. Ednéia Aparecida Leme (Membro Interno)
Instituto Federal do Rio de Janeiro (IFRJ)

Documento assinado digitalmente



ARNALDO CEZAR NOGUEIRA LAURENTINO
Data: 02/09/2024 12:23:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof Dr Arnaldo Cezar Nogueira Laurentino (Membro Externo)
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

CIP - Catalogação na Publicação

C838p Costa, Thatyane Moraes
Perfil epidemiológico e sociodemográfico de pacientes atendidos
pela Fisioterapia em 2022 e 2023 no Centro de reabilitação de uma
Clínica da Família localizada no Complexo de Favelas da Penha /
Thatyane Moraes Costa - Rio de Janeiro, 2024.
50 f. ; 30 cm.

Orientação: Adriana Ribeiro de Macedo .

Trabalho de conclusão de curso (graduação), Bacharelado
em Fisioterapia, Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Rio de Janeiro, Campus Realengo, 2024.

1. Perfil Epidemiológico. 2. Fisioterapia. 3. Centro de
Reabilitação. I. , Adriana Ribeiro de Macedo, **orient.** II. , Mauren
Lopes de Carvalho, **coorient.** III. Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. IV. Título

“À minha mãe e às minhas irmãs.”

“Aos apaixonados pela saúde coletiva.”

“A todos os usuários do Sistema Único de Saúde dedico o meu texto. Que este seja só o início da nossa caminhada juntos.”

AGRADECIMENTOS

Inicio agradecendo a minha mãe. Minha vida e minha história não seriam as mesmas sem ela. Se há um plano debaixo de todas as coisas, certamente só um Ser Magnânimo poderia ter feito isso, e eu sou imensamente grata a essa Força do Universo. Nem nos meus melhores planos eu poderia ter feito uma escolha tão certa do que ter ela como mãe e se fosse eu a escolher, eu a escolheria todas as vezes e em todas as possíveis vidas. Minha mãe é suporte, acolhimento, atitude, garra, determinação, superação e é a minha maior inspiração na vida. É a pessoa que mais lutou e luta pela família dela no mundo. Sou imensamente grata às minhas irmãs por terem sido também minhas mães enquanto Dona Edinea batalhava pelo nosso sustento. Sou grata a Dayane, minha irmã mais velha, por me fazer de aluna e aos 4/5 anos - brincando de escolinha - me ensinar a ler e escrever. Quando finalmente entrei na escola, as pessoas me achavam tão esperta e mal sabiam a sorte que eu tinha de ter a Dayane. Agradeço a Tayane por deixar a comida pronta todo dia que eu chegava da escola, por lavar meu uniforme e por brigar comigo para que eu estudasse - mesmo que ela também tivesse que ir à escola à tarde. Agradeço às duas por me ensinarem a ser durona e não deixar ninguém nunca mexer com a gente. Agradeço as três por serem fãs de livro de romance e por comprarem tanto em livrarias sebo. Minhas primeiras leituras foram daqueles livros e minha paixão por sebo e livrarias, no geral, vem de vocês. Agradeço por vocês facilitarem minha vida mesmo que para isso vocês tenham segurado muitas situações difíceis. Minha vida escolar e acadêmica é resultado da vida de vocês. Mesmo que vocês não enxerguem, foram vocês que traçaram meus degraus até o fim da minha jornada acadêmica. Agradeço à Tayane ainda por me presentear com as sobrinhas mais lindas do mundo, Julia e Lara. Aquelas meninas são as coisas mais preciosas do mundo e nossa vida é muito feliz com a chegada delas. Agradeço a minha prima Grazielle por ter sido uma irmã também e por depois do Ensino Médio ter me incentivado a fazer o pré-vestibular. Foi ela que, em 2015, buscou as oportunidades de provas para ganharmos bolsa e fazermos cursinho para o vestibular. Foi ela que uns anos antes também insistiu que nós nos escrevêssemos no programa de gratuidade do Senac Cursos e fizéssemos o curso Técnico. Foi no Técnico de Estética que eu ouvi falar pela primeira vez da Fisioterapia. Sou grata a todas as pessoas que passaram por mim na faculdade. Sou grata pelas amigas que eu conquistei e nutri. Cito o Lucas e a Mamani em especial por terem sido acolhimento e calma nesses muitos anos de muita loucura e insanidade. À Mamani informo que - seja para onde a vida te leve - você será sempre minha

pitiquinha. À Luana serei grata para sempre por abrir as portas da casa dela para mim, por ter se tornado minha amiga e por ter me acolhido. Com esses três, fizemos a imensa loucura de criar uma Liga Acadêmica do zero - a LASC - e ainda criamos um projeto social - o SolidarIF - que no meio da Pandemia de COVID ajudou mais de 100 alunos e servidores do IFRJ CReal com cestas básicas. Mesmo com tudo sendo muito trabalhoso, agradeço toda a experiência adquirida com isso. Agradeço também a LASM e a toda a gestão de 2019/2020.. À Misa eu agradeço por ter cruzado meu caminho, você abriu meus olhos para tanta coisa. Por sua causa eu fiz a loucura de viajar de avião até Porto Alegre e depois Santa Catarina para me encontrar com a desconhecida mais linda do mundo que se tornaria um dos amores da minha vida. Com você eu tive experiências únicas de liberdade e sapatônicas que eu nunca tinha imaginado sonhar antes. Com você eu descobri a potencialidade do corpo dissidente, as delícias e as mazelas de ser SAPATÃO. Juntas nos tornamos meio sulistas e meio cariocas. Eu te amo e sempre vou amar você independente de onde a vida nos leve. À Larissa agradeço a parceria de vida, você é calma e tormenta, é sinônimo de amor, filme, lanchinhos e muito dengo. Você chegou como um grande furacão e se tornou descanso para os dias de estresse. Você não é MINHA CURA, mas é FOGO e GASOLINA. Obrigada por me suportar nesse fim de graduação e principalmente na escrita deste TCC. Você me deu força e eu amo muitíssimo você.

Agradeço em especial às minhas orientadoras Adriana Macedo e Mauren Carvalho. A jornada de orientar não é nada fácil. Meu trabalho, minhas ideias soltas e múltiplas então. Lapidar o emaranhado de coisas que eu penso certamente é muito trabalhoso e sem vocês eu não teria feito isso de maneira alguma. Uma orientação afetuosa fez toda a diferença na minha jornada do TCC. OBRIGADA POR TANTO!

Finalizo agradecendo a mim mesma por ter me cuidado e não desistido de mim e dos meus planos. Ainda há tanto o que se fazer e este é só um ciclo que fechamos, mas sou grata por ter conseguido chegar até aqui sem abrir mão de quem eu sou, do que eu quero e fazendo o possível por mim todas as vezes. Eu venci e eu sei disso!!

RESUMO

Introdução: Este estudo teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários atendidos em um Centro de Reabilitação de uma Clínica da Família no Complexo de Favelas da Penha, Rio de Janeiro. A pesquisa foi motivada pela experiência da autora como estagiária bolsista na unidade e buscou compreender como o atendimento de fisioterapia é estruturado e oferecido a uma população predominantemente de baixa renda. **Método:** Utilizou-se de uma abordagem quali-quantitativa, com uma pesquisa documental transversal retrospectiva. Dados foram coletados a partir de 300 prontuários eletrônicos de usuários atendidos entre 2022 e 2023. Além disso, observações qualitativas foram registradas em diário de campo durante o período de estágio da autora. As análises quantitativas foram realizadas utilizando o software SPSS, com a aplicação de testes estatísticos como Qui-quadrado e o Teste Exato de Fisher. **Resultados e Discussão:** Observou-se a predominância feminina (68%) e negra (61%), refletindo a desigualdade de acesso aos serviços de saúde. As queixas mais frequentes foram condições traumato-ortopédicas, como cervicotoracolombalgia (25,3%) e fraturas (16%), além de doenças neurofuncionais, como sequelas de AVC. O tempo médio de atendimento foi de 11,7 sessões em um tempo médio de sessão de 28 minutos. Os resultados dos testes de associação são: a prevalência de homens dentre os adultos jovens; a prevalência de lesões neurológicas em pessoas idosas e em homens negros. Adicionalmente, a eletroterapia aparece como o recurso mais utilizado no setor em detrimento de outras técnicas reconhecidas como mais eficazes. Há disparidade nos tratamentos oferecidos a diferentes grupos raciais e sexos, com mulheres e pessoas brancas recebendo mais terapia manual em comparação a outros grupos. O estudo também revelou limitações no atendimento, como a alta demanda, o baixo número de profissionais e a adoção de protocolos de tratamento que priorizam a quantidade em detrimento da qualidade, resultando em atendimentos curtos e repetitivos. **Conclusão:** Os resultados indicam que o atendimento de fisioterapia no setor público enfrenta desafios significativos, incluindo alta demanda, baixo número de profissionais e protocolos de tratamento que priorizam quantidade sobre qualidade, em acordo com o mercado neoliberal, excluindo-se as diretrizes do SUS. A pesquisa destaca a necessidade de uma maior adesão aos princípios do SUS, com foco em uma abordagem mais equitativa e humanizada.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to analyze the sociodemographic and epidemiological profile of the users treated at a Rehabilitation Center of a Family Clinic in the Favela Complex of Penha, Rio de Janeiro. The research was motivated by the author's experience as a scholarship intern at the unit, and sought to understand how physiotherapy care is structured and offered to a predominantly low-income population. **Method:** The study used a qualitative-quantitative approach, with a retrospective cross-sectional documentary survey. Data was collected from 300 electronic medical records of users seen between 2022 and 2023. In addition, qualitative observations were recorded in a field diary during the author's internship period. Quantitative analyses were carried out using SPSS software, with the application of statistical tests such as Chi-square and Fisher's Exact Test. **Results and Discussion:** There was a predominance of women (68%) and blacks (61%), reflecting unequal access to health services. The most frequent complaints were traumatic-orthopedic conditions, such as cervicothoracolumbago (25.3%) and fractures (16%), as well as neurofunctional diseases, such as stroke sequelae. The average attendance time was 11.7 sessions in an average session time of 28 minutes. The results of the association tests are: the prevalence of men among young adults; the prevalence of neurological injuries in the elderly and in black men. In addition, electrotherapy appears to be the most used resource in the sector, to the detriment of other techniques recognized as more effective. There is a disparity in the treatments offered to different racial groups and genders, with women and white people receiving more manual therapy compared to other groups. The study also revealed limitations in care, such as high demand, a low number of professionals and the adoption of treatment protocols that prioritize quantity over quality, resulting in short, repetitive appointments. **Conclusion:** The results indicate that physiotherapy care in the public sector faces significant challenges, including high demand, low numbers of professionals and treatment protocols that prioritize quantity over quality, in line with the neoliberal market, to the exclusion of SUS guidelines. The research highlights the need for greater adherence to SUS principles, with a focus on a more equitable and humanized approach.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. Distribuição dos usuários do Creabs do ano de 2022 por localidade proveniente.

FIGURA 2. Distribuição dos usuários do Creabs do ano de 2023 por localidade proveniente.

TABELA 1. Características da amostra de usuários assistidos no setor de Fisioterapia do Creabs.

TABELA 2. Classificação das lesões.

TABELA 3. Correlação dos dados de classificação de lesão e faixa etária apresentando os resíduos padronizados ajustados.

TABELA 4. Tabela descritiva acerca dos meses de atendimento, quantidade de sessões realizadas e tempo de atendimento dos usuários pesquisados.

TABELA 5. Correlação dos dados acerca do tipo de tratamento ofertado e raça apresentando os resíduos padronizados ajustados.

SÍMBOLO ρ . Letra do alfabeto grego denominada de rho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
AP	Área Programática ou Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS	Atenção Secundária à Saúde
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CF	Clínica da Família
CRReabs	Centro de Reabilitação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
eMULTI	Equipe Multiprofissional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas Brasil

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1. Motivação	13
1.2. Referencial Teórico	14
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo Geral	17
1.3.2. Objetivos Específicos	17
2. MATERIAIS E MÉTODOS	18
3. RESULTADOS	20
3.1. Achados sobre a Clínica da Família e o Centro de Reabilitação	20
3.2. Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico dos usuários da Fisioterapia no Creabs.	24
3.2.1. Sobre a amostra estudada	25
3.2.2. Há correlação entre as variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico da amostra?	28
3.2.3. Quanto aos comprometimentos observados	28
3.2.4. Quanto ao tempo de permanência no Creabs e o número de sessões realizadas	31
3.2.5. Quanto ao tratamento proposto	32
4. DISCUSSÃO	33
5. CONCLUSÃO	40
6. REFERÊNCIAS	42

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As considerações iniciais serão apresentadas em duas partes. A primeira seção se dedicará às motivações da autora que levaram à escolha do tema. O segundo momento circunscreve o referencial teórico norteador do trabalho, bem como os objetivos geral e específicos da pesquisa conduzida.

1.1 Motivação

Este trabalho é resultado de uma pesquisa desenvolvida a partir de prontuários de usuários atendidos no setor de fisioterapia de uma unidade básica de saúde do Município do Rio de Janeiro.

A motivação deste trabalho se dá pela experiência da própria autora como acadêmica bolsista da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, no ano de 2023. O Programa Acadêmico Bolsista da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) é um concurso temporário, organizado pela prefeitura, destinado a conceder estágios não obrigatórios. No ano de 2023, o programa ofereceu 820 vagas de estágio para cerca de 30 cursos de ensino superior a partir do concurso. O processo seletivo é anual e os estagiários do curso de Fisioterapia podem atuar em dois níveis de assistência: atenção básica e hospitalar (Rio de Janeiro, 2022a).

Valendo-se das diretrizes curriculares do curso de Fisioterapia que prevê em sua carga horária estágio não obrigatório, a Prefeitura do Rio absorve graduandos dessa área para atuação, principalmente, nas clínicas da família e nos hospitais do município, visando tanto o aprimoramento profissional do estudante, quanto a absorção de mão de obra para a melhora quantitativa do serviço de saúde (Diretrizes Curriculares Nacionais, 2017; Rio de Janeiro, 2022a).

A minha inserção neste estágio se deu através do “EDITAL FP/SUBGGC N° 47, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2022” lançado pelo site da Prefeitura na primeira semana de dezembro do mesmo ano. Minha locação enquanto acadêmica aconteceu, por escolha própria, na Atenção Básica (AB), em uma Clínica da Família da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática 3.1 (CAP 3.1), localizada no Complexo de Favelas da Penha, região norte do Rio de Janeiro. O período de estágio foi de 17 de março a 22 de dezembro de 2023, com carga horária semanal de 12 horas, ora no período matutino, ora no período vespertino.

Minha decisão pela Atenção Primária à Saúde (APS), adveio da experiência prévia de estágios curriculares em clínicas da família no município e projetos extensionistas e de

pesquisa nestes espaços. Durante meu percurso acadêmico, ao obter conhecimento sobre a função da minha profissão na saúde pública, em especial, na atenção básica, pude compreender que um fisioterapeuta da AB, ainda que não inserido dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), atuaria a partir da sua inserção no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atual Equipe Multiprofissional (eMulti), fortalecendo estrategicamente as equipes mínimas de saúde (também conhecidas como Equipes de Saúde da Família - eSF), atuando de forma colaborativa e interprofissional.

A atuação do Fisioterapeuta na atenção básica seria atrelada a ações territoriais, planos coletivos de reabilitação, formação de grupos, elaboração de materiais educativos e visitas domiciliares em conjunto com as equipes mínimas de saúde da família. Isso é, ações de promoção e proteção à saúde, assistência, prevenção de agravos e redução de danos, culminando na manutenção da saúde plena dentro de uma perspectiva de atenção integral (Brasil, 2014).

Entretanto, como anteposto, apesar de minha escolha pela APS, meu estágio, na Clínica de atuação, acabou por ocorrer no nível secundário em saúde, dentro de um setor ambulatorial - o Centro de Reabilitação (Creabs) - presente na Unidade. A minha incorporação ao Creabs ocorreu por escolha da Clínica ao avaliar suas necessidades. O atendimento fisioterapêutico no setor ocorre de maneira individualizada e especializada, semelhante às de Centros Especializados em Reabilitação (CER).

O Creabs foi reinaugurado no ano de 2022, reabrindo após o fechamento forçado pela pandemia da Sars-Cov 2, em 2020 (Rio de Janeiro, 2022b). Os profissionais do Creabs, recém contratados, desconhecem as ações realizadas no setor antes deste período. Durante o período de 10 meses de estágio, conheci mais de perto o trabalho da reabilitação na unidade, parte do público de usuários atendidos e algumas de suas condições de saúde, conhecimento sistematizado nesta pesquisa. Essa experiência foi o que me trouxe um questionamento central que também fez parte desta pesquisa: qual seria o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários atendidos durante os poucos anos de existência do novo Centro de Reabilitação e como o atendimento de fisioterapia neste setor vem sendo construído durante este tempo.

1.2. Referencial Teórico

Historicamente, no Brasil, os serviços de reabilitação e o fazer da área da fisioterapia seguiram o prisma do modelo biomédico. Este estabelece as ideias de saúde e de doença com base nas concepções de normal e patológico e de referências anatomofisiológicas da

matéria/corpo, centrando-se na doença e nos pormenores de uma patologia em seu contexto biológico apenas. Na atualidade, o fazer fisioterapêutico assim como outras profissões em saúde configuram uma mudança de paradigma. Assim, questões como a democratização do acesso à saúde e conceitos como determinantes sociais da saúde ganham centralidade e o olhar em saúde é ampliado com a compreensão das condições de vida em diversas esferas (Sampaio *et al.*, 2005).

Nesse novo paradigma, um fisioterapeuta deve ser habilitado para entender e atuar na funcionalidade sensoriomotora, buscar muito mais do que somente avaliar, diagnosticar e tratar as alterações cinesiofuncionais e biomecânicas. Sua atuação parte da compreensão de como os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e inter-relacionais atuam no processo saúde-doença, e contribui para o cuidado, de modo que os indivíduos possam retornar às suas atividades de vida diária e de vida laboral. Assim, o profissional pode atuar na reabilitação física e realizar promoção em saúde e prevenção de agravos. Pode, ainda, participar de estratégias de gestão em saúde juntamente com outros profissionais para repensar as políticas e os programas de saúde cujas ações visam evitar que as pessoas se exponham a determinantes de doenças (COFFITO, [s.d]; Quartiero, 2017).

A fisioterapia, atualmente, é uma profissão que atua em todos os níveis de atenção à saúde, passando a apreender a saúde do indivíduo de modo ampliado e não mais centrado na observação da capacidade física, incorporando o novo paradigma de saúde: o modelo biopsicossocial (Quartiero, 2017).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o profissional fisioterapeuta pode estar inserido na atenção primária, secundária e terciária. Na primária, ele incorpora a Equipe Multiprofissional da Atenção Básica (eMulti - extinto Núcleo de Apoio à Saúde da Família), onde atua de maneira interdisciplinar, desenvolvendo estratégias de prevenção, tratamento, recuperação da mobilidade e funcionalidade e promoção de saúde (Souza *et al.*, 2013). Já na atenção secundária, a inserção do fisioterapeuta se dá de maneira mais especializada, centrada na oferta de serviços e procedimentos técnicos. Nesse nível de atenção, a fisioterapia atua de maneira a diminuir a necessidade de intervenções profissionais mais dispendiosas e traumáticas, prevenindo também o agravamento de doenças e podendo realizar promoção de saúde (Silva, Lima e Leroy, 2018).

Entretanto, mesmo que a fisioterapia seja importante aliada na prevenção e promoção à saúde e na melhoria da qualidade de vida, há uma lacuna na literatura científica sobre a prevalência do seu emprego na população brasileira. Sabe-se que o acesso a esse serviço é mais frequente entre pessoas portadoras de planos de saúde e de classe socioeconômica

privilegiada (Moretto *et al.*, 2009; Silva e Sirena, 2015). O acesso a fisioterapia no serviço público ainda é menor e, paradoxalmente, a demanda por este serviço, principalmente pelos mais especializados, só aumenta. A junção de uma oferta insuficiente do serviço e um excedente reprimido de usuários em lista de espera, culmina em conseqüentes limitações no cuidado longitudinal e integral a esses usuários (Pereira *et al.*, 2022). Ademais, estudos que discutem o acesso e a qualidade do serviço de saúde fornecido ainda são pequenos e quando relacionados especificamente à oferta de serviços de reabilitação em fisioterapia apresentam ainda uma maior escassez.

A dificuldade em apresentar protocolos ou roteiros padronizados de avaliação dos serviços e a dificuldade de uma formação de auditorias que conheçam efetivamente o trabalho da reabilitação implica numa baixa eficiência nas avaliações, podendo haver casos de sub ou superavaliação dos serviços. Uma avaliação inadequada dos serviços de assistência pode afetar a capacidade de identificar áreas para melhorias e garantir a qualidade do atendimento aos pacientes (Aleluia e Santos, 2013).

Para atender as demandas crescentes da sociedade valorizando a integralidade do sujeito, o fisioterapeuta pode dispor da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) nos serviços de saúde, visto que a CIF valoriza essa visão ampliada e positiva acerca de uma condição de saúde, compreendendo as demandas funcionais dos indivíduos, evitando a homogeneidade das ações de tratamento e adotando uma comunicação padronizada entre os profissionais de saúde sobre os diferentes aspectos que interferem na funcionalidade dos usuários. Atuar mediante a CIF é compreender como as condições sociais, familiares e ambientais podem interferir na funcionalidade e na incapacidade do indivíduo de maneira igual ou superior a sua condição clínica.

Hoje, no que tange a reabilitação física e a fisioterapia, ainda há poucos estudos que apontam e propõem formas de avaliação da qualidade (Cavalheiro *et al.*, 2015; Rothstein, Albiero e Freitas, 2024) e de auditoria dos serviços; e que estabeleçam indicadores de eficiência e eficácia, especialmente no setor público (Aleluia e Santos, 2013). A ausência de sistematização, padronização e processamento de dados sobre as principais desordens de saúde que acometem as populações atendidas pela fisioterapia é um ponto primordial nesta discussão. A partir do conhecimento das necessidades em saúde de uma população, pode-se compreender as demandas específicas de um território e administrar uma oferta adequada de vagas, direcionando o investimento público para as intervenções necessárias ao território. Estudos epidemiológicos podem auxiliar o poder público no planejamento de políticas públicas efetivas ao atendimento integral aos usuários, assim como favorecer a atuação

profilática, contribuindo para diminuição da incidência de patologias (Silva, Lima e Leroy, 2018).

A interseção entre epidemiologia e fisioterapia vêm crescendo em importância na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Bispo Jr, 2010). A pesquisa epidemiológica, sobretudo a epidemiologia social que discute a determinação da saúde (Borghini, Oliveira e Sevalho; 2018), oferece uma base sólida para a prática da fisioterapia ao fornecer evidências sobre a atuação da área e os perfis populacionais com necessidade de intervenção. Adicionalmente, contribui para as melhores intervenções em saúde, a partir da construção de um arcabouço de evidências científicas consolidadas e fortes, o que favorece também a formação de profissionais mais capacitados e o avanço contínuo da profissão. Os resultados da aplicação da epidemiologia na fisioterapia podem auxiliar substancialmente na melhoria da prática clínica e no alcance dos melhores resultados para trabalhadores, gestores e usuários (Marques e Peccin, 2005; Bispo Jr, 2010).

1.3. Objetivos

1.3.1 Geral

- Descrever a estrutura geral de funcionamento de um setor especializado (em atenção fisioterapêutica) presente em uma unidade de Atenção Primária à Saúde, a partir de um levantamento epidemiológico e sociodemográfico.

1.3.2 Específicos

- Analisar a oferta e a demanda do serviço prestado pelo setor especializado de fisioterapia do Centro de Reabilitação;
- Discutir a qualidade da assistência fisioterapêutica a partir do perfil epidemiológico e sociodemográfico dos usuários do serviço.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho consiste numa pesquisa documental transversal retrospectiva, descritiva e inferencial. Esse estudo possui natureza quali-quantitativa e partiu de questões que a autora se colocou enquanto participante de uma equipe de fisioterapia por 10 meses, em

seu percurso acadêmico como estagiária bolsista. Pinto (2021) considera que se partirmos da experiência, não podemos nos concentrar apenas nos dados quantitativos, de maneira que qualidade e quantidade devem caminhar juntos e de maneira complementar, contribuindo para a melhor discussão crítica.

Teve como local de estudo um Centro de Reabilitação presente em uma Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro, localizada no Complexo de Favelas da Penha. A coleta de dados ocorreu mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP (ANEXO 1), sob parecer 6.635.102, em concordância com a Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre as especificidades éticas das pesquisas realizadas no SUS, como bem determinado em seu artigo 3º:

A utilização para fins de pesquisa de acervo e/ou material biológico humano resultante das atividades de atenção à saúde só poderá ser realizada com a devida apreciação e aprovação ética do Sistema CEP/CONEP.

Dos dados coletados para a pesquisa, a caracterização da Clínica da Família mostrou-se indispensável, visto que conhecer a organização da clínica para atendimento no território e a forma de inserção do centro de reabilitação poderia nos informar mais sobre o trabalho oferecido aos usuários e sobre a própria dinâmica de encaminhamento ao Creabs. Com objetivo de trazer um olhar qualitativo advindo da experiência enquanto estagiária, dados referentes à organização da Clínica da Família e do Centro de Reabilitação foram coletados através do diário de campo e do método observacional casual, contando também com anotações, evoluções e registros pessoais da autora.

O diário de campo foi escolhido por ser uma ferramenta de anotações, de uso pessoal do pesquisador que visa apreender observações de fenômenos, acontecimentos importantes, experiências pessoais e coletivas, reflexões, dentre outros. Já o método observacional, muito utilizado em pesquisas qualitativas, é considerado como o precursor de toda pesquisa científica. É um método que se fundamenta na natureza sensorial do ato de observar fenômenos e relatá-los (Campos, Silva e Albuquerque, 2021).

Os dados necessários à pesquisa quantitativa foram obtidos a partir de prontuários eletrônicos do sistema VitaCare, não havendo interação direta com qualquer um dos participantes da pesquisa. O VitaCare consiste no sistema oficial de prontuário eletrônico, sendo obrigatório seu uso nos serviços de saúde primária e secundária pública do Rio de Janeiro para o registro da história clínica do usuário. Sendo assim, houve a compreensão de que o sistema forneceria as informações necessárias ao estudo. O acesso ao sistema foi fornecido pela gerência da clínica após aceitação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética.

Prontuários dos anos de 2022 e 2023 foram acessados. Para o estudo do atendimento no serviço foram coletados os seguintes dados dos prontuários: localidade de onde o usuário provém, tipo de cadastro no Creabs, diagnóstico clínico, data de início e de fim do atendimento, mês(es) do(s) atendimento(s), número de sessões que realizou, tempo de atendimento (por sessão), tratamento realizado e tipo de aparelho(s) utilizado(s). Para caracterização da amostra foram coletados idade, sexo, raça e ocupação. Os critérios de inclusão foram ter sido admitido pelo setor da fisioterapia do Centro de Reabilitação em 2022 ou 2023 e ter completado no mínimo 5 atendimentos. Os critérios de exclusão foram: estar em atendimento fisioterapêutico no período do estudo, não haver registro da condição de saúde e/ou queixa principal do paciente no prontuário.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram organizados em planilha do Software Microsoft Excel ®. A estatística descritiva dos dados contou com parâmetros como média, mediana, desvio padrão, valores máximo e mínimo, análise de frequência e de tabelas e gráficos. Os programas *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) e JAMOVI foram usados para análise estatística inferencial. Na análise inferencial, foram usados o teste qui-quadrado de aderência, para testar a adequabilidade do nosso modelo probabilístico a um conjunto de dados já observados antes; o teste qui quadrado de independência ou associação, para determinar se nossas variáveis qualitativas possuíam associação e homogeneidade entre si; o teste de Correlação de Spearman, quando necessário testar associação entre as nossas variáveis quantitativas. Ainda foi utilizado o teste exato de Fisher, quando os critérios para a aplicação do teste qui quadrado de associação para as variáveis qualitativas não eram atendidos. Foi adotado um nível de significância de 5% para considerar a existência de diferença significativa entre as variáveis observadas. No teste qui-quadrado, quando indicada a existência de diferença estatística (p valor global $<0,05$), utilizou-se dos resíduos padronizados ajustados para identificar quais associações locais contribuíram para o “ p valor” significativo. Resíduos padronizados ajustados maiores que 1,96, em valor absoluto, indicam a existência de associação significativa entre as duas categorias daquela tabela de contingência (Capp e Nienov, 2020). O teste exato de Fisher, ao invés do qui-quadrado, foi utilizado nos casos nos quais a amostra observada apresentou, na tabela de contingência, um percentual maior que 25% de células com tamanho menor que 5 sujeitos esperados (Capp e Nienov, 2020).

3. RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados da coleta de dados realizada durante o período de observação do fluxo de serviço no Centro de Reabilitação durante o ano de 2023 e ainda serão registrados os resultados da análise de 300 prontuários de usuários do serviço de fisioterapia deste centro no período de 2022 a 2023. Na seção 3.1, os resultados qualitativos obtidos a partir dos dados observados e considerados no diário de campo serão apresentados e na seção 3.2, os resultados da análise dos perfis sociodemográfico e epidemiológico.

3.1. Achados sobre a Clínica da Família e o Centro de Reabilitação

Os dados coletados para pesquisa qualitativa são resultados da observação e da construção do diário de campo durante o período no qual foi realizado o estágio não obrigatório da prefeitura. A clínica da família foco do estudo se localiza no Complexo de Favelas da Penha e se destaca por ser uma das primeiras UBS a funcionar a partir do modelo de clínica da família no Rio de Janeiro. A clínica conta com 14 eSF, 5 equipes de saúde bucal, 1 eMulti e 1 equipe de reabilitação, podendo absorver cerca de 52 mil usuários do SUS, mensalmente (Rio de Janeiro, 2010).

O centro de reabilitação (Creabs), em específico, desde sua reabertura pela Prefeitura do Rio de Janeiro em março de 2022, absorve uma demanda de usuários provenientes de todo território de abrangência da CAP 3.1, na qual está inserida, com cerca de até 14 unidades básicas de saúde das regiões adjacentes. Sites oficiais da prefeitura afirmam que há no Creabs uma capacidade de atendimento de cerca de 400 pessoas com deficiência por mês. Relatórios mensais de atendimento dos fisioterapeutas enviados ao gestor reportam mais de 500 consultas realizadas por mês pelos profissionais fisioterapeutas.

A equipe de reabilitação do centro conta com dois fisioterapeutas e uma fonoaudióloga, todos com uma carga horária de 30 horas semanais de trabalho, prestando atendimento durante os horários de funcionamento da clínica. Além desses profissionais da equipe de reabilitação do centro, profissionais da eMulti - fisioterapeuta e profissional de educação física - também fazem uso do espaço para realização de suas atividades de trabalho.

A fisioterapia no Creabs tem por proposta a absorção do maior quantitativo de pessoas com deficiências motoras e/ou múltiplas do território, objetivando a resolutividade e/ou manejo desses casos e como consequência a diminuição das filas do Sistema Nacional de Regulação (SisReg) ambulatorial. Cada fisioterapeuta atua três dias da semana, encontrando-se no setor 11 horas por dia, sendo 10h de trabalho e uma de almoço. Os dois profissionais são contratados através de uma Organização Social em Saúde (OSS) como

trabalhadores da eMulti/NASF, sendo alocados no Centro de Reabilitação da Unidade. Atuando no CReabs, os profissionais não participam das reuniões de equipe e matriciamento, tendo toda carga horária destinada aos atendimentos especializados. Um dos fisioterapeutas é uma pessoa com deficiência visual e os dois possuem mais fontes de renda em outra unidade de reabilitação

Atuando de maneira semelhante a uma Clínica Especializada em Reabilitação (CER II), isto é, no nível secundário em saúde, o espaço, recém reformado, possui 4 salas individuais e um amplo espaço coletivo. Três das salas individuais possuem uma maca, uma mesa e equipamentos eletrotermofototerapêuticos [*Transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), Infravermelho, Ultrassom Terapêutico e Laser]. A última das salas individuais fica organizada para o atendimento da fonoaudióloga, sendo composta por um armário, uma escrivaninha e duas cadeiras. O espaço coletivo contém uma maca divã tablado de madeira, 8 bolas suíças de variados tamanhos presas em suporte, uma meia bola bosu®, um armário de halteres e caneleiras de diferentes pesos, faixas elásticas, duas bicicletas ergométricas, uma esteira, um conjunto de diversos andadores, um conjunto de degraus, cones, bambolês, balancim de equilíbrio, tábuas de propriocepção, uma cama elástica, tatames, colchonetes, um espaldar clássico, uma barra paralela e um espelho. O local ainda conta com duas escrivaninhas, dois computadores, três cadeiras próprias para computador e outras cadeiras de plástico para atendimento, além de dois banheiros individuais.

A gestão preconiza que os atendimentos do Creabs ocorram em um tempo de até 30 minutos, uma vez na semana, durante 10 sessões pré-estabelecidas para condições de saúde crônicas e agudas traumato-ortopédicas. Em casos neurológicos, os atendimentos são de até 20 sessões, podendo cada sessão durar de 30 a 50 minutos. Após finalizado o conjunto de sessões, os usuários são orientados para o retorno à clínica de origem, sendo necessário um novo pedido de encaminhamento por parte dos médicos de sua equipe mínima, caso necessite continuar o tratamento. Em alguns raros casos, os profissionais fisioterapeutas também orientam a inserção nas atividades da academia carioca. A política interna de organização preconiza que o usuário que faltar duas vezes consecutivas ou três vezes sem justificativa perde a vaga, passada esta a outro usuário.

No ano de 2023, o processo de triagem e absorção dos usuários passou por mudanças significativas. Na reabertura do Creabs, a triagem dos usuários foi realizada por uma equipe da CAP, que organizava uma *planilha Google®* e a compartilhava com as UBS integradas, determinando um número de vagas pré-estabelecidas, oferecidas para cada unidade. Uma pessoa de cada UBS (geralmente da eMulti/NASF ou um Agente Comunitário de Saúde -

ACS) era responsável por inserir o nome dos usuários a serem atendidos na planilha e pelo encaminhamento do usuário ao Creabs.

No Creabs, as segundas-feiras eram destinadas à avaliação, sendo sempre neste dia que o usuário chegava ao setor. Havendo vaga disponível, o usuário era absorvido imediatamente e, caso contrário, seus dados de contato eram coletados e inseridos em planilhas pessoais dos fisioterapeutas que posteriormente os contatariam para início do atendimento. Em relação aos usuários vinculados à Clínica da Família em questão, a triagem era realizada pela fisioterapeuta inserida na eMulti/NASF. Todos os usuários que possuíam encaminhamento médico para a Fisioterapia passavam pela avaliação da eMulti/NASF e, em seguida, eram encaminhados para os grupos de atendimento fornecidos por ela ou direcionados para o Creabs.

No segundo semestre do mesmo ano, o Centro de Reabilitação passou por uma transição para adequação ao SisReg, visando à captação de um maior número de usuários. Um técnico administrativo foi enviado ao setor, ficando responsável pela agenda dos fisioterapeutas, pela inserção de novos usuários no Creabs, pelo ajuste nos horários de atendimento, pela comunicação com os usuários vinculados por telefone e *Whatsapp* e esteve responsável pela evolução dos atendimentos no VitaCare. O funcionário foi também orientado a criar um novo modelo de planilha para controle dos atendimentos e previsões de alta.

Nesse período de transição, no qual o SisReg ainda não estava em pleno funcionamento, o usuário que chegasse ao local para avaliação, caso não houvesse vaga imediata, deveria sair do Centro com uma data pré estabelecida para volta e início do tratamento, diferentemente do fluxo anterior, no qual os dados do usuário eram apenas recolhidos, sem data pré estabelecida de início. Entretanto, uma desorganização no setor, no que diz respeito a novas absorções de usuários (nova planilha) - sem a exclusão da absorção antiga - resultou num grande aumento de demanda, havendo avaliações todos os dias em conjunto com os atendimentos. Adicionalmente, um dos fisioterapeutas entrou de férias no mês de julho de 2023 e todos os seus usuários foram transferidos para o outro fisioterapeuta do setor até seu retorno.

Durante o mês de férias do profissional, como forma de resolver a questão do aumento de usuários para um único fisioterapeuta, o tempo de atendimento foi reduzido para 20 minutos. A redução do tempo gerou insatisfação dos usuários atendidos e avaliados, além da sobrecarga do profissional e dos estagiários. Ressalta-se que os profissionais do Creabs não haviam sido comunicados inicialmente e não participaram das discussões a respeito da transição do modelo, o que contribuiu para os problemas acima relatados. Estes, no entanto,

foram contornados a partir de uma nova reunião com os profissionais fisioterapeutas e da inserção na equipe de uma nova técnica administrativa com uma experiência maior em Centros Especializados em Reabilitação.

Outros obstáculos possíveis de serem relatados neste processo dizem respeito às questões técnicas em relação ao Sistema de Regulação e a capacitação dos profissionais para o seu uso. Com o início da utilização do SisReg, os usuários passaram a chegar ao Creabs com o encaminhamento do sistema apenas para avaliação fisioterapêutica, contudo, o número de vagas ofertadas para avaliação era superior ao número de vagas ofertadas para início do tratamento, logo, mesmo após avaliados pela fisioterapia, muitos usuários precisavam ser realocados no sistema para uma nova data de início do tratamento. Os profissionais, por sua vez, não conheciam a plataforma e não conseguiam realizar o manejo da realocação no tempo hábil fornecido, o que repercutiu em aumento da espera dos usuários, levando-os à frustração e ao absenteísmo.

Sobre o processo de avaliação, ainda é importante detalhar que nos dias destinados à mesma, o atendimento dos usuários já vinculados também passou a acontecer simultaneamente. Deste modo, o tempo que o fisioterapeuta tinha para realização de uma avaliação detalhada era reduzido. Não havia também um modelo de avaliação pré estabelecido e organizado pelos dois fisioterapeutas atuantes no setor. Assim, cada profissional realizava a avaliação com base em um modelo diferente. Além disso, caso o usuário apresentasse mais de uma queixa ou diagnóstico clínico, era recomendado que o mesmo fizesse a escolha de apenas uma delas para atendimento com a explicação que o tempo de tratamento fornecido não seria suficiente para a resolução de todas as demandas.

Sobre o tratamento dos usuários, cada conduta era prescrita pelo profissional pós avaliação e inserção no atendimento. Dos recursos disponíveis ao fisioterapeuta, a eletrotermofototerapia era a mais utilizada, principalmente em casos de algia, com uso do TENS e do Infravermelho. A terapia manual ofertada consistia em alongamentos passivos, mobilização articular e técnica de Dry Needling ou “agulhamento a seco”. Já a cinesioterapia poderia ser ofertada através de exercícios gerais de fortalecimento com resistência, exercícios aeróbicos e exercícios orientados à tarefa. Ademais, a depender do caso clínico, recursos combinados poderiam ser oferecidos aos usuários de diversas maneiras, sendo comum que em uma mesma sessão, usuários pudessem fazer uso de todas as estratégias. Por exemplo, ao evoluir um usuário que recebia recursos combinados, um dos prontuários constava a seguinte descrição de conduta:

“Mobilização articular e patelar; alongamento de quadríceps; cinesioterapia para ganho de força e resistência; US 2 minutos em região anterior do joelho para redução de processo inflamatório; TENS + infravermelho 15 minutos para redução de processo inflamatório e analgesia.”

Outros prontuários também descrevem da seguinte forma: “Feito uso do tens 15 minutos e agulhamento à seco na coxa direita.” ou “Feito cinesioterapia, tens e infravermelho [durante] 20 minutos na região lombar”. Durante o processo de evolução, o profissional ou estudante evoluiu não apenas detalhando os recursos empregados, mas também determinando o tempo alocado para cada um deles. Com o tempo reduzido para as evoluções, as condutas frequentemente eram repetidas ou registradas apenas uma vez no prontuário eletrônico.

3.2. Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico dos usuários da Fisioterapia no Creabs.

A proposta inicial de extrair e analisar todos os dados da planilha do VitaCare referentes aos anos de 2022 e 2023 não pôde ser realizada devido à escassez de informações produzidas pelos relatórios de atendimentos. Esses limitadores resultaram na necessidade de uma coleta individual dos prontuários no sistema. A extração dos dados foi também dificultada pela necessidade de aguardar a disponibilização de acesso ao sistema através de senha, de conseguir um computador livre para o acesso, a busca e a coleta das informações relevantes à pesquisa, por instabilidade da internet e por tiroteios na região que impediram a ida ao local.

Esse conjunto de fatores resultou numa impossibilidade de coletar um maior número de prontuários, ficando nosso N em 300 prontuários. A extração de dados do VitaCare ocorreu nos meses de abril e maio de 2024. Dos 300 prontuários, noventa e três foram de pessoas que iniciaram e fecharam tratamento em 2022, trinta e nove de usuários que iniciaram em 2022 e terminaram em 2023 e 168 de pessoas que iniciaram e fecharam em 2023.

Os prontuários coletados atendem aos critérios de inclusão desta pesquisa: prontuários de pacientes admitidos pelo setor da fisioterapia do Centro de Reabilitação, no período de 2022 a 2023 e que completaram no mínimo 5 atendimentos. Não foram coletados prontuários que atendiam os critérios de exclusão desta pesquisa, os quais seriam: estar em atendimento fisioterapêutico no período do estudo, não haver registro da condição de saúde e/ou queixa principal do paciente no prontuário.

Os dados obtidos a partir dos prontuários foram organizados e podem ser sintetizados, a partir dos parâmetros de interesse, da seguinte maneira:

3.2.1. Sobre a amostra estudada

Foi observada uma prevalência de pessoas do sexo feminino (68%), havendo 32% de usuários do sexo masculino. A idade dos usuários variou de 0 a 93 anos, tendo uma média de 57,4 ($\pm 14,0$) anos para as mulheres e 53,8 ($\pm 18,1$) para os homens. Em relação à classificação etária, os dados foram tabulados da seguinte forma: indivíduos com idade de 0-17 anos foram definidos como crianças, de 18-29 anos como jovens adultos, de 30-59 anos como adultos e idades >60 anos como idosos. Deste modo, foram encontrados no estudo sete crianças com média de idade de 6,43 anos ($\pm 6,65$), oito jovens adultos com média de 24 anos ($\pm 4,31$), 154 adultos com média de 49,3 anos ($\pm 7,86$) e 131 idosos com média de 69,1 anos ($\pm 7,28$). Importante destacar ainda que na realização deste estudo, observou-se que haviam na plataforma usuários que teriam idades de neonatos (até 28 dias de vida) ou inferior a 1 ano, o que apontaria para um erro de registro, uma vez que a clínica não possui capacidade de atendimento para pacientes neste perfil de idade.

A maioria (255) dos atendidos no setor de Fisioterapia da Creabs não eram usuários da Clínica da Família à qual o Creabs é referenciada. Apenas 45 possuíam cadastro permanente vinculado à clínica e a uma equipe de saúde da família. A maioria dos usuários são provenientes da Penha e comunidades adjacentes (FIGURA 1 E 2). É relevante pontuar que a partir da implantação do SisReg em 2023, usuários provenientes de outras regiões e áreas programáticas passaram a aparecer (FIGURA 2).

FIGURA 1. Distribuição dos usuários do Creabs do ano de 2022 por localidade proveniente.

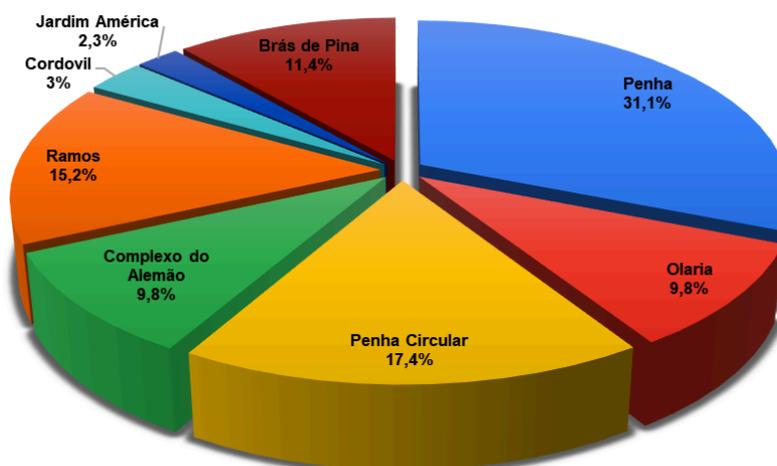
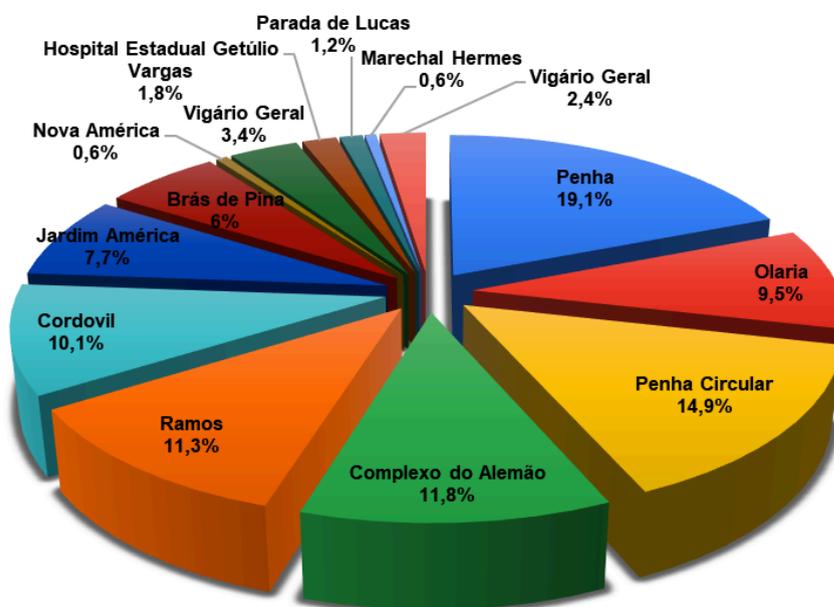


FIGURA 2. Distribuição dos usuários do Creabs do ano de 2023 por localidade proveniente.



Quanto à categoria raça, a maioria dos usuários era composta por pessoas pretas e pardas (184), seguida por usuários brancos (108) e amarelos (8). Nenhuma pessoa na amostra foi cadastrada como indígena. Sobre a situação empregatícia, a maior parte dos usuários não possuía a informação do vínculo profissional no cadastro. Dentre aqueles que possuíam tal informação registrada, 60 eram aposentados, 11 estavam desempregados e apenas 27 possuíam vínculo empregatício. As informações contidas nos prontuários não permitem compreender em maior profundidade o tipo de vínculo de trabalho dos usuários, se formais ou informais, por exemplo. A síntese desses dados encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características da amostra de usuários assistidos no setor de Fisioterapia do Creabs.

Parâmetros	Categorias	Valor percentual	Valor absoluto
Sexo	F	68%	204
	M	32%	96
Faixa etária	Criança	2,7%	8
	Jovem Adulto	2,3%	7
	Adulto	51,3%	154
	Idoso	43,7%	131

Cadastro	Definitivo	15%	45
	Temporário	85%	255
Raça	Amarela	2,7%	8
	Branca	36%	108
	Parda	45%	135
	Preta	16,3%	49
Situação Empregatícia	Aposentado	20%	60
	Desempregado	3,6%	11
	Empregado	9%	27
	Não Informado	67,4%	202

Tabela elaborada pela autora

Para análise de correlação dos dados de caracterização da amostra foi realizado o teste não paramétrico de Qui-Quadrado de aderência, no programa *SPSS*, o qual previa compreender a adequação das frequências observadas neste estudo com as frequências de idade, sexo e raça esperadas pelo censo demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quanto à sexo, pode-se afirmar que pessoas do sexo feminino apareceram em número significativamente superior ao do sexo masculino [$X^2(1)=32,699$; $p<0,001$]. Quanto à faixa etária, a frequência de pessoas adultas e idosas é superior a de outras faixas etárias, tendo o IBGE como referência [$X^2(3)=251,235$; $p<0,001$]. Quanto à raça, o teste indica que o número de pessoas pretas e amarelas é significativamente superior ao esperado, enquanto o número de pessoas brancas e pardas é inferior [$X^2(3)50,785$; $p<0,001$].

3.2.2. Há correlação entre as variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico da amostra?

Para análise da correlação entre variáveis, foi utilizado o teste não paramétrico Qui-Quadrado de Independência, também no *SPSS*. Nos casos nos quais as variáveis não atendiam os pressupostos do teste Qui-quadrado, o Teste Exato de Fisher foi realizado.

Na amostra analisada, dentre as pessoas de sexo feminino, 3,43% eram amarelas, 34,8% eram brancas, 45,59% eram pardas e 16,18% eram pretas. Já das pessoas do sexo masculino, 1,04% eram amarelos, 38,54% eram brancos 43,75% eram pardos e 16,67% eram

pretos. Entretanto, não houve associação significativa entre as variáveis sexo e raça ($p=0,644$). Em relação a sexo e faixa etária, o teste demonstrou associação significativa na faixa etária jovem adulta, que apresenta um número maior de homens que mulheres [$X^2(3)=10,05$; $p=0,016$].

3.2.3. Quanto aos comprometimentos observados

Quanto aos comprometimentos clínicos observados neste trabalho, optou-se por dividi-los de acordo com as áreas de atuação da fisioterapia reconhecidas pelo órgão regulador da profissão. Deste modo, foram identificadas as seguintes classificações de lesões: 164 lesões traumato-ortopédicas, 103 reumatológicas, 27 neurofuncionais, 2 dermatofuncionais, 2 casos oncológicos e 2 cardiopulmonares. Considerando essas áreas, foi realizada uma subdivisão de acordo com o tipo de lesão, conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Classificação das lesões.

Classificação da Lesão	Tipo de Lesão	Valor percentual	Valor absoluto
Traumato-ortopédica	Fratura	16%	48
	Cervicotoracolombalgia	25,33%	76
	Gonalgia	4,67%	14
	Omalgia	3,33%	10
	Podialgia ou Talalgia	1%	3
	Lesão Ligamentar	3%	9
	Outras lesões Traumáticas	1,33%	4
	Total	54,67%	164
Reumatológica	Osteoartrite	17%	51
	Síndrome dolorosa de partes moles	16%	48
	Fibromialgia	1,33%	4
	Total	34,33%	103
Neurofuncional	Acidente Vascular Encefálico	6,67%	20
	Trauma Crânio Encefálico	0,33%	1
	Ataxia	0,33%	1
	Paralisia Facial	0,33%	1
	Neuropatia	0,67%	2
	Lesão Nervosa	0,67%	2
	Total	9%	27

Tabela 2. Classificação das lesões.

Classificação da Lesão	Tipo de Lesão	Valor percentual	Valor absoluto
Traumato-ortopédica	Fratura	16%	48
	Cervicotoracolombalgia	25,33%	76
	Gonalgia	4,67%	14
	Omalgia	3,33%	10
	Podialgia ou Talalgia	1%	3
	Lesão Ligamentar	3%	9
	Outras lesões Traumáticas	1,33%	4
	Total	54,67%	164
Reumatológica	Osteoartrite	17%	51
	Síndrome dolorosa de partes moles	16%	48
	Fibromialgia	1,33%	4
	Total	34,33%	103
Neurofuncional	Acidente Vascular Encefálico	6,67%	20
	Trauma Crânio Encefálico	0,33%	1
	Ataxia	0,33%	1
Cardiorrespiratória	Cardiopatia	0,33%	1
	Queixas respiratórias	0,33%	1
	Total	0,67%	2
Oncológica	Mieloma	0,33%	1
	Síndrome da Rede Axilar	0,33%	1
	Total	0,67%	2
Dermatofuncional	Ferimento Pós Traumático	0,67%	2
	Total	0,67%	2
Total		100%	300

Tabela elaborada pela autora

O Teste Exato de Fisher não identificou correlações estatisticamente significativas entre área da fisioterapia e as variáveis sexo ($p=0,08$) ou raça ($p=0,37$), o que indica que a distribuição das lesões não é diferente quando sexo ou raça são considerados. Porém, ao correlacionar as três variáveis em conjunto, o Teste de Fisher apresentou uma correlação significativa entre as lesões neurofuncionais e os homens negros [FISHER(5)=10,47; $p=0,02$].

Na amostra coletada, dentre as pessoas do sexo masculino, 60,4% apresentaram lesões traumato-ortopédicas, 25% reumatológicas, 11,5% neurológicas e 3,1% apresentaram demais

lesões; já das pessoas do sexo feminino, 52% apresentaram lesões traumato-ortopédicas, 38,7% reumatológicas, 7,8% neurofuncionais e 1,5% demais lesões. Queixas cervicotoracolombares e osteoartrite foram as mais recorrentes no serviço.

Quanto à correlação das lesões com a variável faixa etária, o teste também demonstrou associação significativa [FISHER(15)=34,37; $p=0,002$]. Crianças apresentam 50% das lesões dermatofuncionais (dado descartado por suspeita de erro da informação de idade no registro do usuário), jovens adultos abrangem 50% das lesões cardiorrespiratórias, e 63% das lesões neurofuncionais são em idosos.

Tabela 3. Correlação dos dados de classificação de lesão e faixa etária apresentando os resíduos padronizados ajustados.

Faixa Etária	Classificação da Lesão						Total
	Traumat o-ortopé dica	Reumatol ógica	Neurofunci onal	Cardiorres piratória	Oncológ ica	Dermatof uncional	
Criança	5(3%)	0(0%)	1(3,7%)	0(0%)	0(0%)	1(50%)	7(2,3%)
Resíduo ajustado	0,9	-1,9	0,5	-0,2	-0,2	4,5*	
Jovem Adulto	7(4,3%)	0(0%)	0(0%)	1(50%)	0(0%)	0(0%)	8(2,7%)
Resíduo ajustado	1,9	-2,1*	-0,9	4,2*	-0,2	-0,2	
Adulto	87(53%)	55(53,4%)	9(33,3%)	0(0%)	2(100%)	1(50%)	154(51,3%)
Resíduo ajustado	0,7	0,5	-2*	-1,5	1,4	0,9	
Idoso	65(39,6%)	48(46,6%)	17(63%)	1(50%)	0(0%)	0(0%)	131(43,7%)
Resíduo ajustado	-1,5	-0,7	2,1*	0,2	-1,2	-1,2	
Total	164(100%)	103(100%)	27(100%)	2(100%)	2(100%)	2(100%)	300(100%)

Tabela elaborada pela autora

3.2.4. Quanto ao tempo de permanência no Creabs e o número de sessões realizadas

Os usuários foram atendidos no Creabs por, em média, 3,78 ($\pm 2,31$) meses, sendo 17 o número máximo de meses em atendimento encontrado na amostra. Observou-se que 1,7% dos usuários esteve em atendimento na clínica por tempo igual ou superior a um ano. Quanto à quantidade de sessões de fisioterapia, a média foi de 11,7 ($\pm 7,51$) sessões, com mínimo de 5 e máximo de 60. Da amostra, 33% dos usuários realizaram 10 sessões e 35% dos usuários receberam nove ou menos sessões.

Quanto ao tempo de atendimento oferecido aos usuários, a média apresentada foi de 28 minutos ($\pm 5,36$), com mínimos de 10 e máximos de 50 minutos. Apenas 2,3% da amostra

coletada obteve tempo de atendimento maior que 30 minutos. Quando correlacionado classificação da lesão e tempo de atendimento, o teste apresentou correlação significativa (FISHER(30)=59,56; $p=0,013$), demonstrando que lesões neurofuncionais apresentavam tempo maior de atendimento comparado às outras, sendo responsáveis por 100% dos atendimentos de 50 minutos.

Por fim, com o objetivo de entender a interrelação das variáveis quantitativas apresentadas, esta pesquisa realizou o teste não paramétrico Bivariado de Spearman, apresentando uma correlação positiva e fraca entre quantidade de sessões e tempo de atendimento ($\rho=+0,133$; $p=0,006$). Isto sugere a existência de maior dedicação quanto ao tempo de atendimento nos casos nos quais um maior número de sessões é indicado, porém a correlação entre uma possível gravidade do quadro e o tempo total de tratamento é fraca¹.

Quanto a correlação da categoria tempo de sessão com as variáveis sexo, raça e faixa etária, o teste de Fisher não apresentou significância estatística ($p=0,59$; $p=0,75$; $p=0,41$).

Tabela 4. Tabela descritiva acerca dos meses de atendimento, quantidade de sessões realizadas e tempo de atendimento dos usuários pesquisados.

	Meses de atendimento	Quantidade de sessões realizadas	Tempo de atendimento(min)
N	300	300	300
Média	3,78	11,7	28,0
Mediana	3,00	10,0	30,0
Desvio-padrão	2,31	7,51	5,36
Mínimo	1	5	10
Máximo	17	60	50

Tabela elaborada pela autora

3.2.5. Quanto ao tratamento proposto

Os planos de tratamento oferecidos pelos profissionais fisioterapeutas foram divididos nesta pesquisa de duas maneiras: (1) Recursos únicos de tratamento, sendo eles: eletroterapia, cinesioterapia ou terapia manual; (2) Recursos combinados de tratamento: combinação de dois dos recursos citados ou a combinação dos três (eletroterapia, cinesioterapia e terapia manual). Dos recursos únicos de tratamentos, 51,2% dos usuários receberam apenas eletroterapia, 6,9% apenas cinesioterapia e 2,8% apenas terapias manuais. Dos recursos

¹ Na correlação bivariada, para análise da intensidade de correlação foi utilizado a padronização apresentada por Capp e Nienov, 2020, pág 179, em que 0,001 a 0,299 é considerada uma associação fraca; 0,3 a 0,599 associação regular ou moderada; 0,6 a 0,899 associação forte; 0,9 a 0,999 associação muito forte e 1 associação plena ou perfeita.

combinados de tratamento, 6,4% eletroterapia mais cinesioterapia, 5,7% eletroterapia mais terapia manual, 8,4% cinesioterapia mais terapia manual e 18,7% realizaram os três tipos de tratamento. No geral, foi observada uma frequência de 82% do uso de eletroterapia no setor.

O teste Qui quadrado de independência demonstrou associação significativa entre o tipo de tratamento e sexo [$X^2(6)=18,320$; $p=0,005$] e entre tipo de tratamento e raça [$X^2(12)=23,351$; $p=0,025$]. Em relação ao sexo, mulheres recebem menos cinesioterapia (como recurso único ou combinado) e mais terapia manual que homens. Em relação à variável raça, pessoas negras (pretas e pardas) são mais tratadas com terapias combinadas e pessoas brancas são mais tratadas com recursos únicos, especialmente com terapias manuais, com diferença significativa em relação às pessoas negras (Tabela 5). Não houve associação significativa entre a categoria tipo de tratamento e a variável faixa etária ($p=0,129$).

Tabela 5. Correlação dos dados acerca do tipo de tratamento ofertado e raça apresentando os resíduos padronizados ajustados.

Raça	Tipo de tratamento ofertado				Total
	Eletroterapia	Cinesioterapia	Terapia Manual	Terapias Combinadas	
Branca	56(38,6%)	10(52,6%)	7(87,5%)	27(24,3%)	100(35,3%)
Resíduo ajustado	1,2	1,6	3,1*	-3,1*	
Amarela	5(3,4%)	0(0%)	0(0%)	2(1,8%)	7(2,5%)
Resíduo ajustado	1,1	0,7	-0,5	-0,6	
Negra	84(57,9%)	9(47,4%)	1(12,5%)	82(73,9%)	176(62,2%)
Resíduo ajustado	-1,5	-1,4	-2,9*	3,3*	
Total	145(100%)	19(100%)	8(100%)	111(100%)	283(100%)

Tabela elaborada pela autora

Quanto à correlação entre tipo de tratamento e classificação da lesão, houve associação significativa entre essas variáveis [$X^2(18)=99,259$; $p<0,001$], sendo possível afirmar que lesões traumato-ortopédicas apresentaram taxas mais elevadas do uso de eletroterapia (53% de todas as lesões traumato-ortopédicas foram tratadas com eletroterapia como recurso único) e taxas menores de uso de outras terapias; enquanto lesões reumatológicas apresentaram números mais elevados de tratamentos combinados de eletroterapia e terapia manual, e menor uso da cinesioterapia, seja como recurso único ou associado a outro. Já as lesões neurológicas apresentaram taxas maiores do uso de

cinesioterapia e terapias combinadas de cinesioterapia e terapia manual e menor uso da eletroterapia.

4. DISCUSSÃO

Este estudo caracterizou um serviço especializado e apresentou o perfil sociodemográfico e epidemiológico de usuários de um Centro de Reabilitação de uma Clínica da Família no Município do Rio de Janeiro nos anos de 2022 e 2023 a partir de uma amostra com os dados de 300 usuários.

A maioria dos usuários era do sexo feminino. Dados nacionais demonstram que as mulheres formam a maioria dos usuários nos serviços de saúde, principalmente, na busca por consultas com profissionais médicos (IBGE, 2021). Nossos dados corroboram esse achado no que diz respeito à fisioterapia também. Um estudo realizado no estado do Rio de Janeiro com 1203 prontuários, observou igualmente a maior presença de pessoas do sexo feminino no atendimento fisioterapêutico (Góis, 2010). Entretanto, nem sempre este perfil se repete de maneira similar nos setores especializados de fisioterapia. Algumas pesquisas realizadas nos Estados de Curitiba e de São Paulo observaram uma predominância masculina na busca por atendimento fisioterapêutico (Ramos *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2019). Esse quadro sugere a importância de estudos considerando a região geográfica, de forma a permitir a observação da influência dessa variável nos resultados, e do acompanhamento ao longo do tempo, para observar tendências e mudanças. O perfil de atendimento do centro ou clínica, bem como outros fatores podem também interferir nos achados, o que evidencia a necessidade de realização de mais pesquisas nos serviços especializados de fisioterapia para melhor compreensão dos fatores biopsicossociais relacionados à prevalência de um sexo em detrimento de outro, de modo a alcançar o objetivo da equidade em saúde a partir da compreensão das reais condições de vida da população.

A média de idade deste estudo foi de 57,4 ($\pm 14,0$) anos para as mulheres e 53,8 ($\pm 18,1$) para os homens, havendo prevalência da faixa etária adulta. Corroborando esse achado, Ramos *et al.* (2021), assim como Silvestre, Andrade e Ribas (2020) apresentam faixas etárias similares em setores de atendimento fisioterapêutico. No entanto, no estudo de Góis (2010), prevaleceram usuários com mais de 60 anos de idade. No presente estudo, observou-se a associação entre a faixa etária jovem adulta e o sexo masculino. A prevalência de homens jovens adultos pode ser explicada pelo maior risco de acometimentos traumáticos nesta população, visto que são maioria das vítimas de trânsito e da violência urbana (Laurenti

et al., 2005). Mesmo não encontrando associações significativas entre classificação da lesão e sexo e raça, outros estudos reforçam o alto índice de fraturas entre homens, associando este fato aos comportamentos de risco apresentados por este grupo populacional (Silva *et al.*, 2019; Ramos *et al.*, 2021). Nos estudos apresentados, a maior parte dos acidentes que ocasionam fraturas nos homens são automobilísticos. Mesmo não sendo foco do nosso estudo, esse dado também esteve presente, na maior parte dos homens que apresentaram fratura, essa foi por acidente com motocicletas.

Adicionalmente, esta pesquisa observou uma maior prevalência (61,3%) de registro de atendimento de pessoas negras (pretas e pardas). Apesar do Censo Brasileiro de 2022 apontar um crescimento da autodeclaração de pessoas como pardas e pretas no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro nos últimos anos, os resultados encontrados no presente estudo apontam uma prevalência significativamente maior que essa do IBGE (2022b). Entretanto, os dados apresentados pelo Fundo de População das Nações Unidas Brasil (UNFPA, 2021) corroboram os achados deste estudo; constatam que a maior parte da população usuária do Sistema Único de Saúde é negra. Esses dados são explicados pela dificuldade de combate às desigualdades de raça ou cor no Brasil, onde parte significativa da população negra reside em áreas de baixa disponibilidade de serviços de infraestrutura básica, ocupando posições menos qualificadas e pior remuneradas, com menor acesso a serviços de saúde privada, piores índices nutricionais, menores taxas de acesso ao lazer, taxas menores de atividade física adequada, dentre outros (IBGE, 2022a; Silva *et al.*, 2020).

Por fim, a inexistência de pessoas autodeclaradas indígenas no serviço, também surge como um dado relevante a ser discutido. Oliveira (1997) fala da invisibilidade da população indígena nos serviços de saúde. Para Ferro e Silva (2024) a invisibilidade da população indígena deve ser explicada a partir do conceito de pardismo brasileiro. Em um estudo realizado em 2019 acerca da “Classificação de cor/raça de filhos em domicílios indígenas no Brasil”, constatou-se que em um contexto urbano, crianças filhas de mães indígenas tendem a ser classificadas 4x mais como brancas ou pardas do que indígenas, demonstrando uma possível subnotificação desta população nos censos (Marinho *et al.*, 2019). Adicionalmente, desde o século XX, não existe uma classificação censitária que determine uma diferenciação entre corpos miscigenados indígenas (Oliveira, 2012; Ferro e Silva, 2024). O pardismo enquanto categoria de censo nacional que surgiu em detrimento de categorias como mestiço e caboclo, unificou diversas experiências raciais em uma única proposta de miscigenação que resultou em uma ideia de um corpo não branco que posteriormente seria compreendido pelas políticas públicas apenas como um corpo negro (Oliveira, 2012; Ferro e Silva, 2024). Para

Coimbra Jr. e Santos (2000), a constante migração indígena para os centros urbanos e a manutenção de um censo que não compreende a miscigenação indígena como uma categoria à parte resulta na ausência de indicadores sociais e de saúde realísticos para esta população e torna os censos nacionais menos confiáveis nesse sentido.

Ao analisar o tipo de cadastro, o presente estudo apontou para uma tendência de aumento dos cadastros temporários entre os anos de estudo. No ano de reinauguração da clínica, indivíduos provenientes da Penha e Penha Circular constituíam a maior parte dos usuários ativos do Creabs; já no ano subsequente, indivíduos advindos da Penha diminuíram, havendo aumento significativo de usuários das outras localidades e aparecendo seis regiões a mais do que o ano anterior. A pesquisa observacional sugere que as mudanças na estrutura organizativa da absorção de usuários para atendimento têm relação com esses resultados. O início do uso do SisReg não só aumentou a demanda, como também ampliou o raio de atendimento de usuários para outras áreas programáticas. O aumento de localidades absorvidas pelo setor, através da adoção do Sistema de Regulação, traz à luz a preocupação da gestão em aumentar a oferta, mas não a qualidade da assistência ofertada. Os relatos durante o período de observação apontam que a necessidade de adequação aos novos modelos de gestão e financiamento tornou o trabalho dos fisioterapeutas tecnificado, adequando-o aos moldes da lógica de mercado e afastando-o de um trabalho integral aos moldes dos princípios doutrinários do SUS. A consonância aos princípios do SUS requer a aderência a um modelo de integralidade em saúde, ao paradigma biopsicossocial.

Como bem discutido por Pinto e colaboradores (2017), dado a baixa assistência ambulatorial existente no município do Rio de Janeiro e a alta demanda para esses serviços, os profissionais de saúde são coagidos a romper os limites do território de cada AP. Os usuários se deslocam por grandes distâncias, saindo de locais onde não há instalação de serviços de média e alta complexidade para os locais onde há a oferta desses serviços. Ainda, o próprio SisReg possui uma baixa capacidade de parametrização territorial entre as unidades que ofertam vagas e o local de residência da população, fazendo com que regulações indevidas também ocorram. De maneira que, um usuário residente da baixada fluminense possa ser regulado para a zona norte do Rio de Janeiro (Beltrame *et al.*, 2019; Pinto *et al.*, 2017).

A distância entre o local de moradia e o local de tratamento pode ser um obstáculo para quem necessita do acompanhamento semanal. O absenteísmo, isto é, o não comparecimento de um usuário do SUS ao serviço marcado, é um problema crônico de saúde pública, podendo chegar a taxas de até 25% de todas as consultas ambulatoriais. Os principais

motivos de absenteísmo no SUS estão atrelados a quantidade de tempo na fila de espera - situação que também aparece no nosso estudo -, moradias em áreas de maior exclusão social, falta de transporte no dia e o horário marcados, falhas na comunicação entre o serviço e o usuário, agendamentos indevidos em horários de trabalho e esquecimento (Pinto *et al.*, 2017).

Os resultados do presente estudo apontam que os usuários procuraram o serviço, principalmente, por queixas traumato-ortopédicas, relacionadas a cervicotoracolombalgia (25,33%) e fraturas (16%); queixas reumatológicas relacionadas a osteoartrite (17%) e síndrome dolorosa de partes moles (16%) e queixas neurofuncionais relacionadas a sequelas de acidente vascular encefálico (6,67%). Esses dados são condizentes com a maior parte de estudos relacionados às motivações de busca pela fisioterapia em setores de saúde pública (Moretto *et al.*, 2009; Silva, Lima e Leroy, 2018; Silva e Sirena, 2015; Ramos *et al.*, 2021; Matos *et al.*, 2022a). A cervicotoracolombalgia, lesão mais prevalente neste estudo, pode ser descrita como algia aguda ou crônica na região da coluna cervical, torácica ou lombar, que pode acometer apenas um segmento ou múltiplos segmentos da coluna, sendo a lombalgia ou dor lombar baixa a sua manifestação mais comum. A dor no segmento lombar da coluna tem sido apontada como a maior causa de incapacidade do mundo, podendo atingir 65% dos indivíduos ao ano e até 84% das pessoas durante a vida (Nobili *et al.*, 2024). Mesmo havendo muitos fatores associados, a sua taxa é maior em pessoas de baixo status socioeconômico, o que pode justificar sua alta incidência nos setores de saúde pública (Araújo *et al.*, 2024; Mendonça *et al.*, 2021).

Quanto às lesões neurofuncionais e a alta prevalência de AVE no nosso estudo, destaca-se que esta patologia tem representado 40% das aposentadorias prévias no mundo e 35% das principais causas de incapacidade nos indivíduos maiores de 50 anos (Sá *et al.*, 2023). A associação de casos neurofuncionais com população idosa e com homens negros, apresentada nesta pesquisa, pode estar relacionada ao risco aumentado para doenças cerebrais e cardiovasculares nessas duas populações, como a coexistência de hipertensão arterial sistêmica. Em relação a população negra, alguns estudos apontam possíveis explicações genéticas para maior prevalência de AVC. Entretanto, a desigualdade sistêmica citada nesta pesquisa segue sendo a principal causa explicativa de morbidade neurológica dessa população (Oliveira, 2003; Souto, Anderle e Goulart, 2022). Já em relação aos idosos, o levantamento epidemiológico realizado por Batista *et al* (2014) demonstra que em uma clínica especializada em atendimentos neurológicos, o AVE consistia em 28,94% de todos os casos, sendo o acometimento clínico mais prevalente na população. Todos os pacientes com AVE tinham patologias prévias associadas. Esse dado revela a importância de se atentar às políticas de

promoção e prevenção da saúde para mitigação de distúrbios neurológicos e disfunções na população idosa, visando a manutenção da vida saudável e o bem-estar.

Os usuários estudados frequentaram o espaço da clínica por uma média de 3,78(\pm 2,31) meses, realizando em média 11,7 (\pm 7,51) sessões, com em média 28 (\pm 5,36) minutos de atendimento cada. Mais da metade dos usuários (68%) realizaram dez ou menos sessões. A organização da clínica determina a quantidade exata de 10 sessões por usuário, havendo exceção apenas em relação às lesões neurológicas. Este dado é corroborado pela análise quantitativa, que aponta a associação positiva entre lesão e quantidade de sessões. Entretanto, observou-se também, que anteriormente a implementação do Sisreg, haviam casos de usuários que retornavam após dez sessões para continuidade do tratamento, ficando por meses realizando ciclos de 10 sessões. Ainda, em 35% dos casos, os indivíduos não realizaram o fechamento do ciclo de sessões, o que pode ser explicado por alta em decorrência da melhora do quadro, ou por abandono devido às questões sobre absenteísmo já explicitadas previamente.

É importante assinalar que a protocolização de 10 sessões para o atendimento fisioterapêutico é uma prática conservadora adotada pelos serviços de saúde privada, que ganhou espaço e foi sendo incorporada nos setores públicos. Uma vez que os planos de saúde possuem diretrizes específicas para liberação das sessões destinadas ao tratamento fisioterapêutico, é praxe que profissionais médicos, em consonância com tais diretrizes, prescrevam o número de 10 sessões (Carvalho, 2017). O limite de 10 de sessões para lesões traumato-ortopédicas e 20 para lesões neurológicas não encontram explicações científicas claras. Muitos estudos randomizados sobre condutas específicas podem apontar melhora significativa de um grupo de pacientes após dez sessões (Mirmoezzi *et al.*, 2021; Matos *et al.*, 2022b; Barboza, 2023). Porém, os mesmos não podem fixar este número como o adequado para todo corpo humano vivo. A prescrição do número de sessões necessita ser alinhada às necessidades individuais de cada paciente e não ser fixada de antemão. A determinação de conduta deve levar em conta as variáveis que impactam diretamente a recuperação funcional, como a localização, a natureza e extensão da lesão, bem como a idade, a raça/cor/etnia, o estado clínico, a ocupação, as rotinas, o nível de instrução educacional, o local de moradia e a condição socioeconômica do usuário do serviço (Carvalho, 2017).

Sobre o tratamento ofertado, a maior parte dos usuários pesquisados recebeu exclusivamente algum recurso da eletrotermofototerapia. O mais frequente foi a associação do TENS com o Infravermelho. Mesmo quando a eletroterapia era combinada com outros recursos, ela ocupava praticamente metade do tempo da sessão. Assim, sua descrição era mais

detalhada, no documento de evolução do paciente, do que a de outras técnicas aplicadas. A eletrotermofototerapia possui alta frequência de uso como recurso fisioterapêutico, visto que se apresenta como uma modalidade de controle da dor de fácil aplicação e que necessita de pouco tempo de interação de contato entre o profissional e o usuário do serviço (Ricci, Dias e Driusso, 2010; Bordiak *et al.*, 2013; Goulart *et al.*, 2018). Entretanto, sua utilização excessiva pode afastar o fisioterapeuta das causas originárias das condições de saúde apresentadas pelos pacientes, como falta de condicionamento físico e desequilíbrios osteomusculares, causas que demandam abordagens multifacetadas para correção. A eletrotermofototerapia nos serviços tende a levar a substituição de métodos de reabilitação comprovadamente eficazes como os exercícios terapêuticos, tão fundamentais para a recuperação funcional (Bordiak *et al.*, 2013; Nascimento *et al.*, 2020; Goulart *et al.*, 2018). No nosso estudo, observou-se, nesse mesmo sentido, a associação entre tipo de lesão e recursos utilizados. A eletrotermofototerapia foi amplamente utilizada como recurso único para tratamento de dor na coluna. Segundo, o *guideline* produzido pela *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE - 2018), a utilização da eletroterapia, bem como a acupuntura, deve ser altamente desencorajada nos tratamentos das dores de coluna. As melhores evidências neste caso são: o uso dos exercícios gerais e de aptidão cardiovascular, a educação em saúde e dor e a associação de exercícios com a terapia manual.

Os resultados desta pesquisa apontam diferenças significativas nos tratamentos oferecidos para as variáveis sexo e raça, sendo as mulheres e as pessoas brancas mais tratadas com terapia manual do que os outros grupos. Corrêa (2023) analisa que a atenção fisioterapêutica é influenciada pelas questões de raça. Ao analisar a percepção de pessoas negras sobre a qualidade da assistência fisioterapêutica, seu estudo revela uma constante insatisfação dos usuários entrevistados com o atendimento fisioterapêutico ofertado a eles. Dentre as questões relatadas estão tratamentos genéricos, ausência de preocupação do profissional com o bem-estar dos usuários, o não acompanhamento dos exercícios, bem como a explicação rasa dos mesmos. É sabido ainda que, no que tange aos atendimentos em saúde, pessoas pretas e pardas estão associadas constantemente a tratamentos de pior qualidade e menos eficiente para suas demandas de saúde (Williams e Priest, 2015).

A fim de se obter uma prática fisioterapêutica que atenda os princípios básicos de equidade e integralidade do SUS, compreende-se a necessidade da adoção do paradigma biopsicossocial nos serviços de saúde. Para tal, a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) se faz necessária nos setores de reabilitação como ferramenta de orientação desses serviços. A CIF serve como um parâmetro para a avaliação coerente com a

abordagem biopsicossocial ao integrar as várias dimensões da saúde. Sendo dividida nos componentes: estrutura/função corporal, atividade e participação, a CIF amplia o olhar do avaliador para a multiplicidade de influências existentes para além do diagnóstico médico do sujeito (Sampaio e Luz, 2009). Entretanto, o uso eficiente da CIF requer capacitação e sua aplicação na clínica demanda tempo, para uma avaliação minuciosa. O presente estudo aponta uma limitação do serviço nesse sentido. Os profissionais não utilizam a CIF, adicionalmente, há a ausência de avaliações padronizadas a serem aplicadas por todos os profissionais do setor. Além disso, estão presentes: o reduzido tempo de atendimento, o baixo quantitativo profissional, a dependência dos estagiários e a demanda por produtividade do serviço, que pressiona os profissionais com indicadores de desempenho profissional baseados no número de usuários atendidos por período de tempo. Todos esses fatores em conjunto afetam a qualidade da assistência ofertada aos usuários.

A quantidade insuficiente de profissionais nos setores de média complexidade é um problema crônico no Brasil, e caminha com uma crescente demanda por serviços especializados de saúde. Isto se torna ainda mais alarmante devido às alterações de gestão e de financiamento do SUS nos últimos anos. A título de ilustração, no início de 2020, a Nota Técnica Nº 3/2020 trouxe mudanças significativas no modelo de financiamento público para a Atenção Primária à Saúde e para as equipes que compunham o NASF. Alinhado com o programa Previnha Brasil, o novo modelo descentralizou os recursos anteriormente destinados à saúde básica, permitindo aos gestores municipais definirem de forma independente a composição das equipes, os profissionais especializados, carga horária e os novos arranjos profissionais.

Esta reforma interrompeu o credenciamento das equipes NASF e mudou os critérios de financiamento da APS, que anteriormente ocorria através de uma distribuição per-capita baseada na população brasileira e com a reforma passou a ocorrer por número de cadastros de usuários e indicadores de saúde que a AB apresentasse (Alves *et al.*, 2022; Nobre *et al.*, 2023). Esta mudança, criticada por minar os princípios de universalidade do SUS, ignorou estudos que mostravam que os cadastros de usuários cobriam menos de 80% da população brasileira. Além disso, introduziu estratégias de mercado, vinculando a alocação de orçamento aos indicadores de desempenho das equipes. A subsequente redução no financiamento das equipes NASF resultou na diminuição de seu número em todo o país entre 2018 e 2022, afetando a diversidade de trabalhadores, os esforços multidisciplinares e aumentando a carga de trabalho dos profissionais médicos na atenção primária, culminando no aumento progressivo do encaminhamento de usuários para setores especializados (IEPS, 2023). A

fisioterapia foi uma das profissões afetadas por esse novo modelo de financiamento. A profissão vinha ganhando espaço e reconhecimento dentro da AB nos últimos anos, e passou a ter que lidar com demandas mais elevadas de atendimentos, cargas horárias totais diferenciadas e, por vezes, diminuídas para o quantitativo de trabalho. Essas mudanças afetaram a participação do profissional fisioterapeuta na saúde primária e gerando um intenso aumento das demandas de atendimento ambulatoriais individuais em detrimento das ações em grupos com objetivos transversais (Viana, Silva e Amorim, 2021). Tal aumento de demanda foi observado no setor estudado.

5. CONCLUSÃO

Os centros de reabilitação e serviços de fisioterapia não podem apenas servir de vitrine que expõe sua existência, eles precisam atender às necessidades da população em consonância com os perfis epidemiológicos, reduzindo seus quadros álgicos, recuperando sua funcionalidade, promovendo o bem-estar e permitindo uma melhor participação dos sujeitos na sociedade. Instituições que oferecem serviços de fisioterapia devem avaliar as necessidades de cada paciente e criar planos de tratamento personalizados. Isso envolve entender as condições específicas de cada paciente, suas limitações e metas de recuperação. A assistência deve considerar não apenas a condição física, mas também aspectos emocionais e sociais do paciente. A integração com outros setores, bem como com os outros níveis de atenção, pode ser crucial para uma recuperação bem-sucedida.

Neste trabalho vimos que ainda é necessário adequar a oferta dos serviços às demandas e necessidades da população. Filas de espera nos serviços, baixo quantitativo profissional, sobrecarga de trabalho, dependência de estagiários foram algumas das questões observadas que apontam para uma oferta de assistência fisioterapêutica aquém das necessidades dos usuários e para um trabalho precarizado. Observou-se, ainda, que as mudanças organizacionais numa estrutura de trabalho que foi hierarquizada e mal administrada resultou em falhas que repercutiram em prejuízos para o trabalhador, para os usuários e para os próprios indicadores de saúde.

Nosso estudo, conduzido num Centro de Reabilitação integrado ao Sistema de Saúde Pública, identificou a adoção do modelo biomédico e de mercado. O tempo reduzido de atendimento é uma questão central nesse estudo. Numa ponta, impede a aplicação de instrumentos mais eficazes e a realização de avaliações mais completas. Na outra, inviabiliza o tratamento integral. Os profissionais não adotavam a CIF, deixavam de colher dados

importantes para compreensão clara de fatores ambientais, sociais, participativos e funcionais relativos à história dos usuários. Esses fatores, por sua vez, culminaram na dificuldade do estabelecimento de um tratamento adequado e baseado em evidência científica consolidada, contribuindo para uma qualidade de assistência duvidosa. O protocolo de 10 sessões, o curto tempo de atendimento, a necessidade de escolha de partes do corpo a serem tratadas, o uso de recursos eletrotermofototerapêuticos em detrimento da cinesioterapia e da terapia manual, dado o tempo exíguo, e a manutenção da hierarquização de diagnóstico médico em detrimento do diagnóstico cinético-funcional, são exemplos do afastamento do paradigma biopsicossocial. Faz-se necessária uma avaliação crítica dos modelos de gestão propostos em consonância com o projeto neoliberal para a área da saúde, tais modelos não seguem a visão holística teorizada no SUS.

Na análise do perfil epidemiológico, observou-se associações importantes relacionados a sexo, raça e faixa etária. Adultos e idosos eram maioria no setor, bem como mulheres e pessoas negras. Houve associação entre homens negros e lesões neurológicas, e entre homens jovens e lesões traumato-ortopédicas. O estudo destaca o tratamento desigual, estatisticamente significativo, em relação a sexo e raça. Sendo mulheres e pessoas brancas mais atendidas com terapia manual, estes são dados alarmantes ao território, que necessitam de atenção.

Este estudo tem como limitações o acesso a poucos prontuários devido a problemas técnicos e aos impedimentos estruturais relatados anteriormente. Também, o fato de ter sido atravessado pela mudança organizacional. Se, por um lado, essas mudanças permitiram observar seus impactos imediatos. Por outro, não permitiram observar a acomodação após os ajustes das falhas identificadas, nem o desenho de um método – aprovado pelo Comitê de Ética – que permitisse comparar os momentos pré e pós mudança.

O presente estudo busca contribuir para ampliar o conhecimento sobre o serviço em fisioterapia no Estado do Rio de Janeiro. A superação das barreiras apresentadas nesse estudo requer um esforço conjunto de gestores, profissionais de saúde e formuladores de políticas para promover melhorias significativas no sistema de fisioterapia, assegurando que todos os aspectos do cuidado sejam adequadamente contemplados e que a qualidade do atendimento seja efetivamente aprimorada. O alinhamento com os princípios doutrinários do SUS deve ser prioritário para garantir que a assistência seja não apenas eficiente, mas também equitativa e humanizada, para um modelo de cuidado em reabilitação ancorado em boas práticas e inovações, visando aprimorar a eficiência dos serviços e garantir desfechos alinhados às necessidades dos usuários.

6. REFERÊNCIAS

ALELUIA, I. R. S.; SANTOS, F. C. Auditoria em fisioterapia no Sistema Único de Saúde: proposta de um protocolo específico. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 26, n. 4, p. 725-741, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/ZHTVxB7kNtqp8XY6p4kPt5K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2024.

ALVES, A. M. et al. Impactos da ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, v. 17, n. 44, p. 3033, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3033](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3033). Acesso em: 04 jul. 2024.

ARAÚJO, M. G. M. et al. Hábitos de vida, incapacidade física e a relação com a dor lombar crônica não específica. *Revista Contexto & Saúde*, v. 24, n. 48, 2024, e14452. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.14452>. Acesso em: 04 jul. 2024.

BARBOZA, P. S. Perfil clínico de pacientes com diagnóstico de lombalgia atendidos em um centro especializado em reabilitação no recôncavo da Bahia. 2023. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Maria Milza, Governador Mangabeira, BA, 2023. Disponível em: <http://unimamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/2956/1/FISIOTERAPIA%20-%20PIT%C3%81GORAS%20DE%20SOUZA%20BARBOZA.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2024.

BATISTA, A. J. et al. Perfil epidemiológico do setor de neurologia da clínica escola de fisioterapia da faculdade de Ingá no ano de 2013. *Uningá Review*, v. 17, n. 2, 2014. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1494>. Acesso em: 4 jul. 2024.

BELTRAME, S. M. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade no sistema universal de saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/BYJbCp6ZBz9NCynKt3h3X3J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jul. 2024.

BISPO JR., J. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1627-1636, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PC76jP6HVQ6rYN7VgJ7z59g/?format=pdf>. Acesso em: 10 mar. 2024.

BORDIAK, et al. Perfil de aplicação do TENS em clínicas de fisioterapia traumato-ortopédica da cidade do Rio de Janeiro. *Revista Digital EFDeportes*, Buenos Aires, v. 17, n. 177, 2013. Disponível em: <https://efdeportes.com/efd177/aplicacao-do-tens-em-clinicas-de-fisioterapia.htm>. Acesso em: 07 jul. 2024.

BORGHI, C. M. S.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 869-897, 13 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2017. p. 374-415.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

CALLEGARI-JACQUES, S. M. Testes não paramétricos. In: CALLEGARI-JACQUES, Sídia M. *Bioestatística: Princípios e Aplicações*. Rio de Janeiro: Artmed, 2003. p. 264. Disponível em: <http://www.liaaq.ccb.ufsc.br/files/2013/10/Bioestat%C3%>. Acesso em: 8 abr. 2024.

CAMPOS, J. L. A.; SILVA, T. C.; ALBUQUERQUE, U. P. Observação participante e diário de campo: quando utilizar e como analisar? *Researchgate Online*, v. 1, n. 1, p. 95-112, abr. 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/351492815>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CAPP, E.; NIENOV, O. H. (org.). *Bioestatística quantitativa aplicada*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020. 28 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213544/001117623.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2024.

CARVALHO, M. L. Reabilitação física e recuperação da saúde no contexto dos desastres naturais: estudo de caso em Nova Friburgo. 2017. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

CAVALHEIRO, L. V. et al. Delineamento de um instrumento para medir a qualidade da assistência da Fisioterapia. *Einstein*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 260-268, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/vtYQZCxqXvfhYktLc89LgLR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jul. 2024.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bQ5j56fyrtBvsN5Hv43POhz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2024.

COFFITO. Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013 – Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2014. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3187>. Acesso em: 8 jun. 2023.

CORRÊA, G. M. Atenção fisioterapêutica e saúde da população negra: percepção da qualidade do cuidado. 2023. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Porto Alegre, 2023.

FERRO, S. P.; SILVA, P. Pardismo: um etnocídio de Estado. *InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais*, Brasília, v. 10, n. 1, p. 173-207, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/insurgencia/article/view/50339/39426>. Acesso em: 2 jul. 2024.

GÓIS, A. L. B. Perfil epidemiológico dos pacientes de fisioterapia domiciliar do Rio de Janeiro – 2010. 113 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Disponível em: <https://www.btdt.uerj.br:8443/bitstream/1/8614/1/texto.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2024.

GONÇALVES, J. L.; FEITOSA, E. S.; BORGES, R. T. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente vascular encefálico em um hospital de referência do Ceará/Brasil. *Revista Interdisciplinar*, v. 12, n. 2, p. 92-103, 2019. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7868624.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2024.

GOULART, C. P. et al. Efeitos adversos da eletrotermofototerapia em clínicas da cidade de Cascavel - PR. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 25, n. 4, p. 382-387, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/17001725042018>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 139 p. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_informativo.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: identificação étnico-racial da população por sexo e idade Resultados do universo. 1ª ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3105/cd_2022_etnico_racial.pdf. Acesso em: 17 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tabela 1209 - População por grupos de idade. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1209>. Acesso em: 17 jun. 2024.

IBM. SPSS Statistics Base 28. Disponível em: https://www.ibm.com/docs/en/SSLVMB_28.0.0/pdf/pt/BR/IBM_SPSS_Statistics_Base.pdf. Acesso em: 05 jun. 2024.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Como Evoluiu o Número de Vínculos Profissionais NASF Após o Fim do Incentivo Financeiro ao Programa? Nota Técnica n. 31. Atenção Básica, 2023.

LAURENTI, R. et al. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VjZYYSTpV5ms54kvS8wfmSm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jul. 2024.

MARINHO, G. L. et al. Classificação de cor/raça de filhos em domicílios indígenas no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 35, n. 3, p. e00006119, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5MnyTChC7GPBkm5wx7fxgcB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2024.

MARQUES, A. P.; PECCIN, M. S. Pesquisa em fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 11, n. 1, p. 43-48, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/76382>. Acesso em: 10 ago. 2024.

MATOS, C. R. et al. Indicadores de acesso nos serviços de reabilitação física das desordens musculoesqueléticas em Belo Horizonte (MG). *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 29, n. 4, p. 436-441, 2022a. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/208854>. Acesso em: 5 jul. 2024.

MATOS, L. R. R. S. et al. Aspectos Clínicos e Epidemiológicos de pacientes atendidos no ambulatório de reabilitação traumato-ortopédica em um Hospital Universitário. *Revista de Ensino Ciência e Inovação em Saúde*, v. 3, n. 1, p. 20-26, 2022b. Disponível em: <http://recis.huunivasf.ebserh.gov.br/index.php/recis/article/view/191/82>. Acesso em: 13 abr. 2024.

MENDONÇA, A. G. et al. Custos diretos da dor lombar em hospitais financiados pelo Sistema Único de Saúde. *Revista de Pesquisa em Fisioterapia*, v. 11, n. 1, p. 181-189, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i1.3438>. Acesso em: 13 abr. 2024.

MIRMOEZZI, M. et al. Efficacy of hydrotherapy treatment for the management of chronic low back pain. *Irish Journal of Medical Science*, v. 190, n. 4, p. 1413-1421, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33409843/>. Acesso em: 13 abr. 2024.

MORETTO, L. et al. Prevalência de utilização de serviços de fisioterapia na população adulta urbana de Lages, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 13, n. 2, p. 130-135, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016468014>. Acesso em: 16 maio 2024.

NASCIMENTO, et al. Principais patologias e recursos fisioterapêuticos utilizados na fisioterapia traumato-ortopédica. *Unievangélica*, v. 8, n. 1, 2020. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/fisio/article/view/5667/3125>. Acesso em: 07 jul. 2024.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. O Serviço Integrado de Dor e Coluna (IPASS): Uma abordagem única integrada e colaborativa para o tratamento da dor persistente. Fundação Berkshire West NHS Trust, abr. 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/the-integrated-pain-and-spinal-service-ipass-a-unique-integrated-and-collaborative-approach-to-persistent-pain-management>. Acesso em: 07 jul. 2024.

NOBILI, S. H. et al. Fisioterapia ortopédica: avaliação da percepção da dor e incapacidade em indivíduos com dor lombar usuários da rede Instagram e Facebook – artigo científico. *Revista Brasileira de Saúde*, v. 7, n. 1, p. 5625-5638, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67220>. Acesso em: 5 jul. 2024.

NOBRE, V. et al. Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro federal ao programa? *APS em Revista*, v. 5, n. 2, p. 56-64, maio/ago.

2023. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/286/146>. Acesso em: 04 jul. 2024.

OLIVEIRA, F. Saúde da população negra. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OLIVEIRA, J. P. Pardos mestiços ou caboclos: os índios nos censos nacionais no Brasil (1872-1980). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 3, n. 6, p. 61-84, out. 1997. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71831997000200004>. Acesso em: 2 jul. 2024.

OLIVEIRA, J. P. Mensurando Alteridades Estabelecendo Direitos: Práticas e Saberes Governamentais na Criação de Fronteiras Étnicas. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 1055-1088, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/tRJwGn7RT4j9Njhmwcv6RwG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2024.

PEREIRA, A. G. et al. Scheduling waiting time absenteeism and repressed demand in outpatient physical therapy care. *Fisioterapia em Movimento*, v. 35, n. 1, p. e35113.0, fev. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/mbGRzw85vwtbYJjy5JxBBqk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 mai. 2024.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços limites e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n4/1257-1267/pt>. Acesso em: 20 jun. 2024.

PINTO, N. R. O SISREG na atenção primária de Saúde: um estudo sobre a reorganização da porta de entrada do SUS no Município do Rio de Janeiro – 2021. 263 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

PIRES, M. G. et al. Estatística não paramétrica básica no software R: uma abordagem por resolução de problemas. UFMG, Instituto de Ciências Exatas, 2018. Disponível em: https://www.est.ufmg.br/portal/wp-content/uploads/2023/01/RTE_02_2018.pdf. Acesso em: 5 abr. 2024.

QUARTIERO, C. R. Saúde Coletiva e Fisioterapia. Paraná: UAB - Unicentro, 2017. 55 p. Disponível em: <http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/bitstream/123456789/590/5/>. Acesso em: 17 maio 2023.

RAMOS, A. C. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes do serviço de fisioterapia de um município da região metropolitana de Curitiba/PR. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 4, n. 4, p. 145-161, 2021. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/586>. Acesso em: 04 jul. 2024.

RICCI, N. A.; DIAS, C. N. K.; DRIUSSO, P. A utilização dos recursos eletrotermofototerapêuticos no tratamento da síndrome da fibromialgia: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 1-9, jan./fev. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/qHMLMLpKyyKxHJwcXbC4yjww/?format=pdf>. Acesso em: 08 jul. 2024.

RIO DE JANEIRO. Edital FP/SUBGGC nº 47 de 30 de novembro de 2022. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Fazenda e Planejamento, Subsecretaria de Gente e Gestão Compartilhada, 2022a. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/15004566/4376007/EDITALACADEMICOBOLSISTA202322112022.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura do Rio de Janeiro. Centro de Reabilitação é reinaugurado na Clínica da Família na Penha, 2022b. Disponível em: <https://prefeitura.rio/tag/clinica-da-familia-felippe-cardoso/>. Acesso em: 20 mai. 2023.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal de Secretaria de Saúde. Prefeitura inaugura a 23ª Clínica da Família da cidade no Complexo da Penha, 2010. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=1376680>. Acesso em: 16 abr. 2024.

ROTHSTEIN, J. F.; ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. Modelo para avaliação da efetividade da atuação fisioterapêutica na atenção básica. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 140, p. 8749, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NwxtXTysXsQFY54nRhg3ySS/>. Acesso em: 20 mai. 2024.

SÁ, A. J. S. et al. Cenário de acesso ao tratamento fisioterapêutico de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Cerebral: uma revisão integrativa. *Pesquisa Sociedade e Desenvolvimento*, v. 12, n. 2, p. e16512240048, 2023. Disponível em: [\[https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40048\]](https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40048)

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n3/475-483/pt>. Acesso em 4 de jul. 2024

SAMPAIO, R.F. et al. Aplicação da CIF na Prática Clínica do Fisioterapeuta. Revista Brasileira de Fisioterapia. ISSN 1413-3555. Vol. 9, No. 2 (2005), 129-136. Disponível em: https://www.crefito10.org.br/cmslite/userfiles/file/artigos/cif/ARTIGO_2.pdf. Acesso em 4 de jul. 2024.

SILVA, D.V. et al. Prevalência de idade e gênero e sua correspondência com os setores de fisioterapia ambulatorial de um instituto de ortopedia e traumatologia de referência da cidade de São Paulo. Fisioterapia e Pesquisa, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 394–400, 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.usp.br/fpusp/article/view/186899>. Acesso em: 4 jul. 2024.

SILVA, G.G.; SIRENA, S.A. Perfil de encaminhamentos à fisioterapia por um serviço de Atenção Primária à Saúde, 2012. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 24, n. 1, p.123-133, jan-mar 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v24n1/v24n1a14.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2024.

SILVA, P.; LIMA, K.; LEROY, P. Perfil epidemiológico dos pacientes assistidos na clínica de Fisioterapia Traumato-ortopédica da Prefeitura de Hidrolândia – Goiás. Revista Movimenta (ISSN 1984-4298), [S. l.], v. 6, n. 3, p. 520–529, 2018. Disponível em: <http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/article/view/7015>. Acesso em: 4 jul. 2024.

SILVA, N.N. et al. Access of the black population to health services: integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020; v. 73, n. 4, p.e20180834. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834>. Acesso em 2 jul. 2024

SILVESTRE, L.F.; ANDRADE, L.; RIBAS, D.I.R. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela fisioterapia de uma instituição de ensino superior de Curitiba. Cadernos da Escola de Saúde, v. 19, n. 2, p. 84-94, 2020. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/5336>. Acesso em 4 jul. 2024.

SOUTO, S.R.; ANDERLE, P.; GOULART, B.N.G. Iniquidades raciais no acesso à reabilitação após acidente vascular cerebral: estudo da população brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 5, p:1919-1928, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QXpxc4njqOFY7VjNqSFg8zf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2024.

SOUZA, M.C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2013,v. 37, n. 2, p. 176-184. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/fisioterapia_nucleo_apoio_saude_familia.pdf. Acesso em 8 out. 2023

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. *Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil* - Dados eletrônicos - 1 arquivo: 2.7 Mb. – Natal, RN: UFRN, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/44949/3/Ra%C3%A7aSaude_Barbosa_Aiquoc_Souza_2021.pdf. Acesso em: 2 jul. 2024.

VIANA, S.O.; SILVA, D.J.R.; AMORIM, M.C.B.V. Atuação do fisioterapeuta no NASF-AB: possibilidades e desafios. *Revista de Atenção à Saúde | São Caetano do Sul, SP | v. 19 | n. 70 | p. 277-289 | out./dez. 2021.*

WILLIAMS, D.R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*, [S.L.], v. 17, n. 40, p. 124-174, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-017004004>. Acesso em: 03 ago. 2024.