

Inquérito domiciliar sobre uso da Fisioterapia por mulheres em Guarapuava-Paraná-Brasil

Household survey into physiotherapy use by women in Guarapuava-Paraná-Brazil

Cíntia Raquel Bim¹
Sandra Marisa Pelloso²
Isolde Terezinha Santos Previdelli²

Abstract *The scope of this study was to evaluate the prevalence of the use of physiotherapy by women and analyze the variables associated with its utilization. A population-based cross-sectional study was carried out with 885 women aged over 18 living in the urban area of Guarapuava, Parana state, Brazil. A confidence level of 95% and an error margin of 3% were used for sample calculations. The sample was randomly selected and the interviews were carried out between October and December 2006. Statistica 7.1 and SAS 9.1 software was used to analyze the data, and the prevalence, chi-square and multivariate analysis were calculated and logistic regression was performed. The prevalence of the use of physiotherapy by women was 27.3%, where 48% used the public service, 45% used health insurance services and only 7% used private services. Variables including age, profession, financial conditions and type of assistance were associated with the use of physiotherapy ($p < 0,0001$). It was concluded that the majority of women used physiotherapy for orthopedic problems. Surveys involving physiotherapy need to be conducted to encourage the use of this form of therapy.*

Key words *Physiotherapy, Women's health, Epidemiology, Cross-sectional study, Household survey*

Resumo *O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência do uso da fisioterapia por mulheres e analisar as variáveis associadas à sua utilização. Foi realizado estudo transversal de base populacional incluindo 885 mulheres com idade mínima de 18 anos residentes na zona urbana de Guarapuava, estado do Paraná, Brasil. Considerou-se nível de confiança de 95% e margem de erro de 3% para cálculo amostral. A amostra foi selecionada aleatoriamente, e as entrevistas foram realizadas entre outubro e dezembro de 2006. Utilizou-se os softwares Statistica 7.1 e SAS 9.1 para análise dos dados, calculou-se prevalência, qui quadrado, análise multivariada (análise de correspondência) e realizou-se regressão logística. A prevalência do uso da fisioterapia por mulheres foi de 27,3%, onde 48% utilizaram o serviço público, 45% assistência privada, e apenas 7% assistência particular. Variáveis como idade, profissão, classificação econômica e tipo de assistência à saúde estiveram associadas à realização de fisioterapia ($p < 0,0001$). Conclui-se que, dentre as mulheres que procuraram o serviço de fisioterapia, a maioria o fez por problemas ortopédicos. Pesquisas envolvendo a fisioterapia precisam ser realizadas para auxiliar no crescimento desta modalidade terapêutica.*

Palavras-chave *Fisioterapia, Saúde da mulher, Epidemiologia, Estudo transversal, Inquérito domiciliar*

¹ Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava-PR. Rua Simeão Camargo Varela de Sá 03, Vila Carli. 85040-080 Guarapuava PR. crbim@unicentro.br

² Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá-PR

Introdução

Uma das estratégias de pesquisa para conhecer a utilização de serviços de saúde é por meio dos inquéritos domiciliares¹. Dentro de um universo de informações que estes tornam disponíveis, especificamente, podem ser obtidos dados e elementos valiosos para se promover a saúde. Além do mais, os inquéritos de saúde podem fornecer informações sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, gerando subsídios técnicos, administrativos e estatísticos para analisar estes serviços, possibilitando a organização, a elaboração de estratégias e o planejamento de políticas administrativas, segundo características demográficas, sociais e de saúde^{2,3}.

A Fisioterapia é uma área da saúde que vem evoluindo desde a sua regulamentação no Brasil, em 1969⁴. No entanto, este desenvolvimento ainda é pouco representado pelos artigos científicos em revistas indexadas, e uma parte desta situação pode ser explicada pela dificuldade para se realizar pesquisa de qualidade nos países em desenvolvimento⁵.

O primeiro estudo de base populacional sobre utilização da fisioterapia no Brasil foi realizado em 2003, no município de Pelotas, Rio Grande do Sul⁶. Foram entrevistados 3.100 adultos de ambos os sexos, com idade acima de 20 anos, e a prevalência encontrada foi de 30,2% de uso da fisioterapia. Os autores concluíram que os indivíduos do município usam menos a fisioterapia que habitantes de cidades em países desenvolvidos.

O objetivo do presente estudo foi verificar a prevalência do uso da fisioterapia por mulheres e explorar as variáveis associadas à sua utilização. A escolha pelo gênero se deve ao fato de a literatura internacional estar registrando um aparente paradoxo, que se traduz no fato das mulheres, embora morrendo menos que os homens, em praticamente todas as faixas etárias, apresentem indicadores de morbidade e de utilização de serviços de saúde mais elevados^{7,8}.

Métodos

Este é um estudo transversal, com base populacional, realizado no período de outubro a dezembro de 2006. Esta pesquisa foi realizada no município de Guarapuava-Paraná, cuja população, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), coletados em 2003, foi estimada em 166.897 no ano de 2005⁹. Do total da população, foram estudadas apenas as

mulheres com 18 anos ou mais, estimadas em 67.597 no ano de 2005, também pelo IBGE.

A utilização da fisioterapia por mulheres para o presente estudo foi estimada em 30%, levando em consideração a pesquisa de Siqueira et al.⁶, realizada no município de Pelotas, no Rio Grande do Sul, onde não houve diferença estatística significativa entre os sexos. Esta referência foi utilizada por ser o único trabalho brasileiro publicado sobre o uso da fisioterapia até o momento da realização desta pesquisa. Esta prevalência foi utilizada para cálculo da amostra através do programa *Statdisk* versão 8.4, onde se considerou um nível de confiança de 95%, margem de erro de 3% e população de 67.597 mulheres, estimando o tamanho da amostra em 885 mulheres.

A seleção das mulheres foi feita através de amostragem aleatória simples. O município de Guarapuava possui 20 bairros na sede, e era conhecido o número de mulheres em cada um, de acordo com dados do IBGE. Para atingir o número amostral, foi feito cálculo de proporção (Tabela 1), e posteriormente as mulheres foram sorteadas por ruas e números das casas, na proporção adequada para cada bairro. Em cada rua, seguia-se pelos dois lados da mesma, onde se visitava uma casa sim e a outra não, não ocorrendo entrevistas entre vizinhas. Nos casos em

Tabela 1. Distribuição da população amostral por bairros

Bairro	Total mulheres	Mulheres amostra
1	4308	57
2	189	03
3	4010	53
4	3434	45
5	4986	59
6	4637	61
7	3494	46
8	1384	18
9	4914	65
10	1136	15
11	2473	33
12	3396	45
13	2318	31
14	1844	24
15	901	12
16	5722	75
17	2434	32
18	3490	46
19	9100	120
20	3427	45
Total	67597	885

que nenhuma mulher era encontrada na casa sorteada, seguia-se para a casa seguinte, continuando a alternância a partir da última casa visitada. Assim, seguia-se até atingir o número amostral de cada bairro, não havendo perdas amostrais. Todas as mulheres presentes na casa eram entrevistadas.

Foi aplicado um questionário estruturado elaborado com questões abertas e fechadas, categóricas e escalares, contendo 66 questões sobre identificação, hábitos de vida, assistência à saúde, saúde reprodutiva e fisioterapia. Para este trabalho foram desconsideradas as questões sobre saúde reprodutiva. A variável classe econômica foi baseada no Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹⁰, composta por sete classes (A1, A2, B1, B2, C, D e E) e fundamentada na posse de bens de consumo. A classe A1 corresponde às famílias que têm renda média de vinte e dois salários mínimos, A2 de treze, B1 de oito, B2 de cinco, C de dois e meio, D de um vírgula dois e E de pouco mais de meio salário mínimo.

A metodologia de análise para os dados foi a de índices de saúde (prevalência, risco relativo), qui-quadrado, análise multivariada mais especificamente análise de correspondência. A variável resposta foi o uso da fisioterapia. Foi utilizada também a regressão logística empregando o método *stepwise* de Hosmer e Lemeshow¹¹, um método de seleção de variáveis para explicar a variável resposta. Desse modo, efetuou-se a regressão logística com todas as variáveis, e as que apresentaram valor de $p < 0,20$, foram selecionadas para o ajuste na regressão. Todos os níveis descritivos foram de 5%. Os dados foram analisados através dos *Softwares Statistica 7.1* e *SAS 9.1*.

A proposta desta pesquisa foi registrada no Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-Pr, sendo submetido à apreciação e obtendo parecer favorável. As entrevistadas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, atendendo à Resolução 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos.

Realizou-se um pré-teste com o questionário em uma amostra piloto de 30 mulheres para adequação do instrumento. Foi realizado treinamento para dez acadêmicas do curso de Fisioterapia da Unicentro, e estas, além da pesquisadora, participaram do processo de coleta de dados.

Resultados

Pode-se observar que a média de idade das 885 mulheres entrevistadas foi de 41 anos, com mínimo de 18 e máximo de 86, com desvio-padrão de 14,93. Dessas, 67% eram casadas, 15% solteiras, 9% viúvas, 7% divorciadas e 2% informaram outra condição de estado civil. Quanto à escolaridade (completa ou incompleta), mais da metade (55%) das entrevistadas possuíam apenas o ensino fundamental, 31% ensino médio, 11% ensino superior e apenas 3% pós-graduação.

Quase a metade (47%) das mulheres declarou ser do lar, seguidas de 13% de pessoas que trabalham com serviços gerais, 8% domésticas, 7% autônomas sem graduação, 7% aposentadas. As outras profissões podem ser vistas na Tabela 2. Em relação à renda mensal das entrevistadas (e não da família), 47% não possuem renda, 37% recebem de um a três salários mínimos nacionais (R\$ 350,00 no período de coleta de dados), 7% de quatro a seis, 2% de sete a nove, 1% mais que dez e 6% das entrevistadas recebem menos de um salário mínimo.

A responsabilidade do sustento da família era exclusiva de 21% das entrevistadas, enquanto 56% eram sustentadas pelo marido, 7% dividiam as despesas com o marido, 7% eram mantidas pelo pai, 3% mantidas pela mãe e 6% por alguma outra pessoa. Aproximadamente 80% das mulheres informaram seguir a religião católica, e 2% não seguiam nenhuma religião. As residências visitadas tinham em média quatro moradores, mas foram encontradas desde mulheres que moravam sozinhas até algumas que viviam junto com mais onze pessoas na mesma casa.

O Critério de Classificação Econômica Brasil, que considera o grau de instrução do chefe da família e o poder de compras das pessoas teve a seguinte característica na amostra estudada: menos de 3% pertenciam a classe A1 e A2, 6% à classe B1, 14% à classe B2, 40% à classe C, 32% à classe D e 5% à classe E. As classes A1 e A2 foram agrupadas devido à baixa prevalência. Isso significa que 77% das mulheres têm renda média menor que três salários mínimos, e 37% vivem com pouco mais de um salário.

Quando questionadas sobre seu estado de saúde, 14% das mulheres consideraram a sua saúde ótima, 40% boa, 27% moderada, 13% regular e 6% acham que sua saúde é ruim. A maioria das mulheres (60%) usa o Sistema Único de Saúde (SUS) quando precisam de assistência, 34% usam algum tipo plano privado, e apenas 6% das entrevistadas usam a assistência particular.

As variáveis e a associação (teste qui-quadrado) que elas possuem em relação à amostra estão descritas na Tabela 2, bem como suas prevalências como intervalo de confiança. As variáveis que mais tiveram associação com o uso da fisioterapia foram idade, profissão, renda, nível sócio-econômico e tipo de assistência, com $p < 0,0001$.

Entre as mulheres entrevistadas, 27,3% já fizeram fisioterapia alguma vez na vida, enquanto 72,7% nunca precisaram dos serviços de um fisioterapeuta. Algumas entrevistadas não conheciam o termo fisioterapia, porém, esta informação é subjetiva, uma vez que a mesma não era esperada, não constando no questionário aplicado. Considerando as mulheres (242) que já fizeram fisioterapia, 4% não se lembravam quando tinham feito, 59% fizeram há mais de um ano, 11% há menos de um ano, 15% há menos de seis meses, 4% há menos de um mês e 7% estavam fazendo no momento da entrevista.

Entre os motivos pelos quais as mulheres fizeram ou estavam fazendo fisioterapia, 88% citaram o motivo ortopédico, 4% neurológico, 4% reumático e 4% outro motivo. Os motivos específicos da realização da fisioterapia foram coluna (41%), ossos e articulações (18%), membro superior (11%), membro inferior (11%), músculos e tendões (11%), acidente vascular encefálico (4%) e outros (4%). O número de sessões de fisioterapia realizadas variou de 2 a 1000 sessões, com moda de 10 sessões (74 vezes). Em 70% dos casos, o tratamento durou no máximo dois meses. Apenas 10% dos casos o tratamento levou mais de um ano. O tempo de tratamento fisioterapêutico realizado pode ser observado na Figura 1.

As mulheres que buscaram fisioterapia usaram os seguintes tipos de assistência: SUS (48%), plano privado (45%) e particular (7%). Das mulheres que fizeram fisioterapia, 59% foram em uma clínica particular, 25% nos centros integrados da prefeitura, 15% na clínica de fisioterapia municipal, enquanto que as que fizeram na clínica-escola da Unicentro não atingiram 1%. As mulheres que fizeram fisioterapia classificaram o atendimento como ótimo (44%), bom (48%), moderado (4%), regular (3%) e ruim (1%).

Para identificar possíveis fatores que estão associados com a utilização da fisioterapia, foi ajustado um modelo de Regressão Logística. Como ajuste obteve-se os resultados da Tabela 3, onde as variáveis idade, profissão, classificação econômica e tipo de assistência estiveram mais associadas ao uso da fisioterapia. Assim, mulheres com mais de 45 anos, com alguma pro-

fissão (não sendo do lar), pertencentes às classes econômicas A ou B e com plano privado ou assistência particular à saúde, tiveram mais chances de fazer fisioterapia na amostra estudada.

Discussão

A média de idade das mulheres que fizeram fisioterapia foi de 41 anos, com desvio-padrão de 14,93. O estudo de Siqueira et al.⁶ apresentou média semelhante, de 43,2 anos (20-92), e também teve associação com a utilização da fisioterapia. Supõe-se que, com o passar dos anos, a saúde da mulher exija maiores cuidados, justificando a associação do uso da fisioterapia com a idade. Pesquisa realizada sobre fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais entre homens e mulheres com idade acima de 15 anos também obteve média de idade de 40,3 anos¹². Através da aplicação do modelo de regressão logística, se observou que em relação à idade existe uma taxa de acréscimo de 0,033 por ano de idade para o risco de a mulher fazer uso da fisioterapia, ou seja, quanto mais idade tiver a mulher, maior será a chance de ela usar os serviços da fisioterapia. O estado civil não influenciou no uso da fisioterapia.

No presente estudo, quanto menor a escolaridade, menor a renda. O tipo de profissão também estava relacionado à renda, ou seja, dos 53% das mulheres que declararam ter alguma renda, a maioria exercia profissões pouco remuneradas. A renda é um fator capacitante que, quando presente na explicação do padrão de utilização de serviços de saúde da população, indica que a utilização varia segundo os recursos financeiros das pessoas¹³. Esses dados concordam com os achados de Siqueira et al.⁶ (2005), onde encontraram maior uso da fisioterapia entre pessoas de classe econômica mais elevada (A=33%, B=16%, C=8%, D=35% e E=0%).

O nível sócio-econômico das entrevistadas pode ser considerado de médio a baixo, e esta variável influenciou no uso da fisioterapia. Mulheres pertencentes às classes A e B tiveram 2,08 vezes mais chances de usar a fisioterapia do que às pertencentes às classes C, D e E. Sustento da família, religião e número de moradores por domicílio não estiveram associados ao uso da fisioterapia.

O estado de saúde, através de auto-avaliação, foi considerado ótimo por 14% das mulheres, seguido de 40% bom, 27% moderado, 13% regular e 6% que consideraram sua saúde como ruim.

Tabela 2. Variáveis associadas ao uso da fisioterapia por mulheres.

Variável	n	Prevalência (IC de 95%)	p
Idade			<0,0001
De 18 a 28 anos	33	16,0% (11,0; 21,0)	
De 29 a 38 anos	36	18,8% (13,3; 24,4)	
De 39 a 48 anos	66	30,3% (24,2; 36,4)	
De 49 a 58 anos	60	40,3% (32,4; 48,1)	
De 59 a 68 anos	31	40,8% (29,7; 51,8)	
De 69 a 78 anos	13	37,1% (21,1; 53,2)	
De 79 a 86 anos	3	30,0% (1,6; 58,4)	
Estado Civil			0,044
Solteira	33	25,0% (23,5; 26,5)	
Casada	153	25,9% (24,4; 27,4)	
Divorciada	23	37,7% (36,1; 39,3)	
Viúva	29	37,7% (36,0; 39,3)	
Outra	4	16,7% (15,4; 17,9)	
Escolaridade			0,0041
Fundamental completo	32	22,4% (21,0; 23,8)	
Fundamental incompleto	94	27,2% (25,7; 28,7)	
Médio completo	43	25,9% (24,4; 27,4)	
Médio incompleto	25	22,9% (21,5; 24,3)	
Superior completo	17	43,6% (41,9; 45,3)	
Superior incompleto	15	27,3% (25,8; 28,8)	
Pós-graduação completa	15	57,7% (56,0; 59,4)	
Pós-graduação incompleta	1	50,0% (48,3; 51,7)	
Tipo de assistência			<0,0001
SUS	117	22,0% (20,6; 23,3)	
Plano privado	108	36,1% (30,7; 41,6)	
Particular	17	32,1% (30,5; 33,6)	
Profissão			<0,0001
Estudante	7	17,9% (16,7; 19,2)	
Do lar	86	20,6% (19,3; 22,0)	
Autônomo com graduação	17	50,0% (48,3; 51,7)	
Autônomo sem graduação	22	37,3% (35,7; 38,9)	
Professora (ensino fundamental/médio)	12	34,3% (32,7; 35,9)	
Vendedora	5	27,8% (26,3; 29,3)	
Serviços gerais	31	27,9% (26,4; 29,4)	
Doméstica	16	23,9% (22,4; 25,3)	
Aposentado	31	50,0% (48,3; 51,7)	
Desempregada	3	16,7% (15,4; 17,9)	
Outro	12	48,0% (46,3; 49,7)	
Renda			0,0001
Sem renda	84	20,2% (18,9; 21,6)	
Menos que 1 salário mínimo	14	25,5% (24,0; 26,9)	
De 1 a 3 salários mínimo	109	32,8% (31,3; 34,4)	
De 4 a 6 salários mínimo	25	42,4% (40,7; 44,0)	
De 7 a 9 salários mínimo	8	44,4% (42,8; 46,1)	
Mais que 10 salários mínimo	2	33,3% (31,7; 34,9)	
Critério Brasil			<0,0001
A1	1	33,3% (31,7; 34,9)	
A2	10	55,6% (53,9; 57,2)	
B1	20	37,7% (36,1; 39,4)	
B2	52	40,9% (39,3; 42,6)	
C	84	23,8% (22,4; 25,2)	
D	66	23,1% (21,7; 24,5)	
E	9		

Na pesquisa mundial de saúde realizada no Brasil em 2003, dos 4997 entrevistados que autoavaliaram a saúde, 9% a consideraram como “ruim” ou “muito ruim”, 53% como “boa” ou muito “boa”, e 38% como “moderada”. Os resultados apontaram também que a percepção de saúde foi pior entre as mulheres quando comparadas aos homens: o percentual de autoavaliação “boa” ou muito “boa” foi de 47%, para o sexo feminino, e de 60%, para o sexo masculino¹⁴.

A maioria das mulheres (60%) usa o Sistema Único de Saúde (SUS) quando precisam de assistência. A pesquisa mundial de saúde¹⁴ indicou que aproximadamente 24% dos brasileiros têm plano de saúde privado. Na presente pesquisa a prevalência foi maior (34%), porém em ambos os estudos o acesso a plano privado de saúde teve relação com o nível sócio-econômico. Constatou-se que mulheres com plano privado ou assistência particular tiveram 1,43 vezes mais chance de fazer fisioterapia do que as que dependiam do SUS.

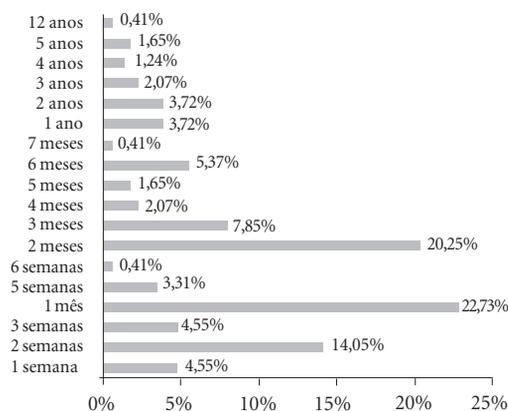


Figura 1. Tempo de tratamento fisioterapêutico

O uso da fisioterapia encontrado nesta pesquisa foi de 27,3%, semelhante ao encontrado no único inquérito domiciliar realizado anteriormente a este no país, que foi de 30,2%⁶. No referido estudo, os autores compararam o uso da fisioterapia com apenas dois estudos sobre a mesma temática realizados no mundo, um em Curaçao, na América Central, em 1997¹⁵ e outro na Holanda, em 2001¹⁶. Foi considerado o uso da fisioterapia no último ano, onde no primeiro trabalho, a prevalência do uso da fisioterapia foi de 8,8%, e no segundo de 23,7%. Em Pelotas a prevalência de uso no último ano foi de 4,9%, enquanto que em Guarapuava foi de 37%. Pode-se considerar que o crescimento do uso da fisioterapia nos últimos anos seja resultado do aumento do número de profissionais de fisioterapia no mercado, advindo das inúmeras faculdades privadas que se instalaram em anos recentes no país, inclusive no estado do Paraná.

Apesar dos estudos existentes na literatura apresentarem metodologias diferentes, o uso da fisioterapia no Brasil é menor quando comparado a países desenvolvidos⁶. A Fisioterapia é uma profissão relativamente nova na área da saúde⁴, o que pode justificar sua pouca utilização. Outro dado que pode explicar esta informação é o fato de algumas pessoas, como as encontradas nesta pesquisa, desconhecem as atividades realizadas pela fisioterapia. Entrevistas realizadas em Guaratuba e Paranaguá, estado do Paraná, no verão de 2007, entre 88 entrevistados 22,7% declararam não saber o que era fisioterapia¹⁷.

O principal motivo pelo qual mulheres procuraram um serviço de fisioterapia foi o ortopédico. Na pesquisa em Guarapuava, dentro dos motivos ortopédicos, problemas relacionados à coluna corresponderam a 40,3% do total, enquanto que em Pelotas correspondeu a 41%⁶. A lombalgia em mulheres é uma queixa frequente no período gestacional¹⁸, e poderia ser uma suposta causa para a prevalência de problemas de coluna encontrados nesta população feminina.

Tabela 3. Estimativas entre variáveis associadas ao uso da fisioterapia obtidas no ajuste do modelo de regressão logística, com seus respectivos risco relativo, intervalos de confiança (95%), erro-padrão e p-valor.

Variáveis	Risco relativo	Intervalos de confiança	Erro padrão	p
Intercepto	0,0000	(-22,3592: -21,6768)	0,1741	<0,0001
Idade	3,3666	(0,8923: 1,5355)	0,1641	<0,0001
Profissão	1,7600	(0,2403: 0,8903)	0,1658	0,0007
Critério Brasil	2,0867	(0,3340: 1,1372)	0,2049	0,0003
Plano	1,4385	(0,0081: 0,7191)	0,1814	0,0451

Outra possível causa para esse problema, nesta amostra, pode ser a profissão, pois mulheres com algum emprego tiveram 1,76 mais chances de fazer fisioterapia quando comparadas àquelas que eram do lar. Este fato pode ser explicado por 48% realizarem serviços gerais e 29% serem domésticas, ou seja, por desempenharem funções que utilizam o corpo humano como instrumento de trabalho, gerando sobrecarga e disfunções, passariam a necessitar de cuidados.

Apesar do acidente vascular encefálico (AVE), conhecido popularmente como derrame, ser considerado um importante problema de saúde pública que se situa entre as quatro principais causas de morte em muitos países¹⁹, neste estudo apenas 1% informou realizar fisioterapia por alterações neurológicas. Este dado pode ser explicado pela média de idade (41 anos), pois segundo o Ministério da Saúde, a incidência do AVE é proporcional à idade, ou seja, quanto maior esta, mais crescem as chances de uma pessoa desenvolver a doença, e isto aumenta significativamente a partir dos 60 anos²⁰. Uma especialidade onde a fisioterapia é bastante atuante e não foi citada por nenhuma entrevistada é a área respiratória. No ano de 2006 o município de Guarapuava teve um coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório de 14,24²¹, o que justificaria uma maior atuação da fisioterapia nesta área.

Aproximadamente 70% dos casos relatados pelas entrevistadas que precisaram de tratamento fisioterapêutico duraram até dois meses. Considerando que o motivo mais frequente de tratamento esteve relacionado a problemas de coluna (41%), mais o tempo de tratamento e o número de sessões, acredita-se que as condições patológicas apresentadas pelas entrevistadas eram de fácil recuperação.

Quando comparamos o uso da fisioterapia com o tipo de assistência, observamos que 48% utilizaram o SUS, 45% a assistência privada e apenas 7% a assistência particular. No inquérito de Pelotas, em 2005, 66% usaram o SUS, 25% os planos de saúde ou convênios e 9% tiveram atendimentos particulares⁶. Através das análises de correspondência observou-se que mulheres que pertenciam à classe econômica B2 e tinham plano de saúde foram as que mais fizeram fisioterapia, enquanto as que pertenciam às classes C, D

ou E, e utilizavam o sistema público de saúde, foram as que menos fizeram.

Oito por cento dos tratamentos fisioterapêuticos recebidos não foram considerados satisfatórios, apesar da qualidade do atendimento ser uma avaliação subjetiva, não tendo o objetivo nesta pesquisa de utilizar métodos de avaliação específicos para esta variável. No entanto, esta informação é preocupante, pois sendo a fisioterapia uma área que precisa ser mais difundida entre as modalidades terapêuticas, a insatisfação com o serviço pode interferir na popularização da mesma.

Pode-se considerar que inquéritos populacionais sobre o uso da fisioterapia são escassos. Comparando a prevalência de utilização da fisioterapia encontrada nesta pesquisa com o único inquérito domiciliar realizado até o momento no país, apesar de metodologias diferentes, a prevalência foi semelhante, de 27,3% e 30,2%, respectivamente. Os dados dos inquéritos permitem inferir que a fisioterapia precisa ser mais difundida entre a população brasileira, para que a mesma possa ter nesta modalidade terapêutica uma opção para seus problemas de saúde, e também no âmbito clínico, uma vez que os pacientes só têm acesso a este serviço através de encaminhamento médico. A realização de outros inquéritos se faz necessária, particularmente nos países pan-americanos, para comparação do uso da fisioterapia entre esses, pois os estudos realizados no Brasil só puderam ser comparados com dados de países desenvolvidos.

A prevalência do uso da fisioterapia pode estar aumentando no país, considerando este inquérito com o realizado anteriormente, mas estratégias de ação e planejamento de políticas públicas precisam ser enfatizados para que toda a população que necessite tenha acesso a este serviço. As variáveis idade, escolaridade, profissão, renda, nível sócio-econômico, sustento da família e tipo de assistência à saúde tiveram associação com o uso da fisioterapia. Foram encontrados relatos de desconhecimento desta modalidade terapêutica. Sugere-se que outras pesquisas sobre prevalência do uso da fisioterapia sejam realizadas. Além disso, investigações sobre resultados clínicos obtidos com tratamentos fisioterapêuticos e existência de demandas clínicas para a fisioterapia poderão auxiliar no seu crescimento.

Colaboradores

CR Bim participou de todas as etapas da elaboração do artigo, deste o planejamento, passando para a coleta de dados, até a redação final, SM Peloso e ITS Previdelli orientaram todas estas etapas.

Agradecimentos

À Daniela Salvetti Nogueira Ramos, Gabriela Corso Casali, Giovana Cirino Silva, Janáina Fernandes Pelutre, Lígia Kawano, Mirelli Garcia Morello, Sirene Horodenski Mendes, Taíse Cristina Weber Maximowski, Thássia Barbizan e Thayná Schmidt, acadêmicas de fisioterapia da UNICENTRO que auxiliaram na coleta dos dados; Ricardo Hideki Nonaka, pelo apoio nas análises estatísticas.

Referências

1. Malta RF, Mishima SM, Almeida MCP, Pereira MJB. A utilização do inquérito domiciliar como instrumento de acompanhamento de ações de saúde em microáreas – analisando a situação vacinal de menores de um ano. *Rev Latino-am Enferm* 2002; 10(1):28-33.
2. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1999. *Cad Saude Publica* 2002; 12 (Supl. 2):59-70.
3. Viacava, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):607-621.
4. Brasil. Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. *Diário Oficial da União* 1969; 16 out.
5. Nasralla Neto E; Ribeiro LA; Jorge MT; Jorge PT. Lilacs como fonte de informação original, em língua portuguesa, na determinação da conduta em fisioterapia. *Biosci J* 2005; 21(2):71-76.
6. Siqueira VH, Facchini LA, Hallal PC. Epidemiologia da utilização de fisioterapia em adultos e idosos. *Rev Saude Publica* 2005; 39(4):662-668.
7. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Rev Saude Publica* 1992; 26(3):195-202.
8. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):35-46.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [site] [acessado 2006 abr 15]. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP) [homepage da Internet]. *Critério de classificação econômica Brasil (CCEB)*. 2003. [acessado 2006 abr 15]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf
11. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. 2ª ed. New York: Wiley-Interscience Publication; 2000.
12. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Fatores associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional. *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):372-378.
13. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil:1998 e 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):975-986.
14. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2005; 5(Supl. 1):S11-S22.
15. Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, van den Heuvel WJ. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. *Soc Sci Med* 1997; 45(2):213-220.
16. Reijneveld SA, Stronks K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *Int J Epidemiol* 2001; 30(6):1407-1414.
17. Quadros VF. Projeto verão no litoral. *Revista Crefito* 8 2007; 50.
18. Martins RF, Pinto e Silva JL. Prevalência de dores nas costas na gestação. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(3):144-147.
19. Maki T, Quagliato EMAB, Cacho EWA, Paz LPS, Nascimento NH, Inoue MMEA, Viana MA. Estudo de confiabilidade da aplicação da escala de Fuglmeier no Brasil. *Rev Bras Fisioter* 2006; 10(2):177-183.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informações sobre Mortalidade. Datasus Tabnet. Indicadores e Dados Básicos Brasil 2006. [acessado 2007 jul 05]. Disponível em: <http://www.datasus.com.br>
21. Paraná. Secretaria de Estado de Saúde. Coeficientes de mortalidade por causas externas em 2006. [acessado 2007 jun 10]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>

Artigo apresentado em 29/03/2008

Aprovado em 26/08/2008

Versão final apresentada em 05/09/2008