



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS NO
CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE
SANTILLO (CRER)**

Aluno: Marcelo Nishi

GOIÂNIA, 2008



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS USUÁRIOS ASSISTIDOS NO
CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE
SANTILLO (CRER)**

MARCELO NISHI

Orientador: Prof. Dr. David Barqueti Jendiroba

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde

GOIÂNIA, 2008

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, sem Ele a vitória seria apenas “mais uma” em nossas vidas.

A minha família que sempre me incentivou a prosseguir com meus estudos, em especial a minha irmã, Profa. Luciana Nishi, por me socorrer durante a tabulação dos dados.

A minha parceira e companheira, Dra. Ludmila Campos Faleiro, que sempre esteve ao meu lado durante este período de superação.

Ao Prof. Dr. David Jendiroba, pela paciência durante a orientação e por favorecer o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os professores desta estimada Instituição que de um modo ou de outro participaram desta longa caminhada.

À Universidade Católica de Goiás e à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa por possibilitar a execução e conclusão deste trabalho.

Aos estagiários(as) que auxiliaram na coleta dos dados para a pesquisa.

Aos meus amigos do CRER que me apoiaram durante a pesquisa, em especial ao Prof. Leonardo Petrus, que durante esta fase final da pesquisa me auxiliou com palavras de incentivo e orientação.

Ao Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER por confiar e permitir que a pesquisa fosse feita dentro de suas instalações.

E a todos que de certa forma colaboraram para o desenvolvimento e conclusão desta dissertação.

RESUMO

Atualmente a comunidade científica redirecionou as discussões sobre os dados em saúde com a finalidade de monitorar todo o sistema de uma maneira mais fidedigna e eficaz. Este estudo possui como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos usuários assistidos pelo Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER. Foi realizado um estudo transversal durante o seu primeiro semestre de atividade. A população efetivamente estudada foi composta de 1240 indivíduos. Após a análise dos dados, pôde-se concluir: que houve um predomínio do sexo masculino (53%); a faixa etária predominante foi de 0 – 12 anos (34%); a maior parte dos usuários assistidos foi do município de Goiânia (98%); a clínica mais procurada foi a de Paralisia Cerebral (27%); os atendimentos foram realizados predominantemente pelo SUS (76%) e a maioria dos usuários procuraram a instituição após 24 meses de comprometimento (25%). Esse estudo, em face da complexidade da questão, buscou estimular uma pesquisa mais regionalizada e pontual, levando em consideração a interdisciplinaridade para favorecer uma melhor compreensão das inter-relações existentes entre a saúde, população e meio ambiente.

Palavras-chaves: Epidemiologia, Saúde Coletiva, Perfil, Centro, Reabilitação.

ABSTRACT

Today the scientific community redirected the discussions on the data in health in order to monitor the entire system in a way more reliable and efficient. This study is to describe the epidemiological profile of users assisted by Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER. A study was conducted cross during its first six months of activity. The population studied was actually composed of 1240 individuals. After the analysis of data, could be concluded: that there was a predominance of males (53%), the predominant age group was 0 - 12 years (34%), most users watched was the municipality of Goiânia (98%), the clinic was the most sought-Cerebral Paralysis (27%), the attendances were performed predominantly by SUS (76%) and most users sought the institution after 24 months of commitment (25%). That study, given the complexity of the matter, sought a search estimate more regionalised and punctual, taking into account the interdisciplinary to encourage a better understanding of the inter-relationship between the health, population and environment.

Key-words: Epidemiology, Public health, Profile, Center.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	10
1 - INTRODUÇÃO.....	1
2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	6
2.1- Saúde Coletiva.....	6
2.2 - Epidemiologia no contexto da Saúde Coletiva.....	10
3 - OBJETIVOS.....	16
3.1 – Objetivo Geral.....	16
3.2 – Objetivos Específicos.....	16
4 - MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
4.1 - Local da Pesquisa:.....	17
4.2 - Variáveis.....	18
4.3 - População do Estudo:.....	18
4.4 Instrumento:.....	19
4.5 - Coleta dos Dados:.....	19
4.6 - Banco de Dados:.....	20
4.7 - Considerações Estatísticas:.....	20
4.8 - Procedimentos éticos e legais:.....	20
5- RESULTADOS	22
6 – DISCUSSÃO.....	32
7. CONCLUSÃO	39
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
9 - ANEXOS.....	44
IDENTIFICAÇÃO:.....	44
() Outros:.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição da população da amostra por sexo.....	21
Figura 2 – Prevalência da faixa etária da população assistida.....	22
Figura 3 – Distribuição da população da amostra por município de origem.....	23
Figura 4 – Distribuição da população da amostra por federação.....	23
Figura 5 – Distribuição da população da amostra por especialidade dentro da instituição.....	24
Figura 6 – Distribuição da população da amostra por cobertura de saúde.....	25
Figura 7 – Distribuição do período entre o comprometimento e o ingresso do usuário na instituição.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos usuários em relação ao sexo e as áreas de atuação do CRER.....26

Tabela 2 – Distribuição dos usuários em relação à faixa etária e as áreas de atuação do CRER27

Tabela 3 – Distribuição dos usuários em relação ao tempo de demora ao procurar o CRER e por idade.....27

Tabela 4 – Distribuição dos usuários em relação ao tempo de demora ao procurar o CRER por clínica.....28

Tabela 5 – Distribuição dos usuários em relação ao município de origem e as áreas de atuação do CRER28

Tabela 6 – Distribuição dos usuários em relação ao meio de condução e as áreas de atuação do CRER envolvendo os usuários da Grande Goiânia.....29

Tabela 7 – Distribuição dos usuários em relação ao meio de condução e as áreas de atuação do CRER envolvendo os usuários de fora da grande Goiânia..... 29

1 - INTRODUÇÃO

Conforme Viacava (2002), com a passagem para o século XXI vários países têm organizado discussões sobre o papel das estatísticas em saúde e das necessidades de reformulação de suas bases, visando responder questões fundamentais sobre suas possibilidades em subsidiar o monitoramento das condições da saúde e o desempenho de todo o sistema.

No Brasil, as fontes de registro contínuo podem ser observadas através dos trabalhos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), ou pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/FNS). Estas fontes apesar de se constituírem nas fontes oficiais mais fidedignas de dados, também apresentam sérias delimitações, podendo-se mencionar como exemplo típico à sub-notificação de informações, o que demonstra a necessidade de se realizar pesquisas loco-regionais junto às fontes geradoras de dados.

Em se tratando de uma assistência eficaz e integral para a população, nota-se um verdadeiro interesse dos profissionais da saúde em aprofundar seus conhecimentos sobre o perfil epidemiológico para as práticas em saúde e tal fato pode ser considerado um verdadeiro marco na história da Saúde Coletiva.

Conhecer através de dados concretos e fidedignos a realidade que nos rodeia, facilita e favorece uma verdadeira assistência. Conforme Radaelli (1990), conhecer a demanda de um serviço de saúde, tornou-se fator primordial para a avaliação deste mesmo serviço, como também para a orientação dos que trabalham com a gerência, programação e planejamento em saúde. A experiência

brasileira neste campo do saber é bastante recente, somente a partir da década de 70 é que os estudos tomaram força, tanto que as referências bibliográficas que retratam as unidades da federação e/ou da União são bastante escassas e, em se tratando dos trabalhos internacionais são pouco aplicáveis para nossa realidade (Radaelli, 1990).

O município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, localizado no Planalto Central, com área territorial de 739 Km², pode ser considerado um importante centro populacional. Segundo o IBGE, após análise dos dados do censo de 2000, Goiânia teria aproximadamente 1.220.412 habitantes ao final do ano de 2006.

Goiânia é uma capital de importante atuação agroindustrial, educacional e médico-assistencial. Devido a esta sua posição de destaque, a demanda pelos serviços de saúde demonstram várias particularidades, pois além de assistir à população do município, ela também tende a absorver a demanda da própria região e de outros membros da Federação.

O censo realizado em 2005 indica que Goiânia apresenta 604 estabelecimentos de saúde (107 públicos e 497 privados); neste mesmo banco de dados foram observados ainda: 481 estabelecimentos de saúde com fins lucrativos e 16 estabelecimentos sem fins lucrativos. E no que se refere aos dados sobre atendimento ambulatorial direcionado à reabilitação secundária ou terciária nada foi encontrado.

Deve-se observar que os conhecimentos em saúde retratados provêm, na maioria das vezes, de fontes primárias (advindos de inquéritos domiciliares, nos locais de trabalho, nas escolas, dentre outras) ou de fontes secundárias (presentes e disponíveis em prontuários de hospitais, ambulatórios, clínicas e

consultórios) e que tais conhecimentos possuem como finalidade: avaliar a qualidade dos registros dos prontuários, verificar a adesão do serviço às normas preconizadas, avaliar o próprio serviço e verificar a população assistida. (Carvalho *et al*, 1994)

Conforme Laurenti (1990), em se tratando dos padrões de morbimortalidade na população, estes podem sofrer constantes modificações; essas alternâncias dão origem ao conceito de uma transição epidemiológica mutável, que se caracteriza por situações em que doenças predominantemente agudas e de alta letalidade se transformam em doenças crônicas ou de longa duração, favorecendo a prevalência de uma população que necessita de uma assistência mais efetiva e direcionada à prevenção terciária.

Portanto, nos estudos contemporâneos, alguns indicadores, analisados isoladamente, não retratam de maneira fidedigna a real situação de saúde de uma população. Faz-se necessária uma maior utilização dos dados sobre as particularidades desta morbimortalidade, sob uma perspectiva epidemiológica, tendo em vista a crescente possibilidade de adoecer sem vir a óbito.

“Dentre as fontes de informações sobre a morbidade de uma população estão os registros médicos hospitalares. Ainda que existam críticas ao uso das estatísticas hospitalares por seu caráter seletivo e parcial, são informações fundamentais que quando analisadas, agregadas às informações de outros serviços que compõem o sistema de assistência à saúde, refletem as condições de vida e saúde da população além de permitirem a avaliação da assistência que se proporciona, a estrutura dos serviços de saúde e a política médico-assistencial.”

(Mathias, 1996)

Dentro da questão retratada, a abordagem por utilização dos serviços de saúde, pode se dar devido a fatores intrínsecos que em seu conjunto traçam de

uma forma simplificada o perfil da morbidade de uma população, podendo-se mencionar a razão da procura, o diagnóstico e o procedimento terapêutico.

O trabalho em questão tem o intuito de promover o levantamento dos dados dos usuários submetidos ao atendimento de um Centro de Reabilitação, em especial o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER. Analisando e discutindo pontos específicos do perfil da população assistida por este centro de referência em reabilitação e readaptação, visando com isso levantar discussões a respeito de suas particularidades.

Os estudos em saúde coletiva possuem sua base fundamentada no estudo epidemiológico de uma população em destaque.

Quando se assiste de forma consciente a saúde de uma sociedade, deve-se sempre questionar se todos os esforços presentes fazem parte de um contexto mais amplo e mais complexo de Saúde Coletiva e de assistência integral.

A identificação epidemiológica dos pacientes de uma população é de importância ímpar para os gestores de saúde e para a saúde pública local-regional, pois conhecendo melhor a população assistida, podem-se viabilizar medidas com melhor abrangência de assistência e de cobertura.

Pode-se ainda ter em mãos, dados fidedignos sobre o percentual referente a pacientes intra e extra-municipais, averiguando assim as possíveis carências na assistência a saúde de certas regiões do município e do Estado. Além de propiciar um direcionamento para os programas específicos de prevenção e tratamento (pois os dados obtidos poderão servir de base para novos estudos institucionais e/ou governamentais), viabilizando assim a assistência igualitária e integral da população em questão.

Logo, mais que prestadores de serviços, os profissionais da área de saúde devem ser facilitadores e multiplicadores no processo de produção de mudanças, atuando de forma integrada, prestando atenção integral às pessoas, articulando conscientemente os inúmeros recursos tecnológicos e programáticos disponíveis para a assistência, e não esquecendo jamais de assistir o próximo integralmente.

2 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1- Saúde Coletiva

O termo Saúde Coletiva foi empregado como um verdadeiro marco na história da Saúde Pública, e essa nova bandeira foi defendida por alguns pesquisadores de notório conhecimento técnico-científico que observaram a necessidade de diferenciar o início de um neo-ideologismo presente na década de 70-80. (L´Abbate, 2003)

A Saúde Coletiva, aproveitando-se da história e tradição da Saúde Pública, deve ser analisada como um campo científico contemporâneo e em aberto; uma ideologia que favorece a construção de um novo modelo de intervenção na saúde da população mundial.

Carvalho (1996) cita que a Saúde Coletiva surgiu da crítica ao positivismo e conceituou, a mesma, como à Saúde Pública tradicional, constituída à imagem e semelhança da tecno-ciência e do modelo biomédico.

Nunes (1996) descreveu que o termo Saúde Coletiva começou a ser utilizado na década de 70, mais precisamente em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundos da Saúde Pública e da medicina preventiva e social procuraram fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social ao invés do individual.

“Abrange atualmente um conjunto complexo de saberes e práticas relacionadas ao campo da saúde, envolvendo desde organizações que prestam assistência à saúde da população até instituições de ensino e pesquisa e organizações da sociedade civil. Compreende práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas.”

(Carvalho, 2002)

Tambellini & Câmara (1998) conceituou a Saúde Coletiva como um campo de práticas, teorias e de intervenção concreta que na realidade tem como objetivo os processos de saúde e de doença nas coletividades, admitindo assim duas funções primordiais: a) produção de conhecimento e de tecnologias sobre a saúde e a doença humana e seus determinantes em termos coletivos, tendo como base à natureza complexa que integra as dimensões do ecológico, do biológico, do social e do psíquico, articulando as experiências e as vivências coletivas do acontecimento “doença”; b) intervenção concreta na coletividade, no indivíduo ou em qualquer elemento do contexto que compõe o complexo de determinantes e condicionantes dos processos de saúde/doença, favorecendo a produção científica sobre o particular.

Campos (2000), afirma que a Saúde Coletiva se constitui em um discurso capaz de criticar e redefinir conhecimentos e processos concretos de produção de saúde, e portanto ela forneceria explicações auto-suficientes sobre a tríade: saúde, doença e intervenção.

Carvalho (1996 *apud* Campos, 2000), retrata que a Saúde Coletiva, ao incorporar o social ao pensamento sanitário, tendeu a fazê-lo preconizando a escola estruturalista: a subjetividade aqui admitida é aquela que brota da necessidade coletiva e que se organiza em sujeitos coletivos.

Donnangelo (1983) já havia demarcado que a Saúde Coletiva influenciava e apoiava práticas de distintas categorias e atores sociais, quer em temas ligados à organização da assistência, quer na compreensão dos próprios meandros da produção de saúde.

Terris (1992, *apud* Paim, 1998) retrata a Saúde Coletiva como: “a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, de prolongar a vida e promover a saúde física e mental, mediante os esforços organizados da comunidade, visando a prevenção de doenças não infecciosas e infecciosas, promoção de saúde, melhoria da atenção médica e da reabilitação.”

Segundo Paim *et al* (1998), a Saúde Coletiva foi fundamentada pelos seguintes pressupostos: a saúde, enquanto estado vital, setor de produção e campo do saber, está articulada à estrutura da sociedade através das suas instâncias econômica e político-ideológica, possuindo, portanto, uma historicidade.

Assim, as ações de saúde como a promoção, proteção, recuperação e reabilitação constituem práticas sociais e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais.

Conforme Paim (1982), o objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações. Desta forma o conhecimento muitas vezes não se dá pelo contato com a realidade, mas pela compreensão das suas leis e pelo comprometimento com as forças capazes de transformá-la.

Logo, a Saúde Coletiva pode ser considerada como um novo campo de conhecimento, com fundamentação interdisciplinar que contempla o

desenvolvimento de atividades de investigação na saúde da população, porém mais do que apresentar definições, a Saúde Coletiva contemporânea necessita de profissionais que tenham uma real compreensão do desafio que se faz no presente e que se reflete no futuro, que é articular alternativas metodológicas para serem utilizadas visando direcionar as intervenções necessárias para uma assistência integral e eficaz.

2.2 - Epidemiologia no contexto da Saúde Coletiva

“Em vista de sua expansão, a Epidemiologia moderna é uma disciplina complexa, que se vale dos conhecimentos gerados em muitas outras áreas, mas onde podem ser identificados três eixos básicos: as ciências biológicas, as ciências sociais e a estatística.”

(Pereira, 2001)

A Epidemiologia, no contexto da Saúde Coletiva, possui o seu campo de atuação pré-definido pela interseção de dois grandes grupos de eventos ocorrentes, ou seja, trata de acontecimentos que ocorrem em grupos humanos e estes acontecimentos são referentes à saúde ou à doença.

Segundo Barata (2005), os saberes sobre a saúde e a doença, na dimensão coletiva já existem como práticas discursivas individualizadas desde o século XVII. Somente no início do século XIX a Epidemiologia se constituiu em uma disciplina científica, fortemente influenciada pelos desenvolvimentos científicos, seja no campo das ciências naturais, seja no campo das ciências sociais.

O pensamento epidemiológico pode ser adicionado à racionalidade administrativa; tal situação reorienta a organização dos serviços buscando a satisfação das necessidades de uma população. Assim concebida, a prática epidemiológica pode fornecer elementos para a definição de políticas de saúde.

Conforme Barata (1999), não há dúvida de que todos os desenvolvimentos conceituais e metodológicos hoje disponíveis contribuem para um campo intelectualmente mais desafiador.

A Epidemiologia é considerada como o alicerce da Saúde Pública. Ela possui como objetivo primordial dispor o homem de conhecimentos e tecnologias que possam prover a saúde individual através de medidas de alcance coletivo. Na realidade, ela tem um papel muito importante: é o verdadeiro elo entre as necessidades da comunidade e o poder público.

Conforme Last (1995), a Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e a aplicação destes estudos ao controle de problemas de saúde. Os estudos incluem vigilância, observações, testes de hipóteses, pesquisas analíticas e experimentais; a distribuição refere-se à análise por tempo, lugar e classe de indivíduos comprometidos e as populações específicas são aquelas que possuem características definidas.

Pode-se retratar então que a epidemiologia lida então com as variáveis populacionais vinculadas ao campo dos assuntos sanitários; a quantificação dessas variáveis deve ter por objetivo elaborar conhecimentos específicos, que venham a servir a vários propósitos, como prover dados necessários ao planejamento e avaliação dos serviços de saúde (Rouquayrol,1999).

Assim conforme Filho (2002) a Epidemiologia possui como campo de atuação pré-definido pela interseção de dois grandes grupos de eventos ocorrentes no mundo circunstante, ou seja: trata de acontecimentos referentes à saúde ou à doença que ocorrem em grupos humanos.

[...] ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam

de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

(Rouquayrol & Fiho, 1999)

Conforme Barros (2002) é chegado o momento em que os profissionais da saúde se ocupem realmente com a saúde individual e/ou coletiva da população, pois mais que recuperar e curar pessoas, é necessário que criemos condições para que a tão esperada saúde se desenvolva. Relembrando que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não é apenas a ausência de doenças mas também o mais perfeito bem-estar físico, mental e social.

Não se pode esquecer de que o paradigma da vertente curativa ainda se encontra enraizada em nosso cotidiano e muitos profissionais da saúde vêem a atuação na Saúde Coletiva como uma questão puramente utópica e inatingível.

Nas últimas décadas, o setor de saúde no Brasil se encontra em profunda transformação, fato este que pode ser observado e comprovado com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nela, os artigos 5º e 196º retratam de forma breve alguns pontos importantes a serem destacados:

“Art. 5. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade....”

(Constituição Federal de 1988)

Nesta passagem é importante destacar que, nos termos da lei, o princípio da isonomia no qual “todos são iguais perante a lei” não indica que todos os

cidadãos terão um tratamento absolutamente igual, mas, na realidade, terão tratamentos diferenciados na medida das suas diferenças, ou seja, tratar os iguais com igualdade e os desiguais com desigualdade na medida em que eles se desigualam.

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

(Constituição Federal de 1988)

Quando se relata que todos os cidadãos têm direitos a acesso universal, se abrange os dois tipos de perspectivas que são os aspectos geográficos e os sócio-organizacionais. Em se tratando da característica igualitária, todos possuem o direito ao atendimento de suas necessidades, ou seja, as pessoas são diferentes e vivem em condições desiguais e portanto as suas necessidades são diversas. Caso o atendimento seja o mesmo para todos, estaríamos oferecendo serviços desnecessários para alguns e deixando de abranger às necessidades de outros.

Segundo Pinheiro (2001), para desvendar certas vertentes relacionadas à qualidade da assistência de saúde deve-se observar a presença de um equilíbrio entre as reais necessidades de cuidados de saúde de uma população e a oferta de serviços. Este fato se faz necessário, pois desníveis entre estes dois pontos podem propiciar o uso desnecessário de recursos e/ou gerar uma demanda reprimida.

Mesmo sendo a necessidade o fator mais relevante para o uso dos serviços, pode-se lançar mão de outros aspectos a serem mencionados como: características da oferta de vagas, formas de organização dos serviços, modalidade de pagamento aceito, grau de especialização dos profissionais envolvidos, métodos de diagnósticos disponíveis, localização geográfica, dentre outras.

A maioria dos estudos relacionados a este tema possui a sua estrutura fundamentada em grandes centros urbanos, e estes mesmos estudos indicam particularidades no uso da assistência à saúde, caracterizando o mercado hospitalar.

“[...] utilizar unidades geográficas de análise construídas de forma a refletir a influência de determinado serviço hospitalar, ao qual denominaram de mercado hospitalar. Mercados hospitalares são pequenas áreas definidas com base no agrupamento de unidades de área menores (códigos de endereçamento postal, quadras ou municípios), visando à criação de regiões em que a maioria da população residente utiliza certo estabelecimento de saúde.”

(Wennberg & Gittelsohn, 1973)

Conforme Carvalho (1994), existe um interesse crescente no conhecimento do perfil epidemiológico para a adequação das práticas de saúde. Portanto, conhecer a demanda nos serviços de saúde tornou-se tarefa necessária tanto para a avaliação de serviços como para a orientação dos que trabalham com gerência, programação e planejamento em saúde.

Conhecer a fundo a utilização dos serviços de saúde representa a matriz do funcionamento de qualquer sistema de gestão. Segundo Travassos (2004), o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do

comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz.

O epidemiologista então, ao gerar dados, não tem outra opção senão ser um agente com influência social. A única questão é que tipo de influência ele exercerá.

3 - OBJETIVOS

3.1 – Objetivo Geral

Delinear o perfil epidemiológico dos pacientes assistidos pelo Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) durante o seu primeiro semestre de atividade.

3.2 – Objetivos Específicos

- a- Estabelecer a prevalência do sexo e da idade da população assistida durante o primeiro semestre de implantação do CRER;
- b- Identificar as principais doenças atendidas na Instituição;
- c- Identificar os principais tipos de cobertura em saúde no CRER;
- d- Identificar a origem demográfica da população assistida pelo CRER.

4 - MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 - Local da Pesquisa:

O estudo foi realizado no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, situado na cidade de Goiânia-GO à Av. Vereador José Monteiro, 1655 - Setor Negrão de Lima / Região Leste da capital. O CRER é uma Instituição idealizada pelo governo do Estado de Goiás.

A Instituição, desde sua fundação (2002), se norteou com o princípio de ser uma ferramenta de transição para os indivíduos portadores de necessidades especiais, através de uma prestação de serviços de reabilitação, reeducação, readaptação e reintegração. Os pacientes adentram a Instituição e são direcionados às clínicas específicas assistidas pela Instituição: clínica de paralisia cerebral (PC), clínica de lesão medular (LM), clínica de lesão encefálica adquirida (LEA), clínica de amputados e clínica de outros. Essa particularidade da Instituição visou favorecer uma maior qualidade no atendimento.

A formulação efetiva do CRER contou com um apoio internacional do IRM (*L'Institut de Réadaptation de Montreal* – Canadá) e de vários outros centros congêneres no Brasil, como a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD - em São Paulo - SP) e a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR - no Rio de Janeiro - RJ).

Atualmente, possui uma área construída de 8.823,02 m², sendo previsto ainda para os próximos anos uma expansão, visto que a área total do terreno é de 35.351,44 m².

Os serviços contemplados por esta unidade de saúde são: atendimento multiprofissional, setor de terapias, setor de internação, centro de diagnóstico e oficina de ortopedia.

4.2 - Variáveis

Variável dependente: pacientes assistidos pelo CRER durante o seu primeiro semestre de funcionamento;

Variáveis independentes: demográficas (idade, sexo); referentes aos serviços de saúde (ter ou não acesso a seguro privado de saúde); localidade (município e estado de origem); estado civil; tempo de lesão; especialidade; dentre outras (Anexo).

4.3 - População do Estudo:

Participou da pesquisa uma amostra dos pacientes admitidos na Instituição do dia 18 de Setembro de 2002 até o dia 18 de Março de 2003. Durante a coleta de dados todos os pacientes cadastrados neste período poderiam participar do estudo. Portanto, não foi necessário elaborar nenhum critério de exclusão, de modo que os prontuários analisados foram escolhidos aleatoriamente e ao acaso junto ao SPI (Setor de Prontuários) da Instituição.

Os dados de 1240 prontuários foram coletados, estando este número acima daquele obtido pelo cálculo amostral de 60%, constituindo-se portanto em um valor representativo do universo de usuários assistidos pelo CRER.

4.4 Instrumento:

Este trabalho é uma pesquisa exploratória-analítica, retrospectiva, com caráter descritivo e quali-quantitativo. Baseado na leitura sistemática das informações colhidas nos prontuários, por meio do preenchimento de uma ficha específica (Ficha de Identificação do Perfil do Usuário do CRER – FIPUC). A ficha (FIPUC – ver em anexo) é composta por 18 itens sendo que, nesta pesquisa, foram analisados itens que refletiram a realidade e a relevância para esta dissertação.

4.5 - Coleta dos Dados:

A coleta dos dados foi realizada dentro da Instituição pelo pesquisador responsável e por estagiários do curso de Fisioterapia. Para a coleta dos dados, a Instituição cedeu 02 estagiários, que receberam treinamento durante uma semana visando com isso apresentar a FIPUC e padronizar o preenchimento das mesmas. A coleta teve duração de 12 meses e os dados foram obtidos através dos prontuários e após esta fase, foram feitas as análises dos dados colhidos e as considerações finais.

Em um primeiro momento o pesquisador responsável elaborou um questionário piloto visando minimizar falhas presentes nesta ficha de avaliação, para isso foi feito o levantamento prévio de 50 prontuários utilizando este questionário.

4.6 - Banco de Dados:

Todos os dados coletados foram armazenados em um banco de dados desenvolvidos para facilitar os cálculos estatísticos. O programa utilizado foi o Microsoft Excel 2000. Tal programa foi escolhido por ser compatível com a maioria dos pacotes estatísticos disponíveis, sendo que o pacote estatístico utilizado foi SPSS (*Statistic PAckage Sciencie Socials*) Versão 15.0.

4.7 - Considerações Estatísticas:

Para avaliação dos dados, os mesmos foram submetidos à análise estatística descritiva, apresentando valores em cada variável e seus respectivos percentuais. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15.0 sendo que os resultados significativos foram devidamente expressos através de tabelas.

4.8 - Procedimentos éticos e legais:

Todos os usuários assistidos pelo CRER assinaram previamente um termo de consentimento livre e esclarecido que autoriza a Instituição utilizar seus dados para pesquisas científicas. A pesquisa foi devidamente autorizada pelo Centro de Pesquisa e Estudos da Instituição (CENE) e foi submetida ao Comitê de Ética em

Pesquisa da Universidade Católica de Goiás para apreciação e deferimento, aceite número 0382 de 23 de Agosto de 2006 (em anexo).

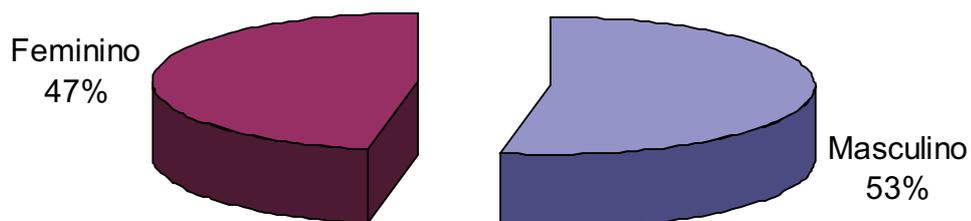
5- RESULTADOS

Foram analisados 1240 prontuários de usuários assistidos pelo CRER. Tal dado representou aproximadamente 62,9% das pessoas que procuraram o serviço, no período de setembro de 2002 a março de 2003. Em relação aos dados obtidos pode-se observar:

5.1 - Prevalência do sexo na população assistida:

Do total de prontuários analisados tivemos uma perda de 2%, dos 98% restantes: 53% eram do sexo masculino e 47% do sexo feminino. A representação gráfica destes resultados encontra-se na Figura 1.

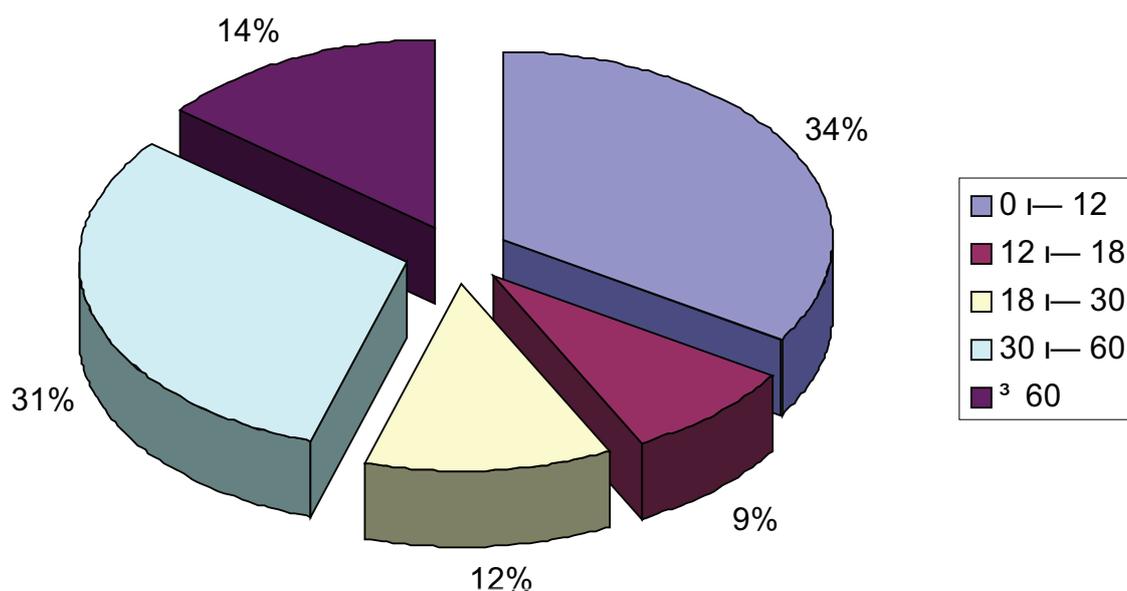
Figura 1 - Distribuição da população da amostra por sexo



5.2 - Prevalência da faixa etária da população assistida:

Do total de prontuários analisados tivemos uma perda de 1% dos prontuários, dos 99% restantes: 34% se encontravam na faixa etária de 0 – 12 anos; 31% entre 30 – 60 anos; 14% acima de 60 anos; 12% entre 18 – 30 anos e 9% entre 12 – 18 anos. A representação gráfica destes resultados encontra-se na Figura 2.

Fig. 02 - Prevalência da faixa etária da população assistida



5.3 - Origem demográfica da população atendida no CRER:

Do total de prontuários analisados tivemos uma perda de 1%, dos 99% restantes: 61% dos usuários são residentes do município de Goiânia e 39%

residem fora do município; 2% são usuários de fora do Estado e 98% são do próprio estado de Goiás. A representação gráfica destes resultados encontra-se na Figura 3 e Figura 4.

Figura 3 - Distribuição da população da amostra por município de origem

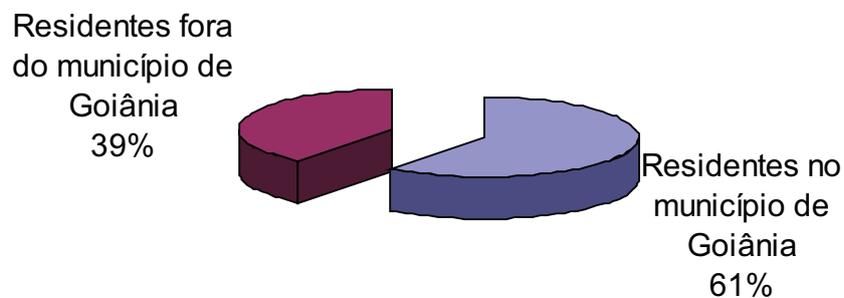
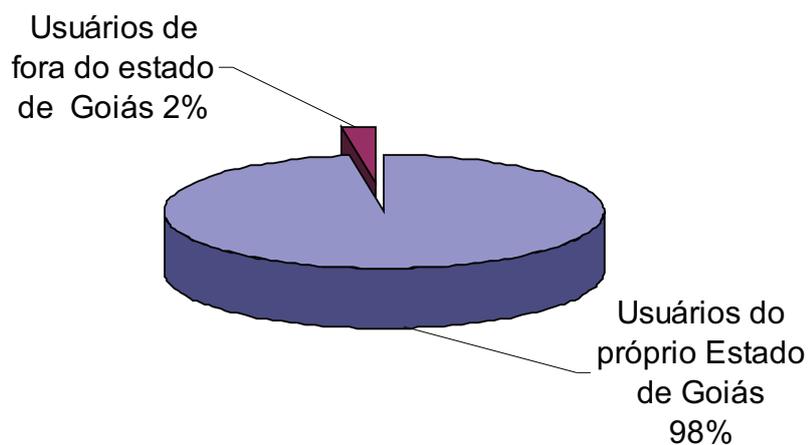


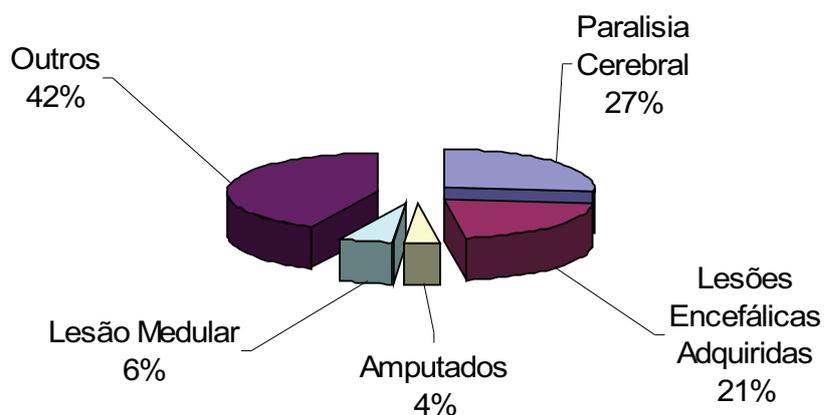
Figura 4 - Distribuição da população da amostra por Federação



5.4 – Distribuição das principais especialidade atendidos na Instituição por clínicas:

Do total de prontuários analisados tivemos uma perda de 11%, dos 89% restantes, verificou-se que procura dos usuários de deu para: 42% clínica de outros; 27% clínica de paralisia cerebral; 21% clínica de lesões encefálicas adquiridas; 6% clínica de lesão medular e 4% clínica de amputados. A representação gráfica destes resultados encontra-se na Figura 5.

Figura 5 - Distribuição da população da amostra por Especialidades dentro da Instituição

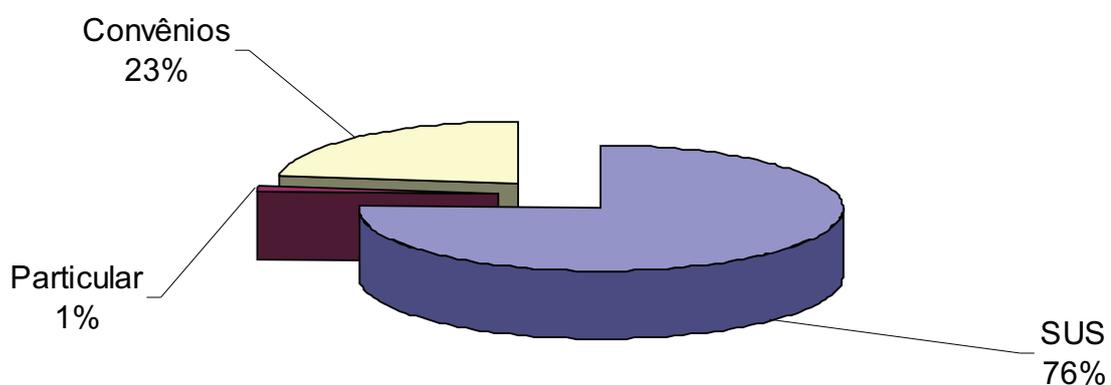


5.5 – Principais convênios assistidos pelo CRER:

Do total de prontuários analisados tivemos uma perda de 16%, dos 84% restantes: 76% foram realizados pelo Sistema Único de Saúde / SUS; 23% pelos

convênios e 1% através de consultas particulares. A representação gráfica destes resultados encontra-se na Figura 6.

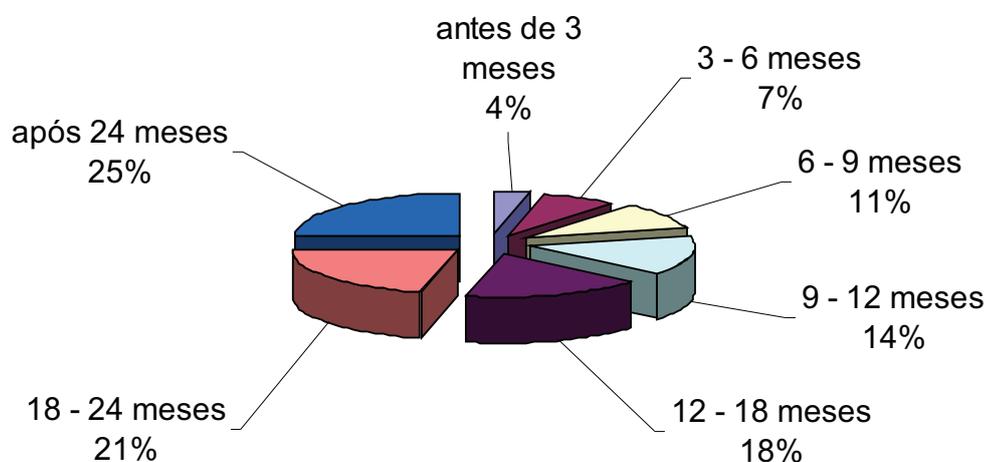
Figura 6 - Distribuição da população da amostra por cobertura em saúde



5.6 – Período entre o comprometimento e o ingresso do usuário na Instituição:

Do total de prontuários analisados tivemos uma perda de 41%, dos 59% restantes: 25% ingressaram na instituição após 02 anos de comprometimento; 21% ingressaram entre 18 – 24 meses; 18% entre 12 – 18 meses; 14% entre 9 – 12 meses; 11% entre 6 – 9 meses; 7% entre 3 – 6 meses e 4% antes de 3 meses de comprometimento. A representação gráfica destes resultados encontra-se na Figura 7.

Figura 7 - Distribuição do período entre o comprometimento e o ingresso do usuário na Instituição



5.7 – Correlações com os dados obtidos:

A Tabela 1 retrata a distribuição dos usuários em relação ao sexo e as áreas e atuação no CRER.

Tabela 1 – Distribuição dos usuários em relação ao sexo e as áreas de atuação do CRER

Clínica	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
LEA	136	23,2	121	24,3
PC	164	28,0	151	30,3
Amputado	31	5,3	15	3,0
Lesão Medular	55	9,4	13	2,6
Outros	199	34,0	198	39,8
Total	585	100,0	498	100,0

Teste Qui-quadrado (p: 0,001)

A Tabela 2 retrata a distribuição dos usuários em relação à faixa etária e as áreas e atuação no CRER.

Tabela 2 – Distribuição dos usuários em relação à faixa etária e as áreas de atuação do CRER

Idade	LEA		PC		AMPUTADOS		LM		OUTROS	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
0 12 —1	4	3	113	102	1	2			61	58
12 18 —1	2	4	26	16	0	2	2	1	18	17
18 30 —1	21	6	9	15	3	1	21	1	28	19
30 60 —1	61	64	10	6	21	4	25	10	51	63
≥ 60	37	34			5	5	2	1	31	30
Total	125	111	158	139	30	14	50	13	189	187
P	0,074		0,236		0,033		0,144		0,542	

Teste Qui-quadrado

A Tabela 3 retrata a distribuição dos usuários em relação ao tempo de demora a procurar o CRER em relação à idade

Tabela 3 – Distribuição dos usuários em relação ao tempo de demora ao procurar o CRER e a idade.

Tempo a Procurar (Mês)	Idade (Anos)									
	0 12 —1		12 18 —1		18 30 —1		30 60 —1		≥ 60	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
0 3 —1	10	4,2	5	8,9	10	11,6	25	10,9	16	16,2
3 6 —1	7	2,9	3	5,4	7	8,1	21	9,1	9	9,1
6 9 —1	5	2,1	-	0,0	6	7,0	9	3,9	6	6,1
9 12 —1	6	2,5	1	1,8	3	3,5	6	2,6	2	2,0
12 18 —1	16	6,7	1	1,8	3	3,5	10	4,3	4	4,0
18 24 —1	5	2,1	-	0,0	-	0,0	5	2,2	-	0,0
≥ 24	190	79,5	46	82,1	57	66,3	154	67,0	62	62,6
Total	239	100,0	56	100,0	86	100,0	230	100,0	99	100,0

p < 0,001 (Teste: Kruskal Wallis)

A Tabela 4 retrata a distribuição dos usuários em relação ao tempo de demora ao procurar o CRER por clínica.

Tabela 4 – Distribuição dos usuários em relação ao tempo de demora ao procurar o CRER por clínica.

Tempo a Procurar (Mês)	Clínica sem a clínica de outros							
	LEA		PC		AMPUTADOS		LM	
	n	%	N	%	n	%	N	%
0 3 —	39	17,7	3	1,2	2	5,7	10	15,9
3 6 —	19	8,6	6	2,5	9	25,7	2	3,2
6 9 —	9	4,1	6	2,5	1	2,9	6	9,5
9 12 —	7	3,2	3	1,2	1	2,9	3	4,8
12 18 —	6	2,7	11	4,5	5	14,3	1	1,6
18 24 —	5	2,3	5	2,1	-	0,0	3	4,8
≥ 24	135	61,4	208	86,0	17	48,6	38	60,3
Total	220	100,0	242	100,0	35	100,0	63	100,0

p < 0,001 (Teste: Kruskal Wallis)

A Tabela 5 retrata a distribuição dos usuários em relação ao município de origem e as áreas de atuação do CRER.

Tabela 5 – Distribuição dos usuários em relação ao município de origem e as áreas de atuação do CRER

Clínicas do CRER	Goiânia		Não Goiânia	
	n	%	N	%
LEA	191	28,4	65	15,4
PC	195	29,0	123	29,1
Amputados	22	3,3	27	6,4
Lesão Medular	43	6,4	26	6,2
Outros	222	33,0	181	42,9
Total	673	100,0	422	100,0

Teste Qui-quadrado (p:0,001)

A Tabela 6 e 7 retratam a distribuição dos usuários em relação ao meio de condução e as áreas de atuação do CRER.

Tabela 6 – Distribuição dos usuários em relação ao meio de condução e as áreas de atuação do CRER envolvendo os usuários da Grande Goiânia

Clínica	Meio de Condução									
	Próprio		Terceiro		Coletivo		Ambulância		Outros	
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
LEA	62	33,5	34	52,3	74	19,8	4	30,8	7	31,8
PC	47	25,4	12	18,5	127	34,0	2	15,4	4	18,2
Amputado	7	3,8	3	4,6	14	3,8	0	0,0	0	0,0
Medular	20	10,8	1	1,5	16	4,3	5	38,5	2	9,1
Outro	49	26,5	15	23,1	142	38,1	2	15,4	9	40,9
Total	185	100,0	65	100,0	373	100,0	13	100,0	22	100,0

Teste Qui-quadrado (p: 0,001)

Tabela 7 – Distribuição dos usuários em relação ao meio de condução e as áreas de atuação do CRER envolvendo os usuários de fora da grande Goiânia.

Clínica	Meio de Condução									
	Próprio		Terceiro		Coletivo		Ambulância		Outros	
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
LEA	2	11,8	2	13,3	11	10,8	4	7,4	0	0,0
PC	8	47,1	1	6,7	28	27,5	15	27,8	1	12,5
Amputado	0	0,0	2	13,3	7	6,9	6	11,1	2	25,0
Medular	1	5,9	2	13,3	4	3,9	5	9,3	0	0,0
Outro	6	35,3	8	53,3	52	51,0	24	44,4	5	62,5
Total	17	100,0	15	100,0	102	100,0	54	100,0	8	100,0

Teste Qui-quadrado (p: 0,40)

6 – DISCUSSÃO

Ao analisar o sexo da população assistida pode-se verificar um predomínio do sexo masculino 53% ($p:0,008$). Tal dado não condiz com a maioria das pesquisas analisadas, visto que os estudos sobre as diferenças entre sexos na saúde apontam que, devido às mulheres apresentarem uma sobrevida maior do que os homens, as mesmas apresentam um índice de morbidade mais elevado e conseqüentemente utilizam mais os serviços de saúde. (Macintyre *et al*, 1996; Laurenti, 1998; Bird & Rieker, 1999; Garbinato *et al*, 2007).

Entretanto Sabo (2000) e Korin (2001) demonstraram que muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de sobrevida. Nesse modelo de masculinidade os homens geralmente assumem comportamentos pouco saudáveis como hábito de tabagismo, alcoolismo e promiscuidade, comportamentos estes que incorrem no surgimento de doenças e que se relacionam com um modelo de homem idealizado pela sociedade contemporânea.

Tal situação é reafirmada por Gomes (2007), que verificou que os homens padecem mais de condições graves e crônicas de saúde do que as mulheres. Segundo Courtenay (2000), tal fato se dá devido à própria socialização dos homens, aonde o cuidado não é visto como uma prática masculina, pois ser homem está associado à invulnerabilidade, força e virilidade.

Analisando o predomínio do sexo masculino nas clínicas (Tabela 1), pode-se verificar uma maior freqüência na clínica de amputados e na clínica de lesão medular. Tal situação é confirmada pela literatura (Stokes, 2000; Umphred, 2004; Bocolini, 2000; Carvalho, 2003), que afirma estarem tais doenças diretamente ligadas aos hábitos de vida e às atividades ocupacionais no sexo masculino.

A faixa etária predominante dos usuários neste estudo foi de 0 – 12 anos (34%). Tal dado se aproxima da pesquisa de Radaelli (1990) onde foi constatada a procura por atendimento de 37% na faixa de idade entre 0 – 10 anos. O predomínio desse intervalo pode ser justificado através do grande número de usuários pertencentes à clínica de paralisia cerebral (Tabela 2).

Ao correlacionar a faixa etária com a demora em procurar assistência à saúde (Tabela 3), observa-se uma relação direta e relevante, na qual se verifica que quanto maior a faixa etária menor o tempo gasto em se procurar auxílio. Tal situação, conforme verificado por Travassos (2004) se justifica devido ao fato de que os indivíduos mais idosos possuem uma maior percepção de seu estado de saúde e conseqüentemente mais propensão a buscar assistência prévia.

Saber distinguir sobre as necessidades da população em estudo é um ótimo determinante para uma real análise desse perfil e de suas particularidades. Entretanto, conforme Black *et al* (1999), apesar do estado de saúde ser um elemento primordial para a busca dos serviços, existe uma grande correlação entre o estado de saúde e a sua percepção, que é influenciada, por sua vez, pela oferta ou não de serviços.

Como já era de se esperar, a maior parte dos atendimentos foram realizados e financiados pelo SUS (76%), porém os números de atendimentos através de convênios também devem ser observados. A mudança das políticas de saúde e pela universalização da assistência ocorridas com a Constituição Federal de 1988 favoreceram o acesso universal da população brasileira aos serviços de saúde, porém não se pode deixar de retratar a expansão dos planos de saúde pelo Brasil. Segundo Viacava (2002), essa peculiaridade deve ser notada, pois,

segundo dados do IBGE (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2000), apesar da cobertura universal ser através do SUS, 25% da população é assistida por algum plano de saúde, sendo que desses, 60% são financiados integralmente ou parcialmente pelo empregador.

Em conformidade com Bahia *et al* (2006), observou-se uma cobertura dos planos de saúde na região Centro-Oeste de 24,7%. Já o estudo de Mathias *et al* (1996) relata 73,8% de atendimentos pelo SUS, 14,9% por pacientes que possuíam algum tipo de seguro de saúde e 11,3% de pacientes particulares. Essas percentagens relativamente elevadas referentes aos planos de saúde, se devem às mudanças nas políticas de saúde evidenciadas na década de 80. Tais políticas defenderam a universalização da assistência médica, movimento que favoreceu a queda da qualidade dos atendimentos nos serviços públicos. Conseqüentemente, houve a migração de alguns segmentos sociais para os planos de saúde privado, situação reafirmada por Mendes (1993).

A demora em se procurar assistência à saúde (Tabela 4), indicada indiretamente através do tempo de morbidade, demonstra que a maioria dos usuários que procuraram assistência eram portadores de doenças tidas como crônicas, isto é, com mais de 24 meses de comprometimento (25%). Essa informação pode então denotar tanto a absorção de doentes outrora refutados por outros serviços de saúde, como uma insatisfação dessa população junto aos serviços de saúde já existentes ou até mesmo devido a não resolução dos seus problemas. Não se pode deixar de mencionar que muitos desses usuários mesmo tendo seu quadro funcional estabilizado, procuram sempre novas perspectivas de atendimento e recuperação.

Este estudo demonstrou que a maior parte da procura foi por usuários procedentes do município de Goiânia (61%) e pode-se observar ainda uma migração de pacientes de outros Estados (2%). Essa pequena percentagem de usuários de fora do território goiano deve-se à falta de conhecimento referente ao início das atividades deste centro de reabilitação pelos outros Estados, seja pela falta de divulgação de informação entre a população, entre os profissionais da área de saúde e quiçá pelos gestores.

Conforme Guimarães (2005), esses dados supracitados devem ser utilizados para verificar as prioridades assistenciais nas microrregiões pré-definidas pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR). O PDR, instituído pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, preconiza a oferta de um conjunto de ações de média complexidade a fim de suprir as necessidades do próprio município em questão e agregar assistência aos municípios vizinhos (Silva, 2004).

Souza (2001) menciona que os diversos Estados brasileiros se encontram em momentos muito diferentes no que se refere ao processo de descentralização e regionalização dos serviços de saúde. Enquanto alguns Estados persistem nos modelos de baixa descentralização das ações e serviços para os municípios, em outros a municipalização já se concretizou efetivamente, extrapolando até a articulação entre os municípios em se organizarem nas redes regionalizadas de saúde.

Garbinato (2007) observa que o estudo do padrão de utilização dos serviços de saúde pela população é indispensável para o planejamento e desenvolvimento de ações que busquem reduzir as desigualdades no adoecer e

no acesso desta população aos serviços de saúde. Assim, podem-se compreender os diferentes desfechos nas políticas de saúde de nossa região. Este fato pode ser demonstrado na Tabela 5 aonde se demonstra um número considerável de usuários de fora do município.

A concepção de espaço na política nacional de saúde se encontra inserida no planejamento urbano e é assim parte integrante da divisão social. Segundo Guimarães (2005), na qualidade de *lócus* do trabalho médico articulado às redes cada vez mais complexas de produção e consumo, a saúde é um campo no qual as relações sociais são baseadas em políticas de classe.

O diferencial da morbidade segundo a procedência verificada também na Tabela 5 pode estar refletindo a capacidade ou incapacidade de organização e/ou resolução nas unidades de saúde, além de demonstrar subjetivamente a possível necessidade de ampliar a oferta de serviços especializados por região, fato este ainda não observado em nosso Estado.

A análise dos padrões referentes à origem e ao destino dessa clientela visa identificar e medir as nuances que emergem da conexão entre essa unidade de saúde e as outras unidades da região. Estas trajetórias geralmente surgem de regiões que compartilham serviços ou regiões de abrangência. Tal situação demonstra claramente uma grande carência no que se refere à presença deste tipo de instituição em nosso Estado e possivelmente em nosso país.

Considerar as regiões segundo a sua utilização e acesso favorece a comparação e conseqüentemente a formulação de estratégias de assistência conforme a complexidade dos procedimentos assistenciais.

Assim, as demandas pelos serviços de saúde resultam de uma grande conjunção de fatores sociais, culturais e individuais. O conhecimento deste perfil é primordial para que as respostas a essas particularidades reflitam em decisões realmente efetivas, seja em relação aos custos, ou à geração dos recursos.

Segundo Sawyer (2002), estudos indicam que o acesso é um elemento inquestionável para a utilização dos serviços de saúde. Neste sentido, a dinâmica de utilização de tais serviços tem sido avaliada a partir de sua disponibilidade, organização e mecanismos de financiamento, que atuam como elementos de sua oferta.

Quando verificamos o acesso desta clientela (Tabela 6), podemos observar que a maioria dos usuários da grande Goiânia utiliza do transporte coletivo para dirigirem-se à Instituição. Em contrapartida, a maior parte dos usuários advindos de fora da grande Goiânia (Tabela 7) utiliza tanto o transporte coletivo quanto as ambulâncias. Tal situação demonstra que a acessibilidade da maioria dos usuários é dependente da ação direta do poder público, seja ela municipal ou estadual.

Neste estudo, a perda de dados dos prontuários foi considerável. Medidas como preenchimento padronizado e correto, cuidado com o material impresso, além de irem de encontro com as finalidades administrativas e de pesquisa, irão resguardar a instituição, os profissionais e os próprios pacientes.

Diante das informações aqui relatadas, algumas considerações em relação à pesquisa e aos dados analisados devem ser destacadas. A utilização do prontuário como fonte de pesquisa pode auxiliar vários estudos, pois muitos dos dados encontrados nos prontuários não existem nos bancos de dados disponíveis

nos sistemas de informação mantidos pelo governo. Além disso, a manutenção da qualidade e a organização das informações contidas nos prontuários é importante para que estudos desta natureza possam ser efetivados com maior frequência e confiabilidade.

É coerente mencionar que as alternativas metodológicas para este estudo fazem parte das preocupações dos profissionais da saúde e dos gestores do setor público e privado, pois tais dados garantem a qualidade, além de favorecerem formas e subsídios de monitoramento em saúde. Porém, infelizmente, tais estudos ainda participam de forma incipiente nos processos de decisão político administrativa

As dificuldades discutidas permitem estimar a relevância da aplicação da Epidemiologia na Saúde Coletiva. Identificar e particularizar o público alvo de estrangulamento é um fator primordial. Ao final deste trabalho, pode-se constatar a grande dificuldade em se realizar este tipo de pesquisa e que dificilmente tal formato será novamente utilizado e seguido, pois tal rotina demandou de grande quantitativo de recursos humanos e tempo considerável. No entanto, caso os dados coletados fossem diretamente cadastrados durante a entrada do paciente, junto às unidades de saúde, tais informações poderiam ser utilizadas mais facilmente pelas agências reguladoras e pelos pesquisadores, sejam eles governamentais ou não, visando com isso à melhora da malha de saúde do município, do estado e do país.

7. CONCLUSÃO

Após a análise dos dados, pode-se idealizar um modelo de perfil do usuário assistido pelo CRER: usuário do sexo masculino (53%); faixa etária predominante entre 0 – 12 anos (34%); procedente do próprio município de Goiânia (61%) e do Estado de Goiás (98%); a clínica mais procurada foi a de Paralisia Cerebral (27%); a maior parte dos atendimentos realizados foi financiada pelo SUS (76%); e foi percebido ainda que a maioria dos usuários apresentava um estado mórbido superior a 24 meses (25%).

Em face da complexidade da questão, foi desenvolvida uma pesquisa mais regionalizada e pontual, levando em consideração a interdisciplinaridade para favorecer uma melhor compreensão das inter-relações existentes entre a saúde, população e meio ambiente. Assim, com os dados apresentados verifica-se a necessidade de promover ações bem mais direcionadas ao público evidenciado na pesquisa.

“Para sermos profissionais completos e verdadeiros devemos antes de qualquer coisa observar e analisar o anseio da sociedade na qual estamos inseridos, pois só assim seremos realmente profissionais.”

(Autor Desconhecido)

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA, L. *et al.* **O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4):951-965. 2006.

BARATA, R. B. **Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil.** *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2(1):1-2. 1999

BARATA, R. B. **Epidemiologia Social.** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1):7-17. 2005.

BARROS, F. B. M. **O Fisioterapeuta na Saúde da População: Atuação Transformadora.** Rio de Janeiro: Editora Fisiobrasil, 2002.

BIRD CE & RIEKER PP. **Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's.** *Social Science and Medicine* 4:745 – 755. 1999

BLACK, C *et al.* **Health Statistics to Health Information Systems: a new path for the 21st century.** Paper commissioned by the National Committee for Vital and Health Statistics. Acesso em 20/12/2007. Disponível em <http://www.ncvhs.hhs.gov/hsvision/visiondocuments.html>.

BOCOLINI, F. **Reabilitação Amputados – Amputações - Próteses.** 2º Edição. São Paulo: Robe, 2000.

BRASIL, **MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informações em Saúde.** Acessado em 14/10/2007. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):187-792. 2000.

CARVALHO. A. I. **Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(1):140-121. 1996.

CARVALHO, J. A.. **Amputações de Membros Inferiores: Em Busca da Plena Reabilitação.** 2º Edição. São Paulo: Manole, 2003.

CARVALHO, M. S *et al.* **Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil.** *Caderno Saúde Pública*, 10(1):17-29 . 1994

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança.** Tese de doutorado em saúde coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. 178 pp. 2002.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, publicado no DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO número 191 – A, de 05 de Outubro de 1988.

COSTA, E. M. A. *et al.* **Saúde da Família: Uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2004.

COURTENAY, W. H. **Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health**. Soc. Sci. Med: 50:1385-401. 2000.

DONNANGELO, M. C. F. **A pesquisa na área de saúde coletiva no Brasil – a década de setenta**. In ABRASCO, Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, (2):17-36. 1983

FILHO, N. A. *et al.* **Introdução à Epidemiologia**. 3º edição. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

GARBINATO, L. R. *et al.* **Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no sul do Brasil**. Caderno Saúde Pública, 23(1):217-224, 2007

GOMES, R. *et al.* **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Caderno Saúde Pública, 23(3):565-574, 2007 .

GUIMARÃES, R. B. . **Regiões de Saúde e Escalas Geográficas**. Caderno Saúde Pública, 21(4):1017-1025. 2005

IBGE, **MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Projeção de População**. Acesso em 14/10/2007. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>

L' ABBATE, S. **Análise institucional e a saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (1): 265-274, 2003.

LAST, J. M. A **Dictionary of Epidemiology**. Oxford, Oxford University Press, 1995. 180p

LAURENTI, R. **Perfil epidemiológico da saúde masculina na Região das Américas. Uma contribuição para o enfoque de gênero**. Faculdade de Saúde Pública / USP, São Paulo. 1998

LAURENTI, R. **Transição demográfica e transição epidemiológica**, In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1º, Campinas, 1990. Anais. Rio de Janeiro, ABRASCO, 1990. p. 143-65.

KORIN, D. **Novas perspectivas de gênero em saúde.** Adolescência Latino-Americana. 2(2):67-79. 2001.

MACINTYRE S, FORD G & HUND K. **Do women “overreport morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness.** Social Science and Medicine 48:89 – 98, 1999

MATHIAS, T. A. F & SOBOLL, M. L. M. S. **Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992.** Revista Saúde Pública, 30(3):224-32, 1996.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.** In: Mendes, E. V., org. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, UCITEC/ ABRASCO, p. 11-91.1993.

NUNES E.D. **Saúde coletiva: revisando a sua história e os cursos de pós-graduação.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 1, n.1:55-69. 1996

PAIM, J. S *et al.* **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?.** Revista Saúde Pública, 32(4):299-316, 1998.

PAIM, J. S . **Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva.** In: ABRASCO. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, ABRASCO/NUTES/CLATES, 1982.p.3.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática.** 5º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PINHEIRO, R. S. *et al.* **Mercados hospitalares em área urbana: uma abordagem metodológica.** Caderno Saúde Pública, 17(5):1111-1121.

RADAELLI, S. M. **Demanda de serviço de saúde comunitário na periferia de área metropolitana.** Revista Saúde Pública, 24(3): 232-240.1990

ROUQUAYROL, M. Z. & FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde.** 5º Edição. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SABO, D. **Men’s health studies: origins and trends,** Journal of American College Health 49:133-142. 2000

SAWYER, D. O. *et al.* **Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 7(4): 757-776.2002

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

SOUZA, R. R. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 6 (2): 451-455. 2001.

STOKES, M. **Neurologia para Fisioterapeutas.** São Paulo: Premier, 2000.

TRAVASSOS, C & MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Caderno Saúde Pública, 20(2): 190-198, 2004.

TAMBELLINI, A. T & CÂMARA V. M. **A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos.** Ciência & Saúde Coletiva, 3(2):47-59, 1998.

UMPHRED, D. A. **Reabilitação Neurológica.** 4º Edição. São Paulo: Manole, 2004

VIACAVA, F. **Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais.** Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):607-621, 2002.

WENBERG, J. E. & GITTELSOHN, A., **Small area variations in health care delivery.** Science, 182:1102-1108. 1973

9 - ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL DO USUÁRIO DO CRER - IPUC -

T. de lesão: _____

IDENTIFICAÇÃO:

1- Número do Prontuário: _____ 2- Data de Nascimento: ____/____/____.

3- Sexo: () Masculino () Feminino

4- Nacionalidade: () Brasileira () Outra: _____

5- Naturalidade: () Goiânia () Outra: _____

6- Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

7-Endereço Residencial:

Setor: _____ Cidade: _____ Estado: ____

CEP: _____

DADOS CLÍNICOS ASSISTÊNCIAIS

8- Diagnóstico Funcional: _____

9- Clínica que pertence: () LEA () PC () Amputados () LM

() Outros: _____

10-Diagnóstico Clínico: _____

11- CID: _____

12- Data de encaminhamento: ____/____/____.Data da Global: ____/____/____.

13- Data de Admissão: ____/____/____. Início do Tratamento: ____/____/____.

14- Procedência: _____.

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

15- Classe Econômica: () 0 - 1 sm () 2 - 5 sm () 6 - 10 sm () > 10 sm

16- Plano de Saúde: () SUS () PARTICULAR () OUTROS CONVÊNIOS

17- Meio de transporte: () Condução Própria () Condução de Terceiros

() Transporte Coletivo () Transporte Público (ambulância)

() Outros: _____

18- Tempo de lesão: () <3M () 3M < 6M () 6M < 9M

() 9M < 12M () 12M < 18M () 18M < 24M () >24M

19- Já foi assistido por algum profissional da saúde antes?

() Clínico (médico)

() Fisioterapia

() Terapia Ocupacional

() Fonoaudiologia

() Psicólogo

() Musicoterapia

() Hidroterapia

() Nutrição

() Outros: _____

Elegível para:

() Clínico (médico)

() Fisioterapia

() Terapia Ocupacional

() Fonoaudiologia

() Psicologia

() Musicoterapia

() Hidroterapia

() Nutrição

() Equoterapia

() Audiologia

() Internação

() Outros: _____

20- Exames Complementares Apresentados

() Nenhum

() Raio X

() RM

() TC

() US

() Hemograma

() Eletroneuromiografia

() OUTROS: _____

Data da Coleta: ____/____/____

Responsável

Aceite do Comitê de Ética – SISNEP / CONEP – 2006
Aceite: 0382
Em 23 de Agosto de 2006

Título do Projeto de Pesquisa

Identificação do Perfil Epidemiológico dos Pacientes Assistidos pelo Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER): de sua fundação (2002) à 2005.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	25/07/2006 16:39:13	23/08/2006 08:26:08		



Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

Avenida Vereador José Monteiro, 1655 - Setor Negrão de Lima

CEP.: 74653-230 - Goiânia - GO

☎ (62) 232-3000 / 3003 E-mail: crer@crer.org.br Home Page: <http://www.crer.org.br>

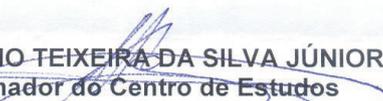
DECLARAÇÃO

Goiânia, 03 de março de 2008.

A AGIR - Associação Goiana de Integralização e Reabilitação, gestora do CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, a pedido do interessado, declara para os fins de direito, que **MARCELO NISHI**, foi autorizado a desenvolver a Atividade Científica, tendo como tema: **Perfil Epidemiológico dos Pacientes Assistidos no Centro de Reabilitação Dr. Henrique Santillo – CRER**, abordando o tratamento de pacientes na área em que atua.

Por ser verdade, firmo o presente.

Atenciosamente,


JOÃO ALÍRIO TEIXEIRA DA SILVA JÚNIOR
Coordenador do Centro de Estudos
Superintendente Técnico de Reabilitação e Readaptação
Coordenador do Centro de Estudos