



REGIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA: DESAFIOS E BARREIRAS DE ACESSO AO TRATAMENTO

REGIONALIZATION OF PHYSIOTHERAPY SERVICES: CHALLENGES AND BARRIERS TO ACCESS TO TREATMENT

Nilmar Sampaio da Silva  , Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.

Maria Cláudia Gonçalves  , Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.

Adriana Sousa Rêgo  , Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.

Ana Lourdes Avelar Nascimento  , Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.

REGIONALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA: DESAFIOS E BARREIRAS DE ACESSO AO TRATAMENTO

REGIONALIZATION OF PHYSIOTHERAPY SERVICES: CHALLENGES AND BARRIERS TO ACCESS TO TREATMENT

Nilmar Sampaio da Silva , Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.¹

Maria Cláudia Gonçalves , Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.²

Adriana Sousa Rêgo , Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.³

Ana Lourdes Avelar do Nascimento , Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão, Brasil.⁴

Resumo: a saúde é direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, onde a Fisioterapia se faz presente na atenção básica a saúde. O estudo teve como objetivo identificar as barreiras de acesso a Fisioterapia após alta hospitalar, através da aplicação de um questionário estruturado voltado para as suas condições de acesso ao tratamento, sendo aprovado pelo Comitê de Ética, CEP: N°6.678.630. Participaram 175 pacientes, sendo 90,86% com renda igual ou inferior a 1 salário, onde 84% responderam que não teriam condições para pagar por tal tratamento, e 63,43% nem sequer receberam orientação para a Fisioterapia pós alta. O estudo evidencia que fatores como a ausência de orientação ao encaminhar o paciente para o profissional fisioterapeuta após a alta, e a vulnerabilidade social a qual o paciente se encontra, criam barreiras de acesso ao serviço de Fisioterapia após alta hospitalar.

Palavras-chave: Saúde Pública; Fisioterapia; Trauma e Ortopedia.

Abstract: Health is a fundamental human right, and the State must provide the necessary conditions for its full exercise. Physiotherapy is a key component of primary health care. The study aimed to identify barriers to accessing physiotherapy after hospital discharge by administering a structured questionnaire addressing access to treatment. The questionnaire was approved by the Ethics Committee, CEP No. 6,678,630. A total of 175 patients participated, 90.86% with an income equal to or less than one minimum wage. 84% responded that they would not be able to afford such treatment, and 63.43% did not even receive guidance on post-discharge physiotherapy. The study highlights that factors such as the lack of guidance when referring patients to a physiotherapist after discharge and the social vulnerability of the patient create barriers to accessing physiotherapy services after hospital discharge.

Keywords: Public Health; Physiotherapy; Trauma and Orthopedics.

¹ Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia, Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão. E-mail: nilmarsdasilva@gmail.com

² Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia, Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão. E-mail: mcg.fisio@ceuma.br

³ Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia, Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão. E-mail: adriana004723@ceuma.com.br

⁴ Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia, Universidade Ceuma, São Luís, Maranhão. E-mail: nilmarsdasilva@gmail.com

INTRODUÇÃO

Apesar de presente nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização ganha destaque de modo relativamente recente na política nacional de saúde, sendo reforçada somente a partir de 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e, de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, sendo concebida como uma estratégia para integração dos sistemas municipais (constituição de sistemas regionais), ampliação do acesso e redução da iniquidade em saúde (Shimizu *et al.*, 2021)

A lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 publicada no Diário Oficial da União, assegura a saúde como um direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, possuindo jurisdição para garantir a saúde, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

No ano de 2017, o Ministério da Saúde oficializa a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria Nº 2.436, sendo ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

O artigo 2º da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, caracteriza a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A internação hospitalar é percebida como sendo uma experiência desagradável por quem a vivencia, uma vez que é permeada pelo medo do desconhecido, pela utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos e dolorosos, pelo uso de uma linguagem técnica e rebuscada que aumenta a ansiedade do ser doente no que tange a seu quadro patológico, pela inquietação em estar em um ambiente estranho de estruturas rígidas que o descaracteriza, partilhando o mesmo espaço físico com pessoas fora de seu convívio familiar e ainda pela preocupação com sua evolução clínica (Moraes *et al.*, 2009).

A Revista Brasileira de Ortopedia, publicou um estudo em 2011, apontando o trauma ortopédico como uma das condições mais mórbidas existentes na sociedade contemporânea, comprometendo a função do indivíduo, sua participação econômica na sociedade e sua integração familiar e comunitária.

O trauma é definido como o conjunto das perturbações - qualquer lesão de tecido, órgão ou parte do corpo - causadas subitamente por um agente físico de etiologia, natureza

e extensão variadas e predominantemente de origens externas. A expressão sintomática e as manifestações clínicas são influenciadas por mecanismos de funcionamentos internos do próprio organismo.

Desta forma, por ser proveniente da ação de agentes etiológicos conhecidos, por exigir atitudes e procedimentos terapêuticos específicos e acima de tudo por ser evitável, o trauma é considerado uma doença. Representa assim, um sério problema social e comunitário com relevância crescente (Di Credo *et al.*, 2012).

As consequências econômicas e sociais do trauma são de alta magnitude, devido ao elevado custo da recuperação e gastos da previdência social em situações em que há incapacidade temporária ou permanente da vítima. Além disso, a qualidade de vida do paciente e dos familiares é prejudicada não somente pelos agravos físicos, mas também pelas alterações nas relações sociais, no estilo de vida, na modificação da imagem corporal e distúrbios psicológicos (Da Silva *et al.*, 2017).

Dentro do contexto de assistência à saúde básica, a Fisioterapia desempenha um papel crucial desde a prevenção até a reabilitação, sendo indispensável durante todo o processo de cuidado e atenção à saúde, atuando com total autonomia para realização de consulta, diagnóstico e prescrição fisioterapêutica, prognóstico e alta fisioterapêutica, com base no estabelecimento de um plano terapêutico detalhado, norteado em indicadores com dados quantitativos e qualitativos periódicos, como também utilização e interpretação de escalas, questionários e testes funcionais.

Assis *et al.* (2012) aponta o acesso aos serviços de saúde como objeto de análise na literatura internacional, principalmente no contexto de crise econômica que se instala, demarcando a existência de barreiras aos usuários como filas para marcação de consulta e atendimento, bem como estratégias para sua superação.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Barreiras são fatores ambientais que, por meio da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam a incapacidade. Esses incluem aspectos como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.

Segundo Barata (2006), as condições de acesso e utilização dos serviços de saúde podem ser pensadas como parte dos aspectos que compõem a vulnerabilidade programática, ou seja, que possibilitam ou não, aos diferentes grupos sociais, o acesso aos recursos necessários para fazer frente a seus problemas de saúde.

Com base nos presentes achados referenciais acerca do problema de acesso aos serviços de saúde, este estudo busca analisar os aspectos sociodemográficos dos pacientes ortopédicos da rede municipal de saúde, assim como as barreiras de acesso ao tratamento fisioterapêutico no pós alta hospitalar.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tratar-se de um estudo Quantitativo Descritivo, do tipo Transversal. Neste sentido, cabe explicitar que os estudos transversais constituem uma subcategoria dos estudos observacionais. Os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo (Bastos, 2007).

O estudo foi realizado no ambulatório de atendimento de retorno hospitalar do Hospital Municipal Dr. Clementino Moura - Socorrão II, na cidade de São Luís-MA, do período de agosto a novembro de 2024. Participaram do estudo os pacientes presentes para a consulta de retorno pós alta hospitalar, que aceitaram responder o questionário mediante o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Sendo excluído do estudo os pacientes que não tiveram interesse em responder as perguntas.

A coleta de dados foi realizada na unidade de atendimento de retorno do hospital, de acordo com os dias e horários do atendimento. O questionário estruturado presente no Apêndice A, foi voltado para o perfil sociodemográfico do paciente, abordando dados pessoais (nome, sexo, idade, etnia autodeclarada, local onde reside e região, ocupação, renda salarial, e nível de escolaridade) e dados clínicos (Fator etiológico, histórico atual da doença, e queixa principal), assim como às suas condições de acesso aos serviços de Fisioterapia, explicando o objetivo da pesquisa, sua natureza, e benefícios ao ser respondido da melhor forma possível às questões formuladas. Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da UNICEUMA, CEP: N°6.678.630.

RESULTADOS

Participaram do estudo 175 paciente do Hospital Municipal Dr. Clementino Moura - Socorrão II, vítimas de acidentes de trânsito, acidente de trabalho, queda da própria altura, arma de fogo, e acidentes do cotidiano, que realizaram procedimentos cirúrgicos ou conservador para tratamento de fratura, luxação, entorse, e amputação, que receberam alta hospitalar, e se encontravam no atendimento de retorno. Dentre os pacientes avaliados, identificou-se uma predominância de pacientes do sexo masculino, sendo 67,43% da amostra (118 pacientes), enquanto o percentual de pacientes do sexo feminino corresponde a 32,57% da amostra (57 pacientes).

A média de idade do grupo foi 42,47 anos ($\pm 19,48$), com idades entre 12 anos e 92 anos. O instrumento utilizado no estudo, permitiu análise do perfil sociodemográfico dos pacientes e os fatores que condicionam o acesso ao tratamento fisioterapêutico após receberem alta hospitalar, sendo estes achados apresentados nas Tabelas 1, 2, 3 e 4.

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico dos pacientes ortopédicos no atendimento de retorno pós alta hospitalar. Pacientes do Hospital Dr. Clementino Moura - Socorrão II, agosto a novembro, 2024.

Variáveis	N (%)
Etnia Autodeclarada	

Amarelo	0
Branco	26 (14,86)
Negro	90 (51,43)
Pardo	59 (33,71)
Indígena	0
Escolaridade	
Não Alfabetizado	15 (8,57)
Ensino Fundamental I	68 (38,86)
Ensino Fundamental II (Ensino Médio)	84 (48,00)
Superior	8 (4,57)
Região	
Central	14 (8,01)
Metropolitana	106 (60,57)
Interiorana ou Rural	55 (31,42)
Renda	
Inferior a 1 salário mínimo	68 (38,85)
1 salário mínimo	91 (52,00)
De 2 a 3 salários mínimo	12 (6,86)
Superior a 4 salários mínimos	4 (2,29)
Provedor do Domicílio	
Sim	153 (87,43)
Não	22 (12,57)

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Tabela 2 - Caracterização do perfil clínico dos pacientes.

Variáveis	N (%)
Motivo da Internação	
Acidente de Trânsito	5 (2,86)
Acidente de Trânsito (com moto)	75 (42,86)

Acidente de Trabalho	23 (13,14)
Queda da Própria Altura	48 (27,43)
Outros (arma de fogo e acidentes cotidianos)	24 (13,71)
Fator Etiológico	
Fratura	149 (85,14)
Luxação	12 (6,86)
Entorse	5 (2,86)
Amputação	9 (5,14)

Fonte: dados da pesquisa (2024).

Tabela 3 - Fatores que condicionam o acesso ao tratamento fisioterapêutico no pós alta hospitalar de acordo com o questionário utilizado para avaliação das condições de acesso

Variáveis	N (%)
Foram orientados durante o período de internação a procurar o profissional Fisioterapeuta após receber alta hospitalar?	
Sim	64 (36,57)
Não	111 (63,43)
Tiveram atendimento fisioterapêutico após receber alta hospitalar?	
Sim	38 (21,71)
Não	137 (78,29)
Motivo de não ter tido atendimento fisioterapêutico após receber alta:	
Não foi orientado	134 (95,04)
Região onde residio oferece o serviço por meio público, mas não conseguiu atendimento	7 (4,96)

Fonte: dados da pesquisa (2024).

Tabela 4 - Correlação do perfil sociodemográfico e fatores de acesso, com o atendimento fisioterapêutico logo após a alta hospitalar.

Variáveis	Tiveram N	Não Tiveram N	P. Valor
TOTAL:	38	137	
Sexo			

Masculino	23	95	0,305
Feminino	15	42	
Etnia Autodeclarada			
Amarelo	0		
Branco	2	24	
Negro	17	73	0,027
Pardo	19	40	
Indígena	0		
Escolaridade			
Não Alfabetizado	4	11	
Ensino Fundamental I	14	54	0,223
Ensino Fundamental II (Ensino Médio)	16	68	
Superior	4	4	
Região			
Central	5	9	
Metropolitana	22	84	0,413
Interiorana ou Rural	11	44	

Fonte: dados da pesquisa (2024).

DISCUSSÃO

Dos 175 pacientes avaliados, somente 38 (21,71% da amostra) tiveram acesso ao tratamento fisioterapêutico após receberem alta hospitalar, onde 23 pacientes conseguiram ter acesso ao tratamento por meio público, e 15 tiveram atendimento por meio privado. Apenas 16% da amostra total responderam que teriam condições de custear a quantidade de atendimentos fisioterapêuticos necessário para a sua reabilitação, enquanto 84% responderam que não teriam condições para pagar por tal tratamento, dependendo totalmente do sistema de saúde público para ter acesso aos serviços de Fisioterapia.

Dos 137 pacientes (78.29% da amostra) que não tiveram acesso a Fisioterapia após receber alta, 49% (67 pacientes) responderam que não sabiam pra quê serve a Fisioterapia, e 81% (111 pacientes) não receberam orientações durante o período de internação para procurar o profissional fisioterapeuta no pós alta hospitalar, sendo principal motivo de não procurarem o atendimento de Fisioterapia após receber alta do hospital, tendo apenas encaminhamento para o atendimento de consulta para o retorno pós alta, no qual mediante a avaliação médica, é dado ou não o encaminhamento para o profissional fisioterapeuta.

Segundo o Parecer Técnico Crefito-2 n.º 002, de 07 abril de 2021, a Fisioterapia é uma profissão da área de saúde, de formação acadêmica de nível superior, de primeiro contato e capacitada a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, bem como a inexistência de subordinação deste a outros profissionais, com autonomia profissional para construir o diagnóstico fisioterapêutico, planejar a intervenção fisioterapêutica, prescrever e executar a programação fisioterapêutica, acompanhar a evolução do quadro clínico e determinar a alta fisioterapêutica com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. Como exposto, a fisioterapia é profissão devidamente regulamentada e protegida.

No estudo apresentado por Ferrer *et al.* (2015), sobre o acesso à rede de atenção em Fisioterapia, os problemas encontrados foram relacionados à baixa resolutividade na atenção primária, à ausência de coordenação entre as equipes de fisioterapia, à falta de comunicação com os demais profissionais, e aos critérios de triagem e atendimento em nível secundário de atenção, onde a falta de compreensão sobre a organização da rede de serviços repercutiu em uma longa lista de espera para atendimento fisioterapêutico secundário.

Os estudos de Murakami (2015) e Caires *et al.*, (2019), apontam que a reabilitação fisioterapêutica precoce no pós-operatório, pode ter seu início nas primeiras 48 horas, consistindo em uma fase de proteção máxima, tendo o terapeuta, o devido cuidado com os tecidos envolvidos e como objetivo, prevenir os efeitos adversos da imobilização. O tratamento pode abranger diversas técnicas e metodologias, tais como, eletroterapia, exercícios cinesioterapêuticos, mobilização e manipulação, dentre vários outros recursos.

Dos 175 pacientes avaliados, 87 são moradores de São Luís (correspondendo a 49,71% da amostra), sendo 31,42 % dos pacientes moradores do Interior ou Zona Rural, vindo de 42 municípios diferentes do estado. Identificou-se um alto índice de baixa renda e baixa escolaridade entre os pacientes avaliados, com 90,86% da amostra possuindo renda igual ou inferior a 1 salário mínimo, e 47,43% dos pacientes não alfabetizados, ou tendo formação até o Fundamental I (1ª à 8ª série).

O estudo de Stopa (2017), aponta os fatores associados ao perfil sociodemográfico e o nível de vulnerabilidade social, como precursores que comprometem o acesso aos serviços de saúde, ressaltando a importância de melhorias na estruturação de políticas, visando ao melhor funcionamento do sistema de saúde.

No estudo de Shimizu 2021 acerca da regionalização da saúde no Brasil através perspectiva dos gestores municipais, destaca-se um conjunto de instrumentos e mecanismos de planejamento, gestão e financiamento de ações e serviços de saúde, visando a provisão e organização de um sistema regionalizado, tendo como destaque a identificação de demandas e necessidades de saúde da população, o estabelecimento dos fluxos assistenciais dos serviços para a conformação de redes de atenção organizadas com base em tipologias distintas

Com relação ao perfil clínico dos pacientes avaliados, assim como nos estudos de Ferrer *et al.* (2015), e De Paulo *et al.* (2021), no presente estudo observou-se como principal etiologia do trauma, os acidentes automobilísticos apresentando como prevalência das vítimas, adultos jovens do sexo masculino, sendo os principais motivos de internação: pacientes vítimas de acidente de moto, correspondendo a 42.86% da amostra (75 pacientes), idosos acometidos por queda da própria altura, sendo 27.43% da amostra (48 pacientes), e pacientes vítimas de acidente de trabalho, 13.14% (23 pacientes).

Os pacientes apresentavam diferentes casos clínicos, de fraturas expostas, a quadros de amputação total ou parcial do membro, com múltiplas queixas como: limitação da amplitude de movimento, fraqueza muscular, hipotrofia, encurtamento muscular, comprometimento da marcha, edema, sensação de latejamento, físgada e parestesia, que comprometem a prática das atividades funcionais e de vida diária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a análise dos resultados obtidos neste estudo, conclui-se que os problemas relacionados ao acesso dos pacientes ortopédicos da rede municipal ao tratamento fisioterapêutico após receberem alta hospitalar, estão associados a ausência de coordenação da equipe multiprofissional, em orientar e encaminhar o paciente ao profissional fisioterapeuta logo após receber alta, recebendo encaminhamento apenas no atendimento de retorno médico, criando uma lacuna no processo de reabilitação, que posterga e compromete a recuperação funcional do paciente.

Observa-se ainda, a vulnerabilidade social como elemento diretamente relacionado a problemática do acesso ao tratamento fisioterapêutico no pós alta, onde os fatores como etnia, baixa escolaridade, baixa renda salarial, e limitação da disponibilidade do serviço de Fisioterapia ofertado na região de residência do paciente, se destacam como agravantes desse processo, submetendo-os à mercê do sistema de saúde pública como único meio de acesso ao tratamento fisioterapêutico.

REFERÊNCIAS

- ALVES BRITO, T.; SOUZA DE JESUS, C.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à satisfação dos usuários em serviços de fisioterapia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 83-93, jan./mar. 2012.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.
- ASSIS, S. J. C. de *et al.* Factors associated with waiting for physiotherapy service: analysis from the Access and Quality Improvement Program (PMAQ). **Fisioterapia em Movimento**, v. 36, p. e36135, 15 dez. 2023.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. One of the most used epidemiological designs: cross-sectional study. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229–232, 2007.

BRAGA JÚNIOR, M. B. *et al.* Epidemiologia e grau de satisfação do paciente vítima de trauma músculo-esquelético atendido em hospital de emergência da rede pública brasileira. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 13, n. 3, p. 137-140, 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Resolução nº 565, de 9 de dezembro de 2022**. Dispõe sobre o registro profissional e a substituição da Cédula de Identidade Profissional física pela Cédula de Identidade Profissional Digital e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 14 dez. 2022. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/03/RESOLUCAO-No-565-DE-9-DE-DEZEMBRO-DE-2022-RESOLUCAO-No-565-DE-9-DE-DEZEMBRO-.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 jun. 2024.

CAIRES, S. L.; JONER, C. Reabilitação fisioterapêutica no pós-operatório imediato e tardio de lesões do manguito rotador. **Revista Científica FAEMA**, v. 9, n. 2, p. 778–785, 2019.

CASTRO, R. R. M. de *et al.* Perfil dos pacientes da enfermaria de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 21, n. 4, p. 191–194, ago. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª REGIÃO (CREFITO-3). **Documento norteador da fisioterapia na atenção básica do Estado de São Paulo**. São Paulo: CREFITO-3, [20--?]. Disponível em: <https://www.crefito3.org.br/fisioterapia-na-atencao-basica.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 2ª REGIÃO (CREFITO-2). **Parecer Técnico nº 002, de 07 de abril de 2021**. Rio de Janeiro: CREFITO-2, 2021. Disponível em: https://crefito2.gov.br/home_profissional/transparencia/normativas_crefito2/4363. Acesso em: 5 jun. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução nº 404, de 03 de agosto de 2011**. Disciplina a Especialidade Profissional Fisioterapia Traumato-Ortopédica e dá outras providências. Brasília, DF: COFFITO, 2011.

CORRÊA, Á. C. de P. *et al.* Acesso a serviços de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 451–457, set. 2011.

COSTA, J. L. da *et al.* A fisioterapia no programa de saúde da família: percepções dos usuários. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 1, p. 2–7, 2009.

DA SILVA, L. A. P. *et al.* Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 4, p. 245-251, dez. 2017.

ARRUDA, K. R. P. de; PISSANTI, A. R. **Benefício previdenciário auxílio-doença**: análise do sistema de concessão e prorrogação. 2016. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2016. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/123456789/4147>. Acesso em: 24 fev. 2026.

DE PAULO, M. S. L. *et al.* Trauma: característica sociodemográficas das vítimas e aspectos clínicos-assistenciais de sua ocorrência em hospital de urgência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 10, e8964, out. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8964>. Acesso em: 5 jun. 2024.

DI CREDO, P. F.; FELIX, J. V. C. Perfil dos pacientes atendidos em um hospital de referência ao trauma em Curitiba: implicações para a Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 126–131, jan./mar. 2012.

FERRER, M. L. P. *et al.* Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 223–230, set. 2015.

GOMES, H. M. S.; SOUSA, A. R. C. Análise das despesas públicas com aposentadoria por doença no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 27., 2020. **Anais [...]**. [S. l.]: ABC, 2020.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 43, n. 1, p. 29–44, mar. 2005.

KFURI JUNIOR, M. O trauma ortopédico no Brasil. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 46, n. 2, p. 119-119, 2011.

MAIA, F. E. da S. *et al.* A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 17, n. 3, p. 110–115, set. 2015.

MORAIS, G. S. da N. *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 323–327, jun. 2009.

MURAKAMI, F. M. *et al.* Evolução funcional de pacientes graves submetidos a um protocolo de reabilitação precoce. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 27, n. 2, p. 161-169, 2015.

SANTOS, L. de F. da S. *et al.* Estudo epidemiológico do trauma ortopédico em um serviço público de emergência. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 397-403, 2016.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3385-3396, 2021.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 3s, 2017.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1168–1173, maio 2008.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 100–112, mar. 2015.